

**Trabajo de Fin de Grado**

**Grado de Enfermería**

**Eficacia de la educación sexual  
para la prevención del embarazo  
adolescente. Revisión narrativa.**

**Alumno/a:** Rocío Castillo Núñez

**Tutor/a:** Azucena Pedraz Marcos

**Curso 2016/17**



## **ÍNDICE**

<b>1. RESUMEN Y ABSTRACT DEL TRABAJO</b>	1
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	3
<b>3. METODOLOGÍA</b>	15
<b>4. RESULTADOS</b>	20
<b>4.1</b> Intervenciones educativas de fomento del uso de la anticoncepción.	20
<b>4.1.1</b> Influencia de la situación socioeconómica, sexo y origen en el uso anticonceptivo.	21
<b>4.1.2</b> Uso de las tecnologías como intervención educativa.	23
<b>4.1.3</b> Fallos cometidos en el uso de la anticoncepción.	24
<b>4.2</b> Intervenciones educativas para la disminución del embarazo adolescente en los países occidentales.	25
<b>4.2.1</b> Enfoque de las intervenciones educativas.	25
<b>4.2.2</b> La relación parental como medida eficaz.	26
<b>4.2.3</b> Influencia de la edad de inicio en las relaciones para el embarazo adolescente.	27
<b>4.2.4</b> Búsqueda de información por parte de los adolescentes para la prevención del embarazo.	27
<b>5. CONCLUSIONES</b>	29
<b>6. AGRADECIMIENTOS</b>	32
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	33
<b>8. ANEXO</b>	39

## **1. RESUMEN**

### **Introducción**

El embarazo adolescente, entre los 15 a 19 años, está descendiendo mundialmente. En el año 2015, en Europa, la tasa de nacimientos por cada 1.000 mujeres era de 10,4 y en Estados Unidos era de 21,15.

La edad de inicio en las relaciones sexuales está influenciada por el lugar de origen de los adolescentes. Además, la frecuencia de las prácticas está determinada por la edad y por el tipo de relación. Hasta los 20 años estas suelen ser poco frecuentes y esporádicas, pero aumentan a partir de los 20 años. El comportamiento sexual de riesgo y la falta de prácticas anticonceptivas es mayor en grupos minoritarios. Destacar las múltiples complicaciones que existen en el embarazo adolescente, tanto maternas como neonatales, que responden a agentes fisiológicos, psicológicos y sociales.

### **Objetivo**

Conocer la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo sobre “Educación Sexual” desde el punto de vista de la prevención del embarazo adolescente en el contexto de los países occidentales.

### **Metodología**

Revisión narrativa. Se realizó una búsqueda sobre la literatura existente en las bases de datos PubMed, Scielo España, Cuiden, CINAHL y Biblioteca Cochrane Plus. Se seleccionaron 15 artículos.

### **Resultados**

Necesidad de continuar investigando los motivos de la pobre educación sexual y la influencia de la relación parental. Dificultad en erradicar las falsas creencias. Mejores resultados en las intervenciones realizadas cara a cara. Se promueve el uso de nueva metodología (ej. Uso internet). Mayor riesgo de embarazo en primíparas. Sentimiento de vergüenza o dificultad en el acceso hacia los padres o el personal sanitario.

**Palabras clave.** Adolescente, Sexual behaviour, Contraceptive agents, Health Promotion and Pregnancy in adolescence

## **ABSTRACT**

### **Background**

The adolescent's pregnancy, set between 15 to 19 years, is decreasing worldwide. The European adolescent fertility rate is based in 10,4 births per 1.000 women, ages between 15 to 19, while in USA was set to 21,15.

The first intercourse is influenced by the birthplace. The frequency of the intercourse is affected by age and the kind of relationship. Until the twenties, the intercourse are sparse plus sporadic, increasing the frequentness once the twenties are reached. Risky sexual behaviours and a misconception of contraceptive is linked to be higher in minority ethnical groups. It is compulsory to highlight the multiple complications that exist both maternal and neonatal, responding to physiological, psychological and social agents.

### **Aim**

To know the effectiveness of the interventions carried out on "Sexual Education" from the point of view of prevention of adolescent pregnancy in the context of the western countries.

### **Methods**

Literatura review. A literature search has been carried out in the PubMed, Scielo España, Cuiden, CINAHL and Cochrane Plus databases. A total of 15 articles were chosen.

### **Results**

Need to continue researching the reasons for poor sex education and the influence of the parental relationship. Difficulty in eradicating false beliefs. The most successful interventions have been face-to-face interventions. They are promoting the use of innovative methodology, such as Internet. There is an increased risk of pregnancy in primiparous women. There is a feeling of shame or difficulty in the access for information, specially to the parents or the health professionals.

**Keywords.** Adolescente, Sexual behaviour, Contraceptive agents, Health Promotion and Pregnancy in adolescence

## **2. INTRODUCCIÓN.**

El embarazo, también conocido como gestación, es un proceso con duración de nueve meses donde el feto se desarrolla en el interior del útero femenino. Es un periodo de múltiples cambios por lo que es fundamental que se realice un seguimiento del mismo y se aporten los cuidados oportunos.<sup>1</sup>

La adolescencia, que comienza a los 10 años y finaliza a los 19, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se basa en una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos. Es donde se comienza la configuración de la personalidad a través de crisis y conflictos identificativos. En la etapa de la adolescencia es cuando se inician generalmente las primeras experiencias sexuales. Aquí es donde el adolescente está preparado biológicamente para mantener relaciones sexuales. Es por ello que se haya normalizado esta práctica.<sup>2</sup>

**El embarazo adolescente** está íntimamente ligado con la actitud que se mantenga hacia el uso de la anticoncepción y la información sobre temas sexuales.<sup>3</sup>

La tasa de embarazo adolescente está descendiendo a nivel mundial. Según datos del Banco Mundial, la tasa de embarazo en mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, se situó en 1990 en 65,43 y en 2015 en 44,033 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes.<sup>4</sup>

Según señala el U.S. Department of Health and Human Services, los embarazos adolescentes en Estados Unidos han decrecido en un 40% desde 1990.<sup>5</sup> En 2015, dicha tasa se situaba en 21,15 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 a 19 años.<sup>4</sup>

A nivel europeo, también se ha producido un descenso en los últimos 20 años. Estos resultados se ven reflejados en un descenso del 1,3 en los últimos 4 años. (Figura 1)

**Figura 1. Tasa de fertilidad en adolescentes entre 2011 – 2015 en Unión Europea (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)**

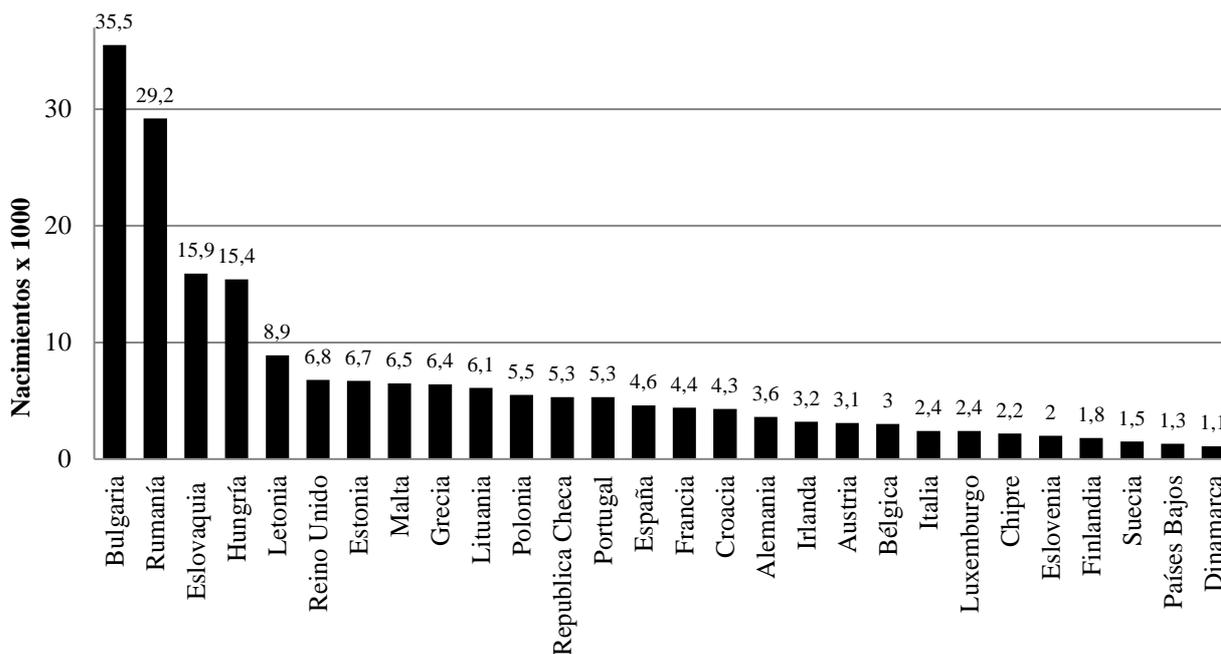
<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
12,7	12,1	11,5	11	10,4

*Fuente: Elaboración propia a partir de Datos Grupo Banco Mundial. División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial.*

Los embarazos en las jóvenes adolescentes varían dependiendo de la región europea.

La tasa de embarazos más baja se encuentra en la zona central y el oeste de Europa, frente al este donde las tasas de embarazos adolescentes se ven incrementadas. A continuación, se puede observar un gráfico que detalla la tasa de nacimiento por cada 1000 mujeres adolescentes en diferentes países de Europa en 2014.<sup>6</sup> (Figura 2)

**Figura 2. Tasa de nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 a 17 años en Europa (EU 28) en 2014**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos ofrecidos por Office for National Statistics, UK.<sup>7</sup>*

Por otro lado, el porcentaje de embarazos adolescentes ha ido disminuyendo progresivamente sin tener una relación directa con la edad de inicio de las relaciones sexuales. Esto se ve en el estudio realizado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), *Maternidad adolescentes en las comunidades autónomas*, donde se señala que, en 1956, menos del 20% de las mujeres nacidas antes de esa fecha habían tenido su relación sexual antes de los 20 años y tenía un porcentaje de embarazos adolescentes del 42,8%, frente a las mujeres que nacieron entre 1971 y 1985, entre las que el 74% ya había tenido su primera relación en la adolescencia con un porcentaje de embarazos de 11,5%. Señalan que los datos responden a una mayor prevalencia de la anticoncepción eficaz y, no tanto, al inicio temprano de las relaciones sexuales.<sup>8</sup>

Como hemos visto en la figura 2, las tasas de embarazos adolescentes se ven acentuados en el este de Europa. Es necesario resaltar que no en todos los países se facilita el acceso a los anticonceptivos a los menores de edad. Según datos de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sólo el 22% de los adolescentes de Europa del Este (excepto Rusia y Turquía) manifestaron haber utilizado métodos anticonceptivos, aunque hay evidencia que afirma que los adolescentes tienen un mejor acceso a la información anticonceptiva que las generaciones antecesoras.<sup>9</sup>

Es importante destacar que el embarazo adolescente está considerado como un problema de índole global ya que estos embarazos contribuyen a aumentar la mortalidad materna e infantil y hace que las mujeres continúen en la pobreza. Dieciséis millones de adolescentes entre los 15 y 19 años son madres, según la OMS, y, además, 1 millón de éstas lo son antes de cumplir los 15 años, generalmente en los países de ingresos bajos y medios. En 2011 la OMS y UNFPA publicaron unas recomendaciones para prevenir los embarazos adolescentes. Entre ellas se incluye el fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.<sup>10</sup>

## **2.1 Edad de inicio de las relaciones sexuales**

En relación a la edad de inicio en las relaciones sexuales entre las jóvenes europeas se está estrechando entre las diferentes regiones. En el norte de Europa es donde mayor precocidad se aprecia frente al sur y oeste europeo. Según publica la Organización Mundial de la Salud, entre las quinceañeras, un tercio o más de estas han tenido su primera experiencia en países como Inglaterra, Escocia, Ucrania; frente al 5% de las adolescentes en Polonia, Lituania, España, Estonia. En 2007, el país europeo con mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales fue Islandia, con una edad de inicio de 15,7 años, seguido de Alemania, con 16,2 años, y Austria, con 16,3 años. El país cuyas relaciones se iniciaban con una mayor tardanza fue Eslovaquia, donde de media la primera relación se mantuvo con 18 años.<sup>6</sup>

En Estados Unidos, los adolescentes entre los 15 y 17 años eran menos propensos a tener sexo (73%), frente a un adolescente de una mayor edad (36%). En un estudio realizado entre 2006 y 2010, se destaca como el 56,7% de adolescentes femeninas entre 15 a 19 años no habían tenido sexo. No había diferencias significativas entre las diferentes etnias y razas. En cambio, el porcentaje de jóvenes que habían comenzado su experiencia sexual, también entre los 15 y 19 años, había aumentado en un 16% desde 1995.<sup>5</sup>

En España, la edad de inicio de las relaciones sexuales en 2003 era a los 17,7 años, produciéndose un descenso hasta los 17 años en 2008. Según datos del *Sondeo de Opinión de la Gente Joven*, realizado por INJUVE en 2008, se ha reducido considerablemente la diferencia entre hombres y mujeres en relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales. En 2003 la diferencia entre los diferentes sexos era del 6%, frente al 2008 que fue del 2%, siendo siempre mayor en los varones. La edad de inicio está sujeta a múltiples variables, relacionadas con la nacionalidad, el sexo, ideología, creencias religiosas y el lugar de residencia (rural o urbano).<sup>11</sup>

La frecuencia con la que estas son practicadas está determinada por la edad y es variable según el tipo de relación. Hasta los 20 años estas suelen ser poco frecuentes y esporádicas, aumentando la frecuencia a partir de los 20 años. A su vez, las personas con relaciones estables mantienen con mayor frecuencia prácticas sexuales, que las que no tienen relaciones estables.<sup>11</sup>

## **2.2 Factores de riesgo para el embarazo adolescente no planificado**

El embarazo adolescente no planificado está relacionado con el comportamiento sexual de riesgo y la falta de prácticas anticonceptivas. Existen múltiples factores de riesgo sociodemográficos que están relacionados con el embarazo adolescente. En el estudio que llevaron a cabo Yago y Tomás (2014) con 583 mujeres, de edades entre 13 y 24 años, atendidas en una consulta de anticoncepción en 2012, se observa cómo grupos étnicos minoritarios presentan una mayor fecundidad adolescente. A su vez, la etnia gitana también se ve incluida en el aumento de la natalidad adolescente debido a la falta de utilización de métodos anticonceptivos. Un dato relevante respecto a las jóvenes inmigrantes es que el riesgo de embarazo adolescente varía dependiendo de los hábitos anticonceptivos de su país de origen, además, es necesario añadir como factor de riesgo

la vulnerabilidad emocional derivada del proceso. Otras variables relacionadas con el aumento del riesgo del embarazo adolescente es la edad del primer coito y los métodos anticonceptivos utilizados, si con alguna de las parejas hay una diferencia de edad mayor de 8 años o si ha sido víctima de violencia de género. A su vez, el nivel educativo influye enormemente en el riesgo del embarazo.<sup>12</sup>

Dentro de los grupos étnicos minoritarios destacan los adolescentes de origen latinoamericano en España, ya que son quienes utilizan menos el preservativo, además de tener un mayor número de parejas sexuales. Esto supone una serie de conductas de riesgo que aumenta exponencialmente el riesgo de la transmisión de ITS, además de un embarazo no planificado.<sup>13</sup>

El artículo “Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal”, de Harding et al. (2006) muestra cómo desde 1995 el número de niños nacidos en Portugal ha descendido tanto en mujeres de origen portugués, como aquellas de procedencia africana. Pero el dato importante es que aunque se ha reducido el número de embarazos en total, los embarazos adolescentes en mujeres africanas han aumentado.<sup>14</sup>

### **2.3 Posibles complicaciones durante el embarazo adolescente y riesgos para sus hijos/as.**

Habitualmente un embarazo adolescente conlleva un mayor número de complicaciones que un embarazo en la edad adulta. Los principales problemas que se observan en las adolescentes embarazadas es una hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia, aumento del riesgo de hemorragia, anemias debidas principalmente a una dieta inadecuada por parte de las adolescentes, aumento de la muerte neonatal<sup>15</sup>, aumento del trabajo de parto debido a una desproporción cefalopélvica, que habitualmente deriva en partos instrumentalizados o cesáreas, aunque en publicaciones más recientes muestran resultados distintos respecto al trabajo durante el parto señalando que las adolescentes embarazadas tendían a un parto vaginal.<sup>16,17</sup>

La adolescencia es un periodo de formación y maduración física y sexual, además de un periodo de transición hacia la independencia, desarrollo de la identidad y la capacidad

de adoptar aptitudes y funciones adultas. Es por ello que las adolescentes embarazadas, a nivel emocional, tienden a sufrir alteraciones, ya que la maternidad a su edad significa tener que asumir roles adultos para los cuales no están preparadas psicológicamente porque se trata de un periodo de transición de la niñez a la vida adulta, pero sin llegar a serlo. Es necesario señalar que las madres que tienen hijos a una edad temprana suelen aumentar el número de descendientes al final de su vida reproductiva.<sup>18</sup>

Las principales consecuencias del embarazo adolescente, desde el punto de vista psicológico, son las depresiones, sentimientos de pérdida de la juventud debido a la nueva responsabilidad, síndrome de fracaso como madre, e incluso esta situación puede llevar al suicidio. Otra consecuencia a la que se enfrentan las madres adolescentes es al abandono escolar debido a su nueva situación. Este menor nivel educativo repercutirá posteriormente en sus ingresos económicos. Además, existe una mayor dificultad de reinscripción en el sistema escolar que se traduce en una pérdida de capacitación.<sup>18</sup>

Si a estas consecuencias se le une el que, en ocasiones, la figura paterna no se responsabiliza de la situación, el problema se amplifica porque a toda la problemática señalada se suma un abandono afectivo, económico y social.<sup>18</sup>

En relación a la salud de los hijos e hijas, se produce un aumento de morbilidad perinatal relacionada con el bajo peso y una mayor prematuridad. Frecuentemente se produce negligencia en los cuidados, una disminución de la lactancia materna, incumplimiento del calendario vacunal, aumento del síndrome de muerte súbita del lactante, aumento de las infecciones agudas e intoxicaciones.<sup>19,20,21</sup>

Un dato importante de estos embarazos es el seguimiento prenatal tardío e insuficiente que se realiza, debido principalmente a la falta de conocimientos sobre las actuaciones pertinentes por parte del adolescente, además de la ocultación de la información a la familia hasta que el estado de gestación está avanzado. Esta acción puede tener unas consecuencias para el neonato debido a que existe una asociación entre la edad de la madre y el bajo peso del bebé, especialmente en aquellas que asisten de forma irregular al control prenatal.<sup>19</sup>

Según publica la OMS, el hecho de educar a los adolescentes en educación sexual no conduce a una conducta precoz en la sexualidad. Los programas de educación para la

salud se centran principalmente en la protección durante la actividad y la prevención del embarazo adolescente. La educación sexual alcanza su máxima eficacia cuando se proporciona antes del inicio de las prácticas.<sup>22</sup>

#### **2.4 Objetivos a incluir en los programas en la prevención de embarazos adolescentes**

Según “HEN Network Member’s Report”, la evidencia muestra que es necesario centrarse en los siguientes puntos para conseguir reducir, tanto el embarazo adolescente, como las consecuencias negativas del mismo:

- Proporcionar educación sexual previamente al inicio de las relaciones sexuales, así como mostrar una actitud abierta al respecto.
- Disminuir los embarazos adolescentes a través de la prevención y no a través del aumento del número de abortos.

Las políticas que se implanten deben: disminuir las ITS además de aumentar el uso de los anticonceptivos, proporcionar servicios e intervenciones locales en las zonas de reunión de población de riesgo, utilizar la ayuda de personas con influencia y adolescentes con capacidad de liderazgo para llegar a la población, además de implantar intervenciones adecuadas a la edad.<sup>23</sup>

Según la Oficina europea de la OMS, señala en el informe *Evidence for gender responsive actions to prevent and manage adolescent pregnancy*, la prioridad de nuestras acciones reside en prevenir los embarazos no deseados entre los adolescentes y asegurar un correcto acceso a la anticoncepción y el aborto.<sup>24</sup>

Desde el ámbito sanitario se pueden llevar a cabo varias de las propuestas como:

- Diseñar programas de sexo seguro efectivos adaptándose a las diferencias sociales y culturales de la población adolescente.
- Implementar programas que incluya educación como intervenciones con anticonceptivos.
- Asegurarse de que los profesionales que llevan a cabo las intervenciones tienen un conocimiento global de la situación.
- Asegurarse que las ya madres adolescentes tengan un acceso e información adecuada a la planificación familiar.

Como afirma J. Colomer Revuelta (2013) se está aplicando el “Marketing Social”, como estrategia de prevención primaria, para promocionar unos hábitos correctos en las relaciones sexuales desde el ámbito escolar y comunitario. Además de todas las propuestas educativas, el personal sanitario contribuye proporcionando una atención personalizada según el tipo de anticonceptivo adecuado a la persona.<sup>25</sup> Esta misma idea es sostenida por González Hernando C et al. (2009), donde señala la necesidad de crear un modelo de educación integral en sexualidad se basa en una idea positiva de salud. Los jóvenes tienen el derecho de recibir una información adecuada para que así puedan tomar decisiones libremente y se pueda promover un bienestar sexual. Según afirman los investigadores, los contenidos de los programas de intervención para mejorar la salud sexual se han de basar en la inclusión de conceptos relacionados con el afecto y la fisiología, identidad sexual, rol de género, riesgos asociados a la práctica sexual, anticoncepción y las relaciones interpersonales.<sup>26, 27</sup>

Dentro de las intervenciones en el ámbito educativo se incluyen aquellas relacionadas con el aumento del conocimiento, habilidades y actitudes de los jóvenes para la prevención de riesgos. El objetivo final de las actividades son la disminución del IVE, así como de los embarazos no planificados en adolescentes.<sup>25</sup>

Cuando se proporciona consejo anticonceptivo es necesario tener varias variables en cuenta. Por ejemplo, el personal sanitario debe mostrar una actitud amable, cercana y respetuosa; se debe evitar proporcionar demasiada información si el paciente no la demanda. Es necesario dialogar con los adolescentes para evaluar qué riesgo de ITS presentan, además de cuáles son sus prioridades en la anticoncepción. Es preciso tener en cuenta que la edad del adolescente no limita la utilización de un método anticonceptivo, aunque sí requiere una valoración profesional.<sup>26</sup>

## **2.5 Uso de la anticoncepción**

Los embarazos adolescentes no planificados son debidos a mantener relaciones sexuales sin la protección adecuada, teniendo como consecuencia la maternidad o el aborto.

En relación a la prevención del embarazo el preservativo es el modo de anticoncepción más utilizado entre los jóvenes. Resalta la diferencia de porcentaje entre jóvenes dependiendo de su procedencia, siendo en España del 89% frente al 65% en Suecia. A su vez el uso de píldoras anticonceptivas varía sustancialmente dependiendo del país. En 2009, su uso en España estaba en el 4% frente al 52% de Países Bajos. En los países

desarrollados, el uso de píldoras anticonceptivas es muy popular. Concretamente en Europa, el uso en el oeste está más generalizado, que en el este y sur de Europa.<sup>28</sup>

Según publican las Encuestas de Juventud realizadas por el Equipo Daphne, el uso del preservativo está bastante extendido especialmente en España (Figura 3). Pero el dato más resaltable es el número de relaciones que se mantienen sin ningún tipo de protección, tanto es España como en toda Europa, exponiéndose la juventud a ITS y embarazos no planificados. Según informa el Equipo Daphne, el 30% de los encuestados comentó no haber utilizado en todos sus encuentros el preservativo.<sup>29</sup>

**Figura 3. Uso de los diferentes métodos anticonceptivos por países.**

	Reino Unido	España	Francia	Alemania	Italia
<b>Sin método</b>	27	21	24	26	24
<b>Método natural</b> (único método)	4	4	4	-	12
<b>Preservativo</b>	15	39	6	13	19
<b>DIU Cobre</b>	-	4	-	-	-
<b>DIU Hormonal</b>	6	-	-	5	-
<b>Píldora</b>	31	18	49	38	29
<b>Otros métodos: no incluidos</b>					
anillo vaginal, inyectable, parche anticonceptivo e implante	11	10	-	7	10

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Boletín informativo sobre la salud de la Mujer No 26, septiembre 2010. Equipo Daphne.*

En España, según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el uso de un método anticonceptivo varía dependiendo del tipo de relaciones. Según muestra la encuesta, gran porcentaje de la población española utiliza algún método anticonceptivo cuando las relaciones son esporádicas, en torno al 75% de la población. Este porcentaje se disminuye hasta el 59% aproximadamente cuando es con la pareja habitual. Un dato sorprendente es que el 16,1% de los hombres y el 12% de las mujeres no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo en las relaciones esporádicas.<sup>30</sup>

En Estados Unidos, según Centers for Disease Control and Prevention, los jóvenes blancos (65,7%) mostraban un mayor uso de los anticonceptivos, que los adolescentes de raza negra (46,5%) o los jóvenes de origen hispano (53,7%).<sup>5</sup>

## **2.6 Justificación.**

A medida que las relaciones sexuales se inician a una menor edad, es fundamental adelantar la edad a la que se proporcionan los conocimientos a la población sobre una anticoncepción segura. Como personal sanitario, tenemos el deber de brindar nuestros conocimientos a la población, especialmente a los jóvenes, para no comprometer su futuro con un embarazo no planificado. Es por ello que es fundamental trabajar en la prevención de los embarazos precoces, a través de los programas de educación para la salud con un abordaje interdisciplinar, concienciar de la importancia del uso correcto de los métodos anticonceptivos y prevención de conductas de riesgo.

Los proyectos de educación sexual llevados a cabo para prevenir los embarazos adolescentes no planificados deben estar enfocados a toda la población adolescente, pero especialmente a aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad. Además, es necesario hacer hincapié en modificar el comportamiento sexual de riesgo, así como en aquellos adolescentes que mantienen relaciones sexuales sin ningún tipo de anticoncepción. Los adolescentes inmigrantes constituyen un grupo vulnerable, ya que la tasa de embarazos adolescentes se ve incrementada, respecto a la población autóctona.

Para poder realizar un trabajo adecuado es fundamental saber cuál es el nivel de eficacia que tienen las diferentes intervenciones aplicadas desde el ámbito sanitario para conseguir disminuir aún más los embarazos adolescentes como ya se viene haciendo desde hace unos años.

## **2.7 Objetivos.**

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) es conocer la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo sobre “Educación Sexual” desde el punto de vista de prevención del embarazo adolescente en el contexto de los países occidentales.

Los **objetivos específicos** son:

- Revisar la evidencia disponible en relación al tipo de intervenciones educativas llevadas a cabo para disminuir los embarazos entre mujeres adolescentes en los países occidentales.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones educativas que fomentan el uso de la anticoncepción, según el marco propuesto por la OMS y el UNFPA

### **3. METODOLOGÍA**

Con el objetivo de responder a los objetivos planteados, he decidido realizar una revisión narrativa de la literatura científica, con el propósito de identificar las investigaciones capaces de proporcionar una información adecuada a la pregunta de investigación.

Una revisión de la literatura se basa en el análisis de los artículos e investigaciones publicadas recientemente. Trata principalmente de evitar, durante la realización de la revisión, la duplicación de la información. Además, trata de identificar las posibles omisiones o faltas de información sobre un tema concreto. Las revisiones carecen de una intención cuyo objetivo sea el de analizar los datos recopilados. Existe un riesgo de sesgo, así como, la posibilidad de omitir información ante las conclusiones alcanzadas.<sup>31</sup>

#### **3.1 Estrategia de búsqueda.**

Para llevar a cabo la revisión narrativa, realicé las búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo España, CUIDEN, Cinalh, Biblioteca Cochrane Plus.

La estrategia de búsqueda se adaptó a cada base de datos, utilizando los tesauros correspondientes a MeSH.

- **Health Promotion:** “Encouraging consumer behaviors most likely to optimize health potentials (physical and psychosocial) through health information, preventive programs, and access to medical care.”
- **Pregnancy in Adolescent:** “Pregnancy in human adolescent females under the age of 19”
- **Sexual behavior:** “Sexual activities of humans”
- **Contraceptive Agents:** “Chemical substances that prevent or reduce the probability of CONCEPTION.”
- **Adolescent:** “A person 13 to 18 years of age.”

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.

	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Nº artículos encontrados</b>	<b>Nº artículos válidos</b>
<b><u>PUBMED</u></b>	("Adolescent"[Mesh] AND "Sexual Behavior"[Mesh] AND "Contraceptive Agents"[Mesh]) OR ("Health Promotion"[Mesh] AND "Pregnancy in Adolescence"[Mesh])	225	8
<b><u>Scielo España</u></b>	Pregnancy [Todos los índices] AND Adolescent [Todos los índices] AND Prevention [Todos los índices]	8	1
	Contraceptive [Todos los índices] AND Adolescent [Todos los índices]	5	0
<b><u>CUIDEN</u></b>	"Sexual behavior" AND "Adolescent" AND "Prevention"	4	2
	"Health Promotion" AND "Pregnancy in Adolescent"	3	0
<b><u>CINAHL</u></b>	"Sexual Behavior" AND "Health Promotion" AND "Pregnancy in Adolescent"	1	0
	"Contraceptive" AND "Pregnancy in Adolescence"	65	2
<b><u>Biblioteca Cochrane Plus</u></b>	"Adolescent" AND "Sexual Behavior" AND "Contraceptive Agents"	12	0
	"Health Promotion" AND "Pregnancy in Adolescent"	3	2

**Límites PUBMED.** Full text, abstract, English, Spanish, 10 years

**Límites Scielo España.** English, Spanish, 10 years. Los límites fueron aplicados manualmente.

Para realizar búsquedas bibliográficas en la base de datos Scielo, si se quiere utilizar el descriptor “**Pregnancy in Adolescent**”, es necesario separarlo por: “**Pregnancy**” AND “**Adolescent**” para obtener un mayor resultado.

**Límites CUIDEN.** English, Spanish, 10 years. Los límites fueron aplicados manualmente.

Se decide emplear el término “Prevention”, en vez de “Health Promotion” en la primera búsqueda debido a que el número de resultados es mayor. Los límites relacionados con el lugar de estudio fue aplicado manualmente.

**Límites CINAHL.** Full text, Canada, Europe, UK and Ireland and USA; English, Spanish; 10 years, full text.

En la segunda búsqueda en la base de datos Cinahl, he decidido usar “Contraceptive”, en vez del descriptor “Contraceptive agents”, porque no está incluida en la base de datos y las otras opciones relacionadas al descriptor anticonceptivo son más específicos; de forma que si se utiliza “Contraceptive” permite una búsqueda más amplia.

**Límites Biblioteca Cochrane Plus.** 10 years.

Para poder seleccionar los artículos a revisar, tras la definición de estrategia de búsqueda, se han aplicado los siguientes **criterios de inclusión y exclusión** como se señala en la tabla 2.

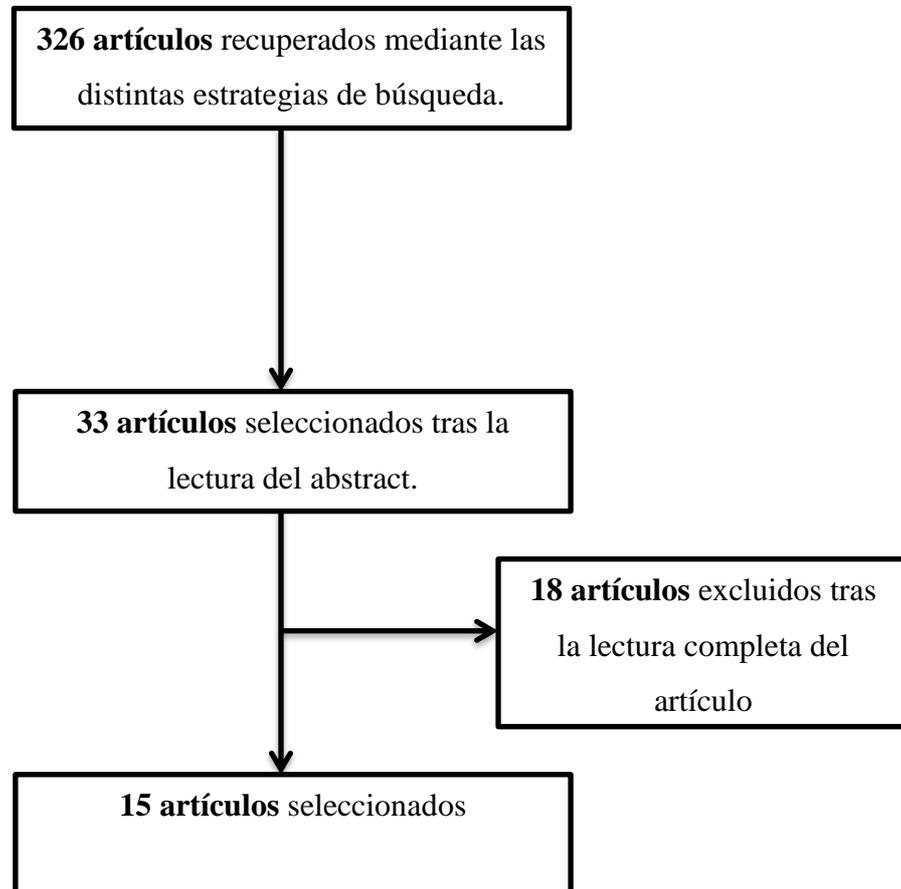
*Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Estudios sobre intervenciones llevadas a cabo sobre “Educación Sexual” desde el punto de vista de prevención del embarazo adolescente	Estudios sobre intervenciones llevadas a cabo sobre “Educación Sexual” que no tratan la prevención del embarazo adolescente
Artículos contextualizados en países occidentales	Artículos fuera del contexto de la cultura occidental.
Artículos relacionados con intervenciones educativas	Artículos no relacionados con intervenciones educativas

**Filtros utilizados:** artículos publicados entre 2007 a 2017, idioma (inglés y español), artículos originales con acceso a texto completo y/o resumen, edad adolescente (10 a 19 años, según OMS).

### **3.2 Diagrama de flujo. Proceso de búsqueda, recuperación y selección de documentos**

*Elaboración propia.*



#### **4. RESULTADOS**

Después de una amplia búsqueda y análisis de documentación para discernir qué información podría ser útil para el desarrollo del TFG, se han seleccionado un total de 15 artículos.

Sus principales características se detallan en el Anexo 1.

Los artículos seleccionados para la elaboración del TFG abordan cuestiones relacionadas con el embarazo adolescente y el uso de los métodos anticonceptivos. Los resultados obtenidos en el trabajo están organizados según los objetivos específicos. Primeramente, se realizará una revisión sobre la evidencia de las intervenciones educativas para fomentar el uso de la anticoncepción. Posteriormente, se analizará las intervenciones educativas para la disminución del embarazo adolescente. El objetivo final será conocer la eficacia de la educación sexual para la prevención del embarazo adolescente en los países occidentales.

##### **4.1 Revisar cómo desde las intervenciones educativas planteadas se fomenta el uso de la anticoncepción, propuesto por la OMS y el UNFPA.**

Según el estudio de la publicación “Randomized controlled trial of a computer-based module to improve contraceptive method choice”, elaborado por Garbers S et al. (2012), tenía como objetivo medir la eficacia de un programa anticonceptivo sobre tres grupos que recibían distintos tipos de educación e información. El primer grupo llamado “Intervention + Tailored arm” recibía educación sobre los métodos anticonceptivos según los riesgos que presentaban; además, se encuadraron en una clasificación por colores, según su capacidad para la prevención del embarazo. El verde marcaba los mejores métodos para la prevención del embarazo (esterilización femenina y masculina, implantes anticonceptivos, dispositivos intrauterinos, anticoncepción inyectable, anticoncepción oral, anillo); el amarillo eran los métodos parcialmente adecuados para la prevención del embarazo, aunque no se tenían que adaptar correctamente a la mujer, como por ejemplo: preservativo masculino y femenino, espermicida, coitus interruptus; finalmente el rojo mostraba los métodos contraindicados para la prevención del embarazo. Al segundo grupo, “Intervención + Generic arm”, les proporcionaban la misma educación, pero recibían información genérica sobre los métodos anticonceptivos. Por último, el grupo “Control arm” recibieron también información genérica sobre la anticoncepción, pero sin educación previa y formalizaron un

cuestionario con 10 preguntas sobre demografía. Se observó cómo los pacientes que habían sido incluidos en el grupo “Intervention + Tailored arm” e “Intervención + Generic arm” tendían a escoger un método anticonceptivo más seguro; respectivamente el porcentaje fue del 74% en el primer grupo, 76% en el segundo y 67% en “Control arm”. Cabe destacar que el 22% y el 24% del primer y segundo grupo seleccionaron los anticonceptivos más seguros, frente al 15% del tercer grupo de estudio. No se evidenció una diferencia significativa entre “Intervention + Tailored arm” e “Intervención + Generic arm”, por lo que no influye de manera determinante la presentación de los anticonceptivos de forma detallada o genérica.<sup>32</sup>

**4.1.1 Influencia de la situación socioeconómica, sexo y origen en el uso anticonceptivo.** Uno de los factores de riesgo que influye en el embarazo adolescente y en un menor uso de los métodos anticonceptivos es pertenecer a un menor nivel socioeconómico. Por ello, en el ensayo aleatorizado realizado por Chris Bonell (2013) a unas adolescentes en riesgo de entre 13 - 14 años que estaban realizando servicios sociales en una guardería o en el programa “Out – Of – School Youth Development” en Reino Unido, se aplicó una actuación que constaba de una intervención semanal con una duración de 3 horas durante 18 - 20 semanas. La sesión comenzaba realizando una puesta en común de cómo se había desarrollado la semana, pudiendo así identificar los profesionales problemas o actitudes de riesgo. Debido a que las intervenciones se realizaban en guarderías, las participantes eran responsables de un niño menor de 5 años para que tomaran conciencia de la responsabilidad que supone la paternidad. En el programa también se incluían sesiones dedicadas a la educación sexual y a la anticoncepción. Las participantes tenían igualmente acceso individual a consejo personalizado. Los resultados del mismo mostraron cómo las mujeres del grupo de intervención incrementaron: su autoestima, su conocimiento sobre su salud sexual y una mayor facilidad para poder discutir el uso de la píldora con el profesional sanitario; pero no mejoró el uso del preservativo en las relaciones, al contrario, el grupo control fue más reacio a conversar con un médico sobre la píldora.<sup>33</sup>

En la publicación “Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study”, llevado a cabo por Elliott L et al. (2013), también dirigido a adolescentes entre 15 y 16 años de una zona deprimida y con un alto índice de embarazos adolescentes, se desarrolló un programa teórico de educación sexual

(SHARE), impartido por profesores especializados, cuyo objetivo era mejorar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la salud sexual y el uso de los servicios sanitarios. Para ello llevaron a cabo diversas sesiones y los temas principales que abordaron fueron: la salud sexual, técnicas para negociar sexo seguro y uso del preservativo; los servicios de salud sexual eran ofrecidos por las enfermeras en el colegio. Los principales resultados obtenidos confirmaban cómo había aumentado notablemente el conocimiento tanto de las chicas como de los chicos, aunque se observaba un aumento ligeramente mayor en los hombres. Cabe destacar que en el grupo control, las mujeres tenían un menor número de conocimientos. En la postintervención, los varones del grupo intervenido señalaron un mayor uso del preservativo frente al grupo control que disminuyó su uso. Es necesario señalar que la mayoría de menores aseguraron que en sus próximas relaciones lo usaría, en cambio, esta tendencia disminuyó en el grupo control masculino.<sup>34</sup>

La principal razón para usar los servicios en el grupo intervenido fue para la obtención de preservativos gratuitos, mientras que el grupo control fue para consejo anticonceptivo. Teniendo en cuenta el lugar de origen, los varones de un nivel socioeconómico menor comentaron un mayor número de encuentros sexuales frente a la muestra de un nivel socioeconómico superior, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Desde un inicio no había una diferencia significativa entre las mujeres de los diferentes grupos socioeconómicos que aseguraban utilizar el preservativo en todas o la mayoría de sus relaciones sexuales. No se observó ninguna diferencia significativa en el uso del preservativo en los hombres tanto pre como post intervención. El uso de los servicios sanitarios fue mayor en aquellos de un nivel socioeconómico menor, obteniendo unas cifras de un 63% de mujeres y un 68% de hombres frente al 52% de mujeres y 59% de hombres de un nivel socioeconómico elevado, respectivamente. Resalta la importancia de realizar mejoras en las intervenciones realizadas. Señalan cómo una educación sexual en el ámbito escolar junto con los servicios de salud sexual, no va a mejorar sustancialmente la pobre salud sexual de la minoría de adolescentes. Es por ello que resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a investigar el motivo de la pobre salud sexual, además de una relación parental inadecuada y el detrimento de las relaciones sociales.<sup>34</sup>

En un estudio realizado en Barcelona (España) por Nebot L et al. (2016) a una

población comprendida entre los 16 y 19 años, de los que el 71% era población inmigrante, se desarrolló un estudio cuantitativo cuyo objetivo principal era evaluar la efectividad de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes según su sexo y origen. La intervención consistió en una presentación práctica sobre los métodos anticonceptivos, especialmente del preservativo, discusión personalizada, entrega de preservativo, díptico y como incentivo se proporcionó una tarjeta de transporte multiviaje. Se observó cómo el conocimiento aumentó, pero las falsas creencias no se modificaron siendo mayores en los inmigrantes. En relación al preservativo, la compra y el uso del mismo aumentó en un 18,5%. El uso del preservativo fue más elevado en los autóctonos 8,2% y en los inmigrantes un 6,3%. Un 10,2% de la población inmigrante estudiada, aseguró llevarlo consigo, frente al 20% de los autóctonos. El grupo inmigrante experimentó un mayor número de cambios en las variables analizadas. El coitus interruptus sufrió un aumento en todos los grupos analizados; en el grupo autóctono se vio incrementado su uso en un 9,1% y en la población inmigrante 1,4%.<sup>35</sup>

Existen ya madres adolescentes que necesitan que se las inicie en la anticoncepción para evitar un nuevo embarazo durante su adolescencia. Esto fue lo que se investigó Waggoner M et al. (2012) en “Pregnancy Intentions, Long-Acting Contraceptive Use, and Rapid Subsequent Pregnancies Among Adolescent and Adult First-Time Mothers”, en Estados Unidos. Los resultados se comenzaron a medir tras 6 meses después de finalizar la gestación. El 26% de las mujeres adolescentes no estaban haciendo uso de ningún método anticonceptivo. El 27,8% utilizaba un método anticonceptivo de larga actuación, frente el 46,3% que comentó utilizar otro tipo de método anticonceptivo. Las encuestadas de origen hispano y africano mostraron una mayor tasa en la utilización métodos anticonceptivos, 24,5% y 32,6% respectivamente, frente a las mujeres de origen blanco con porcentaje de uso del 13,5%. Se describió cómo el mayor riesgo de volverse a quedar embarazada las chicas adolescentes era tras 18 meses después del parto. Ser adolescente se considera un factor de riesgo cuando se trata de embarazos de repetición no deseados, ya que muestran un porcentaje de reincidencia del 30%, frente al 16% en adultos.<sup>36</sup>

**4.1.2 Uso de las tecnologías como intervención educativa.** Cabe destacar acciones novedosas que se están planteando para determinar los efectos de las intervenciones interactivas, vía ordenador, para la promoción de la salud sexual en el estudio de Bailey

JV et al. (2010). Se decidió esta implantación debido a que estas intervenciones, basadas en el uso de la tecnología permiten un acceso a una gran cantidad de documentación sobre la salud, aunque no siempre deriva en la modificación de la conducta. Se ha observado cómo las intervenciones vía Internet en población con enfermedades crónicas, diabetes o enfermedades coronarias tienden a tener resultados positivos en la modificación de hábitos. A través del ordenador se puede proporcionar información que a priori puede resultar vergonzosa. Es una forma adecuada para aproximarse a la población joven al ser consumidores habituales.<sup>37</sup>

Tras la revisión sistemática, donde se incluye un total de 3917 adolescentes, los resultados tendentes a observar si había mejorado el conocimiento sexual a través de intervenciones vía ordenador, fueron que los meta análisis mostraban estadísticamente una mejoría en el conocimiento sobre la salud sexual, siendo efectivo el uso de las nuevas tecnologías. Un estudio señaló un aumento en la intención del uso del preservativo. No obstante, las intervenciones con un mayor resultado fueron aquellas realizadas cara a cara. Las intervenciones vía ordenador tienen un moderado efecto en el conocimiento de la salud sexual, así como cierta concienciación sobre la necesidad de tener sexo seguro. No obstante, este tipo de intervenciones muestran un efecto prometedor al ser mediadores en el cambio de comportamiento sexual y en la seguridad durante el coito para la prevención de embarazos adolescentes.<sup>37</sup>

**4.1.3 Fallos cometidos en el uso de la anticoncepción.** Según Hernández - Martínez A et al. (2009), los adolescentes a pesar de las intervenciones realizadas, en ocasiones, siguieron encontrando dificultades en el manejo de algunos anticonceptivos. Esto mismo ocurre en el estudio cuasi experimental realizado a 481 alumnos sin ningún programa de educación sexual anterior, con una edad media de participantes 16,85 años (55,2% mujeres y 44,8% varones). Se observó cómo las actitudes hacia el empleo del preservativo mejoraron todas disminuyendo creencias erróneas como: se modificó la idea de que los preservativos son difíciles de utilizar tras 6 meses postintervención asegurando los participantes que, conociendo su mecanismo, permiten disfrutar más por la seguridad que te dan, son seguros y se pueden utilizar como juguete erótico. Los resultados mostraron que disfrutaban más de la salud sexual tras la intervención, pero manifestaron que el uso de los preservativos creaba cierta desconfianza en la pareja. Tras 5 sesiones teórico- prácticas de 50 minutos sobre métodos anticonceptivos y

anticoncepción de emergencia, el grupo intervenido mostró unos mejores resultados tras los 6 meses, con un 98,5% de acierto respecto al anticonceptivo más seguro.<sup>38</sup>

Una situación similar a la anterior ocurrió en la revisión sistemática realizada por Oringanje C et al. (2016), se evaluaron las intervenciones llevadas a cabo en el ámbito escolar, comunitario y clínico para prevenir el embarazo adolescente; donde el 75% de participantes tenía entre 10 y 19 años. Respecto al uso del preservativo en la última relación, en los adolescentes no se observó ninguna diferencia significativa entre el grupo control e intervención, al igual que en el uso de anticonceptivos orales, así como en la disminución de la transmisión de ITS.<sup>39</sup>

## **4.2 Revisión de las intervenciones educativas para la disminución del embarazo adolescente en los países occidentales.**

**4.2.1 Enfoque de las intervenciones educativas.** A la misma conclusión llegaron Belzer et al., quienes tras aplicar una intervención basada en la promoción del preservativo y la anticoncepción de emergencia, constataron que estas intervenciones eran más efectivas que simplemente enumerar los efectos del embarazo. Las actividades planteadas y desarrolladas por profesionales de la salud, tuvieron una duración entre 10 y 15 minutos. También en su estudio, llegaron a la conclusión de que no existe evidencia clara sobre las intervenciones para la disminución de embarazos de repetición no deseados en mujeres jóvenes que han sido previamente gestantes.<sup>40</sup>

Además de las actividades innovadoras anteriores, en el programa “Children’s Aid Society Carrera Program” realizado por Dean S et al. (2014) en centros comunitarios, se promocionaba la educación sexual, cuidado médico, así como, incentivar la realización de deporte y las artes, asimismo se realizaban pruebas gratuitas de ITS y se repartían preservativos a los adolescentes. Según señalan los resultados fueron muy favorables consiguiendo reducir el embarazo en un 41%. Cabe resaltar la importancia que tiene la prevención de embarazos de repetición en primíparas adolescentes. En la educación proporcionada, se incluían habilidades parentales y continuar fomentándola.<sup>41</sup>

En la revisión sistemática realizada por M. V. Tolli (2012), las intervenciones más destacadas se basaron en proporcionar: información, demostraciones sobre uso del

preservativo y prácticas sobre habilidades para la vida, a través de diversas metodologías educativas: seminarios, obras teatrales y debates. Según los resultados obtenidos en la intervención la popularidad de las intervenciones realizadas por pares no corresponde al nivel de eficacia de las mismas. También es necesario tener en cuenta que los educadores deben de ser competentes para el grupo y que su personalidad sea la adecuada para las actividades que se van a realizar. Los objetivos eran: determinar la efectividad de la educación por pares en la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la prevención de embarazos adolescentes y la promoción de la salud sexual en adolescentes. Los resultados fueron dispares. Tras las intervenciones no hubo una diferencia sustancial en relación al uso de anticonceptivos en los diferentes estudios. En el estudio realizado en Alemania por Kleiber a una población comprendida entre 12 y 17 años, se observó cómo los adolescentes aumentaron sus conocimientos sobre su salud sexual. Por el contrario, otros estudios llevados a cabo por Stephenson et al. en Reino Unido y Merakou and Kourea – Kremastinou en Grecia no apreciaron diferencias significativas de aumento del conocimiento para evitar embarazos no deseados y el uso de anticonceptivos.<sup>42</sup>

**4.2.2 La relación parental como medida eficaz.** En la revisión narrativa realizada por Bouris A et al. (2012) en “Preventing Rapid Repeat Births Among Latina Adolescents: The Role of Parents”, su objetivo principal era enseñar a los padres cómo comunicarse adecuadamente con sus hijos para así implementar estrategias para la reducción de las prácticas sexuales de riesgo y promover la salud de los jóvenes latinos. Cabe destacar como el 55% de los jóvenes latinos en Estados Unidos identifican a sus padres como su mayor influencia en la toma de decisiones sobre su salud sexual, frente al 42% de población blanca y el 50% de afroamericanos adolescentes. Se desarrollaron en Estados Unidos, programas basados en mejorar la relación parental para la comunicación abierta sobre las relaciones sexuales, como fue “Cuidalos”, o para dialogar sobre la comunicación sexual y la prevención del VIH/SIDA, como el programa “Rompe el Silencio”, que consistía en una intervención madre - hija.<sup>43</sup>

Una de las intervenciones consistió en prevenir un segundo embarazo en adolescentes afroamericanas. Para ello, se utilizó la figura de la “home visiting nurse” que acudía a ayudar a las madres de las adolescentes para crear una relación satisfactoria. Se observó como la relación familiar tras el embarazo se veía modificada, pero según aclaran en la

revisión no hay suficiente evidencia. Añaden que las intervenciones parentales tienen éxito limitado en la prevención de embarazos de repetición, mostrando cómo tras la intervención de terapia familiar los investigadores no observaron una mejora en la prevención de embarazos de repetición.<sup>43</sup>

Por su parte, y dentro de la misma revisión sistemática, el proyecto “Teenage Mothers - Grandmothers Program” tenía como objetivo mejorar la relación en la comunicación parental - adolescente sobre temas difíciles como la educación sexual adolescente y cómo continuar con la educación escolar tras el embarazo y nacimiento del bebé de madre adolescente. Las principales intervenciones consistían en planificación familiar y parental, prevención de ITS y VIH, fomento de la relación materno - filial. Tras la evaluación del programa se vio que fue altamente aceptado, mejorando la comunicación y relación entre los miembros de la familia. Algunos estudios, sin embargo, mostraron que el estilo de educación parental está asociado con un mayor riesgo de conductas sexuales no adecuadas. Destacan que para el futuro desarrollo de intervenciones paternales se debería implementar: evaluar el nivel del adolescente para saber que conductas pueden ser fácilmente modificables y las actitudes paternales que pueden ser determinantes en el trato con los adolescentes.<sup>43</sup>

#### **4.2.3 Influencia de la edad de inicio en las relaciones para el embarazo adolescente.**

En la revisión sistemática “Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents” realizada por Oringanje C et al. (2016), donde se analizan estudios donde el 75% de la población analizada comprendía entre los 10 a 19 años y el objetivo era analizar los efectos de las intervenciones en prevención primaria para los embarazos no deseados en adolescentes; se determinó que no existe una diferencia significativa en la edad de inicio de las relaciones sexuales en el grupo control como el intervenido cuando se realizó exclusivamente educación sexual. En cambio cuando se incluyeron múltiples actividades como señala la revisión, sí hubo un aumento en el inicio de las relaciones y un aumento en el uso de la anticoncepción.<sup>39</sup>

#### **4.2.4 Búsqueda de información por parte de los adolescentes para la prevención del embarazo.**

Es necesario conocer cuál es la mayor influencia para los adolescentes y el mejor lugar para llevar a cabo las intervenciones. Según el estudio realizado por Friis Lauszus F et al. (2012), donde estudia si existe asociación alguna entre la práctica sexual y el conocimiento sexual, psicología reproductiva y el aborto, que la mayor parte

de la información por aquellos que aún no se habían iniciado en las relaciones sexuales provenía de sus padres y de los medios informativos con formato en papel. <sup>44</sup>

Tras la realización de la campaña “England’s Teenage Strategy” French RS et al. (2007), se llevó a cabo una investigación cuyo objetivo estratégico era: prevenir las causas de embarazo adolescente y mejorar las campañas informativas dirigidas a los jóvenes y a los padres que potencialmente estuvieran en situación de riesgo. El autor llegó a la conclusión de que si los jóvenes sienten la necesidad de informarse buscarían ayuda en una clínica para pedir consejo, al menos así lo aseguraron el 77% de mujeres y el 65% de hombres de una muestra de 8.879 adolescentes, entre los 13 y 21 años. Los varones tienden a hacer un mayor uso de los recursos escolares para la obtención de información, frente a las mujeres que tienden a acudir a los servicios sanitarios. <sup>45</sup>

Según el estudio de Gómez-Escalonilla Lorenzo B et al. (2011), los adolescentes tienden a buscar información en su entorno de amigos, aunque también en hermanos. Consideran que la información más fiable sería la de los padres o personal sanitario, pero sienten vergüenza o dificultad en el acceso. <sup>46</sup>

Se han analizado los estudios basadas en intervenciones psicosociales ya fuera en el hogar, en la comunidad o por vía telefónica. Se observó que ninguno de los estudios cuya intervención se realizaba en el hogar mostraron diferencias significativas con el grupo control. Las usuarias de esta intervención señalaron que el lugar donde se llevaban a cabo las actividades influía. Los profesionales implicados señalaron que las intervenciones realizadas en el hogar se caracterizaban por un mayor grado de fidelización que las realizadas en la clínica. <sup>40</sup>

## **5. CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos en esta revisión de la bibliografía muestran que la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo sobre “Educación Sexual” para la prevención del embarazo adolescente es ciertamente dispar. Es necesario valorar que para realizar una intervención adecuada es básico conocer a la población que va a ser intervenida, así como los factores de riesgo. La evaluación de la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo relacionadas con la prevención del embarazo adolescente es complicada debido a la gran variabilidad que existe en relación al objetivo, contenido, diseño y la aplicación de las intervenciones.

Debido a que los adolescentes tienden a buscar primeramente información en su círculo más cercano, como por ejemplo, amigos; es necesario que haya un buen nivel de instrucción en la sociedad respecto a la anticoncepción. Además, es primordial que el personal sanitario se visualice como personal de confianza, reforzando este papel en las mujeres y varones. Es necesario resaltar que el colegio se muestre como un lugar neutro para realizar las actividades de intervención, aunque tampoco está demostrada la eficacia de llevar a cabo las intervenciones en el ámbito escolar para la disminución de embarazos adolescentes. Aquello que realmente es efectivo y que es necesario resaltar para cuando se vaya a plantear un programa es que las intervenciones no han de basarse exclusivamente en simples clases de anatomía o limitarse a repartir anticonceptivos.

En múltiples estudios, las intervenciones llevadas a cabo se basan principalmente en: proporcionar una adecuada educación sexual; conocimientos suficientes sobre anticoncepción; crear entornos propicios para fomentar el consejo personalizado; promocionar el uso de los servicios sanitarios y el acercamiento del personal sanitario como personal accesible; enseñar técnicas de negociación para asegurar sexo seguro, además de un correcto uso del preservativo con demostraciones. Debido a que muchas de las intervenciones suelen realizarse en los colegios, es aconsejable la utilización de diversas metodologías como obras teatrales, seminarios y debates. Una intervención novedosa para la promoción de la salud sexual fue la realizada vía Internet. Inicialmente tuvo una buena acogida, principalmente debido a que los adolescentes están continuamente haciendo uso de las nuevas tecnologías y están muy familiarizados con el mundo de Internet. Esta intervención partía de prácticas anteriores que los

investigadores habían llevado a cabo con otros fines y donde los resultados obtenidos habían sido satisfactorios.

Es esencial analizar si realmente tras las intervenciones que se han desarrollado en los estudios anteriores, se han alcanzado los resultados deseados. En relación al aumento de conocimientos respecto a la sexualidad, se puede observar cómo, en mayor o menor medida, sí que han aumentado los conocimientos de la muestra intervenida, también cuando se han utilizando las nuevas tecnologías. Cabe destacar que no siempre las falsas creencias se consiguen eliminar. Hay que resaltar que existe una diferencia de aprendizaje notable entre distintos grupos de población. Un ejemplo significativo sería cómo la población masculina adolescente muestra un mayor número de conocimientos postintervención que las adolescentes mujeres.

Todos los estudios perseguían como objetivo final aumentar el uso de los anticonceptivos y la disminución de los embarazos no deseados. Los resultados finales sobre el aumento del uso de anticonceptivos muestran que en general las medidas son efectivas, pero con ciertos matices, debido a que tras la intervención aumenta el empleo del preservativo, sin embargo, según pasa el tiempo disminuye nuevamente su uso. En ocasiones, los adolescentes solo hacen uso de las facilidades que se les proporcionan por parte de los servicios sanitarios cuando reparten preservativos, en vez de realmente acudir a los servicios sanitarios para que se les brinde una atención personalizada. Cabe destacar que tras la intervención, las mujeres de un nivel socioeconómico elevado hicieron un mayor uso de la anticoncepción.

Un dato relevante fue que los resultados de educación por pares no fueron los esperados. Actualmente, se ha popularizado la realización de este tipo de intervenciones, pero es necesario valorar que las personas implicadas para desarrollar las intervenciones deben de tener un perfil adecuado y la personalidad acorde con la del grupo, para así poder alcanzar los resultados esperados. No hemos de olvidar que la colaboración con los padres es crucial para poder prevenir posibles dificultades en la adolescencia.

A partir de esta revisión, se hace evidente la necesidad de desarrollar intervenciones que estén enfocadas a prevenir tanto embarazos como medidas para evitar las ITS. Por ello

es necesario implementar aquellas intervenciones que aumenten la autoestima de los jóvenes, además de proporcionarles habilidades de negociación y acercamiento al sistema sanitario para que reciban una atención personalizada y de calidad. Además es fundamental hacer hincapié en reforzar el papel parental ya que influyen en un posible embarazo adolescente.

Es necesario que los jóvenes visualicen que el uso del preservativo en la pareja no es un síntoma de desconfianza y la posibilidad de acudir a los servicios sanitarios siempre que lo deseen.

Las principales dificultades encontradas en la realización del trabajo han sido la falta de artículos recientes, así como artículos originales o revisiones sistemáticas. Mucha de la bibliografía encontrada correspondía a artículos comentario de revisión, de forma que no seguía la estructura IMRyD (Introduction, Methods, Results and Discussion), y por tanto no podía ser incluido en una revisión narrativa al no tener evidencia para la mejoría de la práctica.

Otra dificultad encontrada fue que en los estudios analizados la edad del adolescente no siempre coincide con la edad declarada por la OMS como adolescente.

La enfermería tiene un papel fundamental tanto en la visualización de los servicios sanitarios, como en la prevención. La enfermería es un agente promotor de la salud y del mantenimiento de esta, por tanto, de la prevención de enfermedades. Hemos de ser el agente visible.

La actuación de la enfermería sobre la etapa adolescente desde la atención comunitaria debe desarrollar la capacidad de: valorar el desarrollo adolescente en todos sus ámbitos, promover una salud adecuada tanto individual como colectivamente, prevención de enfermedades y accidentes, así como fomentar su desarrollo sexual e identidad de género atendiendo a sus posibles dificultades.<sup>47</sup>

Para poder cumplir correctamente con los objetivos asignados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010, la enfermería debe tomar un papel muy relevante en la promoción de la educación sexual y en la prevención del embarazo adolescente.

## **6. AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Azucena Pedraz Marcos por acompañarme y ayudarme en la elaboración del Trabajo Fin de Grado y a Laura Otero por orientarme en los primeros pasos de este trabajo.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

1. Crispi Brillas F. La duración de la gestación y sus determinantes – Adaptaciones del cuerpo materno en el embarazo normal. En: Cabrero L, Saldivar D, Cabrillo E, directores. *Obstetricia y Medicina Materno – fetal*. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010. p. 219-223.
2. Hernández Cordero A, Gentile A. Entre muñecas y pañales. La maternidad adolescente en la España actual. *Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*. 2015;2: 67 - 87.
3. Richard Kollodge. *Maternidad en la niñez - Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013. Estado de la población mundial 2013
4. División de Población de las Naciones Unidas, *Perspectivas de la Población Mundial* [sede Web]. Washington: Banco Mundial; 2017 [acceso 13 de febrero de 2017]. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Disponible en: <https://goo.gl/sVCQnZ>
5. U.S. Department of Health and Human Services. *Sexual Experience and Contraceptive Use Among Female Teens — United States, 1995, 2002, and 2006–2010*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*: 61(17).
6. WHO Regional Office for Europe [sede Web]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 [acceso 7 de febrero de 2017]. Key facts on young people and reproductive health. Disponible en: <https://goo.gl/FWmsoJ>
7. The Sexual Health Charity [sede Web]. Londres: The Family Planning Association; 2016 [acceso 7 de febrero de 2017]. UK has highest teenage birth rates in Western Europe. Disponible en: <https://goo.gl/v1JhXI>
8. Consejo Superior de Investigaciones Científicas [sede Web]. Madrid: Ministerio de Economía, Industria y Competitividad; 2011 [acceso 7 de febrero de 2017]. Una investigación del CSIC aporta datos por comunidades autónomas sobre maternidad adolescente. Disponible en: <https://goo.gl/b8LuSy>
9. Eastern Europe and Central Asia Regional Office. *Adolescent pregnancy in Eastern Europe and Central Asia*. Washington: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013. Disponible en: <https://goo.gl/xFqxbi>

10. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; septiembre de 2014 [12 de febrero de 2017]. El embarazo en la adolescencia. Disponible en: <https://goo.gl/XMsknr>
11. Observatorio de la Juventud en España Servicio de Documentación y Estudios. Jóvenes salud y sexualidad. España: Ministerio de Igualdad; 2008. Disponible en: <https://goo.gl/7f4kkj>
12. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años [Revista en Internet]. 2014 [Acceso 19 de febrero de 2017]; 88(3). Disponible en: <https://goo.gl/Ps1v38>
13. Paz Bermúdez M, Castro A, Madrid J, Buena-Casal G. Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. International Journal of Clinical and Health Psychology, [Revista en Internet]. 2010 [Acceso 19 de febrero de 2017]; 10(1): 88-103. Disponible en: <https://goo.gl/iC3hcw>
14. Harding, S, Boroujerdi, M, Santana P, Cruickshank, J. Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal. International Journal of Epidemiology [Revista en Internet]. 2006 [Acceso 18 de febrero de 2017]; 35(2): 270-276. Disponible en: <https://goo.gl/Jc8HXC>
15. Mostafa Kamal S. What Is the Association Between Maternal Age and Neonatal Mortality? An Analysis of the 2007 Bangladesh Demographic and Health Survey. Asia Pacific Journal of Public Health [Revista en Internet]. 2011 [Acceso 16 de febrero de 2017]; 27(2):1106 - 1117. Disponible en: <https://goo.gl/xDjbrD>
16. Fernandes de Azevedo W, Baffi Diniz M, Sérgio Valério Borges da Fonseca E, Ricarte de Azevedo L, Braz Evangelista C. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein [Revista en Internet]. 2015 [Acceso 17 de febrero de 2017];13(4). Disponible: <https://goo.gl/5YbCoh>
17. Cubillas Rodríguez I, Aragón Núñez M, Linares Cano J. Principales complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes del hospital Materno Infantil de Málaga: estudio descriptivo. En: JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos? Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud. Granada; Fundación Index; 2014.
18. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica [Revista en Internet]. 2008 [Acceso 1 de marzo de 2017]; 5(1):42-51. Disponible en: <https://goo.gl/ZrGQ6g>

19. Mendoza L, Arias M, Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Revista en Internet]. 2012 [Acceso de 5 de Marzo 2017];77(5):375-382. Disponible en: <https://goo.gl/vA3Qj1>
20. McPeak K, Sandrock D, Spector N, Pattishall A. Important determinants of newborn health: postpartum depression, teen parenting, and breast-feeding. Current Opinion in Pediatrics [Revista en Internet]. 2015 [Acceso 2 de Marzo 2017]; 27(1):138-144. Disponible en: <https://goo.gl/iZsDTS>
21. Leclair E, Robert N, Sprague A, Fleming N. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology [Revista en Internet]. 2015 [Acceso 2 de marzo de 2017]; 26(6): 516-521. Disponible en: <https://goo.gl/ZH0ZgA>
22. Tapia M, Ulloa T. Embarazo adolescente desde una perspectiva biopsicosocial. Osorno: Universidad Austral de Chile; 2007.
23. WHO Regional Office for Europe [sede Web]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 [acceso 22 de febrero de 2017]. What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies? Disponible en: <https://goo.gl/BwYxhd>
24. WHO Regional Office for Europe [sede Web]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 [acceso 23 de febrero de 2017]. Evidence for gender responsive actions to prevent and manage adolescent pregnancy. Disponible en: <https://goo.gl/Qf23je>
25. Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2013 [Acceso 17 de marzo de 2017]; 15: 262-9. Disponible en: <https://goo.gl/YrcQa4>
26. González Hernando C, Sánchez - Crespo Bolaños JR, González Hernando A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. Enfermería Clínica. 2009; 19(4): 221 – 224
27. Jara Rascón J, Alonso Sandoica E. Ética y Eficacia en las Campañas de Salud Sexual. Cuadernos de bioética. 2008; 65: 81-93
28. WHO Regional Office for Europe [sede Web]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 [acceso 24 de febrero de 2017]. A Snapshot of the Health of young people in Europe. Disponible en: <https://goo.gl/b6ONkk>

29. Equipo Daphne. 'Póntelo, pónselo', la barrera que nos separa de Europa. Boletín informativo sobre salud de la mujer [revista en Internet]. 2010 [acceso 18 de febrero de 2017]; (26): 2-3. Disponible en: <https://goo.gl/rIF61A>
30. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria [Revista en Internet]. 2014 [Acceso de 11 de marzo 2017]; 28(1): 109–115. Disponible en: <https://goo.gl/GrkOOI>
31. Grant M, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Information and Libraries Journal. 2009;26(2): 91–108.
32. Garbers S, Meserve A, Kottkec M, Hatcher R, Venturaa A, Chiasson M.A. Randomized controlled trial of a computer-based module to improve contraceptive method choice. Contraception. [revista en Internet] 2012. [Acceso 19 de abril de 2017]; 86(4): [383-390]. Disponible en: <https://goo.gl/mw2uox>
33. Bonell C, Maisey R, Speight S, Purdon S, Keogh P, Wollny I. et al. Randomized controlled trial of 'teens and toddlers': A teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery. Journal of Adolescence. 2013; 36 (5): 859–870
34. Elliott L, Henderson M, Nixon C, Wight D. Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. J Epidemiol Community Health. 2013; 67: 398–404.
35. Nebot L, Díez E, Martín S, Estruga L, Villalbí J.R, Pérez G et. al. Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. Gac Sanit. 2016; 30(1):43–46
36. Waggoner M, Gaines Lanzi R, Klerman L. V. Pregnancy Intentions, Long-Acting Contraceptive Use, and Rapid Subsequent Pregnancies Among Adolescent and Adult First-Time Mothers. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2012; 25: 96 – 104
37. Bailey JV, Murray E, Rait G, Mercer CH, Morris RW, Peacock R, Cassell J, Nazareth I. Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD006483. DOI: 10.1002/14651858.CD006483.pub2.

38. Hernández - Martínez A, García - Serrano I, Simón - Hernández M, Coy - Auñón R, García - Fernandez A. M., Liante - Peñarrubia E et. al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enferm Clin.* 2009;19(3):121–128
39. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub3.
40. Whitaker R, Hendry M, Aslam R, Booth A, Carter B, Charles JM, et al. Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *Health Technol Assess.* 2016; 20(16).
41. Dean S, Lassi Z, Imam A, Bhutta Z. Preconception care: promoting reproductive planning. *Reproductive Health.* 2014; 11 (Suppl 3): S2
42. Tolli MV. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research.* 2012; 27(5): 904–913
43. Bouris A, Guilamo-Ramos V, Cherry K, Dittus P, Michael S, Gloppen K. Preventing Rapid Repeat Births Among Latina Adolescents: The Role of Parents. *Am J Public Health.* 2012;102: 1842–1847
44. Friis Lauszus F, Lauesgaard Nielsen J, Boelskifte J, Falk J. Sexual practice associated with knowledge in adolescents in ninth grade. *Dan Med J.* 2012; 59(7)
45. French RS, Mercer CH, Kane R, Kingori P, Stephenson JM, Wilkinson P et al. What Impact Has England’s Teenage Pregnancy Strategy Had on Young People’s Knowledge of and Access to Contraceptive Services? *Journal of Adolescent Health.* 2007; 41(6): 594–601
46. Gómez-Escalonilla Lorenzo B, Nombela Beltrán P, Mozas Lillo R, Marroyo Gordo JM, Gómez-Escalonilla Lorenzo MS. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en nuestros adolescentes. *Enfermería comunitaria.* [Revista en Internet] 2011. [Acceso 7 de marzo de 2017]; 7(2). Disponible en: <https://goo.gl/X0pJ8m>

47. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29 de junio de 2010)

## 8. ANEXO

### Anexo I. Resumen de contenidos de los artículos recuperados.

Artículo	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Método	Resultados
Garbers EE.UU.; 2012	Ensayo clínico aleatorizado	Testar la eficacia de un programa anticonceptivo recibiendo una educación adecuada al respecto.	Muestra de 2448 mujeres. Origen 69% latinas y el 76% procedencia extranjera. Desde 16 años a 40 años.	Tres grupos con diferente grado de instrucción. 1º grupo: educación sobre los métodos anticonceptivos y riesgos. 2º grupo: educación métodos anticonceptivos de forma genérica. 3º grupo: información sobre anticoncepción pero sin educación previa	No influye de manera determinante la enseñanza de los anticonceptivos de forma detallada o genérica.
Bonell 2013; Reino Unido	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluación independiente de la intervención “Teens and Toddler”	Mujeres en riesgo entre 13 - 14 años. Voluntariado en guardería o programa “Out – Of – School Youth Development”	Intervención semanal con una duración de 3 horas durante 18 - 20 semanas. Participantes son responsables de un niño menor de 5 años.	Mejor autoestima, mayor conocimiento sobre su salud sexual y facilidad para poder discutir el uso de la píldora. No aumento en el uso del preservativo.
Elliott 2013; Reino Unido	Estudio cuasi-experimental	Mejorar el nivel de conocimiento sobre la salud sexual y el uso de los servicios sanitarios. Reducir desigualdades en salud sexual	5283 personas (15–16 años zonas deprimidas y con alto índice de embarazos adolescentes.)	Programa teórico de educación sexual (SHARE). <u>Sesiones</u> : salud sexual, técnicas para negociar sexo seguro, uso del preservativo.	<u>Grupo intervenido</u> : mantuvo el uso del preservativo, uso de los servicios sanitarios para preservativos gratuitos

					Grupo control: disminución del preservativo, servicios sanitarios para formación y consejo de anticoncepción No reducción desigualdades de salud.
Nebot 2016; España	Estudio observacional descriptivo	Evaluar la efectividad de una intervención de consejo contraceptivo en adolescente según su sexo y origen.	138 adolescentes. 55% chicas, 85% edad entre 16 - 19 años, 71% inmigrantes.	Presentación práctica de métodos, especialmente del preservativo, discusión personalizada y entrega de preservativos y un díptico.	Aumento el uso y llevar consigo preservativos, aunque en la población inmigrante fue menor. Inmigrantes mayor número de falsas creencias.
Waggoner; EE.UU.; 2012	Estudio cuantitativo	Entender la relación entre el deseo de embarazo, la adolescencia, el uso de la anticoncepción y las consecuencias del embarazo.	227 adolescentes (15 – 18 años) y madres	Preguntas relacionadas con planificación familiar, tipo de relación familiar. Se realizaron entrevistas dirigidas por personal entrenado, principalmente graduados en psicología y con bagaje en trabajo social.	Mujeres de origen hispano, mayor uso de los métodos anticonceptivos que mujeres de origen blanco. Mayor riesgo de re-embarazo de las chicas adolescentes tras 18 meses del parto
Bailey 2010; Reino Unido	Revisión sistemática	Determinar los efectos de las intervenciones vía internet para la promoción de la salud sexual	3917 adolescentes	Uso de la tecnología para promocionar el conocimiento de la salud sexual	Mejoría en: uso del preservativo y efectividad intervenciones “face-to-face”

Hernández-Martínez 2009; España	Estudio cuantitativo. Estudio cuasi experimental	Efectividad de un programa de educación sexual en la adquisición de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y anticoncepción de urgencia y cambio de actitud ante el uso del preservativo.	481 alumnos de 1º Bachillerato de centros educativos sin ningún programa de educación sexual. Edad media de participantes 16,85 años. 55,2% mujeres y 44,8% varones.	5 sesiones teórico prácticas sobre métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. Evaluación con cuestionario pre intervención, al mes y 6 meses tras intervención.	Mejoría en el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la píldora postcoital. Además el grupo intervenido mostró un mayor cambio de actitud y uso del preservativo y la píldora postcoital.
Oringanje 2016; Estados Unidos	Revisión sistemática	Evaluar la efectividad de la intervención en el ámbito de la atención primaria en la disminución del embarazo adolescente.	105.368 adolescentes. 75% muestra entre 10 a 19 años.	Intervenciones enfocadas en el ámbito educación. Objetivo retrasar el inicio de la primera relación sexual, promoción de la anticoncepción. Ámbito escolar, clínico y comunal.	No diferencia significativa entre el uso del preservativo, anticoncepción oral y disminución ITS en la última relación entre el grupo control e intervenido.
Whitaker. Reino Unido; 2016	Revisión sistemática	Identificar el riesgo de embarazos no deseados de repetición, cuales son las intervenciones efectivas y costo-efectivas y las barreras y los agentes facilitadores para la implementación de estas medidas.	7848 estudios	Intervenciones psicosociales ya fuera en el hogar, en la comunidad o por vía telefónica. Duración entre 10 – 15 min.	Mayor efectividad de actividades basadas en la promoción del preservativo, la anticoncepción de emergencia. No evidencia de efectividad en el uso del preservativo y la píldora anticonceptiva
Dean S. Pakistán;	Revisión sistemática y	Describir la efectividad de las intervenciones	168 estudios	Programas de abstinencia sexual, importancia de	Importancia que tiene la prevención de

2014	meta-análisis	preconceptiva y el riesgo adolescente en el embarazo adolescentes, además de la salud neonatal.		educación y motivación. Revisión del programa <u>“Children’s Aid Society Carrera Program”</u>	embarazos de repetición en primíparas adolescentes. Fomentar habilidades parentales, fomentar la continuación de sus estudios.
Tolli MV, 2012; Alemania	Revisión Sistemática	Efectividad de la educación por pares en la prevención del VIH, prevención de embarazos adolescentes y promoción de la salud sexual en adolescentes	Jóvenes entre 10 a 24 años	Proporcionar información, demostraciones sobre uso del preservativo y técnicas. A su vez las técnicas en clase más utilizadas fueron los seminarios, obras teatrales y argumentaciones.	Aumento en el uso de los anticonceptivos. Los educadores deben de ser adecuados para el grupo y que su personalidad sea la adecuada para las actividades
Bouris EE.UU.; 2012	Revisión narrativa	Enseñar a los padres como comunicarse adecuadamente con sus hijos para así implementar estrategias para la reducción de las prácticas sexuales de riesgo y promover la salud de los jóvenes latinos	1008 adolescentes americanos. Edad entre 12 a 19 años.	Mecanismo para prevenir el segundo embarazo en adolescentes analizando los programas: “Cúídalos” y “Rompe el silencio”. Con el programa “Teenage Mothers - Grandmothers Program” buscanban mejorar la relación paterno – adolescente.	Gran influencia paterna sobre las decisiones de su vida sexual. Asociación de la educación parental con la prevención de ITS y VIH.
Friis Lauszus F 2012;	Estudio observacional descriptivo	Asociación entre la práctica sexual y el conocimiento de la	395 adolescentes (15,3 $\pm$ 1,5 años). 55% varones y 45%	Cuestionario con preguntas sobre conocimiento general de	95% usuario de la píldora habían iniciado su actividad sexual,

Dinamarca		educación sexual, reproductiva y el aborto	mujeres	la sexualidad, hábitos de riesgo y conocimiento sobre el aborto.	además de tener conocimiento previo de ITS. Uso del doble método correctamente.
French 2007; Reino Unido	Estudio observacional descriptivo	Conocimiento de los adolescente y el uso de los servicios de planificación facial desde el inicio de la “England’s Teenage Strategy”	8879 adolescentes (13 a 21 años)	Entrevistas entre 2000 – 2004.	Intervenciones escolares tienen la capacidad de una mayor captación y disminuir el estigma en relación con los servicios sanitarios.
Gómez-Escalonilla Lorenzo 2011; España	Estudio cualitativo descriptivo	Conocer la percepción del riesgo ITS, embarazo no planificado y su influencia en actitudes y conductas de adolescentes	Jóvenes de 16-18 años. 24 adolescentes seleccionados de por muestreo simple aleatorio	Técnicas conversaciones tipo entrevistas grupales, y así permitió conocer las creencias sobre el tema.	Conocen las fuentes fiables de obtención de información. Vergüenza de preguntar a los padres o profesionales. Destacan la necesidad de implicación de los padres