TRABAJO FIN DE GRADO

ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA

CONTRACEPTION AND UNWANTED PREGNANCY IN THE ADOLESCENCE

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Grado en Enfermería

Mayo 2022

Autora: LUCÍA GÓMEZ SAN JUAN
Directora: BEATRIZ CORONA GÓMEZ

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

ÍNDICE

RESUMEN 1
ABSTRACT 1
INTRODUCCIÓN 2
OBJETIVOS 4
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA 4
DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS 5

CAPÍTULO 1: FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE 5
1.1. FACTORES DE RIESGO 5
1.2. CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE 9

CAPÍTULO 2: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE, CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y VIVENCIAS DEL EMBARAZO PRECOZ 12
2.1 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 12
2.2 CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 13
2.3 MOTIVACIONES Y VIVENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE 15

CAPÍTULO 3: EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE 17
3.1. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE 17
3.2. ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE 21

CONCLUSIÓN 23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24
ANEXOS 27

RESUMEN

La adolescencia es un período de vulnerabilidad en el que se produce una transición entre la infancia y la edad adulta. Durante esta etapa, los jóvenes, marcados por la presión social y bajo esa falsa sensación de seguridad, llevan a cabo conductas de riesgo, como el sexo sin protección, pudiendo producirse embarazos no deseados. Esto tendrá importantes consecuencias físicas, económicas, sociales y emocionales. Por ello, el embarazo adolescente se considera un importante problema de salud pública.

Hoy en día, en muchos ámbitos la educación sexual se sigue considerando un tema tabú. Los adolescentes no reciben información suficiente sobre anticonceptivos por parte de su familia o profesores, por lo que deciden informarse en fuentes menos fiables, como Internet o los conocimientos y experiencias de sus amigos.

Por ello, la Enfermería tiene un papel importante. Debemos educar tanto a los adolescentes como a sus familias para evitar conductas sexuales de riesgo fomentando la responsabilidad y el uso de anticonceptivos. Por otro lado, una vez la adolescente decide continuar con el embarazo, debemos ayudarle a afrontar su nuevo papel como madre.

Palabras clave: embarazo, adolescente, educación sexual, anticonceptivos, Enfermería.

ABSTRACT

Adolescence is a period of vulnerability in which there is a transition between childhood and adulthood. During this phase, young people, marked by social pressure and under that false sense of security, carry out risky behaviours, such as unprotected sex, and unwanted pregnancies may occur. This will have significant physical, economical, social and emotional consequences. Therefore, teenage pregnancy is considered a major public health problem.

Today, in many areas sex education is still considered a taboo subject. Adolescents do not receive enough information about contraceptives agents from their family or teachers so they decide to inform themselves in less reliable sources, such as Internet or the knowledge and experiences of their friends.

Therefore, Nursing has an important role. We must educate adolescents and their families to avoid risky sexual behaviours promoting responsability and the use of contraceptives. On the other hand, once the teenager decides to continue with the pregnancy, we must help her to face her new role as a mother.

Key words: pregnancy, adolescent, sex education, contraceptive agents, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período comprendido entre la niñez y la edad adulta, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los 10 y los 19 años. Actualmente, los adolescentes suponen 1200 millones, una sexta parte de la población mundial. (1)

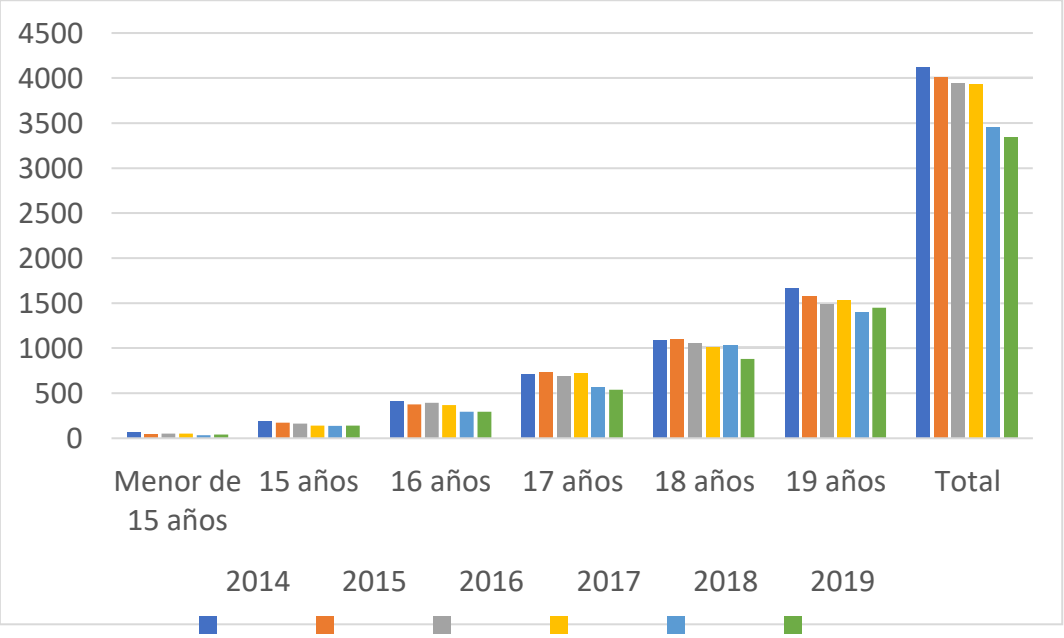
Se trata de una etapa importante para la persona, puesto que a través de diferentes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales se culmina con la maduración y el máximo desarrollo personal. Además, durante esta fase, comienzan a llevar a cabo conductas que pueden proteger o poner en peligro su salud, y prolongarse hasta la edad adulta. Entre los 15 y los 19 años, las principales conductas de riesgo que llevan a cabo están relacionadas con el consumo de alcohol y las relaciones sexuales sin protección. Por ello, las complicaciones producidas por el embarazo y el parto suponen la segunda causa de muerte entre las jóvenes de todo el mundo comprendidas entre estas edades. (1) (2)

El embarazo en la adolescencia sigue teniendo una importante trascendencia en la actualidad, puesto que de todos los embarazos que se producen a nivel mundial, el 11% se producen en jóvenes entre los 15 y los 19 años. Además, sus hijos tendrán un 50 % más riesgo de morir durante las primeras semanas de vida que aquellos hijos de madres mayores de 20 años. (3)

Cada año, aproximadamente 16 millones de chicas dan a luz, mayoritariamente en países de ingresos medios y bajos, y unos 3 millones se someterán a abortos peligrosos. Alrededor de 1 millón de niñas menores de 15 años darán a luz cada año. (3)

Según un estudio realizado en la Comunidad de Madrid (SIVFRENT-J) en el año 2016, un 13,1% de sus jóvenes no habían utilizado un método anticonceptivo eficaz durante su última relación sexual. Durante el año 2020, se produjeron en nuestro país 2760 nacimientos fruto de embarazos en mujeres entre 15 y 19 años, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Asimismo, el mismo año, según la misma fuente se produjeron un total de 8407 Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la misma franja de edad. 257 se produjeron en menores de 15 años. (3) (4) (5) (6)

La tendencia del embarazo adolescente entre 2019 y 2014 fue la siguiente: (7)



Número de embarazos producidos entre 2014 y 2019 según edad de la madre, datos del INE. (7)

El embarazo adolescente supone uno de los principales factores de morbimortalidad materna e infantil, así como la preservación del círculo enfermedad y pobreza, además de producir un gran

impacto sobre la vida y el futuro de la adolescente, puesto que tendrá importantes consecuencias (económicas, sociales, emocionales, educativas, laborales…) debido a la adquisición de un nuevo rol para el que no se encuentran preparadas. (3)

A pesar de que los adolescentes tienen características comunes que los definen, tienen otras que los diferencian entre sí. Esto se convierte en un problema a la hora de diseñar intervenciones educativas y sanitarias apropiadas con las que adquieran actitudes y aptitudes para la vida. (4)

La promoción de la salud no debe llevarse a cabo solamente ante un problema puntual, sino que debe ser un proceso. Sin embargo, siendo la adolescencia una de las etapas donde existen mayores factores de riesgo, los jóvenes son los grandes olvidados en cuanto a actividades preventivas se refiere, cuando sus factores de riesgo y causas de mortalidad son evitables en gran parte. Además, a pesar de que a partir de los 15 años los jóvenes se muestran receptivos a las intervenciones educativas, estudios realizados en diferentes países demuestran que los servicios de salud no abordan sus necesidades del día a día. La OMS recalca la importancia de que el sistema sanitario atienda estas necesidades de los adolescentes. (2) (4)

En España, la realidad sobre la atención sanitaria a los adolescentes supone que gran parte de ellos son atendidos por los médicos especialistas que ocasionalmente se centran en su propio campo y olvidan prestar una atención global. Además, los adolescentes encuentran una serie de obstáculos a la hora de acudir a los servicios sanitarios. La aparición de sentimientos de vergüenza o falta de confianza sobre los profesionales, su desconocimiento, la negación o infravaloración de sus problemas son algunos de los problemas con los que se topan los adolescentes. Otras dificultades con las que se encuentran son una atención inadecuada por parte de los profesionales y la necesidad de ser atendidos por un equipo multi e interdisciplinar. (2)

El embarazo adolescente supone un importante problema de salud pública. Es por ello que se ha tratado de abordarlo a través de diferentes iniciativas. En el caso de la OMS, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), publicó en el año 2011 seis medidas con el objetivo de reducir el número de embarazos precoces. Uno de estos objetivos se centró en aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes. Por otro lado, la OMS también proporciona ayuda técnica para que los países formulen políticas en materia de salud adolescente, considerando la salud sexual y reproductiva como uno de los temas que deben incluir los programas de promoción de la salud en el adolescente. (1) (2) (3)

Sin embargo, en nuestro país no existen programas preventivos específicos para mayores de 14 años. (2)

Como profesionales de enfermería, debemos educar a los adolescentes para prevenir tales embarazos, así como proporcionar apoyo y una atención especial a aquellas que afrontan un embarazo con el objetivo de disminuir las posibles complicaciones en la madre y en el hijo que está por nacer. Es por ello que debemos formarnos sobre este problema de salud pública al que nos enfrentamos e informarnos sobre las características propias de este grupo poblacional para poder llevar a cabo estrategias orientadas a: (8)

- Fomentar su empoderamiento en torno a la sexualidad para mejorar la toma de decisiones responsables y motivar hacia un uso adecuado de métodos de contracepción.
- Permitir a las adolescentes conocer sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- Asesorar respecto a una educación sexoafectiva que les permita una sexualidad responsable.
- Proporcionar una relación de confianza entre los sanitarios y el adolescente y mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar.
- Identificar apoyos a los que acudir para afrontar la futura maternidad y fomentar la participación de su familia.

- Estimular una educación sexual y reproductiva en diferentes ámbitos, tales como medios de comunicación, familia, o ámbitos educativos.
- Contar con profesionales altamente cualificados en el tema y en la población adolescente.
- Incrementar los conocimientos de la población adolescente que favorezca una sexualidad libre y sana.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir la situación del embarazo adolescente en los últimos años en los países desarrollados.

Objetivos específicos:

- Mostrar los factores de riesgo y consecuencias del embarazo adolescente, así como sus posibles repercusiones.
- Establecer los conocimientos de los adolescentes respecto a los anticonceptivos, el uso que realizan de los mismos, y mencionar las experiencias y vivencias sobre la maternidad temprana.
- Analizar el papel de la enfermera tanto en la prevención de tales gestaciones, así como en su atención.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para realizar la búsqueda bibliográfica, se han consultado diferentes bases de datos como Google Académico, Scielo, Dialnet, Pubmed y Cuiden. En un principio, se utilizaron como palabras clave "embarazo" y "adolescente". Posteriormente, tras organizar la estructura del trabajo, se añadieron "enfermería", "prevención primaria", "anticonceptivos" y "educación sexual".

Además, para orientar la búsqueda se empleó el booleano "AND", teniendo acceso a los artículos en inglés y español publicados en los últimos 10 años.

Otras páginas web fiables y rigurosas empleadas fueron el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) o el Servicio Cántabro de Salud.

DeCS	**MeSH**
Embarazo	Pregnancy
Adolescente	Adolescent
Enfermería	Nursing
Prevención primaria	Primary prevention
Anticonceptivos	Contraceptive agents
Educación sexual	Sex education

DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

Capítulo 1: se describen los factores de riesgo que predisponen a las adolescentes a presentar un embarazo no deseado, así como sus repercusiones en esta etapa de la vida y las posibles complicaciones del embarazo adolescente.

Capítulo 2: recoge los conocimientos y el uso de anticonceptivos por parte de la población adolescente, así como las motivaciones del embarazo adolescente y las vivencias de aquellas que lo experimentaron.

Capítulo 3: muestra el papel de la enfermera en la prevención de embarazos en la adolescencia, así como respecto a la atención de estas mujeres.

CAPÍTULO 1: FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

En España, así como en el resto de países europeos, se ha observado que respecto al siglo anterior, el inicio de las relaciones sexuales tiene lugar cada vez de manera más precoz, comenzando según algunas publicaciones recientes en torno a los 14 años. Este adelanto, como consecuencia de la curiosidad y el interés por adquirir nuevas experiencias, conduce a los adolescentes a llevar a cabo conductas sexuales frecuentemente sin protección, imprevistas e impulsivas, exponiéndose a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. (8) (9) (10) (11)

Las relaciones durante esta etapa se caracterizan por predominar el amor romántico y la idealización de la otra persona, lo cual les conduce a mantener relaciones sexuales sin protección por un amor incondicional. (12)

Es importante considerar que esta desprotección puede ser debido también al desconocimiento sobre el uso de anticonceptivos, a la imposibilidad para conseguirlos, o al hecho de que la relación no sea consentida. (13)

Cuando la diferencia de edad entre la adolescente y el hombre que es su pareja es elevada, se produce una asimetría donde la negociación por el uso de anticonceptivos, especialmente el preservativo, se verá afectada, sobre todo de manera más significativa cuando la joven es menor de 16 años. Es por ello que la OMS puso sobre aviso que estos noviazgos podrían suponer que las adolescentes se vieran obligadas a tener sexo no deseado bajo insistencias, coacciones o engaños. Para atender este problema, se llevó a cabo en España en 2015 una reforma del Código Penal, donde se estableció que "un/a joven posee uso pleno de razón, discernimiento y autonomía para decidir cuándo y con quien practicar sexo a partir de los 16 años". (14)

1.1. FACTORES DE RIESGO

El embarazo en la adolescencia se ve influenciado por diferentes aspectos por lo que adquiere un carácter multidimensional. Entre los principales factores de riesgo se encuentran los siguientes:

1. Desarrollo puberal precoz: desde el punto de vista biológico, el desarrollo puberal es cada vez más temprano, lo que supone un adelanto de la menarquía y el inicio de la fertilidad. (8) (9)

2. Influencia social: algunos adolescentes se ven presionados a comenzar a mantener relaciones sexuales ya que temen no ser aceptados por su grupo. Por otra parte, se ven influenciados por los mensajes que transmiten los medios de comunicación respecto a la sexualidad, así como por las tendencias y valores de la sociedad. (15) (16)

3. Nivel socioeconómico, educativo e inmigración: existe la relación entre el nivel socioeconómico, educativo y la inmigración con en el embarazo adolescente. Un estudio transversal realizado en dos hospitales de Sevilla durante tres años, donde once menores de 15 años ingresaron por embarazo o parto, ocho de ellas pertenecían a Zonas de Necesidad de Transformación Social (ZNTS), es decir, zonas con niveles de pobreza estructural definidas por la Junta de Andalucía. Además, dos de las adolescentes estudiadas habían sufrido un embarazo no deseado anteriormente, finalizado por una interrupción voluntaria. (17)

4. La familia de origen: también ha sido estudiada como un factor relevante, puesto que la cultura tiene un papel importante en la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales. Un estudio realizado en 2012 en Consulta Joven de Anticoncepción de Zaragoza, estudió a 583 jóvenes de entre 13 y 24 años. De ellas, 174 tuvieron un embarazo no planificado, por lo que se llegó a la conclusión que el riesgo aumentaba si el padre estaba desempleado, si la estructura familiar era diferente a padres y hermanos, si la madre había sufrido un embarazo en la adolescencia, y si existían problemas de convivencia o una mala relación entre padres e hijos. Por último, este estudio constató que la incidencia de las IVEs era mayor cuando existía un bajo nivel socioeconómico. (10) (18)

Otros factores familiares favorecedores de embarazo no deseado son la ausencia de referentes y figuras significativas, así como la desinformación respecto a la sexualidad por parte de los progenitores, debido en parte a los mitos y tabúes que siguen existiendo en torno a ello. Una de las barreras que encuentran los adolescentes a la hora de solucionar sus dudas respecto a los anticonceptivos, es la cohibición que sienten a la hora de tratar el tema con sus padres por temor a sufrir críticas o cuestionamientos. (12) (19)

Es importante considerar que, aunque la gran mayoría de embarazos que sufren las adolescentes son no deseados, un pequeño número de ellos han sido buscados, como consecuencia de la cultura, la religión o el grupo étnico al que pertenecen. Muestra de ello es la población gitana, quienes presentan mayores embarazos adolescentes que las no gitanas puesto que siguen unas pautas reproductivas diferentes y está aceptado socialmente que las mujeres sean madres a edades precoces. (11) (14)

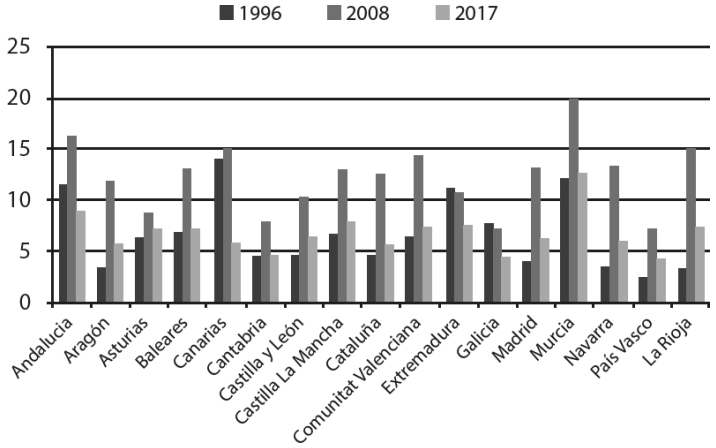
5. Personalidad del adolescente: otro aspecto que se ha estudiado ha sido la relación entre la personalidad del adolescente y variables que tienen relación con el riesgo sexual, como las actitudes, los conocimientos y el uso de anticonceptivos. Este vínculo fue demostrado a través del análisis de estudiantes de entre 14 y 16 años de dieciocho colegios públicos de cinco zonas diferentes de nuestro país. Así, se obtuvieron varias conclusiones: (20)

- Los adolescentes con mayores niveles de extroversión, escrupulosidad y amabilidad y menores puntuaciones de estabilidad emocional, presentaban mayor probabilidad de llevar a cabo comportamientos sexuales de riesgo.
- Respecto a los chicos, son más propensos a llevar a cabo estas conductas cuando obtienen una alta puntuación en gregarismo, sociabilidad, calidez, apertura y perfeccionismo, así como menores puntuaciones en confianza.
- En cuanto a las chicas, el riesgo aumenta cuando destacan por su amabilidad y sensibilidad, y cuando obtienen bajas puntuaciones en calma.

6. Factores sociodemográficos: un estudio realizado en Zaragoza en el año 2012 estudió también la relación existente entre distintos factores sociodemográficos con el embarazo no planificado a través de 583 mujeres de entre 13 y 24 años que acudían a consulta de anticoncepción. Gracias a ello, se obtuvo como conclusión que entre las variables predictoras

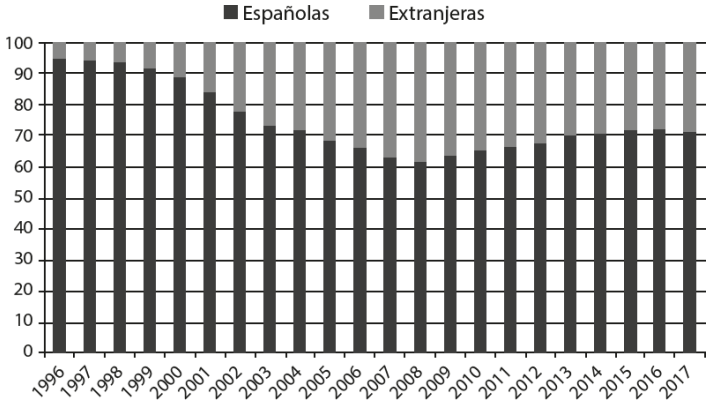
de un embarazo no deseado se encontraban: ser extranjera, tener un bajo nivel educativo, no haber utilizado un método anticonceptivo seguro durante su primera relación sexual (o haber utilizado coitus interruptus), encontrar inconvenientes (olvidos, precio, incomodidad…) o efectos adversos a la hora de utilizar algún método, y no asistir regularmente a la consulta de anticoncepción. (21)

El hecho de que exista en nuestro país mayor concentración de madres adolescentes en ciertas Comunidades Autónomas pone de manifiesto que aquellas con mayores índices de estudios superiores, rentas per cápita y participación femenina en el mercado laboral presentan hasta un 40% menos de tasas de fecundidad adolescente respecto a otras con menor nivel socioeconómico. (14)



Evolución de las tasas de fecundidad adolescente según la Comunidad Autónoma, según un estudio realizado por la Universidad de Zaragoza. (14)

En el caso de regiones del sur, uno de los motivos por los cuales presentan tales tasas de fecundidad adolescente, puede deberse a la inmigración. Estas cifras son más elevadas cuando el flujo migratorio es más elevado; posteriormente se produce una adaptación de los inmigrantes al régimen de fecundidad de la región que los acoge. (14)



Comparativa de la tasa de fecundidad en adolescentes españolas y en adolescentes extranjeras, según un estudio de la Universidad de Zaragoza. (14)

7. Covid-19: este virus ha sido otro hecho importante que ha empezado a tenerse en cuenta, el cual pasó a considerarse como pandemia el 11 de abril de 2020, debido a su influencia sobre la

salud sexual y reproductiva. Uno de los aspectos que se ha visto afectado ha sido una de las posibles fuentes de información en torno a la educación sexual: la educación escolar, debido a las restricciones por el virus y al cese de las clases presenciales. Por otra parte, los servicios de planificación familiar se han visto afectados por la saturación del sistema sanitario en los países más pobres, puesto que, en situaciones de crisis, los servicios de salud sexual y reproductiva se ven apartados. Por ejemplo, tomando como referencia epidemias anteriores como el ébola, los embarazos no planificados sufrieron un aumento de hasta un 200%. (22) (23)

Sin embargo, la Sociedad Española de Contracepción elaboró un documento en abril de 2020, el cual recogía que ciertos aspectos asistenciales, tales como la IVE o la anticoncepción de urgencia debían ser motivos de asistencia prioritarios. (24)

Como consecuencia de esta pandemia, los servicios de Planificación Familiar calculan que, a nivel mundial, aproximadamente 18 millones de mujeres llevarán a cabo un uso discontinuo de métodos anticonceptivos. Por otra parte, los confinamientos domiciliarios pueden suponer una causa de embarazos no deseados cuando existen abusos sexuales dentro del hogar, puesto que la víctima se verá forzada a convivir 24 horas al día con su agresor. (23)

Aparte de eso, los confinamientos de este grupo de la población implicarán un aumento del uso de las redes sociales y el consumo de pornografía, espacios que no contribuyen a una educación sexual sana y apropiada. Por ejemplo, en las películas pornográficas no suelen mostrarse métodos anticonceptivos, ni muestran un modelo de mujer asertiva con capacidad de decidir sobre cómo deben ser estas relaciones, puesto que perpetúan roles de género donde la mujer se somete al hombre. (25)

Otras repercusiones de la pandemia sobre la planificación familiar serían las siguientes: (26)

- La posible imposibilidad del personal sanitario de dedicarle tiempo a la atención de estos servicios, o la falta de personal sanitario.
- El miedo de las mujeres a acudir a los centros sanitarios por miedo a contraer el virus.
- La escasez de métodos anticonceptivos en los países con ingresos más bajos, contribuyendo a que las mujeres se vean obligadas a sustituirlos por otros menos eficaces, o incluso a dejar de utilizarlos por completo.

8. Por último, **otros factores de riesgo** que se han encontrado han sido los siguientes: (9) (14) (15) (19)

- El estrés.
- La delincuencia, las adicciones y el consumo de alcohol u otras drogas.
- El acceso a la educación y a los servicios sanitarios, y la dificultad para acceder a los segundos debido a los horarios de atención.
- El proyecto de futuro del joven.
- La vergüenza a solicitar métodos anticonceptivos o el desconocimiento sobre dónde conseguirlos de manera gratuita.
- Carencias afectivas.
- La rebeldía propia de los adolescentes por la que tienden a llevar la contraria a sus padres.
- Vivir en zonas rurales.
- La soledad de los adolescentes y la creencia de que se sentirán mejor si tienen una pareja o un hijo.

1.2. CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia tendrá repercusiones en la salud y el futuro tanto de la madre como del bebé, aumentando el riesgo de morbimortalidad para ambos, puesto que durante esta etapa la adolescente no ha adquirido una completa madurez anatómica y emocional. Supondrá, por tanto, efectos físicos, psicológicos, sociales y económicos sobre la joven. Estas consecuencias pueden ser a corto o a largo plazo, incluso irreversibles, como la muerte materna. Algunas de estas secuelas se encuentran en aumento, siendo una de estas la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), pudiendo "evolucionar" en dolor pélvico o infertilidad. Las consecuencias perinatales son mayores cuando han transcurrido menos de cinco años entre la menarquía y el embarazo. Las diferentes consecuencias serían las siguientes: (8) (10) (19)

Consecuencias para la madre:

1. Abortos peligrosos o la obligación de continuar con el embarazo: hasta el año 1985 en España, el aborto era ilegal, aunque el Código Penal lo permitía en caso de violación, malformación del feto o la existencia de riesgos maternos. Posteriormente, en 2010 se deroga la ley anterior, por lo que comienza a permitirse el aborto hasta la semana 14 de embarazo, o incluso hasta la 22 cuando existan riesgos fetales o maternos y posteriormente de este plazo si se detectasen alteraciones incompatibles con la vida o problemas de salud graves e incurables. (27)

Con esta ley, las adolescentes podían interrumpir el embarazo sin el consentimiento de sus padres, lo que supuso en su momento un debate social, puesto que temían que provocase un aumento de las IVEs en este grupo, hecho que posteriormente fue desmentido al demostrarse que más del 80% de las jóvenes acudían acompañadas por uno de sus progenitores, o por su tutor legal. (27)

Sin embargo, en 2015 se reformula la ley con la intención de "reforzar la protección de las menores", por lo que comienza a solicitarse el consentimiento de quienes ejercen la patria potestad de las jóvenes. Es por ello que diferentes asociaciones feministas alertan que esta medida supondrá que muchas chicas no pudieran acceder a una IVE legal por miedo, pudiendo verse obligadas a continuar con el embarazo en contra de su voluntad, o recurrir a un aborto clandestino. (27)

2. Cambios vitales y un nuevo rol: el nuevo papel como madre significa asumir una nueva e importante responsabilidad para la cual, puede que no se encuentre preparada para aceptar, así como un cambio en su futuro y su patrón de vida. Se verá obligada a asumir nuevos roles adultos, cuando sigue siendo física, emocional y económicamente una niña. (10) (19) (28)

Un estudio realizado en Cuba con 24 gestantes adolescentes en 2015 demostró que en ellas predominaba una falta de afrontamiento del problema. Sin embargo, dos autores consideran que una buena relación entre padres e hijos supondrá una influencia positiva respecto a la forma de afrontar el embarazo. (10) (19)

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la adolescente sufrirá un cambio radical en su vida. Verá limitadas sus oportunidades de futuro, pudiendo experimentar sin desearlo una serie de efectos emocionales, como sentimientos de culpa, frustración, depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio. (15)

3. Consecuencias emocionales: durante el primer trimestre presentan emociones de sorpresa, temor e hipersensibilidad, y muchas de ellas ocultan el embarazo todo el tiempo que pueden. Con la llegada del segundo trimestre, comienzan a sentirse lábiles emocionalmente, y a medida que el parto se acerca, experimentan sentimientos de angustia. El embarazo supone para las

adolescentes un descenso en su autoestima, así como un aumento de la emotividad y agudización de conflictos no resueltos con anterioridad. (28) (29)

4. Las consecuencias socioeconómicas más relevantes a las que se enfrentan son el fracaso o abandono escolar y la futura dificultad para la inserción laboral de la madre, lo que le llevará a atravesar dificultades económicas por su menor preparación académica, o bien a depender de su familia para la manutención del nuevo miembro. Más del 80% de las jóvenes abandonan su educación para comenzar a trabajar. Otro de los motivos es la dificultad para criar a su hijo. Todo ello afectará a su calidad de vida y la de su futuro hijo. (15) (30)

Sin embargo, el embarazo adolescente no supone costes económicos exclusivamente sobre la joven y su familia, sino también sobre el propio país, puesto que supone un problema de salud pública. (9) (15)

5. A nivel social pueden sufrir vergüenza y discriminación. Es posible que se vean forzadas a uniones conyugales destinados a un futuro divorcio, así como a la formación de una familia desarraigada, o bien dar al niño en adopción. Presentarán por tanto mayor dificultad para constituir un hogar estable y relaciones permanentes. (8) (14) (15) (29)

6. Problemas familiares: esta gestación supondrá cambios en la dinámica y economía familiar, pudiendo ser una fuente de conflictos. Es posible que la adolescente delegue el cuidado del hijo en otros miembros de la familia, especialmente su madre debido a la dificultad para asumir y desempeñar su nuevo rol. (8) (15)

Al informar a sus padres de la situación, puede ser amonestada verbalmente e incluso agredida físicamente por su familia, o incluso por su pareja. La actitud que estos presenten al recibir la noticia tendrá relevancia en la postura de la adolescente respecto a su embarazo. (28)

Un hecho observado con frecuencia es la existencia de lo que se conoce como “doble fenómeno de maltrato infantil” (DFMI), donde la madre tras ser rechazada por el embarazo, reniega o incluso maltrata a su hijo. (28)

7. Mal afrontamiento del embarazo: una de las cuestiones que caracterizan el embarazo durante la adolescencia es el retraso en el seguimiento de la gestación. A través de un estudio se demostró que aquellas que acudieron al control del embarazo en el tercer trimestre sufrían de mayores efectos adversos perinatales respecto a las embarazadas adultas. (12)

8. Consumo de tóxicos: Asimismo, el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otros tóxicos durante esta etapa de la juventud supone un perjuicio en la salud de ambos. (12)

9. Otras consecuencias: dentro de otras posibles repercusiones se encontrará presentar mayor riesgo de sufrir violencia y abusos sexuales, multiparidad y tendencia a la prostitución y a la delincuencia (cuando existe pobreza, marginación social, bajo nivel educativo…). (8)

Consecuencias para el bebé:

El futuro hijo presentará mayor riesgo de fracaso escolar, retraso en el desarrollo físico y psicológico, y de repetir los mismos comportamientos de riesgo de la madre. (8) (14)

Por otro lado, las dificultades durante la crianza podrían desencadenar una alta mortalidad durante el primer año de vida, una menor adherencia a la lactancia materna, incumplimiento del calendario vacunal por parte de los padres, diferentes accidentes tales como intoxicaciones, y en el peor de los casos, abandono y maltrato durante la infancia. (8) (15)

Consecuencias para el padre:

La paternidad adolescente tendrá repercusiones similares que en el caso de la mujer. Al igual que en la madre, el nuevo rol al que se enfrentan supondrá problemas económicos y laborales, puesto que tendrá dificultades para mantener a su nueva familia de manera independiente, pudiendo terminar abandonando sus estudios. Esto influirá de manera negativa a la hora de encontrar un empleo con buenas condiciones laborales. Su nueva responsabilidad supondrá renunciar a experiencias propias de la adolescencia y asumir nuevas responsabilidades propias de la edad adulta. Además, aparece la preocupación sobre cómo será la reacción de sus padres al comunicarles la noticia, pudiendo ser fuente de conflictos familiares. Otros temores a los que harán frente serán las posibles limitaciones para ejercer su paternidad, como el tiempo que deben invertir en estudiar o trabajar. El vínculo de pareja también se verá afectada, puesto que para la crianza del hijo demandará una relación estable. (31)

Complicaciones del embarazo adolescente:

Respecto a la salud física de madre e hijo, puede verse afectada de varias formas, en las que se encuentran: (8) (9) (15) (30)

- Trastornos hipertensivos. (preeclampsia, eclampsia)
- Anemia, siendo más frecuente en aquellas mujeres con una nutrición inadecuada.
- Escasa ganancia de peso durante el embarazo.
- Lesiones durante el parto, trabajo de parto prolongado y mayor riesgo de parto instrumentado o por cesárea, debido a un desarrollo incompleto de la pelvis y el aparato reproductor en general.
- Hemorragias.
- Rotura prematura de membranas.
- Infecciones urinarias.
- Perforaciones uterinas.
- Infecciones o sepsis.
- Embarazos ectópicos.
- Bajo peso al nacer, prematuridad y muerte súbita del recién nacido.
- Malformaciones neonatales, especialmente en el cierre del tubo neural, el cual presenta mayor incidencia cuando la madre es menor de 15 años.
- Diferentes anomalías congénitas del sistema nervioso (espina bífida, meningocele, hidrocefalia), musculoesquelético (labio leporino, paladar hendido…) y gastrointestinal.

CAPÍTULO 2: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE, CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y VIVENCIAS DEL EMBARAZO PRECOZ

2.1 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los adolescentes disponen de una amplia variedad de anticonceptivos divididos en: (32)

- Recomendados: preservativo, anticonceptivos hormonales combinados o solo de progestágeno y el DIU.
- Aceptables: anticonceptivos hormonales inyectables y diafragma.
- No recomendados: métodos naturales y métodos irreversibles.
- De emergencia: "píldora del día después".

De todos ellos, los métodos de barrera son los métodos ideales para este grupo de población, puesto que reúnen una serie de características importantes, como la accesibilidad, el precio, su seguridad, o la posibilidad de combinarse con otros. (32)

A pesar de todas las opciones que disponen, numerosos autores han estudiado ampliamente la protección de los adolescentes durante sus relaciones coitales, lo cual ha podido evidenciar que aproximadamente 1 de cada 3 adolescentes no utiliza ninguna medida de protección durante sus primeras relaciones sexuales, y cerca de un 30 % de ellos utiliza el coitus interruptus. Se ha demostrado, además, que, tanto en nuestro país como en otros, muchos adolescentes tardan entre 6 y 18 meses en utilizar métodos anticonceptivos después de su primera vez, la cual suele ocurrir sin previsión. Como consecuencia de esta falta de organización, llegado el momento, los jóvenes no cuenten con medidas de contracepción. Además, los sentimientos de deseo y excitación suelen tener más peso que el miedo a las repercusiones negativas. (33)

En el año 2013, a través de una muestra de 832 adolescentes procedentes de 15 centros educativos de secundaria de nuestro país, se llegó a la conclusión de que el preservativo era el método de protección principal para este grupo de población, aunque gran parte de ellos no lo utilizaba o lo hacía de manera puntual. Asimismo, se demostró que cuando los jóvenes comienzan más precozmente el inicio de las relaciones sexuales, estos llevan a cabo un menor uso del preservativo en el primer coito y posteriormente. (34)

Según un estudio realizado en Zaragoza en 2014 a partir de 583 mujeres de entre 13 y 24 años atendidas en 2012 en la Consulta Joven de Anticoncepción, los adolescentes encuentran una serie de aspectos por los que les desagrada el uso de métodos anticonceptivos, como la aparición de efectos secundarios, u otros inconvenientes como olvidos, roturas y costes. (20)

Las causas por las que no utilizan los métodos anticonceptivos como deberían pueden clasificarse según el contexto (como el acceso a ellos), según aspectos económicos (su precio) o las creencias individuales de cada uno. Para analizarlo, existe la Escala de Barreras hacia el uso de Preservativo para Adolescentes, compuesta por quince parámetros englobados en cuatro ítems: "habilidades de negociación", "sensaciones percibidas", "aspectos negativos del preservativo" e "interrupción de la experiencia sexual". (35)

En el caso de las chicas, la mayoría de obstáculos que encuentran en relación con el uso de métodos de contracepción están relacionados con aspectos emocionales, como la vergüenza a solicitarlos. En cuanto a los chicos, se relaciona con la percepción de encontrarlo un estorbo del placer sexual. (35)

2.2 CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En nuestro país se han puesto en marcha numerosos programas educativos con el objetivo de educar durante la adolescencia. Un claro ejemplo de ello es el programa COMPAS, destinado a adolescentes de entre 14 y 18 años, el cual ha resultado eficaz en aquellos centros de distintas Comunidades Autónomas en los que se implementó. Consta de cinco sesiones que engloban los siguientes aspectos: (35)

1. "Sexualidad y salud".
2. "Conociendo mejor los riesgos".
3. "Tomando decisiones".
4. "Mejorando tu comunicación sobre sexo".
5. "Manteniendo tus decisiones".

Sin embargo, aquello que conocen respecto a la sexualidad, suelen averiguarlo a través de fuentes no fiables. Para el 46 % de los adolescentes, la principal vía de información la constituyen los amigos. El sistema educativo, la familia, los sistemas sanitarios o los libros no suelen suponer para ellos una manera de aprender. Estos resultados son similares a los de otros estudios realizados en las últimas dos décadas. (33)

Internet y las redes sociales son otras de las importantes fuentes a las que acuden aproximadamente un 30 % de ellos. Entre ellos, encontramos también el consumo de pornografía, la cual les trasmite una imagen distorsionada sobre cómo es realmente la sexualidad. (33) (35)

Una de las barreras que perciben los adolescentes a la hora de acudir a sus padres o profesores para despejar dudas en torno a la sexualidad es la vergüenza y el miedo a que sean objeto de críticas. También manifiestan sentimientos de vergüenza a la hora de solicitar métodos anticonceptivos. En un estudio realizado en 2015 en España sobre mil mujeres nacidas entre los años 80 y 90, más del 31 % de ellas manifestaron sentir pudor a la hora de tratar la sexualidad y la anticoncepción con su médico. Esta publicación manifestó además que siguen vigentes ciertas falsas creencias, como que no es posible quedarse embarazada cuando se está menstruando. (19) (21) (36)

Fruto de una investigación realizada en mujeres de entre 14 y 44 años que acudían a Urgencias, se observó que la gran mayoría de las mujeres que solicitaban la píldora de emergencia se encontraban en plena adolescencia. Esto es probablemente muestra de que carecen de los conocimientos necesarios en relación a un uso adecuado de este y otros métodos, así como las repercusiones que tiene su uso indebido. (37)

En otra investigación llevada a cabo en 2015 a partir de una encuesta sobre 82 jóvenes de un instituto valenciano, la mitad de los jóvenes que participaron en él estimaron que necesitaban una mayor formación en sexualidad. Además, confiaban en falsas creencias, como que durante la primera relación sexual no puede producirse un embarazo, que existen ciertas posiciones con las que poder evitarlo, o que colocarse el preservativo inmediatamente antes de eyacular es eficaz. (35)

Otros falsos mitos que siguen trasmitiéndose unos a otros son "la píldora produce esterilidad", "la píldora hace salir más vello", "yo controlo muy bien la marcha atrás". (38)

La educación sexual y afectiva supone un tema al que se enfrentan los padres a medida que sus hijos van creciendo y comienzan a plantearse cuestiones. Algunos de ellos deciden afrontarlo temerosos o de manera ambigua, y otros desde la evitación. Sin embargo, existen una serie de errores a los que se enfrentan los padres una vez llega el momento. Estas concepciones erróneas son las siguientes: (13) (39)

- **“Lo aprenden solos”:** muchas familias consideran que al igual que ellos aprendieron solos en su momento, sus hijos podrán hacerlo también, y además, con mayores facilidades que ellos. Creen incluso que lo normal es que la información la obtengan de sus amigos. Sin embargo, esto no asegura que lo que aprendan sea cierto.

- **“Delante de los niños no”:** la mayoría de progenitores no son conscientes de que sus hijos también aprenden de las conductas que observan en casa. Mostrar expresiones de afecto entre la pareja delante de los niños va a suponer para ellos un importante aprendizaje.

- **“Los niños son aún muy pequeños”:** como en el punto anterior, los niños no solo aprenden por lo que escuchan, sino por lo que ven. Por ello, aunque no se hable sobre sexualidad con un niño de 3 años le estamos educando igualmente a través de situaciones del día a día. Deben ser educados en la naturalidad para que ellos actúen así en un futuro.

- **“La sexualidad comienza en la pubertad”:** la mayor parte de padres y madres no se plantean el tema hasta que sus hijos entran en la pubertad, siendo en muchas ocasiones un poco tarde para abordarlo, puesto que los hijos rehusarán a hablar sobre la sexualidad con sus padres, y ya conocerán aquello que les interesaba saber. Es necesario que exista una buena comunicación entre padres e hijos durante toda la infancia para que en la adolescencia continúe.

- **“Tienen toda la información disponible”:** aunque es cierto que los adolescentes de ahora disponen de más fuentes de información que respecto a otras generaciones, a menudo los datos que encuentran son incorrectos o incluso contradictorios.

- **“Sexualidad = reproducción”:** en muchas ocasiones, las explicaciones que se les da a los niños se centran en cómo se hace para tener hijos, pero no en cómo no tenerlos. Es necesario tener en cuenta que lo que verdaderamente les importa a los adolescentes se refiere al aspecto psicosocial de la sexualidad, no al biológico.

- **“La educación sexual incita a la práctica”:** con frecuencia es común el pensamiento de que educar en torno a la sexualidad aumentará el interés de los adolescentes por iniciarse. Sin embargo, está demostrado que esto no es así. Según el Instituto de la Mujer “aunque las relaciones sexuales no son más frecuentes entre las jóvenes que han recibido educación sexual que entre las que no la han recibido, las primeras tienen menos probabilidades de quedarse embarazadas”.

- **“El sexo es lo único en lo que piensan”:** la promiscuidad de los adolescentes es una creencia muy extendida. Sin embargo, hoy en día estos prefieren relaciones estables para manifestar su sexualidad.

- **“Tareas diferentes en función del sexo”:** en las familias más tradicionales todavía existe un reparto de tareas en función de si eres hombre o mujer, fomentando conductas machistas, como que los chicos deberán dedicarse a los estudios para mantener a su futura familia, y las chicas a las tareas del hogar de cara a un porvenir como amas de casa. Por consecuencia, las mujeres estarán en desventaja respecto a los hombres.

En definitiva, una falta de educación sexual en los colegios, las dificultades que encuentran las familias para abordar el tema, la búsqueda de información en fuentes no fiables por parte de los

adolescentes y la insuficiente atención sanitaria tienen un papel importante en los conocimientos sobre planificación familiar de los más jóvenes. (38)

2.3 MOTIVACIONES Y VIVENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las intervenciones destinadas a retrasar o evitar el embarazo adolescente pueden no lograr su objetivo si los jóvenes presentan actitudes favorables o ambiguas frente a la maternidad precoz. Es por ello por lo que diversos autores han investigado para entender estas actitudes. Un ejemplo de ello es un estudio realizado sobre embarazadas jienenses de entre 15 y 16 años en 2012. (40)

La investigación se llevó a cabo sobre doce adolescentes, de las cuales cuatro de ellas habían buscado el embarazo de manera voluntaria, abandonando el instituto dos de ellas, y las otras seis restantes habían dejado de estudiar a consecuencia de ello. Los resultados que se apreciaron en la entrevista de las participantes se agruparon en seis grupos: (40)

1. **"Relaciones afectivas, conducta sexual y anticoncepción".** En sus relaciones de pareja, las chicas valoraban que el hombre fuera mayor que ellas, activo laboralmente (salvo una de las chicas entrevistadas), y que tuviera una buena relación con sus padres. Aunque deseaban relaciones igualitarias, se apreció que se basaron en tópicos de género más conservadores, dónde los hombres toman las decisiones en las relaciones sexuales. Un ejemplo de ello es que las jóvenes conocían los métodos anticonceptivos, pero tenían dificultades para acceder a otros que no fueran el preservativo, un sistema que suele desagradar a los hombres, por lo que acababan cediendo a las coacciones de su pareja que insiste en no utilizarlo.

2. **"Información y educación sexual".** La familia no desempeñaba un papel prioritario en cuanto a la educación de relaciones saludables, pero sí en la transmisión de miedos y tabúes. La educación por parte de la escuela era insuficiente y no satisfacía las demandas de los alumnos, por lo que terminaban acudiendo a otras fuentes menos fiables.

3. **"Deseabilidad y experiencia de un embarazo adolescente".** El significado de la maternidad lo descubrieron poco a poco. En cuanto a los cambios que suponía el embarazo, solo tenían en cuenta los físicos, sin considerar los aspectos personales y socioeconómicos.
   Aquellas que desearon quedarse embarazadas no supieron razonar por qué lo querían. Las que no lo desearon mostraban actitudes de conformidad.
   Cuando comunicaron la noticia a su pareja, les encomendaban la decisión de seguir adelante o no con la gestación. La opción de someterse a un aborto no se consideró una buena opción.
   Anunciar el embarazo a su familia supuso para ellas el momento más difícil, aunque a pesar de las primeras reacciones negativas de sus padres, se sintieron apoyadas por su entorno.

4. **"Imagen social de un embarazo adolescente".** Se sintieron cuestionadas por la sociedad, aunque contando con el apoyo de su entorno no le dan tanta importancia. Su círculo de amistades se ve reducido, en parte por alejarse de aquellas amigas que les recomendaron abortar. Esta pérdida de amistades supone una de las consecuencias del embarazo a temprana edad.

5. **“Planes de futuro y expectativas ante la maternidad”.** Para la atención de su hijo consideraron necesario que su familia y su pareja contribuyesen. Aunque veían la convivencia como algo necesario para la crianza, no consideraban el matrimonio como un objetivo a cumplir a corto plazo.

6. **¨Propuestas de atención y estrategias”.** Como consejos para otras chicas de su edad, recomiendan el empleo de métodos anticonceptivos y meditar qué es lo que realmente quieren, aunque consideran que deben respetarse las decisiones de cada una.

Además de mostrar la perspectiva de las adolescentes que se enfrentaron a una maternidad temprana, este estudio dio a conocer que los embarazos no tenían lugar como consecuencia de una decisión consciente entre los padres, sino por una deficiente planificación familiar, y los estereotipos de género que siguen vigentes en torno a la sexualidad. (40)

Asimismo, en 2018, una investigación, “Relatos de madres adolescentes en la España actual” realizada en Aragón sobre treinta y dos jóvenes de entre 18 y 29 años, recoge la experiencia que supuso para ellas la maternidad durante la adolescencia, y cómo ha afectado a sus vidas. De todas ellas, cuatro eran de etnia gitana, nueve de origen latinoamericano y dos de procedencia africana. (41)

Todas ellas menos una, refirieron que conocían los métodos destinados a evitar un embarazo, y podían disponer de ellos. Sin embargo, se observaron diferentes causas por las que pudieron sufrir el embarazo: (41)

- Diez de ellas no empleaban ningún método, dos de estas por imposición de sus parejas.
- Seis no los empleaban de manera regular.
- Nueve chicas que se habían protegido en relaciones anteriores dejan de hacerlo al comenzar a salir con el padre de sus hijos.
- Dos los utilizaban de manera ocasional.
- Una que siempre utilizaba protección es víctima de una violación.
- Cuatro se quedaron embarazadas a pesar de utilizar preservativo o anticonceptivos hormonales.

En el momento en que se realizó el estudio, doce de ellas seguían manteniendo una relación con el padre de su hijo. Por otro lado, once no terminaron la educación obligatoria. En relación con el aspecto laboral, algunas estaban desempleadas o con empleos precarios y otras nunca habían llegado a trabajar. (41)

Las perspectivas que se fueron encontrando en las entrevistas fueron las siguientes: (41)

1. **La maternidad buscada bajo un proyecto de futuro.** Cinco de las chicas entrevistadas habían planeado el embarazo, explicaron que su intención era sentirse completas como mujeres, puesto que la maternidad les ayudó a terminar de formar su identidad, así como a mejorar su madurez. Buscaron la experiencia bajo la idea de que enfrentarse a este nuevo proyecto de vida les beneficiaría.

2. **La maternidad fruto de contratiempos familiares y aspectos étnicos.** Esto es lo que ocurrió en el caso de las cuatro jóvenes gitanas, las cuales viven el embarazo precoz como algo normalizado en su cultura, y otras tres chicas que vivían bajo problemas familiares y emocionales que se vieron forzadas a madurar antes de tiempo.

3. **La maternidad en el contexto de una relación tóxica.** Esta era la situación a la que se enfrentaron cuatro de las mujeres entrevistadas, que, como consecuencia de ser víctimas de abusos dentro de su relación de pareja se ven más expuestas a padecer problemas emocionales y a sufrir embarazos no deseados. En estos casos, las gestaciones se produjeron como consecuencia de relaciones sin consentimiento, o bien, por la dependencia emocional que establecieron con sus respectivas parejas. Para ellas, el hijo que estaba por venir supuso un motivo por el cual debían de luchar para poner fin a esta situación de violencia, sin tener en cuenta que ese hijo será una víctima más, y un arma que utilizarán sus parejas para seguir manipulándolas.

4. **La maternidad, la nueva esperanza de mejorar sus vidas.** Para aquellas que atravesaban problemas de exclusión social, el embarazo supuso buscar un sentido a sus vidas. Les animó a formar el hogar que ellas nunca tuvieron, sin importarles si esta nueva experiencia la iban a vivir sin ayuda de otra persona.

5. **La maternidad, la causa de múltiples dificultades en sus vidas.** Para ocho de las mujeres, el nuevo rol supuso la aparición de problemas y sacrificios a distintos niveles. Para ellas, los peores efectos tuvieron lugar a nivel educativo, dejando de lado sus estudios, laboral, por el acceso a empleos precarios, y afectivo, por la unión forzada de la pareja.

6. **La maternidad, la causa de afianzamiento de la relación.** A pesar de que el embarazo fue imprevisto, y en un principio supuso una fuente de conflictos, cuatro de las chicas manifestaron que les instó a formar un hogar donde criar a sus hijos con sus respectivas parejas, lo cual fortaleció el vínculo de la pareja.

CAPÍTULO 3: EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

3.1. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

En España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo expone que se debe garantizar la educación afectiva y sexual y el acceso universal tanto a los servicios de salud sexual y reproductiva como a métodos anticonceptivos. A pesar de la existencia de esta ley, tanto los estudios en el tema como las carencias en los conocimientos de los adolescentes o las escasas intervenciones realizadas, demuestran que no es suficiente. (36)

Asimismo, la asistencia pediátrica en Atención Primaria de la mayoría de regiones de nuestro país, recoge entre sus servicios la educación sexual para la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, así como el acceso a métodos anticonceptivos e información sobre la interrupción voluntaria del embarazo sin objeción de conciencia. (27)

A día de hoy, la educación sexual sigue siendo un tema controvertido, puesto que continúan siendo vigentes muchos tabúes y temores. Además, muchos se cuestionan sobre quiénes deberían educar a los jóvenes. ¿Su familia, el colegio, los sanitarios? La respuesta correcta implica que se requiere una actuación por parte todos los grupos y contextos. Profesores, familiares y sanitarios deben ser las principales fuentes de educación. (37) (30)

El papel del gobierno y la sociedad:

Es necesario que se den facilidades para el uso de anticonceptivos por parte de la población adolescente, desde la accesibilidad, el consejo o la financiación. Por parte de la sociedad, se deben cuidar los estímulos negativos que se trasmiten a los jóvenes a través de las redes sociales y los medios de comunicación, puesto que estos tratan con banalidad la sexualidad. (30)

Para poder realizar estas intervenciones desde la enfermería, se necesita que estos profesionales formen parte de distintos organismos, para así poder elaborar políticas que apoyen y fomenten la educación sexual, la formación y sensibilización respecto a las redes sociales y los medios de comunicación.

El acceso al sistema sanitario:

Los adolescentes consideran que el sistema sanitario les puede proporcionar información fidedigna, pero perciben distintas barreras a la hora de consultar sus inquietudes. Es por ello que, como enfermeros, no debemos limitarnos a educar únicamente desde las consultas de Atención Primaria o consultas especializadas, sino acercarnos a su entorno más próximo, como el marco familiar o el escolar. Es por ello que se están poniendo en marcha cada vez más programas de educación afectiva y sexual. (37)

En Cantabria, existe un programa orientado a jóvenes de entre 12 y 18 años con el objetivo de educar y prevenir conductas de riesgo en varios aspectos, como la sexualidad. Es lo que se conoce como "Consulta Joven", y se implementa gracias a la colaboración de Atención Primaria de la zona de Torrelavega-Reinosa y la Consejería de Educación, en el Instituto de Educación Secundaria "Marqués de Santillana" de Torrelavega. (42)

Atendida por profesionales sanitarios, dispone de un horario que permite a los jóvenes acudir durante los recreos, dos días a la semana. En ella se proporciona información anticonceptiva y atención postcoital si fuera necesario. (42)

La atención de los profesionales sanitarios en los Centros de Salud:

En 2014, un estudio realizado en Valencia analizó las actividades que los distintos profesionales sanitarios realizaban sobre la población adolescente en materia de educación sexual. Participaron un total de 499 trabajadores de 41 centros diferentes, englobando a médicos de familia, pediatras, enfermeras y matronas. Se obtuvo como conclusión que estas últimas eran quienes más realizaban estas labores. En el caso de sanitarios de medicina y enfermería, encontraban diferentes barreras a la hora de llevarlas a cabo, como la carencia de un equipo multidisciplinar, la falta de medios o de quejas o la presencia de los padres en la consulta, aunque las principales dificultades que encontraron fueron la falta de tiempo y de formación específica. (43)

El personal sanitario de Atención Primaria suele carecer de tiempo para tratar en la consulta estos temas, para acudir a los centros educativos, o bien deciden no enfrentarse a ello por desconocimiento. (43)

Sin embargo, además de informarles de cómo prevenir un embarazo, es importante comunicarles las consecuencias que puede suponer. (8)

Debido a la manera en que la educación sexual se suele impartir por parte de los profesores en los centros educativos, es decir, centrada en aspectos meramente reproductivos, y a las dificultades que pueden encontrar los padres para tratar la educación afectiva y sexual, las enfermeras de Atención Primaria pueden suponer otra fuente de educación. Sin embargo, para poder llevarlo a cabo, es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones: (44)

- **Información basada en la evidencia:** La información que éstos reciban debe estar basada en la evidencia y alejada de creencias morales o religiosas o juicios de valor. (38) (11)

- **Horarios adaptados:** Para evitar dificultades a la hora de acudir a consultas de anticoncepción, los jóvenes deberían tener un fácil acceso a ellas, con un horario adecuado a sus necesidades, y siempre respetando la confidencialidad. (38) (11)

- **Acciones preventivas**: Otro aspecto importante por considerar es que la atención preventiva debe comenzar preferiblemente de manera previa al inicio de las relaciones sexuales. Lo ideal sería proporcionar una educación sexual desde los 8 años hasta la adolescencia. (38) (11) (44)
  Las intervenciones preventivas que hagamos con ellos deben permitirles interactuar y ser proactivos, puesto que mantener un contacto en el que solo nosotros hablemos no solo va a generarles indiferencia, sino que además no va a lograr el resultado esperado. (37)

- **Consideración de la desigualdad de género:** Es importante tratar la desigualdad de género respecto a la sexualidad a la hora de aplicar estas intervenciones, para acabar con viejos mitos y educarles en igualdad, así como fomentar la autoestima y el autocuidado. Durante la pubertad es importante promover la igualdad y la asertividad y romper con falsos mitos que perpetúan tales desigualdades. (38) (37) (44)

- **Información y educación sobre métodos anticonceptivos:** Para apoyar la adherencia y el buen uso del método, es importante que los sanitarios escuchen previamente al adolescente, para posteriormente asesorarle, aunque debe ser el propio adolescente quien realice la elección. (38)
  Respecto a ellos, la información básica que debe de transmitirse es que los métodos naturales, así como el coito interrumpido presentan una baja eficacia anticonceptiva, al contrario que los métodos hormonales y el DIU (Dispositivo Intrauterino), que ofrecen una elevada protección. Para evitar las ETS y los embarazos, el único método al que se puede acudir es el preservativo. La anticoncepción de urgencia no debe suponer un método habitual. (38)

En 2018 se diseñó en La Palma un cuestionario para valorar el riesgo de sufrir un embarazo no planificado durante la adolescencia. Este cuestionario, que recibió el nombre de IRENE (Instrumento de valoración del Riesgo de Embarazo No Esperado) se validó sobre 148 adolescentes, y estaba formado por 36 ítems divididos en varias categorías, las cuales fueron las siguientes: (45)

- **Nivel educativo de los padres.** Se consideró que este ítem estaba afectado en caso de que los progenitores tuvieran estudios básicos, o si las jóvenes no conocían la respuesta.

- **Convivencia y relaciones familiares.** Se contempló que este ítem estaba alterado cuando las jóvenes convivían únicamente con uno de los progenitores, tenían una mala relación con su familia, o preferían no contestar.

- **Iniciación en las relaciones sexuales.** El inicio anterior a los 16 años o el desconocimiento de la edad concreta se consideraron un factor de riesgo.

- **Conducta sexual.** Se estableció como otro de los factores de riesgo que las adolescentes utilizaran únicamente preservativo, olvidasen usarlo en ocasiones o prefirieran no responder. También, cuando las adolescentes habían tenido relaciones con dos o más personas diferentes, así como no el número concreto.

- **Desear quedarse embarazada en ese mismo momento.** En este caso, o si la adolescente tenía dudas al respecto, se determinó como factor de riesgo.

La educación en colegios e institutos y el papel de la enfermera escolar:

El ámbito educativo supone otro de los medios de educación, por lo que se debe formar a los profesores de colegios e institutos una formación especial en materia de educación afectiva y sexual. (30)

Sin embargo, el contenido que se oferta en algunos colegios e institutos se promueve de manera biologicista, breve y puntual en un grupo de alumnos de diferentes edades, lo cual resulta ineficaz. Asimismo, se trata de una educación que no se oferta en todos los centros, puesto que, tras la reforma educativa de la LOMCE, la educación sexual deja de figurar ni siquiera como una competencia básica. (27)

En el ámbito escolar, la enfermera supone una conexión entre alumnos, padres y profesores, por lo que está aumentando la necesidad de contar con estos profesionales para llevar a cabo estrategias que fomenten la salud en colegios e institutos de manera práctica y adaptada. Es por ello que en 2016, una enfermera escolar implementó en Cantabria un programa de educación sexual sobre 34 alumnos de 6º de primaria a través de las propias cuestiones que estos plantearon durante la asignatura de "Conocimiento del Medio". Esta actividad se dividió en dos fases: una de valoración y otra de intervención. Durante la primera, se recogieron de manera escrita aquellas dudas que presentaban los alumnos, puesto que se apreció vergüenza entre ellos al expresarlas en voz alta. Se recogieron un total de 29 preguntas que fueron agrupadas por temas. Posteriormente, la enfermera confecciona el taller de manera ilustrativa y con un lenguaje adaptado a su edad y creando un clima de confianza. Así, se responden las dudas que plantearon los alumnos en un principio, y se resolvieron otras que aparecieron durante el programa. Para valorarlo posteriormente, 10 alumnos comentan haber resuelto sus dudas y haber comprendido toda la información. (46)

Como conclusiones, se obtuvieron varias. Los alumnos no plantearon dudas acerca de enfermedades de transmisión sexual, lo que demuestra que este tema no resultaba prioritario para los adolescentes. Los chicos plantearon más cuestiones que las chicas, aunque no se pudo determinar qué cuestiones interesaban más a cada sexo debido al anonimato. (46)

El papel de la familia:

Los padres y el entorno familiar suponen una importante transmisión de conductas y actitudes, por lo que debería ser la principal fuente de educación. Asimismo, una buena comunicación entre padres e hijos sobre métodos anticonceptivos supone un mejor uso de ellos por parte de los adolescentes, tal y como demostró un estudio realizado en Cataluña en 2004. (38) (30)

Los profesionales de enfermería podemos ayudar o formar a los propios padres en temas de educación sexual para que aborden el tema con sus hijos a través de una serie de consejos: (39)

- **Crear un clima de respeto, confianza y naturalidad**. Evitar la vergüenza y los prejuicios hará que, a medida que los niños vayan teniendo dudas, acudan a sus padres para resolverlas. Sin esto, cuando los adultos quieran abordar el tema durante la pubertad se sentirán incómodos.

- **Responder a aquellas dudas en el momento en que aparecen**. Si los propios padres aplazan las respuestas, los niños lo interpretarán como una evasión del tema. Las contestaciones solo deberían retrasarse cuando así se consiguiera una respuesta más elaborada. Asimismo, tampoco deberían adelantarse a sus incertidumbres, puesto que pueden malinterpretarlos o tergiversarlos al no estar preparados para comprenderlo.

- **Dar respuestas adaptadas a su vocabulario.** Además, para una educación integral se deberían conectar los aspectos afectivos con la educación sexual. Conviene explicarles la responsabilidad de los acontecimientos que pueden tener lugar.

- **Ambos progenitores pueden educar a ambos sexos.** Aunque existen ciertas cuestiones con los que las hijas se sienten más cómodas hablando con las madres y viceversa, ambos padres deberían resolver las dudas de sus hijos independientemente de su sexo.

3.2. ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Ramona Mercer, enfermera dedicada al estudio de la salud materno infantil y la familia, y autora de la teoría del rol maternal, consideró la maternidad como un proceso de cambio en el que madre e hijo establecen un vínculo, y la mujer se siente feliz ejerciendo este nuevo papel. Para la activación del nuevo rol materno, Mercer estableció cuatro niveles en los que la madre debe ser apoyada: físico, emocional, informativo y de valoración. Esto significa que es necesario proporcionar a la futura madre un cuidado físico y otro emocional, ofreciendo información que pueda serle de utilidad y evaluando sus progresos. (47)

El primer paso:

Cuando se tiene conocimiento del embarazo de una adolescente, los profesionales del Centro de Salud deben ofrecerle toda la información para que la joven pueda tomar la decisión de continuar o no con la gestación. En caso de que no lo desee, se le proporciona el acceso a la IVE. (27)

Asimismo, cuando la joven sea menor de edad y existan sospechas de que las relaciones hayan podido ser sin consentimiento, se informa a los padres, servicios sociales y Fiscalía de Menores para que se proceda a investigar. (27)

El seguimiento del embarazo por parte de enfermeras y matronas:

- **Atención y educación antes y después del parto:** Cuando la adolescente decide continuar con el embarazo se aplica el mismo protocolo que en todas las mujeres embarazadas. Se inicia el seguimiento en el primer trimestre, y continua hasta el puerperio y se forma a la madre tanto para la lactancia como para la preparación al parto, entre otras cosas. Durante el embarazo, se educa en hábitos saludables y se fomentan los controles precoces y frecuentes. Tras el parto, son importantes un mayor fomento de la lactancia materna y del vínculo entre madre e hijo. (12)(27)

- **Seguimiento más específico:** Esto significa que el sistema sanitario no utiliza un protocolo específico de atención al embarazo en adolescentes, aunque tanto médicos como matronas controlan estas gestaciones de una manera especial. En el caso de las enfermeras, estas intentan fomentar la participación de la joven en talleres que

proporcionan consejos para gestionar este nuevo rol, además de seguir con atención la gestación de la adolescente, para poder prevenir futuras complicaciones. (27)

- **Características del cuidado de enfermería:** Como enfermeros, nuestra intervención no solo va destinada a evitar el embarazo adolescente, sino en proporcionar un cuidado orientado a aquellas jóvenes que se enfrentan a ello, considerando las múltiples complicaciones que pueden aparecer. El cuidado de enfermería debe abarcar una serie de aspectos: la atención debe ser integral y libre de prejuicios, dirigida hacia la mujer embarazada, su pareja y familia, educando en signos y síntomas de alarma y pautas de crianza, involucrándoles a todos en la participación. Durante los controles, se deben evaluar tanto los posibles factores de riesgo como las necesidades de cuidado de la joven embarazada. Por último, debe fomentarse el autocuidado de la gestante y animarla a continuar con sus estudios y sus planes de futuro. (8)
  Es por ello que los expertos consideran que las adolescentes embarazadas deben recibir un cuidado especial durante el embarazo y posteriormente. Por ejemplo, existen ciertos factores presentes en la pubertad que impactan negativamente durante el embarazo, como una el consumo de sustancias tóxicas, nutrición inadecuada, o el bajo peso de la madre, por lo que es necesario educar y fomentar hábitos saludables. (12)

Las recomendaciones para la prevención de complicaciones:

El embarazo adolescente se caracteriza por un seguimiento tardío de la gestación, lo cual genera resultados desfavorables, puesto que aquellas adolescentes que acudieron al control del embarazo durante el último trimestre experimentaron mayores problemas perinatales. Por tanto, se recomienda la detección temprana del embarazo y acudir a las revisiones de manera más frecuente, especialmente entre las semanas 34 y 37 para evitar partos precoces. (12)

Dadas las consecuencias en la salud que puede suponer un embarazo a estas edades, tales como la anemia o los trastornos hipertensivos es importante realizar con mayor frecuencia y de manera más exhaustiva el control prenatal, para poder detectar los factores de riesgo, prevenir y tratar la aparición de estas complicaciones lo antes posible. Por ello es importante el seguimiento del embarazo de manera temprana. (12) (48) (49)

En el caso de la anemia, es importante también la suplementación de hierro y ácido fólico al comienzo de la gestación, así como la instrucción en mantenimiento un buen estado nutricional. (48)

En cuanto a las recomendaciones en relación con el parto se encuentran los ejercicios pélvicos para facilitarlo, así como el acompañamiento durante este proceso para aplacar las molestias. En cuanto a la mala adherencia a la lactancia materna que suelen experimentar estas madres, es aconsejable dar información sobre los beneficios que supone, con el objetivo de fomentarla. Por último, otros aspectos que deben considerarse son la prevención de futuros embarazos y la promoción de la paternidad adolescente. (12)

El papel de los servicios sociales:

Por último, cuando la joven decide continuar con el embarazo y necesita recursos, puede recibir atención por parte de los servicios sociales. Así, los trabajadores sociales valoran cada caso y se plantean distintas soluciones frente a todos aquellos problemas sociales a los que se enfrenta la adolescente. También, pueden recibir atención psicológica, o ayudas económicas. Estas situaciones se dan especialmente en contextos con importantes problemas sociales y económicos. (27)

CONCLUSIÓN

Una de las principales conductas de riesgo que llevan a cabo los adolescentes son las relaciones sexuales sin protección. El embarazo durante esta etapa de la vida implica un importante problema de salud pública, puesto que tiene diferentes consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas, para la madre, el hijo y su entorno más próximo.

Las complicaciones derivadas del embarazo y el parto suponen la segunda causa de muerte en las jóvenes de entre 15 y 19 años. Asimismo, sus hijos tendrán más probabilidades de morir en las primeras semanas de vida. Para ambos, tendrá consecuencias futuras, manteniendo el círculo de enfermedad y pobreza.

Los adolescentes son los grandes olvidados de la atención sanitaria, puesto que existen diferentes barreras que les impiden acudir a los sanitarios para resolver sus dudas, como por ejemplo el temor a sentirse juzgados. Además, algunos sanitarios no se sienten preparados para impartir contenidos de educación sexual, por falta de tiempo o de formación específica.

Hoy en día siguen existiendo tabúes a la hora de hablar de la sexualidad, tanto en los centros educativos como en el mismo entorno familiar. Por ello, los adolescentes suelen resolver sus dudas con sus amistades, los cuales, desde su ignorancia, promueven toda aquella información que aprenden de fuentes no fiables, como las redes sociales o la televisión.

La enfermería debe abordar y trabajar tanto con padres, madres e hijos la educación afectivo-sexual, para poder prevenir ETS y embarazos no deseados.

Sin embargo, la enfermería no sólo debe actuar en el ámbito sanitario, sino que es fundamental que esté presente también en el ámbito familiar y en los centros educativos, donde la figura de la enfermera escolar toma un papel de gran relevancia.

Esta educación debe ser proporcionada en un ambiente de confianza, desde la infancia, a través de un lenguaje que puedan comprender, a medida que vayan haciéndose preguntas.

Sin embargo, para afrontar esta problemática, se requiere de un esfuerzo también por parte de la sociedad y los gobiernos. La sociedad debe tomar más responsabilidad con la imagen que transmite sobre las mujeres y la propia sexualidad. Los gobiernos deben facilitar el uso de métodos anticonceptivos, desde el precio, la accesibilidad o el consejo.

Sin embargo, esto no bastará para prevenir el embarazo adolescente en su totalidad, puesto que existen factores de riesgo difíciles de abordar, como el nivel socioeconómico, la cultura, o la influencia del entorno familiar y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Salud del adolescente [Internet]. [citado 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

(2) Salmerón Ruiz M.A, Casas Rivero J. Problemas de salud en la adolescencia. Pediatría integral [revista en Internet] 2013 [citado 7 de enero de 2022]; 17 (2). Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/problemas-de-salud-en-la-adolescencia/

(3) El embarazo en la adolescencia [Internet]. [citado 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

(4) Análisis de la situación de la juventud [Internet]. [citado 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm

(5) Movimiento natural de la población. Datos provisionales. Año 2020 [Internet]. [citado 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/provi/l0/&file=01001.px&L=0

(6) Datos estadísticos [Internet]. [citado 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

(7) Por lugar de residencia de la madre, sexo y edad de la madre. Total nacional y comunidades. [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=48865&L=0

(8) Noguera O. N, Alvarado R. H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev Colomb Enfermería. 2016;7(7):151.

(9) Triviño C, Acosta-castro FE, Veintimilla J. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. Dom. Cien. 2019;5:554-71.

(10) Sánchez Aguilar D, Alfonso Hernández L, Salim Martínez Y, Domínguez Forte MC. Embarazo en la adolescencia: afrontamiento y sexualidad. Rev. Sexología y Sociedad. 2017;23(1):94-105.

(11) Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:261-9

(12) Gómez-Pascual M, Fernández Ortiz MB. El embarazo en la adolescente. Revisión y recomendaciones. Enfermería Integr. 2019;122:45-9.

(13) Ríos-Becerril J, Cruz-Bello P, Becerril-Amero P, Maldonado-González V. Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016; 24(1):51-4.

(14) Hernández Cordero AL, Gentile A, Luminita Tanase E. Perfil socio-demográfico de madres adolescentes en España. Acciones e Investig Soc. 2019;40:109-33.

(15) Molina Gómez AM, Pena Olivera RA, Díaz Amores CE, Antón Soto M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2019;45(2):1-21.

(16) Olivera Carmenates C, Bestard Aranda AM, Fell Guerra L, Brizuela Pérez S, Bujardón Mendoza A. Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. Rev Hum Med. 2014;14(3):629-45.

(17) Tornero Patricio S, Charris-Castro L, Rey Granados L. Asociación entre el bajo nivel socioeconómico del área de residencia y embarazo en adolescentes. An Pediatr. 2019;90(1):66-7.

(18) Yago Simón T, Tomás Aznar C. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? Progresos Obstet y Ginecol. 2014;57(9):436-44.

(19) Reyes-López SV, Cordero-Cruz IC, Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V. Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. SANUS. 2020; (15): 1-14.

(20) Morales A, Méndez X, Orgilés M, Espada JP. Personality profiles of sexual risk among Spanish adolescents. Rev Psicol Clin con Ninos y Adolesc. 2020;7(3):41-9.

(21) Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp Salud Pública. 2014;3:395-406.

(22) Diaz Asenjo JP, Quispe Fajardo CS. El embarazo en la adolescencia desde la perspectiva actual en COVID-19. Rev Cuba Pediatría. 2021;93(2):1-5.

(23) Soria Gonzales LA. Impacto De COVID-19 En La Salud Sexual Y Reproductiva. Rev Fac Med Hum. 2021;21(2):461-2.

(24) Rodríguez Jiménez MJ. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc. 2020;8:77-77.

(25) Del Egido Moreno A. Pantallas y educación sexual en adolescentes. Rev Digit Educ y Form del Profr. 2021;18:1-13.

(26)Fondo de Población de las Naciones Unidas. Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil [Internet]. [citado 21 abril 2022]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/resources/repercusi%C3%B3n-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-planificaci%C3%B3n-familiar-y-la-eliminaci%C3%B3n-de-la

(27) Hernández Cordero AL, Gentile A, Aventín Bielsa A, Hervás Blanco L. Atención socio-sanitaria a embarazos tempranos y madres adolescentes en España. Cuad Investig En Juv. 2019;7:50-66.

(28) Loredo A, Vargas E, Casas A, González J, Gutiérrez C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(2):223-9.

(29) Vélez E, Figueredo L. Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes. Rev Educ en Valores Univ Carabobo. 2015;1(23):18-28.

(30) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia [Internet]. [citado 21 abril 2022]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Embarazo_adolescencia.pdf

(31) Botero Botero LD, Castrillón Osorio LC. La experiencia de la paternidad en adolescentes. Rev Virtual Univ Católica del Norte. 2015;46:89-101.

(32) Mendoza JP. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2016;42(1).

(33) Heras Sevilla D. Influencia de una propuesta de educación sexual en la búsqueda de información y en la experiencia sexual adolescente. Rev INFAD Psicol. 2015; 1:145-56.

(34) Espada JP, Morales A, Orgilés M. Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. Acta Colomb Psicol. 2014;17(1):53-60.

(35) Espada Sánchez JP, Morales A. La salud afectivo-sexual de la juventud en España. Rev Estud Juv. 2019;(123):32-6, 39-40.

(36) Egea Tresgallo S. La vivencia de la sexualidad en la adolescencia. Rev Iberoam Psicosomática. 2016; 118:71-9.

(37) Luces Lago AM, Tizón Bouza E, Porto Esteiro M, Fernández Minguez C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. Ene. 2014;8(2).

(38) Parera Junyent N, López S. Cómo motivar a los adolescentes para el uso correcto de los métodos anticonceptivos. Rev Iberoam psicosomática. 2016;(119):55-63.

(39) Font P. Educación afectiva y sexual. Orientaciones para padres y madres. [Internet]. [citado 21 abril 2022]. Disponible en: https://www.ugr.es/~fjjrios/pdf/mi-educasexPadres.pdf

(40) Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J, Rodríguez Olalla L. Motivaciones para el embarazo adolescente. Gac Sanit. 2012;26(6):497-503.

(41) Hernández Cordero AL. Narrativas y representaciones de la maternidad en edad adolescente. Inguruak Rev Vasca Sociol y Cienc Política. 2018;(64):111-22.

(42) Servicio Cántabro de Salud. [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.scsalud.es/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/2922668

43) Hurtado Murillo F, Donat Colomer F, Colomer Revuelta J, et al. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. Rev Iberoam Psicosomática. 2014; 111:62-78.

(44) Peinado Rodríguez MT. Educación afectivo-sexual en Atención Primaria. [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: https://spapex.es/sites/default/files/foro_pediatrico_2021-12-15.pdf

(45) Ortega-Barreda E, Darias-Curvo S, Cairós-Ventura LM, Pérez-Díaz E, et al. Una escala para valorar el riesgo de embarazo adolescente no planificado. Matronas Profesión. 2019;20(1):30-8.

(46) Antón AI. Educación sexual saludable en adolescentes. Nuberos Científica. 2017;3(21):69-73.

(47) Moreno Mojica CM, Mesa Chaparro NP, Pérez Cipagauta Z, et al. Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Rev Cuid. 2015;6(2):1041-53.

(48) Arana Terranova AA, Gomez Vergara SB, Intriago Rosado AM, et al. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13-19 años. Dom. Cienc. 2017;3(3):431-47.

(49) Vallejo Vázquez CR, Moreta Colcha HE. Incidencia de preeclampsia y eclampsia en pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico: Embarazo precoz. Rev Cient Mundo la Investig y el Conoc. 2018;2(3):539-49.

ANEXOS

	Objetivos	Actividades
Sesión con padres: El programa COMPAS	• Presentar a los padres y madres el programa COMPAS. • Clarificar el planteamiento de partida sobre la educación sexual. • Informar sobre los contenidos y metodología del programa. • Aportar sugerencias para complementar el aprendizaje desde casa.	A. Bienvenida y presentación B. Sexualidad en la adolescencia Vulnerabilidad a las infecciones sexuales y embarazos. C. Presentación del programa D. Cómo colaborar desde casa E. Resolución de dudas
Sesión 1 SEXUALIDAD Y SALUD	• Presentar el programa COMPAS • Conocer las características de la sexualidad saludable y no saludable. • Reconocer las principales vías de transmisión del VIH y otras ITS • Incrementar la percepción de vulnerabilidad a contraer VIH, ITS y embarazos no planificados. • Conocer las principales medidas de protección antes las ITS y embarazos no planificados.	A. Bienvenida y presentación B. Saludable- No saludable C. Cómo se transmiten las ITS D. Más riesgo / menos riesgo
Sesión 2 CONOCIENDO MEJOR LOS RIESGOS	• Incrementar el nivel de conocimiento sobre VIH, y otras ITS, las principales vías de transmisión, y métodos de protección sexual • Promover una actitud crítica ante las prácticas de riesgo sexual para VIH, otras ITS, y embarazos no planificados.	A. Trivial de la salud sexual
Sesión 3 TOMANDO DECISIONES	• Aprender a aplicar la técnica de resolución de problemas a situaciones de riesgo sexual • Aprender a valorar las consecuencias a corto y a largo plazo, y tomar las decisiones más responsables en el sexo.	A. Pros y contras del preservativo B. Resolviendo casos
Sesión 4 MEJORANDO TU COMUNICACIÓN SOBRE SEXO	• Aprender a negociar con la pareja el sexo seguro. • Aprender a resistir la presión para el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo. • Adquirir habilidades para responder de forma responsable ante los obstáculos para usar de medidas de protección.	A. Escenificaciones
Sesión 5 MANTENIENDO TUS DECISIONES	• Aprender el uso correcto del preservativo. • Adquirir autocontrol para posponer una relación sexual de riesgo, o sustituirla por otra saludable.	A. Utilizando el preservativo B. Autoinstrucciones para estar más seguro. Vulnerabilidad a las infecciones sexuales y embarazos C. Compromiso con mi salud sexual D. Evaluación final

Anexo 1: sesiones del programa COMPAS.

	Medicina		Enfermería		χ^2	p
Respuesta	N	(%)	N	(%)		
1	136	(48,6)	91	(41,6)	3,905	0,142
2	83	(29,6)	60	(27,4)	0,998	0,607
3	23	(8,2)	23	(10,5)	0,769	0,381
4	107	(38,2)	75	(34,2)	1,041	0,308
5	8	(2,9)	21	(9,6)	10,174	0,001
6	1	(0,4)	5	(2,3)	3,837	0,050
7	1	(0,4)	1	(0,5)	0,030	0,863
8	225	(80,4)	117	(53,4)	41,336	0,000
9	40	(14,3)	40	(18,3)	0,876	0,349
10	88	(31,4)	57	(26,0)	2,397	0,122
11	88	(31,4)	82	(37,4)	2,284	0,131
12	26	(9,3)	33	(15,1)	3,942	0,047

Respuestas: 1 - Insuficiente formación. 2 - Presencia de padres. 3 - Vergüenza. 4 - No tener equipo multidisciplinar. 5 - Considerar que no le corresponde. 6 - Considerar que no es necesario a esa edad. 7 - Por ser de sexo contrario al niño/a adolescente. 8 - Falta de tiempo en consulta. 9 - Temor a invadir intimidad. 10 - Falta de demanda o queja. 11 - No disponer de medios. 12 - Por barreras culturales.

Anexo 2: dificultades de profesionales de medicina y enfermería de los Centros de Salud respecto a la atención de adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.

Pregunta	Marca con un círculo o cruz tu respuesta
¿Qué estudios tiene tu madre?	1. Nunca estudió, no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Universitarios 6. No sabe 7. No contesta
¿Qué estudios tiene tu padre?	1. Nunca estudió, no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Universitarios 6. No sabe 7. No contesta
¿Vives con tus padres?	1. Sí, con mi padre y mi madre 2. Con mi madre 3. Con mi padre 4. Ninguna de las anteriores 5. No sabe 6. No contesta
¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?	1. En mi familia tenemos malas relaciones entre nosotros 2. En mi familia tenemos una relación aceptable 3. En mi familia tenemos buena relación entre nosotros 4. En mi familia tenemos muy buena relación entre nosotros 5. No sabe 6. No contesta
¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?	1. Nunca he mantenido relaciones sexuales completas 2. Menos de 14 años 3. 14 años 4. 15 años 5. 16 años 6. 17 o más años
¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas?	1. 1 persona 2. 2 personas 3. 3 personas 4. 4 personas 5. 5 o más personas
¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?	1. Sí, siempre utilizamos preservativo 2. Normalmente utilizamos preservativo, aunque a veces se nos olvida 3. Normalmente utilizamos preservativo, aunque a veces se nos olvida, pero tomo píldora (o anillo o parche) 4. Casi nunca utilizamos preservativo, pero tomo píldora (o anillo o parche) 5. Casi nunca utilizamos preservativo, y NO tomo píldora (ni uso anillo ni parche) 6. No sabe 7. No contesta
¿Querrías quedarte embarazada en este momento? 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo, 4 totalmente de acuerdo	1-2-3-4

Anexo 3: cuestionario IRENE.

CONCEPTO TEORIA R. MERCER	ESTRATEGIA DE CUIDADO	INTERVENCION: ACTIVIDADES
Fase de Compromiso y Preparación: Inicia durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo.	La adolescente gestante, durante el control prenatal aprenden las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto en el útero y activa el rol materno.	1. Centro de apoyo y cuidado al adolescente Gestante: Creciendo Juntos. Escuela de Enfermería UPTC - Hospital Regional Duitama. Valoración y Cuidado por equipo interdisciplinar de salud: • Enfermería • Gineco - obstetra • Nutricionista • Psicología • Trabajo Social
APOYO SOCIAL		
Apoyo Físico: Tipo directo de ayuda		Brindar apoyo físico a la adolescente en gestación, pareja y/o acompañante que le permita contar con el equipo de salud y espacios que generen adherencia al control prenatal y mejoren su calidad de vida.
Apoyo Emocional: Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido".	Brindar apoyo emocional a la adolescente en gestación, pareja y/o acompañante que le permita sentirse amados, cuidados, dignos de confianza y comprendidos.	2. Taller: espacio vivencial, expresión de sentimientos y empatía: "construyendo experiencias de mi gestación: ser madre adolescente" componentes: • Soy mamá. • Sensibilidad, percepción y comunicación: casos vivenciales. • Ejercicios de autocuidado y conciencia corporal. • Conexión con la vida.
Apoyo Informativo: Ayuda a la mujer a solucionar problemas por sí solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación".	Brindar apoyo informativo a la adolescente gestante, pareja y/o acompañante que le ayude a solucionar problemas por si sola.	3. Taller espacio vivencial: "píldoras para mi nuevo rol; convirtiéndome en madre". componentes • muro "como cuidar a mi bebé" • sala de simulación situación de cuidado: "cuidando a mi bebe"
Apoyo de Valoración: Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol.	Brindar apoyo de valoración, que le permita a la adolescente gestante y pareja evaluasen en relación con la realización y activación de su rol.	4. Seguimiento: autoconocimiento y evaluación componente Llamada: ¿Cómo vas mamá?

Anexo 4: teoría de Ramona Mercer, estrategias de cuidado y actividades