



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**E. U. de Enfermería y Fisioterapia**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Trabajo de revisión bibliográfica  
sistemática**

**SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

**Estudiante:**

**ELENA ÁLVAREZ PASCUAL**

**Tutor:**

**ÁNGEL LUIS MONTEJO GONZÁLEZ**

**Salamanca, 11 de mayo de 2017**

## ÍNDICE

1.	RESUMEN .....	2
2.	INTRODUCCIÓN .....	3
2.1	CONCEPTOS .....	3
2.1.1	Concepto de sexualidad .....	3
2.1.2	Concepto de adolescencia .....	3
3.	OBJETIVOS .....	6
4.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS .....	7
5.	SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	8
5.1.	COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA .....	8
5.1.1	Inicio de las relaciones sexuales .....	9
5.1.2.	Conducta sexual de riesgo .....	10
5.2.	CONSECUENCIAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE RIESGO .....	13
5.2.1.	Enfermedades de transmisión sexual (ETS) .....	14
5.2.2.	Embarazos no deseados (END) .....	16
5.3.	EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA .....	19
6.	CONCLUSIONES .....	21
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	22
8.	ANEXOS .....	27

## **1. RESUMEN**

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica acerca de la sexualidad en la adolescencia, que es una etapa de la vida en la cual se suceden importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales, que llevan al adolescente a la formación de su identidad y en la que se adquieren los hábitos de conducta sexual.

El objetivo que se persigue es demostrar que las prácticas sexuales de riesgo constituyen una problemática frecuente en los adolescentes, por lo que es necesario concienciarles de la gran importancia de una sexualidad responsable.

La metodología utilizada para realizar este trabajo consistió en la búsqueda en las principales bases de datos científicas.

A través de los resultados obtenidos se evidencia que los adolescentes inician cada vez más precozmente la actividad sexual, con múltiples parejas, etc. lo que les conduce a llevar una actividad sexual de riesgo, que puede tener consecuencias negativas como embarazos no deseados (END) o enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Por último, como conclusión, hay que señalar que una educación sexual integral desde edades tempranas es clave para aumentar el nivel de conocimientos y promover conductas sexuales seguras.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1 CONCEPTOS**

#### **2.1.1 Concepto de sexualidad**

Se considera un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, pero, no todas ellas se viven o se expresan siempre. Se ve influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales <sup>2</sup>.

#### **2.1.2 Concepto de adolescencia**

Se define como el período de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva. Supone la transición de los patrones psicológicos de la niñez a los de la edad adulta, además se consolida la independencia socio-económica. Fija sus límites entre los 10 y 19 años <sup>3</sup>.

En este intervalo de tiempo se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales, comenzando con la aparición de los primeros signos de la pubertad y terminando cuando cesa el crecimiento <sup>4</sup>.

Se distinguen 3 etapas <sup>3</sup>:

- Adolescencia Temprana (10 a 13 años).
- Adolescencia media (14 a 16 años).
- Adolescencia tardía (17 a 19 años).

En la primera etapa prevalecen los cambios fisiológicos propios de la pubertad; en la segunda la separación de la familia, es decir, se intensifican los procesos de individuación y autonomía; en la última el proceso central es el logro de la Identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, en esta la tendencia al cambio y a la experimentación tiende a disminuir <sup>5</sup>.

La adolescencia es un periodo vital que se caracteriza tanto por el desarrollo físico como por el psicosocial, que nos capacita para afrontar las responsabilidades de la vida adulta y para adquirir independencia. Dos aspectos importantes de este desarrollo del adolescente son el descubrimiento de la identidad sexual y el comienzo de las relaciones afectivo-sexuales, ya que, en esta etapa tiene lugar el tránsito de relaciones de amistad con jóvenes de su mismo sexo a otras con jóvenes del sexo opuesto, siendo el momento de inicio de las primeras relaciones sexuales. La sexualidad tiene una gran relevancia en este periodo, no sólo por el inicio de las mismas, sino también porque con ellas se adquieren las primeras actitudes y hábitos de conducta <sup>1</sup>.

Se han estudiado los riesgos de la conducta sexual en la adolescencia, asociándose la actividad sexual adolescente con un incremento de los casos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), y con los embarazos no deseados (END). Hay un influjo de diferentes factores (psicológicos, físicos, sociales, culturales, educativos, económicos y espirituales), ya que son muchas las variables que incurren en la madurez psicosocial y permiten llevar a cabo prácticas sexuales seguras. La esfera psicosexual se relaciona con factores sociales y personales, primordialmente.

El comportamiento de riesgo debe estudiarse en un contexto social con diversas interacciones de sistemas: familiar, pares, comunidad y escuela. De manera que la posibilidad de llevar a cabo comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia dependerá de las relaciones que se establezcan en el contexto social, existiendo menor riesgo cuando las conexiones entre los sistemas, principalmente en el familiar (relaciones entre padres/madres e hijos/as), son cercanas y positivas. Los vínculos familiares positivos se asocian con un inicio más tardío de las relaciones sexuales, menor número de parejas sexuales y mayor uso de anticonceptivos de los adolescentes sexualmente activos. Por el contrario, los negativos se relacionan con un inicio más precoz de las relaciones sexuales. El colectivo de los iguales constituye otro importante sistema de relación, ejerciendo una gran influencia sobre la conducta sexual de sus coetáneos, además, dentro de este grupo surgirá la gran mayoría de los encuentros afectivo-sexuales durante la adolescencia.

En cuanto a los factores personales destacan sexo, edad, nivel educativo y creencias religiosas. Las diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a la conducta sexual no sólo se limitan a aspectos biológicos, sino que están enormemente

condicionadas por las asimetrías de poder y los estereotipos de género. Hay un doble estándar sexual, por lo que existen normas sexuales diferenciadas en función del género, que tanto las mujeres como los hombres internalizan y emplean para evaluarse. De esta manera, según estas reglas las mujeres se deben conformar con estándares sociales basados en la moralidad y no dejarse llevar por sus impulsos sexuales (aprenden a parecer atractivas, ser femeninas, pero no sexuales y atraer el deseo de los hombres, pero no satisfacer el suyo propio). Esto puede dar lugar a que muchas chicas adquieran una identidad sexual negativa. En cambio, el estándar sexual del hombre es muy diferente, las normas convencionales ofrecen mayor libertad a los hombres con respecto a la edad de inicio del coito y para obrar como expertos sexuales, sin embargo se espera que las mujeres rehúsen el sexo sin afecto. Las investigaciones no solo demuestran que los chicos tienen relaciones sexuales antes sino que poseen mayor número de parejas. Comenzar a una edad precoz se relaciona con un incremento del riesgo de transmisión de infecciones y de END. La cultura y la religión son otros factores que se han ligado al inicio de la actividad sexual del adolescente. El nivel cultural propio y el de los progenitores, incide en el comportamiento sexual de chicas y chicos. Un nivel cultural mayor se asocia con un comienzo más tardío, asociado a la afectividad. Las creencias religiosas también influyen en la sexualidad del adolescente, debido a que los más religiosos se rigen por un modelo que desalienta la actividad sexual.

Poseer conocimientos sobre sexualidad se vincula con la prevención de conductas de riesgo, por lo que se destaca la importancia de la educación sexual desde edades tempranas.

### **3. OBJETIVOS**

- Revisión bibliográfica sobre los comportamientos y prácticas sexuales de los adolescentes, uso de anticonceptivos, conductas de riesgo y sus conocimientos sobre ETS y END.
- Describir las consecuencias de la actividad sexual de riesgo y crear conciencia de la importancia de tener conductas sexuales seguras.
- Contribuir a que los adolescentes adquieran los conocimientos necesarios sobre sexualidad a través de la educación sexual, enfocada a la prevención de ETS y END.

#### **4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS**

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica. La búsqueda de información se llevó a cabo a través de las siguientes bases de datos de Internet: PubMed, Cuiden Plus, ScienceDirect, Dialnet, Scielo, CINAHL, Biblioteca Cochrane Plus y Google Académico. Además, también se ha recopilado información en la red mediante la plataforma Enfermería 21 (Grupo Paradigma), gracias al buscador Encuentr@, que ofrece una gran variedad de contenidos científicos actualizados y específicos de enfermería.

Se ha efectuado la búsqueda tanto en inglés como en español, utilizando como palabras clave: sexualidad, adolescencia, comportamiento sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, adolescentes, educación sexual, España. Estas palabras se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” para poder encontrar más fácilmente artículos válidos.

Los criterios de inclusión estaban basados en:

- Año de publicación: publicaciones realizadas en los 10 últimos años (2007-2017), aquellas con mayor antigüedad se han incluido por su relevancia.
- Contenido significativo en relación al tema del trabajo: principalmente artículos con visión de enfermería y medicina con información a nivel nacional.
- Diseño: revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos aleatorizados, con texto completo y libre de pago.

Los criterios de exclusión fueron:

- Publicaciones con más de 10 años de antigüedad y sin relevancia.
- Artículos cuyo contenido no estaba escrito en español o inglés.
- Artículos que no mostraran resumen o a cuyo texto completo no se pudiera acceder de manera gratuita.
- Publicaciones cuya información no hiciera referencia a datos españoles.

Se han revisado 175 artículos, de los cuales finalmente fueron seleccionados 30 para incluir en el trabajo.

## 5. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 5.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

El estudio sobre el comportamiento y las prácticas sexuales de los adolescentes ha sufrido un importante desarrollo en las últimas décadas. Sin lugar a dudas, el aumento exacerbado de los casos de VIH asociados a la sexualidad, ha sido uno de los principales motivos que han promovido la investigación de estos temas <sup>6</sup>.

Los rasgos de los adolescentes relacionados con su desarrollo biológico y social hacen que tengan una mayor predisposición a adquirir conductas de riesgo en determinadas situaciones. Cabe destacar:

- a) **Modificaciones corporales:** comienzan a aparecer en este momento los caracteres sexuales secundarios por lo que la búsqueda de la identidad sexual es uno de los conflictos más importantes para el adolescente, así como el aprendizaje de roles sexuales. Muestra un gran interés por descubrir su propia sexualidad.
- b) **Necesidad de experimentación:** son características propias de la adolescencia la curiosidad y la inmensa necesidad de experimentar, que unido a la marcada propensión a actuar, lleva a los adolescentes a pasar con gran facilidad del pensamiento al acto. El deseo de experimentación en muchas ocasiones les lleva a consumir sustancias tóxicas, como alcohol u otras drogas, cuyos efectos pueden tener graves consecuencias en la práctica sexual, aumentando los comportamientos de riesgo.
- c) **Apetencia por el riesgo:** el adolescente no solo experimenta una serie de cambios físicos sino también psicológicos, lo que le lleva a la búsqueda del riesgo y del placer, sin importarle las posibles consecuencias negativas, a las cuales no le da importancia. Se creen invulnerables, consideran el riesgo como ajeno, por lo que aunque muchos de ellos son conscientes de la posibilidad de un END o de contagio de una ETS si mantienen relaciones sexuales sin protección, suelen hacerlo de igual modo, sobre todo si ante situaciones de riesgo anteriores no ha habido consecuencias.

- d) **Importancia del grupo de iguales:** en esta etapa tiene lugar un distanciamiento de la familia, ya que se sienten más identificados con su grupo de amigos, el cual tiene una gran influencia sobre su comportamiento, ya que en muchas ocasiones es un condicionante para la realización de determinadas conductas. El comportamiento sexual generalmente se da en un contexto social. En ocasiones, las decisiones tomadas son el resultado de múltiples interacciones sociales y no de procesos internos.
  
- e) **Actuaciones en función de estereotipos:** los adolescentes tienen ciertas creencias que forman parte de los estereotipos sociales establecidos, lo que determina su forma de actuar. Algunos ejemplos de estereotipos pueden ser que la utilización del preservativo tiene efectos negativos durante la actividad sexual (no se siente lo mismo), solo el hecho de ser homosexual o drogadicto implica contagio de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), si no se mantienen relaciones sexuales supone ser una persona estrecha o poco lanzada, etc.

Estos cambios físicos y psicológicos que tienen lugar en la adolescencia y el ámbito sociocultural en el que se dan, posibilitan que los adolescentes puedan seguir determinadas pautas de actuación, seguras o de riesgo <sup>7</sup>.

### **5.1.1 Inicio de las relaciones sexuales**

Los problemas de salud sexual en gran parte se deben a que los adolescentes inician las relaciones sexuales cada vez más precozmente (antes de los 16 años) <sup>8</sup>, las cuales suelen ser esporádicas, con múltiples parejas, sin protección o haciendo mal uso del preservativo <sup>9</sup> y también al desconocimiento o creencias erróneas sobre las distintas ETS así como su forma de transmisión <sup>10</sup>.

En España, los datos más actuales disponibles muestran que las primeras relaciones sexuales con penetración se inician a los 16,8 años los hombres y a los 17,5 años las mujeres y cuando se reduce a los adolescentes escolarizados, alrededor de los 15 años. A pesar de la información de la que disponen sobre anticoncepción, un 12% de la población adolescente aproximadamente no usa métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales. Este tipo de conductas de riesgo pueden dar lugar a

END, interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y ETS, por lo que son muy necesarios los programas de prevención a estas edades <sup>8</sup>.

### **5.1.2. Conducta sexual de riesgo**

El comportamiento de riesgo está relacionado con una serie de factores (sociales, culturales, religiosos, familiares, educativos, políticos e ideológicos) que influyen en los estilos de vida <sup>9</sup>. El entorno familiar y social representa un papel fundamental en la difusión de normas y valores, particularmente los vinculados con la sexualidad. Con lo cual, las relaciones adversas de la familia pueden aumentar la probabilidad de adquirir hábitos sexuales de riesgo. Además, el uso del preservativo es menor en los adolescentes de las clases sociales más desfavorecidas <sup>11</sup>. También se han evidenciado diferencias en el comportamiento de los jóvenes en función del género, ya que los varones inician de manera más precoz las relaciones sexuales, con más conductas de riesgo y más parejas ocasionales. Por el contrario, las chicas suelen tener relaciones sexuales dentro de una relación estable basada en la confianza y el amor <sup>6</sup>.

El estudio cualitativo-interpretativo de tipo fenomenológico realizado por Álvarez C et al. <sup>12</sup> afirma que las relaciones afectivo-sexuales han sufrido numerosos cambios y que la sexualidad se experimenta de manera muy diferente a la de hace unas décadas. Anteriormente, se entendía por noviazgo una relación transitoria, de compromiso, anterior al matrimonio y a la formación de una familia, de acuerdo con las normas sociales y culturales del momento. No obstante, las relaciones de noviazgo han sufrido una transformación a lo largo del tiempo como consecuencia de los cambios sociales, culturales y de pensamiento. Actualmente, el noviazgo se entiende como una relación en la cual se forjan vínculos afectivos, de confianza y un compromiso de compartir experiencias. Sin embargo, las relaciones de pareja se encuentran en un continuo cambio, y se abren a un gran abanico de posibilidades, aparte de las relaciones convencionales, existen otras que presentan un componente sexual, y en ocasiones afectivo, que no implica un compromiso emocional, de exclusividad o con fines reproductivos. Pero, este estudio también evidencia que a pesar de estos cambios los adolescentes aún muestran actitudes basadas en estereotipos tradicionales, en los que las chicas tienen menor capacidad para decidir sobre su sexualidad, lo que las lleva a delegar en su pareja la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, adoptando conductas de riesgo, que repercuten

más en las mujeres (VIH, virus del papiloma humano, cáncer de cérvix, END). Lo cual pone de manifiesto la necesidad de intervenciones sanitarias guiadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, comenzando por reforzar la autoestima de las chicas y erradicar o reducir las asimetrías de género en el campo de la sexualidad.

No obstante, otras fuentes indican que la actividad sexual de chicos y chicas, en la actualidad, tiende a igualarse paulatinamente, y se percibe una androgenización del comportamiento de las chicas, de manera que se acerca al estereotipo masculino <sup>13</sup>.

Carrasco Fernández T <sup>13</sup>, en 2014, realizó un estudio cualitativo de observación fenomenológica, que tiene como objetivo conocer el comportamiento y práctica de riesgo en salud sexual de un grupo de adolescentes escolarizados en tres institutos de enseñanza secundaria de Ferrol. Se contó con una muestra de 190 estudiantes, un 38,94% de hombres y 61,06% de mujeres, entre los 16 y los 18 años. Los principales temas a tratar fueron:

#### ***5.1.2.1. Inicio precoz de las relaciones sexuales y aumento del número de parejas***

Según los datos conseguidos, se puede observar que el inicio de las relaciones sexuales se lleva a cabo cada vez a edades más tempranas, siendo los 15 años los primeros contactos. Un 61,5% de los alumnos indican haber mantenido relaciones sexuales con penetración. Un 56,4% apunta haberlas mantenido con más de dos personas diferentes a lo largo de su vida, lo que supone un aumento del riesgo de contraer ETS.

#### ***5.1.2.2. Uso del preservativo***

A pesar de que el preservativo es el método más usado y conocido por los adolescentes, un 59,8% declararon no emplearlo en todas sus prácticas sexuales con penetración y el 100% no lo utilizaron para el sexo oral. Se da un mayor abandono del preservativo en adolescentes con pareja estable. La edad también es un factor condicionante, ya que a mayor edad van sustituyendo el preservativo por otros métodos.

### ***5.1.2.3. Conocimientos con respecto al preservativo y contagio de infecciones***

Los alumnos refieren que solamente utilizan preservativo cuando existe penetración vaginal, pero no en prácticas sexuales coito-anales ni en el sexo oral, a pesar de que la evidencia científica expone que conlleva riesgo de contraer ETS, aunque desaparezca el riesgo de embarazo. Presentan dudas acerca de la transmisión de enfermedades y tienen la creencia errónea de que las relaciones sexuales se reducen únicamente a la penetración vaginal.

### ***5.1.2.4. Desconocimiento del "Doble Método"***

Un número significativo de jóvenes desconoce o tiene conocimientos erróneos sobre la combinación de preservativo y anticoncepción hormonal, llamada "Doble Método". Según las respuestas, utilizan métodos anticonceptivos para evitar el embarazo principalmente, preocupándoles en menor medida las ETS, lo que supone un aumento del riesgo de contracción de las mismas.

### ***5.1.2.5. Anticoncepción hormonal versus protección de barrera***

Los adolescentes refieren que inician la anticoncepción hormonal cuando poseen una relación estable, momento en el que se abandona el uso del preservativo porque piensan que ya existe protección. Apuntan que no solicitan a su pareja pruebas médicas para comprobar la inexistencia de enfermedades, ya que consideran que si tuviera alguna ETS se lo notificarían.

### ***5.1.2.6. Déficit de conocimientos***

Los adolescentes tienen un déficit de conocimientos sobre el VIH y más notable con respecto a otras ETS.

Un elevado porcentaje de adolescentes desconocen las consecuencias que tiene para la salud contraer una ETS, los síntomas, mecanismos de transmisión, el gran número de casos que se dan en la actualidad, lo que produce una disminución de su preocupación ante el virus, dando lugar a una relajación de conductas.

### ***5.1.2.7. Desconocimiento absoluto de las pruebas de detección y screening poblacionales***

Ninguno de los alumnos conoce las citologías y con qué objetivo se realizan. No son conocedores de los cribados poblacionales para detectar el virus del papiloma humano

(VPH), SIDA. Manifestaron no plantearse en ningún momento realizarse pruebas de detección aun habiendo mantenido prácticas sexuales de riesgo.

#### ***5.1.2.8. Baja o nula percepción de riesgo***

Los adolescentes tienen muy baja percepción del riesgo de contraer alguna ETS, a pesar de mantener relaciones sexuales sin protección. Esta condición de considerar el riesgo como ajeno, se ve influida por el déficit de conocimientos, creencias erróneas, sentimientos de fidelidad y estabilidad, etc.

#### ***5.1.2.9. Opinión sobre la información recibida sobre sexualidad***

Los jóvenes respondieron que recibieron información en cursos anteriores, pero que no era suficiente, solo se impartía en algunas asignaturas y de forma muy general. Consideraban preciso recibir más y de manera más adecuada.

Todos ellos coincidieron en que el modo más adecuado de recibir información es mediante charlas llevadas a cabo en los institutos y la incorporación de asignaturas que traten el tema. Además, negaron conocer las instituciones sanitarias que se encargan de la atención a la salud sexual y reproductiva, por lo que si tuviesen algún problema debido a una relación sexual no sabrían dónde acudir. En caso de duda sobre algún tema sexual recurrían en primer lugar a los amigos y un pequeño porcentaje a sus padres.

Con este estudio se intenta identificar qué factores determinan las conductas de los adolescentes en cuanto a salud sexual, a qué se deben los comportamientos de riesgo y demostrar de esta manera la necesidad e importancia de incluir promoción de la salud sexual en los centros educativos.

## **5.2. CONSECUENCIAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE RIESGO**

En la adolescencia surge el interés por el sexo. La búsqueda de placer y nuevas experiencias es primordial en esta etapa. El comportamiento de riesgo expone al adolescente a situaciones que pueden afectar a su salud o a la de otra persona, principalmente debido a la posibilidad de contagio de ETS o por ocasionar una situación de END <sup>13</sup>.

### **5.2.1. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)**

Las enfermedades de transmisión sexual se definen como el conjunto de patologías provocadas por diversos agentes infecciosos y parasitarios, las cuales se contagian principalmente durante las relaciones sexuales, aunque algunas como el VIH o la hepatitis B se transmiten también por otras vías (hematológica) <sup>14</sup>.

Actualmente, se distinguen más de 30 agentes patógenos que causan aproximadamente 50 cuadros clínicos, que se pueden combinar, por lo que al tener diferentes maneras de presentarse y siendo muchas asintomáticas en las primeras fases, el diagnóstico es cada vez más complicado <sup>15</sup>. *Anexo (Tabla 1)* <sup>15</sup>

#### **5.2.1.1. Epidemiología**

Las enfermedades de transmisión sexual se pueden considerar una epidemia en gran parte de los países del mundo. La población adolescente es la más vulnerable para contraer y transmitir las ETS <sup>16</sup>.

Se estima que la incidencia mundial de ETS curables, por lo que se excluyen el VIH/SIDA y las demás víricas, es de 340 millones de nuevos casos al año, esto equivale a que el 10% de adultos en edad reproductiva y 1 de cada 20 adolescentes contraen alguna ETS al año. En España, en los últimos años, la evolución de la epidemia de SIDA se puede considerar favorable, ya que gracias a la aplicación de los nuevos tratamientos antirretrovirales ha tenido lugar un descenso del número de casos y fallecimientos, aunque a pesar de esto continúa siendo uno de los países que presenta mayor incidencia de SIDA en Europa Occidental y también mayor retraso en sus diagnósticos <sup>14</sup>.

#### **5.2.1.2. Factores de riesgo**

Las conductas de riesgo son las que se pueden corregir para reducir la incidencia de ETS en los adolescentes. Se consideran factores de riesgo para contraer ETS <sup>16, 17</sup>:

- Edad de inicio precoz de las relaciones sexuales (a los 15 años o antes).
- Mantener relaciones sexuales tras haber consumido alcohol u otras drogas. Consumidores de drogas por vía parenteral y las parejas sexuales de estos.
- Poseer numerosas parejas sexuales ocasionales o una pareja que tenga relaciones sexuales con diversas personas.

- Tener contacto sexual con aquellas personas que padezcan o hayan padecido algún tipo de ETS.
- Relaciones sexuales sin protección, bien sean vaginales, anales o sexo oral.
- Factores sociodemográficos como por ejemplo el centro educativo al que asisten (público o privado), el estatus socioeconómico de los padres, el tipo de hábitat, la edad, el sexo, la religión.

Ante estos comportamientos de riesgo deben tomarse medidas de prevención.

### **5.2.1.3. Prevención**

La protección contra las ETS requiere disponer de una información completa sobre sus causas, mecanismos de transmisión, síntomas, diagnóstico, tratamiento <sup>15</sup>.

Para que la prevención sea eficaz hay que dirigir las estrategias fundamentalmente a concienciar a los jóvenes sobre la necesidad de tener prácticas sexuales protegidas, evitando comportamientos sexuales de alto riesgo. Para ello, deben conocer el gran beneficio del uso del preservativo en la prevención de las ETS, en especial en la transmisión del SIDA, ya que correctamente utilizado desde el inicio de cualquier relación sexual, protege la zona de exposición ante cualquier agente infeccioso <sup>14</sup>. También es recomendable que conozcan la importancia de realizar una correcta higiene de la zona genital, evitando en el caso de las mujeres las duchas vaginales <sup>15</sup>. Ante cualquier síntoma anormal en las mucosas genitales o en la piel deben acudir al médico aparte de realizar revisiones ginecológicas de forma periódica <sup>15</sup>.

La prevalencia de las ETS puede disminuir gracias a los profesionales sanitarios, ya que deben proporcionar la ayuda necesaria a sus pacientes para evitar el contagio. Para ello, deben considerar al adolescente como sujeto de riesgo e informarle de manera clara, directa y positiva, reforzando el mensaje, sobre los riesgos de transmisión y los métodos de prevención; facilitar a cualquier persona que haya llevado a cabo prácticas de riesgo los medios disponibles para descartar un posible contagio; dar consejos a aquellos sujetos de riesgo o infectados sobre prevención, tratamiento y medidas de apoyo; recalcar la importancia del cambio de conducta sexual y de comunicar a la pareja actual y a las anteriores si tiene una ETS; intervenir en campañas y asistir a tertulias informativas que tratan sobre estas infecciones y las medidas para su prevención <sup>18</sup>.

#### **5.2.1.4. Diagnóstico y tratamiento**

Es de gran importancia llevar a cabo un diagnóstico etiológico precoz en caso de presentar síntomas de infección o de haber tenido contacto sexual con alguna persona que padezca algún tipo de ETS, para ello es indispensable una correcta anamnesis. Para pautar el tratamiento adecuado en la mayor brevedad posible se efectuarán test rápidos de laboratorio y la toma de muestras que se requiere para las pruebas complementarias (cultivos, serología). Dichas pruebas pueden realizarse como cribado cuando no presentan sintomatología pero existe constancia de prácticas sexuales de riesgo, no obstante, la prueba de cribado por antonomasia es la citología cérvico-vaginal <sup>16</sup>.

El tratamiento es etiológico. Se complementa con el estudio y tratamiento de la pareja u otros contactos sexuales para bloquear la cadena de transmisión epidemiológica <sup>16</sup>.

#### **5.2.2. Embarazos no deseados (END)**

El END en la adolescencia se considera un serio problema de salud pública en todo el mundo. El embarazo y el parto en esta etapa es la primera causa de morbilidad materno-infantil a nivel mundial, ocasionando patologías crónicas y discapacidades <sup>19</sup>.

En la mayoría de los países desarrollados han disminuido las tasas de natalidad en los últimos años, sin embargo, la tasa de fecundidad adolescente en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años, sigue siendo elevada. También se ha incrementado el porcentaje de abortos voluntarios.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los embarazos en adolescentes se producen en los seis primeros meses de relaciones sexuales, lo que demuestra su desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos <sup>20</sup>.

En el año 2012, según informes del Instituto Nacional Estadística (INE), la tasa de fecundidad se sitúa en 12 nacimientos x mil jóvenes entre 15 y 19 años. Los datos sobre abortos voluntarios correspondientes al año 2013 y publicados en 2014, indican que el 12,23 x mil del total corresponde al grupo de edad de 19 y menos años. Sumando las dos cifras, el resultado coincide con los datos publicados por el INE, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, que determinaban que en 2010 la tasa de embarazo en

España en mujeres de 15 a 19 años era del 23,36 x mil. El porcentaje de abortos frente al de embarazos fue del 54,52% <sup>21</sup>.

#### **5.2.2.1. *Identificación de factores de riesgo*** <sup>20</sup>

Dentro de los factores personales, cabe destacar menarquia temprana, inicio precoz de las relaciones sexuales, necesidad de independencia, desconocimiento de su cuerpo desde el punto de vista anatómico y fisiológico, falta de información sobre métodos anticonceptivos, baja autoestima y sentimientos de soledad, haber estado embarazada anteriormente y consumo abusivo de drogas.

En cuanto a factores familiares, se pueden señalar la incomunicación entre padres e hijos, familia desestabilizada, embarazo precoz en otro miembro de la misma.

Entre los factores sociales más influyentes se encuentran las costumbres liberales, pertenecer a una clase social baja, presión por parte del grupo y de la pareja, influencia ejercida por los medios de comunicación, insuficiencia de políticas que aborden el tema de la sexualidad, abuso sexual, pornografía y prostitución en adolescentes.

#### **5.2.2.2. *Complicaciones del embarazo adolescente***

Es complicado establecer el límite de edad de la mujer por debajo del cual supone un riesgo elevado en caso de embarazo, pero se ha estipulado que pertenecen al grupo de riesgo las adolescentes de 17 y menos años. Por tanto, todos aquellos embarazos de jóvenes de estas edades implican un control mucho más exhaustivo debido a los aspectos propios de la adolescencia y a las repercusiones tanto físicas como psicológicas que este proceso conlleva <sup>20</sup>.

##### Repercusiones físicas

La madre aún continúa estando en proceso de desarrollo y crecimiento, por lo que precisa una mejor alimentación y ambiente tranquilo. A pesar de las medidas específicas que se toman pueden aparecer una serie de complicaciones <sup>22</sup>. Se puede observar un incremento de neonatos de bajo peso o inmadurez fetal, también se aprecia un aumento de casos de rotura prematura de membrana, de mortalidad infantil y materna <sup>20</sup>, interrupción del crecimiento (las proteínas tienen que ser distribuidas entre la madre y el hijo, mientras que antes estaban destinadas únicamente a la madre), desnutrición, anemia y toxemia en el embarazo, aumento del

riesgo de padecer abortos espontáneos o nacimientos prematuros y otros problemas asociados en el parto, debido a la inmadurez sexual <sup>22</sup>.

#### Repercusiones psicológicas <sup>20</sup>

En un embarazo adolescente también tienen gran relevancia las repercusiones psicológicas y sociales, ya que generalmente conlleva un rechazo familiar y social, sentimientos de soledad y aislamiento, interrupción de los estudios y un aumento de las posibilidades de un segundo embarazo precoz. En la adolescencia, por norma general, los embarazos no son deseados y provocan en el adolescente y en su familia una gran angustia. Los padres pueden reaccionar de maneras dispares, algunos lo consideran como una deshonra mientras que otros les ofrecen un apoyo incondicional para hacer frente a la situación.

Las repercusiones psicológicas varían notablemente dependiendo de la edad de las adolescentes, si se encuentran en la etapa temprana (10-14 años), media (14-17 años) o tardía (18 o más años). Les resulta muy complicado comunicarles su estado a sus familiares por miedo o vergüenza, por lo que en numerosas ocasiones optan o bien por realizar prácticas abortivas en centros no autorizados o por ocultar el embarazo hasta que este sea evidente.

En caso de que se tome la decisión de llevar a cabo una IVE, aceptar la pérdida para la joven será difícil y probablemente tendrá que pasar un proceso de duelo para evitar daños psicológicos mayores, siendo evaluada si es preciso por un especialista en el tema.

#### **5.2.2.3. Prevención**

La estrategia para evitar los END debe centrarse en la prevención, facilitando una información adecuada y completa sobre sexualidad y anticoncepción, tanto desde los centros educativos como desde los centros de salud. El embarazo adolescente es un tema de salud pública y debe tratarse en toda su amplia dimensión. Para el abordaje de la prevención se pueden desarrollar estrategias de intervención como <sup>23, 24</sup>:

- Asegurar una educación integral para la sexualidad adolescente.
- Implementar programas de salud sexual y garantizar el acceso de los jóvenes a servicios que promuevan la atención en salud sexual y reproductiva.
- Fomentar unas relaciones sexuales responsables entre los adolescentes.
- Impulsar políticas, leyes y programas adecuados.

- Aumentar la difusión de información sobre los factores implicados en el comportamiento de los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar un conocimiento exhaustivo sobre los métodos anticonceptivos (anticonceptivos de barrera, píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos, implantes, inyectables, esterilización tubárica y vasectomía).
- Los programas educativos sobre sexualidad deben estimular la participación activa de los adolescentes.

Las estrategias preventivas también deben tener en cuenta los aspectos subjetivos de los adolescentes que entrañan riesgo de embarazo, como la dificultad en el reconocimiento del riesgo, la vergüenza de conseguir preservativos, creencias erróneas sobre el embarazo, etc. La mayor parte de las veces estos factores están relacionados con el pensamiento adolescente, que les lleva a la idea de que a ellos no les puede pasar nada, como por ejemplo pensar que la primera vez que se mantienen relaciones coitales no se produce un embarazo <sup>23</sup>.

Las consecuencias de los END a una edad temprana, para los jóvenes, sus familias y la sociedad, hacen que sea necesario realizar intervenciones educativas <sup>19</sup> para mejorar los conocimientos y las actitudes de los adolescentes, que les lleven a mantener sexo seguro, consiguiendo así una disminución de los casos <sup>24</sup>. *Anexo (Tabla 2)* <sup>24</sup>

### **5.3. EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA**

La educación sexual se considera la forma más efectiva para lograr que los adolescentes eviten problemas de salud, modificando sus comportamientos, aptitudes, actitudes, costumbres...y puedan crear sus propios valores <sup>25</sup>. Debe ser integral e integradora para promover una sexualidad positiva, responsable y saludable <sup>26</sup>. Por tanto, es importante comenzar el proceso educativo antes de que los jóvenes inicien las relaciones sexuales <sup>27</sup>.

Dentro de los objetivos fundamentales de los programas educativos se encuentran: conseguir que los adolescentes tengan un mayor control de las relaciones sexuales, para la prevención de contagio de ETS (especialmente el SIDA) y de END y sus repercusiones negativas. Para ello es importante destacar que la comunicación con la pareja sobre estos temas es un método muy efectivo para adquirir actitudes positivas hacia el uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos, aumentando la

percepción de riesgo para cambiar así la conducta sexual; facilitar a los jóvenes el acceso a los recursos asistenciales donde pueden recibir información sobre los distintos temas sexuales y donde se contribuye a eliminar los mitos y falsas creencias sobre las relaciones sexuales, que pueden conducir a prácticas de riesgo; estudiar el influjo de sus fuentes principales de información, valorar si son fiables; aumentar la comunicación entre padres e hijos, profesores y alumnos; favorecer el desarrollo de roles más igualitarios en el ámbito sexual; modificar el sentimiento de invulnerabilidad y conseguir una visión realista, para que perciban el riesgo de los problemas y enfermedades a los que se exponen; enseñar los métodos de afrontamiento más efectivos, para que las emociones tanto positivas como negativas, no afecten a la salud sexual, siendo la principal medida el refuerzo del autoconcepto y de la autoestima. Es importante que las intervenciones se realicen tanto a nivel individual como grupal <sup>27</sup>.

La educación sexual requiere un trabajo multidisciplinar en el que debe intervenir toda la comunidad educativa, profesores, sexólogos, profesionales sanitarios, familia...<sup>28</sup> pero el apoyo gubernamental también es fundamental para que los programas educativos tengan éxito <sup>27</sup>.

El papel de los profesionales sanitarios en la educación afectivo-sexual de los adolescentes es primordial, particularmente, los profesionales de Enfermería del área de Atención Primaria de Salud (APS), que se encargan de la promoción y educación para la salud en los adolescentes.

Se debe hacer de manera coordinada con los profesores para poder llevar a cabo charlas, talleres, seminarios, etc., logrando así una formación específica en materia de sexualidad <sup>29</sup>. Es imprescindible analizar la realidad de los adolescentes, su contexto sociocultural, empatizando con ellos, para poder proporcionarles conocimientos de manera personalizada o individualizada y realista que se adapten a aquellos aspectos que verdaderamente les preocupan o les motivan. La participación de los adolescentes es esencial para conseguir que las intervenciones sean eficaces <sup>30</sup>. En la educación sexual la unificación de criterios es cada vez más necesaria en esta sociedad, que cree estar correctamente informada, pero que tiene un gran desconocimiento e ideas erróneas, según los datos objetivos publicados <sup>29</sup>.

## **6. CONCLUSIONES**

La adolescencia es una etapa de la vida conflictiva y de tránsito que implica una serie de cambios biológicos, psicológicos, intelectuales y sociales. Los adolescentes comienzan un proceso de individualización y socialización marcado por la transformación de sus cuerpos y la consecución paulatina de su capacidad sexual y reproductiva.

En este periodo los jóvenes muestran un interés especial por el sexo, desarrollando comportamientos sexuales y reproductivos, que serán diferentes según el entorno social y familiar en el que se desenvuelven.

Adoptar conductas afectivo-sexuales de riesgo implica poner en peligro su salud. El inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana sin tomar medidas de protección unido a la falta de información, podría llevarles a END y al contagio de ETS.

Los comportamientos de riesgo se ven influidos por diferentes factores que pueden disminuir el control de la situación. Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes destacan los de carácter comunitario (nivel educativo, clase social...), familiares (relación con los padres) e individuales (riesgo percibido, relación con las parejas sexuales, reglas de grupo de iguales, conocimientos y creencias sobre sexualidad, consumo de sustancias nocivas...).

Se puede concluir que la adolescencia es una etapa clave en la que se construye la identidad personal, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y percepciones. Los adolescentes son potencialmente vulnerables, siendo imprescindible una educación sexual integral y multidisciplinar que les aporte información apropiada, en función de sus necesidades y de su edad. El fin principal de la educación en sexualidad es la adquisición de conocimientos, competencias y valores que permitan a los jóvenes mantener una conducta sexual responsable y segura.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández ML, Castro YR, Otero MC, Lorenzo MG. Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]. 2004 [acceso 14 de marzo de 2017]; (71-72): 67–73. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Lameiras\\_Maria/publication/28095575\\_Determinantes\\_del\\_inicio\\_de\\_las\\_relaciones\\_sexuales\\_en\\_adolescentes\\_espanoles/links/56a0b42308ae21a5642bee74.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lameiras_Maria/publication/28095575_Determinantes_del_inicio_de_las_relaciones_sexuales_en_adolescentes_espanoles/links/56a0b42308ae21a5642bee74.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Definición de la salud sexual: informe de una consulta técnica sobre salud sexual, 28-31 de enero de 2002. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2006. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
3. GENERALES C. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N [Internet]. 2001 [acceso 13 de marzo de 2017]; 107: 11–23. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%)
4. Diz JI. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral [Internet]. 2013 [acceso 13 de marzo de 2017]; 17(2): 88–93. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
5. Sánchez EP. Comportamientos de riesgo adolescente: una aproximación psicosocial. Revista de Psicología [Internet]. 2013 [acceso 13 de marzo de 2017]; 16(2): 265–93. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7379>

6. Faílde JM et al. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2008 [acceso 19 de marzo de 2017]; 22(6): 511-9. Disponible en: [http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=658003\\_1](http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=658003_1)
7. Martínez C. Pubertad y adolescencia: educación para la salud. En: Torrens Sigalas RM, Martínez C. Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 294-315.
8. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2010 [acceso 18 de marzo de 2017]; 24(5): 404–9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111000172X>
9. Carlos S, Osorio A, Calatrava M, Lopez-del Burgo C, Ruiz-Canela M, de Irala J. Project YOURLIFE (What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality, and Related Risk Behavior): Cross-sectional and Longitudinal Protocol. Front Public Health [Internet]. 2016 [acceso 18 de marzo de 2017]; 4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4761899/>
10. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Medicina Clínica [Internet]. 2012 [acceso 1 de abril de 2017]; 138(12): 534–40. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311008621>
11. Alvarez-Bruned L, Garcia-Continente X, Gotsens M, Pérez A, Pérez G. Trends in Inequalities in the Use of Condom by Urban Teenagers in Spain. J Urban Health [Internet]. 2015 [acceso 19 de marzo de 2017]; 92(6): 1065–80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675735/>
12. Álvarez C, Linares M, Pastor G, Rodríguez L, Serrano J, Torres F. Evolución de las relaciones afectivo-sexuales en la adolescencia e impacto sobre la salud. Revista Paraninfo Digital [Internet]. 2009 [acceso 1 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/059o.php>

13. Carrasco, T. Fenomenología del comportamiento y práctica en salud sexual de un grupo de adolescentes escolarizados. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2014 [acceso 1 de abril de 2017]; 7(14). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n14/et9709.php>
14. Andrés P. Las infecciones de transmisión sexual. *Pediatr Integral* [Internet]. 2013 [acceso 7 de abril de 2017]; 17(3): 185-96. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/las-infecciones-de-transmision-sexual/>
15. Pedraza AM, González MP. Sexualidad y conductas de riesgo en la adolescencia. En: Ruiz MD, Martínez MR, González P. *Enfermería del Niño y Adolescente*. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 350-61.
16. Andrés A. Infecciones de transmisión sexual. *Revista española de pediatría: clínica e investigación* [Internet]. 2007 [acceso 7 de abril de 2017]; 63(1): 95–101. Disponible en: <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2007/REP%2063-1.pdf#page=89>
17. Teva I, Bermúdez MP, Buéla-Casal G. Sociodemographic variables and risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases in adolescents: Spain, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83(2): 309–20.
18. Rodríguez F, Ramos AJ, Fernández S. Infecciones de transmisión sexual. *Metas de Enferm*. 2009; 12(5): 50-5
19. Piñero Y, Gil AV, Maján CT. Programa de Intervenciones Múltiples para la Prevención de Embarazos no deseados en Adolescentes. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2014 [acceso 7 de abril de 2017]; 8 (20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/264.php>

20. Pedraza AM, González MP. Sexualidad y conductas de riesgo en la adolescencia. En: Ruiz MD, Martínez MR, González P. Enfermería del Niño y Adolescente. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 350-61.
21. Rodríguez MJ. Anticoncepción ¿Qué necesitan los adolescentes? Revista Adolescere [Internet]. 2015 [acceso 7 de abril de 2017]; 3 (2): 69-78. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_69-79\\_Anticoncepcion.pdf](https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_69-79_Anticoncepcion.pdf)
22. Paz A. Patrón sexualidad/reproducción en la adolescencia. Educare [Internet]. 2012 [acceso 7 de abril de 2017]; (9). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/>
23. Martínez C. Pubertad y adolescencia: educación para la salud. En: Torrens Sigalas RM, Martínez C. Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 294-315.
24. Colomer J. Prevención del embarazo en la adolescencia. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013 [acceso 3 de abril de 2017]; 15(59): 261-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1139-76322013000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322013000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
25. Sanz AI, Iriarte S, Charlo M. Programa de educación para la salud afectivo-sexual en adolescentes. Anal Cienc Salud [Internet]. 2007 [acceso 8 de abril de 2017]; (10): 271-82. Disponible en: [http://www.unizar.es/centros/enfez/doc/ANALES\\_10.pdf](http://www.unizar.es/centros/enfez/doc/ANALES_10.pdf)
26. Gómez-Escalonilla B, Nombela P, de las Mozas R, Marroyo JM, Gómez-Escalonilla MS. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en nuestros adolescentes. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2011 [acceso 8 de abril de 2017]; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7731.php>

27. Ubillos S, Goiburu E, Martín M, Arroyo T. Programas de Educación Sexual [Internet]. 2007 [acceso 9 de abril de 2017]; Disponible en: [http://axular.net/download/files/orientacion/escuela\\_padres/62\\_Educacion\\_sexual\\_la\\_experiencia\\_de\\_nuestra\\_Ikastola\(2008-09\).pdf](http://axular.net/download/files/orientacion/escuela_padres/62_Educacion_sexual_la_experiencia_de_nuestra_Ikastola(2008-09).pdf)
28. Cabezas A. Actualidad enfermera. Educación sexual, un reto multidisciplinar. Metas de Enferm [Internet]. 2015 [acceso 8 de abril de 2017]; (10). Disponible en: [http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search\\_type=2&search\\_entity=&id\\_pub\\_grp=0&q=embarazos+no+deseados+adolescentes&ordenacion=on&option=com\\_encuentra&task=showContent&limitstart=20&pagina=3&id\\_pub\\_cont=3&id\\_articulo=80848](http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=0&q=embarazos+no+deseados+adolescentes&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&limitstart=20&pagina=3&id_pub_cont=3&id_articulo=80848)
29. Jorge P. Educación sexual en los alumnos de 4º de la ESO de la ciudad de Gáldar (Las Palmas). Biblioteca Lascasas [Internet]. 2009 [acceso 9 de abril de 2017]; 5(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0456.php>
30. Luces AM, Tizón E, Porto M, Fernández C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. ENE Enf [Internet]. 2014 [acceso 9 de abril de 2017]; 8 (2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/419/educacionsexual>

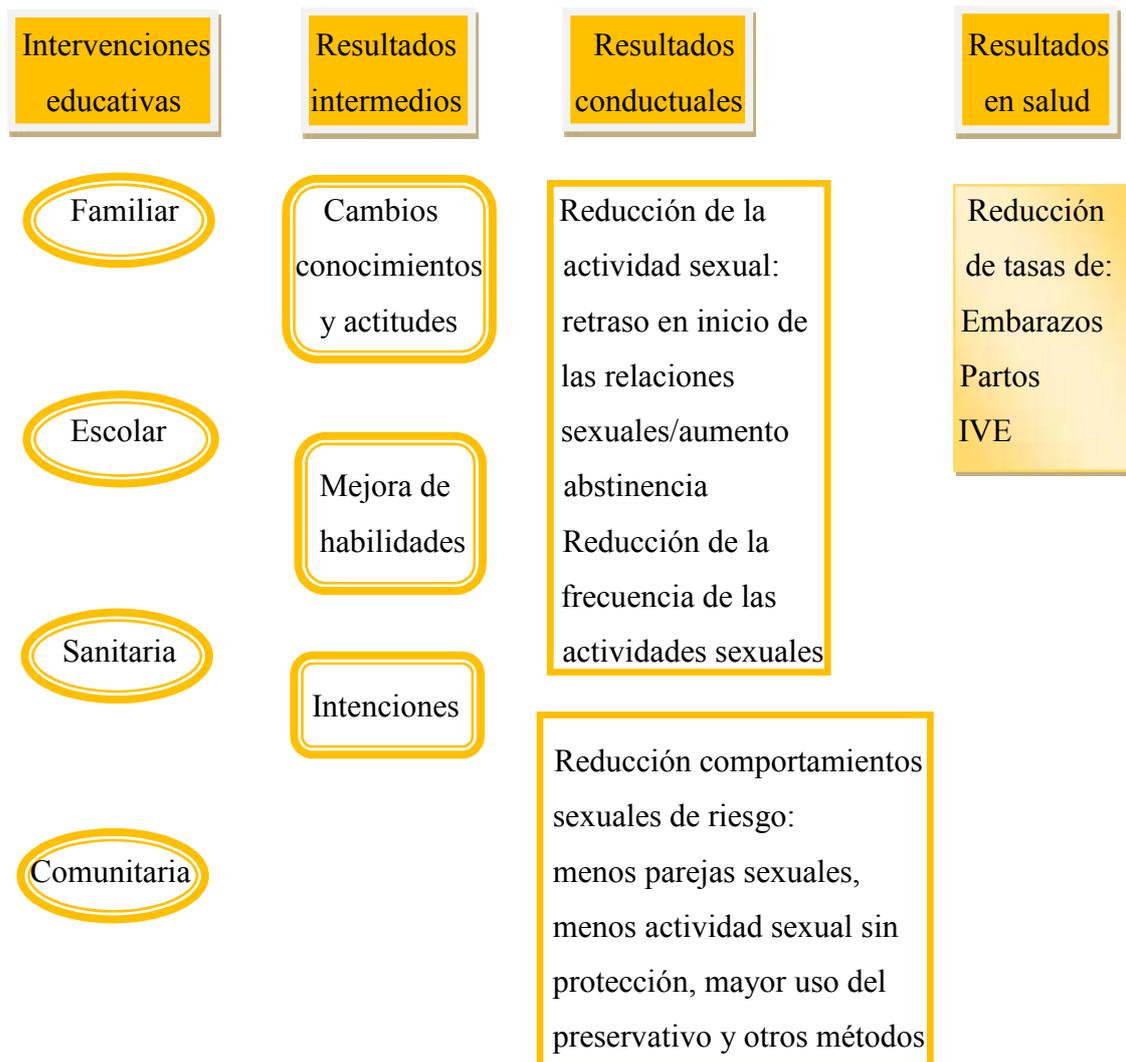
## 8. ANEXOS

ETS más frecuentes	Posibles signos	Acerca de la enfermedad	Tratamiento
<b>VIH/SIDA</b>	Fatiga persistente e inexplicable, fiebre de semanas, adenitis de meses de evolución, diarreas crónicas, cefaleas persistentes, tos seca, falta de aire	<p>La produce el virus del VIH.</p> <p>La detección de los anticuerpos puede llevar hasta 6 meses desde el contagio.</p> <p>El virus debilita el sistema inmunitario y se presentan enfermedades oportunistas.</p> <p>Se contagia a través de la sangre, por compartir jeringas, agujas, hojas de afeitar, tijeras; en las relaciones sexuales con penetración y sin protección; y de madre a hijo durante el embarazo.</p> <p>No se contagia por convivir con un enfermo, compartir su ropa, vajilla, ni a través de los animales domésticos ni picaduras de insectos.</p> <p>Una persona seropositiva es portadora del VIH.</p> <p>Un enfermo de SIDA es un seropositivo que ha empezado a desarrollar las infecciones características.</p> <p>Ambos pueden contagiar la enfermedad.</p>	<p>No se conoce tratamiento curativo hasta la fecha.</p> <p>Los tratamientos actuales consiguen una esperanza de vida mucho mayor que al inicio del comienzo de la enfermedad.</p>
<b>Hepatitis B</b>	Fatiga, astenia, ictericia, orina oscura, fiebre.	<p>La produce el virus de la Hepatitis B.</p> <p>Actualmente la población española está vacunada.</p>	<p>No tiene tratamiento específico, son sintomáticos.</p>
<b>Venéreas</b>			
<b>Clamidias</b>	Disuria + flujo vaginal mujer y líquido uretral varón	Producido por <i>Chlamydia trachomatis</i>	Antibiótico (tetraciclina, macrólidos...)

<b>Herpes genital</b>	Dolor y escozor en la zona genital, vesículas o ulceraciones abiertas recurrentes. También puede haber solamente lesiones internas (vagina).	Producido por <i>Herpes simple</i> (tipo 2 habitualmente). Los signos se presentan entre los 2 y los 7 días. Es muy contagioso cuando presenta ulceraciones.	Antiviral (Aciclovir)
<b>Gonorrea</b>	Flujo espeso, parecido al pus en la uretra del hombre, ardor al orinar y micción frecuente en la mujer y también aumento moderado del flujo vaginal.	Producido por la bacteria <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . En las mujeres puede no haber síntomas hasta las 3 semanas o suelen ser muy vagos. En los hombres los signos aparecen entre los 2 y los 5 días después de la exposición.	Antibióticos (ceftriaxona, seguida de doxiciclina)
<b>Vaginitis por tricomonas</b>	La manifestación es solo en la mujer (prurito intenso y leucorrea, disuria). En el hombre afecta a la uretra y a la próstata.	Causada por un protozoo. Su periodo de incubación es de 3 a 6 días.	Metamizol (en forma de óvulos vaginales normalmente). Se ha de tratar a la pareja sexual.
<b>Sífilis</b>	Úlceras indoloras en genitales, lengua o labios (chancro), adenitis de los ganglios del territorio afectado, erupción dérmica sobre todo en las plantas de los pies y en las palmas de las manos.	Causada por la bacteria <i>Treponema pallidum</i> . Va cursando etapas: 1. Úlceras, a las 2-4 semanas del contagio. 2. Erupciones enrojecidas en cualquier parte y molestias generales. 3. Pueden pasar años (periodo latente), aparecen cuadros de enfermedad cardíaca o deterioro mental.	Antibiótico (penicilina), que resulta muy efectivo.

<p><b>VPH</b></p>	<p>No siempre presenta síntomas. Si los virus quedan adheridos en las capas de la piel o mucosas genitales, al cabo de los años pueden aparecer lesiones precancerosas en el cuello del útero.</p>	<p>Es la causa principal del cáncer de cuello de útero. Existen 120 tipos de virus, pero solo 15 se consideran de alto riesgo para el desarrollo de cáncer, siendo los llamados 16 y 18 los causantes de más del 70% de los cánceres. Se diagnostica por citología (cada 3-5 años) en mujeres sexualmente activas. Actualmente existen vacunas recomendadas de forma sistemática a los 11-14 años.</p>	<p>No existe tratamiento. Quirúrgico si se detectan lesiones sospechosas precancerosas. Si maligniza puede requerir tratamiento antitumorales. Hay que destacar la importancia de las campañas de vacunación.</p>
-------------------	--	--	---

**Tabla 1:** Resumen de las ETS más relevantes <sup>15</sup>.



**Tabla 2:** Marco analítico de los efectos de la intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia <sup>24</sup>.