



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia
Grado en Enfermería
Trabajo Fin de Grado
Trabajo de carácter profesional**

**“INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN
SEXUAL Y EL EMBARAZO
ADOLESCENTE”**

Alba Muñoz Hernández

Tutor. Prof. Dr. Luis Calama Rodríguez

Mayo, 2018

Al Prof. Dr. Luis Calama Rodríguez, mi más sincero agradecimiento por dirigirme este trabajo, por su paciencia y comprensión, y por transmitirme todos sus conocimientos, que espero que hagan de mí una buena profesional en el futuro.

A la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia por regalarme estos cuatro años de ilusión formándome como profesional de enfermería.

A toda mi familia, y especialmente a mi abuela Mercedes, ya que con sus consejos, confianza y apoyo incondicional ha conseguido que llegue hasta aquí.

ÍNDICE

1.- RESUMEN	3
2.- INTRODUCCIÓN.....	4
3.- OBJETIVOS	6
4.- DESARROLLO DEL TEMA.....	7
4.1. COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA Y CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLAN.....	7
4.2. EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO ADOLESCENTE.	11
4.3. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE Y POSIBLES ALTERNATIVAS.	14
4.3.1. CONTINUIDAD DEL EMBARAZO.....	14
4.3.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).....	19
4.4. PLANIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA.....	21
4.4.1. CÓMO DIRIGIRSE AL ADOLESCENTE EN LA ENTREVISTA.....	21
4.4.2. EDUCACIÓN SEXUAL AL ADOLESCENTE	23
7.- BIBLIOGRAFÍA	26

1.- RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es una situación compleja que se produce antes de finalizar el desarrollo psicosomático completo, que puede conllevar a complicaciones de índole médica o social, y que tiene como principales factores de riesgo el **inicio precoz de las relaciones sexuales** y la **falta de uso de anticonceptivos**. Dichos factores de riesgo pueden combatirse mediante la educación sexual, en la que debe ser **enfermería quien dé el primer paso** a la hora de hablar con el adolescente ya que la mayoría refiere dificultades a la hora de acceder a él.

En lo que respecta al **seguimiento del embarazo y a la interrupción voluntaria del embarazo**, ambas son situaciones que llevan consigo una fuerte **carga psicológica**, por lo que enfermería debe actuar siempre con mucho tacto y una sensibilidad especial haciendo que la adolescente se sienta apoyada, para disminuir de este modo las consecuencias psicológicas negativas.

Por todo esto, es necesario que los profesionales de enfermería conozcan cómo dirigirse al adolescente, por lo que en el siguiente trabajo se presenta un **protocolo de actuación en la entrevista con el adolescente**, además de incluir los aspectos básicos de los que debe constar toda jornada de educación sexual en la adolescencia.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, embarazo adolescente, educación sexual, entrevista sexualidad.

2.- INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos facilitados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año nacen un millón de niños hijos de madres adolescentes menores de quince años, elevándose la cifra a dieciséis millones en la edad comprendida entre los 15 y 19 años, siendo en su mayoría pertenecientes a países con medianos y bajos ingresos. ¹

Según la OMS, la **adolescencia** se define como *“El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.”*. ² Durante estos nueve años, el adolescente irá sufriendo cambios característicos, que se agrupan en distintas etapas.

La etapa que inicia la adolescencia es la llamada **adolescencia temprana**, entre los 10 y los 13 años, donde se producen importantes **cambios corporales y funcionales**, como el inicio de la menstruación o menarquia, y también cambios psicológicos, en los que el adolescente forjará amistades con individuos de su mismo sexo, y comenzará a perder interés por los padres. En esta etapa no controla sus impulsos, y aumentan sus fantasías, por lo que se caracterizará por la creación de metas irreales.

La segunda etapa es conocida como **adolescencia media**. Situada en la edad comprendida entre los 14 y los 16 años, en esta etapa el adolescente habrá culminado prácticamente su crecimiento y desarrollo físico. En el campo psicológico, esta es la etapa en la que los conflictos con los padres son mayores, en la que más importancia cobra la apariencia física y también la de máxima relación con sus iguales, con los que comparte valores propios. También es la etapa en la que muchos adolescentes **inician las relaciones sexuales** que, acompañado del sentimiento de invulnerabilidad característico de esta etapa y la adopción de determinadas conductas imprudentes, pueden suponer un factor de riesgo para los embarazos no deseados en la adolescencia o el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

La etapa final de la adolescencia se conoce como **adolescencia tardía**, y se sitúa entre los 17 y 19 años. En este momento apenas presentan cambios físicos, se retoma el contacto con los padres que podría haberse visto distanciado en los años anteriores, y se adquiere un **sistema de valores más propio de la edad adulta** en el

que ya aparecen metas vocacionales reales. En esta etapa, la actividad sexual cobra más importancia que en las anteriores.³

El **embarazo en la adolescencia** se define como *“aquel que ocurre antes de finalizar el desarrollo psicosomático completo”* y es una situación compleja y particular que puede englobar una serie de **complicaciones de carácter médico** tales como el descubrimiento retardado del embarazo, incremento del número de abortos, dificultad de seguimiento prenatal, etc., o también de **índole social** (abandono del recién nacido, rechazo familiar, deserción escolar, consumo de drogas, etc.).⁴

El conocimiento de las características propias de cada etapa de la adolescencia, así como de las variaciones culturales y personales, permitirá comprender e interpretar las actitudes y conductas que la adolescente adoptará durante su embarazo, ya que éstas serán las propias de la etapa de desarrollo en la que se encuentre, sin madurar más rápidamente o pasar a etapas posteriores por el hecho de estar embarazada.

En ocasiones dicho embarazo es deseado y buscado, pero un tanto por ciento bastante significativo es resultado de una falta de conocimiento de los métodos de anticoncepción, la no utilización de los mismos, relaciones forzadas o la práctica de conductas sexuales de riesgo. En cualquier caso, el embarazo en la adolescencia conlleva un aumento de las **complicaciones en el embarazo y el parto**, siendo estas la segunda causa de muerte en mujeres adolescentes de entre quince y diecinueve años de todo el mundo, elevándose también el riesgo de muerte en **recién nacidos** de madres adolescentes que en aquellos nacidos de mujeres entre veinte y veinticuatro años, relacionada entre otras cosas con partos prematuros y las consecuencias que ello conlleva en la salud del niño, o el bajo peso. Además, el embarazo en la adolescencia es el responsable de la práctica de tres millones **abortos peligrosos** cada año, en adolescentes de entre 15 y 19 años.^{1,5,6}

Desde el punto de vista de **enfermería**, es necesario que los profesionales conozcan con mayor profundidad el embarazo adolescente, su contexto y sus consecuencias, para poder así prestar una **asistencia integral** a la joven, sea cual sea la decisión que tome acerca de su embarazo, que permita un adecuado seguimiento prenatal, así como una detección precoz de los factores de riesgo y las complicaciones que puedan surgir, consecuencia del embarazo. Además, no se deben dejar a un lado todas las

consecuencias emocionales que puede conllevar un embarazo adolescente, ya que se trata de una situación que obliga al desempeño de roles propios de la edad adulta para los que, en la mayoría de los casos, no se encuentra preparada psicológicamente. Estos problemas se verán más acentuados cuanto menor sea la edad de la joven. Es importante incluir en todo el proceso de la gestación a su pareja y familia y eliminar todos los prejuicios que habitualmente acompañan a este tema para que se sienta arropada por las personas de su entorno.

Además, es también papel de enfermería encargarse de la **prevención** del embarazo en la adolescencia mediante la **educación sexual**, incluyendo a las adolescentes en las políticas de salud sexual y reproductiva, proporcionando información clara y entendible sobre la sexualidad que permita instaurar actitudes responsables y facilitando el acceso a los servicios de salud sexual y a los anticonceptivos, entre otras.

3.- OBJETIVOS

El **objetivo principal** del trabajo es, mediante una revisión de las publicaciones de los últimos 10 años y aportando una visión personal del tema, intentar incrementar la calidad asistencial en una situación tan delicada y prevalente como es el embarazo en la adolescencia, para la identificación de las necesidades particulares, en cualquiera de las alternativas que la adolescente tome sobre el curso de su embarazo.

Objetivos específicos:

- Realizar un protocolo de actuación de enfermería que, además de garantizar la formación adecuada del adolescente en materia de educación sexual, facilite el acercamiento y la creación del vínculo de confianza en la entrevista con el adolescente.
- Establecer las pautas necesarias para alcanzar una educación sexual adecuada en la adolescencia, que garanticen una prevención eficaz del embarazo no deseado adolescente o del contagio de enfermedades de transmisión sexual y que además permita el ejercicio de la sexualidad de forma satisfactoria, placentera y segura.

- Identificar los factores de riesgo prenatales en el embarazo adolescente para minimizar de las complicaciones mediante una detección precoz de las mismas.
- Reforzar la cualificación del personal de enfermería en materia de educación sexual a adolescentes y peculiaridades del embarazo en la adolescencia, de manera que pueda brindar una atención integral y de calidad, para optimizar los resultados de la atención, sea cual sea la alternativa elegida sobre el futuro de su embarazo.

4.- DESARROLLO DEL TEMA

4.1. COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA Y CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLAN.

El embarazo en la adolescencia requiere un abordaje conforme a sus **múltiples orígenes**, entre los cuales cobran más importancia el **inicio temprano de las relaciones sexuales**, que se ha visto acentuado en los últimos años a nivel mundial, y sobre todo la **no utilización de métodos anticonceptivos**, que puede estar motivada por distintos aspectos.

La **edad de comienzo de las relaciones sexuales** es una cifra que se ha ido modificando en los últimos años, situándose **cada vez en edades más tempranas**, según indican numerosos estudios ^{7,8,9}. El Informe de Juventud de España ⁷, publicado en el año 2012, establece la media de inicio de relaciones sexuales completas en nuestro país en los **17 años**, aunque ha corroborado en sus estudios que el porcentaje de adolescentes que ha iniciado las relaciones sexuales antes de los 15 años se ha elevado de un 5,2% en el 2004 a un 12,3% en el 2012.

Sin embargo, en el estudio realizado en la Universidad de Valladolid por Pablo Royuela Ortiz ⁸, los resultados obtenidos en la pregunta “¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?” difieren mucho de los publicados en el Informe de Juventud Española anteriormente mencionado, obteniéndose el porcentaje mayoritario en la edad de 14 años, como se muestra en los siguientes resultados (Gráfico 1):

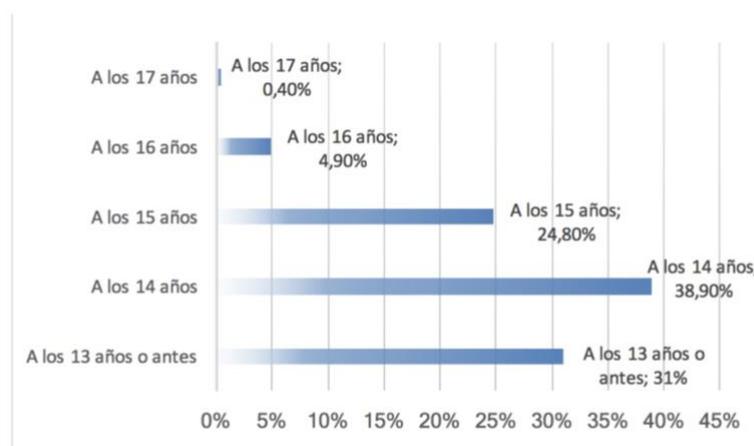


Gráfico 1. Resultados de la pregunta “¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?”. P. Royuela Ortiz. Universidad de Valladolid. 8

Por otro lado, a nivel mundial, según el artículo de García Vega et al. del año 2012 ⁹, la edad de inicio de las relaciones sexuales se sitúa en 17,3 años, siendo más precoz en Europa, situándose la media en los 15,6 años y más tardía en la población asiática, con una media de 19 años.

Cuando se comparan los resultados obtenidos de los distintos estudios de los últimos años con los de años anteriores tales como los obtenidos en el año 2004, se observa en todos ellos una **tendencia al inicio de las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas** a la que, si se le suman las características propias de cada etapa de la adolescencia, y el hecho de que los conocimientos sobre sexualidad, según el estudio de Royuela Ortiz ⁸, sean mayores cuanto mayor sea la edad, se obtiene una población adolescente con mayor riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual o sufrir embarazos no deseados.

En cuanto al **uso de anticonceptivos**, existen infinidad de estudios que tienen como objeto conocer el grado de utilización, las fuentes de información, formas de adquisición de los mismos, etc., entre los que destacan el realizado por Serrano et al.¹⁰, que concluye que un 78% de los encuestados utiliza anticonceptivos de manera habitual, aumentando el grado de utilización conforme avanza la edad, hecho que se traduce en que casi un cuarto de los entrevistados no utilizan ningún método anticonceptivo de forma habitual. Asimismo, también se observó que el **preservativo** es el principal método anticonceptivo, con la **píldora anticonceptiva**

en segundo lugar, creciendo el uso de esta última en los grupos de adolescentes de mayor edad. Estos resultados fueron parecidos a los obtenidos por Royuela Ortiz ⁸.

Asimismo, el estudio de Serrano et al. ¹⁰ concluyó también que, en cuanto a las **fuentes de información** sobre medidas anticonceptivas y sexualidad, en la mayoría de los casos esta provenía de los medios de comunicación y las amistades, quedando relegado a porcentajes significativamente pobres otras fuentes más fiables tales como sanitarios, personal del centro educativo, padres, etc. En el caso del estudio de Royuela Ortiz ⁸, los amigos obtienen el porcentaje mayoritario, con la diferencia de que en este caso los padres ocupan el segundo puesto, sin diferencias significativas en función de la edad, manteniéndose el centro escolar y el personal sanitario en un plano secundario y con internet en el tercer puesto.

De cualquier modo, ambos estudios concluyen que son las amistades la principal fuente de información sobre sexualidad y anticonceptivos por lo que, si se le suman ciertos rasgos de la adolescencia tales como estrecha relación con sus iguales y el posible deterioro de la relación parental, puede desembocar en que el adolescente cuente con una **información insuficiente o errónea sobre las medidas anticonceptivas y su utilización**. Todo esto, añadido a la sensación de **inmunidad ante el riesgo** característica de la adolescencia, agravada en ocasiones por el consumo de **alcohol y otras drogas**, puede dar lugar a embarazos no deseados o al contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Por lo que se refiere a la **contracepción de emergencia (CE)**, en el artículo de Aymerich Andreu ¹¹ se concluye que existe una relación directamente proporcional entre el número de parejas sexuales y el uso de la contracepción de emergencia, siendo utilizada por 3 de cada 10 de las adolescentes activas sexualmente, en las que un tercio de ellas ha recurrido a la CE en más de una ocasión. Los **motivos para su uso** que más aparecen en el estudio son la rotura o colocación inadecuada del preservativo, aunque el autor de este artículo defiende que pueda deberse también a un “relajamiento en la utilización del preservativo”, ya que aquellas que utilizan el preservativo como principal medida anticonceptiva, indicaron también que en un 40% de los casos no lo usaron de forma sistemática.

Este hecho sugiere la necesidad de modificar los programas dirigidos a adolescentes sobre **educación psicosexual** ya que, como consecuencia de la tendencia al inicio de las relaciones sexuales cada vez en edades más tempranas, en muchos casos no se ha completado la maduración psicológica, por lo que es necesario no sólo proporcionar información sobre todas las medidas anticonceptivas disponibles y el uso adecuado de las mismas, sino también buscar la instauración de actitudes y conductas responsables que alejen al adolescente de situaciones de riesgo que obliguen a utilizar la contracepción de emergencia.

De este modo, analizando otros aspectos comentados en los estudios anteriormente mencionados, se puede concluir que la población adolescente en su mayoría tiene bastantes **conocimientos sobre sexualidad**, que aumentan conforme avanza la edad, pero dichos conocimientos son proporcionados en su mayoría por los amigos, por lo que sería conveniente proporcionar información sobre sexualidad desde atención primaria. Además, enfermería debe cerciorarse de que la información que ya tienen es correcta, y de este modo evitar situaciones no deseadas tales como embarazos o contagio de ETS.

También se ha comprobado que el **uso de medidas anticonceptivas** se ha incrementado en los últimos años gracias a la educación sexual pero, sin embargo, es necesario por parte de enfermería insistir en el uso de estas medidas con mayor perseverancia, ya que se deben buscar porcentajes de utilización del preservativo u otros medios de protección frente a embarazos y ETS más altos de los actuales.

Por todo esto, y de acuerdo con las tendencias y comportamientos sexuales actuales de la población adolescente, **enfermería** resulta de vital importancia en el campo de la **prevención** del embarazo no deseado adolescente, mediante la **educación sexual**, facilitando el acceso por parte de los adolescentes a la información sobre medidas que prevengan embarazos no deseados o la transmisión de ETS, donde resulta imprescindible la creación de un vínculo de confianza con la paciente, que favorezca la expresión de todas sus inquietudes.

4.2. EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO ADOLESCENTE.

La OMS define la **salud sexual** como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.”*. Por otro lado, la OMS establece también que la **salud reproductiva** hace referencia a *“la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desee”*.^{12, 13}

De acuerdo con la revisión de distintos artículos, se podría definir la **educación sexual** como la vía que prepara a la población, en este caso adolescente, mediante actividades educativas incluidas en los **programas de educación sexual** que están dirigidos a fomentar relaciones sexuales que conlleven a una situación de **salud sexual y reproductiva**. El medio más propicio para llevar a cabo la educación para la salud es la **consulta de atención primaria** de enfermería, más próxima a la población adolescente.

Se han realizado varios estudios con el objeto de demostrar la influencia de la educación sanitaria en la prevención de embarazos adolescentes no deseados, entre ellos la **revisión sistemática realizada por Oringanje et al.**¹⁴, que estableció que la combinación de diferentes tipos de intervenciones (entre las que se encuentran las encaminadas a incrementar la educación sanitaria y los comportamientos sexuales responsables y aquellas dirigidas a facilitar el acceso a las medidas de anticoncepción) demostró reducir el número de embarazos entre adolescentes, pese a que no se encontraron resultados estadísticamente significativos, hecho que podría ser consecuencia de las limitaciones en el diseño de los estudios revisados, tales como la falta de recopilación de datos iniciales, etc., referidos en dicha revisión.

Además, según indica Asenjo Cruz¹⁵, en un estudio sobre la maternidad adolescente por comunidades autónomas, se mostró que, en comparación con 50 años atrás, el **número de embarazos adolescentes en España se ha reducido**, relacionado entre otras cosas con el incremento del uso de las medidas de anticoncepción, pese a que las relaciones sexuales se inicien cada vez a edades más tempranas. Este dato

demuestra que **la educación sanitaria integral supone una medida de prevención** frente a embarazos no deseados o transmisión de ETS, ya que cuanto mayor es la información que la población adolescente tiene y cuanto más se fomenta el uso de medidas anticonceptivas, menor es la incidencia de embarazos no deseados.

Los **modelos tradicionales de los programas de educación sexual** establecen pautas basadas en infundir temor y fomentar la abstinencia fuera del matrimonio, limitando la actividad sexual del ser humano a fines meramente reproductivos, hecho que confronta directamente con la definición de salud sexual emitida por la OMS. Numerosos estudios realizados en Estados Unidos, además, establecieron que dichos modelos no aportaban una prevención eficaz frente a embarazos no deseados y transmisión de ETS.

Por el contrario, sí se han obtenido resultados eficaces de prevención en los modelos de **educación sexual integral**, en los que se fomenta la implantación de conductas sexuales responsables, mediante el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos y medidas de protección frente a ETS, además de contemplar la abstinencia como una alternativa y no como una imposición. Dichos modelos tienen como objetivo prevenir consecuencias negativas, tales como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.^{16,17}

Sin embargo, en los últimos años, la sexualidad se concibe como un concepto cuyos límites van más allá de prevenir dichas consecuencias no deseadas, hecho que se conoce como **educación sexual holística**. Según la revisión realizada por los autores Cordero Rodríguez y Rodríguez de Cordero¹⁶, esta nueva corriente implica abordar la sexualidad humana de manera que vaya más allá de aportar información sobre las condiciones anatómicas de los órganos sexuales o la fisiología de la reproducción humana, de modo que se incluyan las **múltiples dimensiones de la sexualidad** tales como los sentimientos, la forma de pensar, el lenguaje corporal, etc., que permitan un desarrollo completo de la sexualidad, contribuyendo también al crecimiento personal. Además, esta corriente invita también a instruir al individuo no sólo en función de su edad, sino también teniendo en cuenta su **contexto personal y momento actual**, lo que desembocará en una formación mucho más completa.

El artículo publicado en el año 2014 por Luces Iago et al.¹⁸ defiende que los profesionales de enfermería deben llevar a cabo **actividades de prevención y promoción de la salud en el campo de la educación sexual** en adolescentes, aprovechando la proximidad que puede crear con este grupo de la población.

Estos autores defienden también que, según distintas encuestas, **la población adolescente percibe el sistema sanitario como un medio fiable para obtener información** y es donde más acude cuando presentan alguna inquietud relacionada con la sexualidad, pero los adolescentes entrevistados refieren también dificultades para acceder a él, por lo que **no es frecuente que este grupo de población acuda de manera regular al centro de atención primaria** para recibir información o revisiones regulares, limitando su uso, en la mayoría de los casos, a consultas por algún problema de salud, que en el caso de la mayor parte de la población adolescente son poco frecuentes.

Por este motivo, dichos autores proponen que sería mucho más efectivo que sean los **profesionales de enfermería los que den el primer paso** a la hora de acercarse y hablar sobre sexualidad con este grupo de la población, que genere un vínculo de confianza que permita a los adolescentes recibir una educación sexual más personalizada que la que recibe en las charlas impartidas durante los colegios, de manera que se sienta más identificado y, de este modo puedan expresar con mayor facilidad todos sus miedos e inquietudes. Conclusiones similares obtuvo Asenjo Cruz⁽¹⁵⁾, que añade que un buen momento para informarse sobre los conocimientos de sexualidad que el adolescente tiene, reforzarlos y crear una relación de confianza con él que facilite visitas futuras, es la **revisión de enfermería los 14 años** ya que, además de ser la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, también es la última consulta pediátrica regulada.

Además, enfermería debe brindar los recursos y herramientas necesarios para que el adolescente pueda vivir su sexualidad de manera que tome sus propias decisiones sobre sus actos, de forma responsable, sin poner en peligro su salud ni llegar a situaciones no deseadas, todo ello desde una perspectiva de **interacción mutua enfermero – paciente**, dejando a un lado los tradicionales discursos unidireccionales que no permiten la participación ni implicación del adolescente y que dificultan la modificación de sus conductas de riesgo.

4.3. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE Y POSIBLES ALTERNATIVAS.

4.3.1. Continuidad del embarazo

Es necesario que los profesionales de enfermería sean conocedores de las complicaciones y características más importantes que pueden aparecer en la atención a la gestante adolescente, por lo que, tras la consulta de un gran número de publicaciones y guías. ^{4,5,15,19}, he elaborado una serie de pautas en las que debe basarse la **planificación de las intervenciones de enfermería** en la asistencia en el embarazo, **adaptadas a las peculiaridades** que reúne la gestación adolescente.

El embarazo en la adolescencia puede conllevar a un aumento de las **complicaciones prenatales**, u otras de índole **social, económica, psicológica**, etc., que enfermería debe identificar de manera temprana para poder solventarlas y que causen el mínimo daño posible. Además, los profesionales de enfermería deben ser conocedores de las **necesidades específicas** que presentan las gestantes adolescentes por el hecho de serlo y de las derivadas de la **personalidad de la adolescente**, ya que ésta puede presentar comportamientos que dificulten la asistencia y el seguimiento prenatal.

No obstante, se debe tener en cuenta que **no todo embarazo adolescente se trata de una gestación de alto riesgo** o de una situación que necesariamente implique complicaciones, por lo que es importante en estos casos separar las gestaciones de riesgo de las que no lo son, para evitar así la patologización de todo embarazo en la adolescencia. Numerosos expertos han concluido que un embarazo antes de los 15 años es automáticamente calificado como de riesgo, mientras que en edades superiores los criterios primordiales del pronóstico del embarazo adolescente serán las características socioeconómicas. ⁴

Según indican algunos estudios, como el realizado por Asenjo Cruz¹⁵, las **complicaciones prenatales**, son probablemente consecuencia de una falta de madurez biológica de la adolescente. Sin embargo, Castro Martín et al.⁴ añaden como variables implicadas en la prevención de complicaciones la educación, determinados comportamientos, el seguimiento perinatal y la nutrición adecuada de la gestante.

Algunas de las **complicaciones maternas** más frecuentes en el embarazo adolescente son la anemia, el síndrome hipertensivo, las lesiones y parto prolongado consecuencia de la desproporción céfalopélvica, hemorragias, preeclampsia, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, poca ganancia de peso, placenta previa o diabetes gestacional. Por otro lado, las complicaciones más frecuentes que puede presentar el **recién nacido** serán: bajo peso al nacer, parto prematuro o Test de APGAR menor de 7. ^{5,15}

El **comportamiento de la adolescente** puede suponer también una fuente de complicaciones ya que en esta etapa de la vida son más frecuentes el consumo de alcohol y drogas, conductas impulsivas, consultas prenatales irregulares o la falta de cumplimiento de las pautas indicadas durante el embarazo, consecuencia de una falta de madurez psicológica en la mayoría de los casos, por lo que enfermería debe adelantarse a estas posibles situaciones facilitando la adaptación de la adolescente a esta nueva etapa de su vida y evitando así las consecuencias negativas que este tipo de conductas puedan generar en ella y en su hijo.

Es necesario inculcar en la gestante adolescente la importancia de las consultas prenatales ya que se ha demostrado una relación directamente proporcional entre la reducción de la morbilidad perinatal y un **adecuado control prenatal** que permita la detección precoz de las situaciones calificadas como “de riesgo”, hecho que en el caso de los embarazos en la adolescencia se puede ver afectado como consecuencia del **retraso del diagnóstico del embarazo**, ya que este tipo de pacientes, en ocasiones, retrasan su primera consulta prenatal hasta el punto de verse afectada la posibilidad de realizar una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en plazos legales. ⁴

A todas estas pinceladas sobre las complicaciones prenatales más frecuentes que pueden aparecer en el embarazo adolescente es necesario añadirle el **impacto psicológico y social** que genera en la joven ya que, en la mayoría de los casos dicho embarazo no es deseado, lo que puede generar sentimientos de culpa, vergüenza, arrepentimiento, tristeza o temor, según indica un artículo publicado por los autores H.E. Prías Vanegas y C. Miranda Mellado ²⁰, en el que narra las experiencias de las adolescentes embarazadas en el control prenatal.

El embarazo en la adolescencia puede conllevar también a una alteración en los planes de vida de la adolescente, que puede traducirse en una **deserción escolar**, que dificulte la posterior incorporación a la vida laboral en un futuro. También dicho embarazo puede conllevar a un **abandono del hogar**, forzoso o voluntario, **conductas discriminatorias** por parte del entorno de la adolescente embarazada, **desorganización en el núcleo familiar** o **conflictos económicos**, ya que no se debe olvidar que en la mayoría de los casos la adolescente, y con ella su futuro hijo, es dependiente económicamente de sus padres o tutores legales, hecho que puede influir en la toma de decisiones sobre el curso del embarazo. Tampoco se debe olvidar que en algunas etnias o culturas un embarazo adolescente puede desencadenar la imposición por parte de los padres de contraer **matrimonio** buscando con ello la aceptación social del embarazo de su hija. ^{21, 22}

En algunas ocasiones, son los **padres de la adolescente** los que se encargan de cuidar al nuevo miembro de la familia, bien como consecuencia de un intento de la adolescente por eludir sus responsabilidades, o bien porque los padres, de manera voluntaria, asuman el rol de padre/madre en lugar del de abuelo/abuela, lo que puede generar conflictos familiares. No obstante, en un porcentaje muy alto, el **entorno familiar** de la adolescente adopta finalmente **actitudes de comprensión, protección e implicación con la situación**, que permitan a la joven sentirse apoyada a la hora de valorar las diferentes alternativas que surgen ante un embarazo adolescente, evitando con ello la ansiedad o sentimientos de culpabilidad que puedan conllevar a una afrontación errónea de la situación. ^{21, 22}

El diagnóstico del embarazo, como se ha mencionado anteriormente, suele ser tardío y está motivado, según indica la revisión de Velázquez Pereira et al. ¹⁹, por la **negación por parte de la adolescente a aceptar la posibilidad de una gestación** ante la primera falta menstrual, demorándose en ocasiones hasta la 20 semana de gestación. A esta situación se le añade un fenómeno que el mismo artículo define como **“complicidad de los padres”** en el que estos adoptan una inexplicable ceguera ante la posibilidad de tal embarazo.

Uno de los motivos de visita de la adolescente al consultorio de enfermería, y especialmente al de la matrona, es la petición de una **prueba o test de embarazo**. Esta situación, independientemente del resultado del test, requiere una serie de intervenciones:

- En el caso de que el resultado del test **sea negativo**, no se puede olvidar que la adolescente ha contemplado la posibilidad de estar embarazada, lo que se traduce en la necesidad de instruir y reforzar los conocimientos que esta tiene en materia de educación sexual. Dichas jornadas de educación sanitaria se pueden impartir tanto desde la consulta de la matrona como desde el consultorio de enfermería de atención primaria.
- En el caso de que el resultado del test **sea positivo** y la adolescente se encuentre en la consulta de enfermería de atención primaria, es necesario que la adolescente acuda al consultorio de la matrona para que esta pueda calcular la edad gestacional, proporcionar asesoramiento, derivar a otras consultas que confirmen el diagnóstico del embarazo, e iniciar la planificación del seguimiento prenatal lo más rápido posible ya que, como se ha mencionado anteriormente, es frecuente que la adolescente inicie el control del embarazo en una semana de gestación más avanzada de lo habitual, en ocasiones sobrepasando el primer trimestre de embarazo. También es el momento de indagar más profundamente en ciertos aspectos como el nivel educativo, socioeconómico, la autoestima, el entorno familiar, la situación sentimental de la adolescente y el impacto que el embarazo ha causado en ella.

Se debe considerar que en la mayoría de los casos el embarazo no es buscado y que, en el caso de decidir continuar con él, es probable la aparición de sentimientos contradictorios y un grado de labilidad emocional variable, por lo que en esta situación debemos actuar con **mucho tacto y una sensibilidad especial**.

También es necesario tener en cuenta que en muchas ocasiones el personal de enfermería será una de las **primeras personas en las que confiará** a la hora de expresar sus sentimientos e inquietudes sobre su embarazo, por lo que es importante que sea el mismo profesional el que continúe durante todo el seguimiento del embarazo y, centrándonos en el campo de enfermería, es la matrona el personal que se encuentra más cualificado a la hora de llevar el seguimiento prenatal.

Uno de los objetivos principales y que garantizan un adecuado control prenatal es **buscar la implicación de la madre en el embarazo**, ya que de este modo las visitas serán más regulares y seguirá de una manera más rigurosa las pautas que se le hayan proporcionado. En todo momento se valorarán las posibles complicaciones y se incidirá en los cuidados o conductas particulares que las prevengan. Como se ha mencionado anteriormente, el **componente psicológico y emocional** que engloba un embarazo en la adolescencia es muy fuerte, por lo que el profesional de enfermería debe hacer especial hincapié en valorar este aspecto, prestar apoyo emocional o facilitar el acceso a otros profesionales especializados si fuese necesario.

El **seguimiento del embarazo adolescente**, es competencia de la matrona, por lo que tan sólo se mencionarán los aspectos en los que se debe incidir con mayor perseverancia de lo que se haría en un embarazo normal. El **control de la nutrición** debe ser más riguroso, ya que uno de los aspectos más característicos de la adolescencia es el incumplimiento de unas pautas de nutrición adecuadas. Se vigilarán las carencias nutricionales, sin olvidar que también pueden estar presentes en las adolescentes obesas, siendo en muchas ocasiones necesarios suplementos nutricionales. El **control del peso** también será más riguroso ya que la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan un peso menor de lo conveniente, posiblemente consecuencia de que su desarrollo aún es incompleto. También se debe inculcar a la adolescente que los hábitos tóxicos como el **consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc.**, de consumo más frecuente en la adolescencia que en la edad adulta, pueden desencadenar consecuencias nefastas en la salud del futuro recién nacido.

La falta de recursos económicos y apoyo por parte de su entorno más cercano es una realidad que afecta a un gran número de adolescentes embarazadas, por lo que es necesario por parte de enfermería informar y facilitar el acceso a ciertas **asociaciones de ayuda a la maternidad adolescente**. Algunos ejemplos son la **Fundación Red madre** (Figura 1) o la **Fundación Desarrollo y Persona** (Figura 2), que tienen como finalidad el apoyo a madres adolescentes y/o sin recursos, proporcionando asistencia médica, psicológica y jurídica, acompañamiento y recursos durante el embarazo para que, decida lo que decida, cuente con las medidas necesarias para que el miedo o el desconocimiento no sean el motor de dicha decisión.

Estas asociaciones también facilitan el acercamiento a otras madres que han pasado por su misma situación, de manera que puedan compartir sus experiencias y resolver todas sus inquietudes.



Figura 1. Fundación Red Madre ²³



Figura 2. Fundación Desarrollo y Persona ²⁴

4.3.2. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

El tema de la **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** y sus consecuencias es en la actualidad un tema sujeto a controversia y sometido a una gran cantidad de estudios, de los cuales no se han obtenido resultados concluyentes, lo que sugiere la idea de ampliar dichos estudios, especialmente los dedicados a los efectos a largo plazo.

La **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo** autoriza a toda mujer de 16 años a decidir sobre el futuro de su gestación sin necesidad del consentimiento paterno. ²⁵

Según ciertas publicaciones, entre las que destaca la revisión realizada por la autora Ortega Barreda ²⁶, han demostrado mayor precariedad para la salud de las adolescentes las leyes más restrictivas, ya que este hecho en ocasiones obliga a la práctica de abortos ilegales a manos de personas inexpertas con el objetivo de salvaguardar su intimidad, elevándose con ello el riesgo de complicaciones graves. Asimismo, dicha publicación refiere también que la libertad que otorga la Ley Orgánica 2/2010, anteriormente mencionada, para notificar a los padres la decisión de abortar, lejos de empeorarla, ha incrementado la comunicación familiar concluyendo que el 61% de las menores de edad comunicaron la decisión de abortar a uno de sus padres.

Síndrome postaborto

El síndrome post aborto se caracteriza por la presencia de **secuelas psicológicas y emocionales** que se definiría como un tipo de trastorno de estrés postraumático, consecuencia de la decisión de abortar.²⁶ Actualmente ,existen grandes controversias sobre los motivos de su aparición y su incidencia.

Según indica la publicación de la Fundación Red Madre²³, las jóvenes sometidas a una interrupción voluntaria del embarazo experimentaron **sentimientos contradictorios** en los que refieren, por un lado, la sensación de **alivio**, acompañada en su mayoría de **sentimientos de pena, tristeza y culpabilidad**, en un periodo de tiempo reciente tras el aborto, estableciendo como variable de la intensidad de dichos sentimientos la medida en la que el **producto del aborto es considerado como vida humana**. A largo plazo, dicho estudio describe en algunas mujeres pensamientos sobre la posible vida del hijo no nacido, llegando en algunos casos a experimentar un proceso de duelo.

Según la revisión realizada por la autora Ortega Barreda²⁶, los comportamientos frecuentes tras el aborto en mujeres adolescentes son la **promiscuidad, conductas autodestructivas** e incluso **intentos de suicidio**. También mencionó un aumento de **trastornos psiquiátricos** como ansiedad, depresión mayor o alcoholismo, encontrándose en estos resultados limitaciones metodológicas que requieren más estudios. Sin embargo, la mayoría de estudios revisados en la misma publicación establecen una incidencia de hasta 8 veces mayor de **trastornos psiquiátricos graves** en aquellas mujeres adolescentes que decidieron **continuar con el embarazo** que en aquellas que fueron sometidas a IVE, añadiendo también que el momento de mayor malestar psicológico acontece antes de que se produzca la interrupción voluntaria del embarazo.

Además, en los estudios actuales sobre las secuelas psicológicas de la IVE, se ha objetivado la importancia de la **influencia del contexto social y el apoyo emocional** que la joven obtenga, siendo la causa mayoritaria de los trastornos de depresión y ansiedad la falta de apoyo por parte de las personas de su entorno.

Sin embargo, se ha evidenciado que, ante la **decisión libre y voluntaria de abortar** por parte de la mujer, el **apoyo de una persona importante de su entorno** en la

decisión de abortar ha conseguido aplacar notoriamente las consecuencias psicológicas de la IVE, disminuyendo los trastornos psiquiátricos hasta un porcentaje menor del 10%.

Por este motivo, la **actuación de enfermería ante la IVE de una adolescente**, tendrá como objetivo principal el **apoyo emocional**, favoreciendo la expresión de sus sentimientos tanto antes como después de que se produzca la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo en cuenta las **posibles secuelas psicológicas** que dicho aborto puede desencadenar, adelantándose a su aparición y recomendando la visita a otros profesionales especializados en el caso de que dichas secuelas se produzcan. Además, es labor también de enfermería **facilitar el acceso a los centros donde se practique la IVE**, y garantizar que la adolescente cuenta con una adecuada información sobre el aborto, sus riesgos y sus consecuencias en el momento de tomar la decisión.

Asimismo, no se debe olvidar que la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo puede llevar implícitas una serie de **carencias en materia de educación sexual** por lo que, una vez finalizado el proceso de la IVE, enfermería debe proporcionar información y asesoramiento que prevenga nuevos embarazos no deseados.

4.4. PLANIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Como se ha comentado durante todo el trabajo, la educación sexual es la herramienta principal para prevenir embarazos no deseados, nuevos abortos y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, además de ser la única manera de garantizar la vivencia de la sexualidad por parte del adolescente de manera segura y satisfactoria. Dicha educación sanitaria es competencia de enfermería y por tanto debe ser incluida dentro de los protocolos de enfermería a la hora de tratar con el paciente adolescente.

4.4.1. CÓMO DIRIGIRSE AL ADOLESCENTE EN LA ENTREVISTA

La entrevista con el adolescente precisa una serie de competencias por parte del personal sanitario entrevistador, que van mucho más allá de tener los conocimientos necesarios a difundir, ya que es necesario transmitir **seguridad, sensibilidad y comprensión**.

En primer lugar, es importante que se realice de manera **individual**, indicando a los padres o cualquier otro acompañante que esperen fuera de la consulta.

También es importante situarse en la **posición de enfermero**, sin mostrar actitudes paternalistas que provoquen la percepción por parte del adolescente de “aliado de los padres” u otras más propias de un amigo del paciente y tampoco referirse como ejemplo, ni hacer alusión a la propia adolescencia. Es imprescindible asegurar la **confidencialidad, respeto e intimidad** del paciente. ^(27, 28)

Se debe intentar **comprender la personalidad del adolescente**, dejando a un lado los prejuicios, las dobles morales o las actitudes que puedan hacer que el adolescente se sienta juzgado. Tampoco se impondrán las normas de conducta o morales propias.

Para poder tocar todos los puntos necesarios en la entrevista con el adolescente, resulta útil la regla nemotécnica “**FACTORES**” (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima y sexualidad) ²⁸, que permitirá **conocer todos los aspectos de la vida del adolescente**, lo que posibilitará personalizar aún más la información y consejos a transmitir, de manera que la entrevista resulte lo más enriquecedora posible. Resulta muy útil proporcionar información escrita en forma de **folletos breves y de fácil entendimiento**.

La conversación se debe **iniciar por los aspectos más generales** e ir concretando paulatinamente. Hacer preguntas muy directas desde el primer momento puede desencadenar actitudes de rechazo y alejamiento.

El tema de la sexualidad se trata de un tema sensible, por lo que es muy importante mostrar interés en lo que está contando, evitando acciones como escribir, interrumpir o los silencios prolongados (aunque espacios breves de silencio favorecen la meditación de la conversación y la expresión de los sentimientos). Es necesario también cuidar el **lenguaje corporal** del entrevistador y percibir las actitudes, gestos, posturas, expresiones, etc. del adolescente, para poder redirigir y personalizar aún más la entrevista.

La publicación de Casas Rivero de 2014 ²⁸ desarrolló una serie de estrategias en el desarrollo de la entrevista, que favorecen la comunicación con el adolescente, tales como la **paráfrasis** (resumir y replantear los aspectos comentados en la conversación

hasta el momento), las “**respuestas en espejo**” (en las que el entrevistador contestará formulando como una pregunta la respuesta anterior que ha dado el adolescente con el objetivo de obtener mayor información) o el uso de **preguntas aclaratorias**, tales como “*¿Qué quieres decir exactamente con eso?*”.

4.4.2. EDUCACIÓN SEXUAL AL ADOLESCENTE

A continuación, se mostrarán los aspectos que se deben transmitir durante la jornada de educación sexual al adolescente ^{5, 29, 30}:

- Proporcionar **educación sexual y reproductiva**, de manera clara, concisa y que facilite el entendimiento, englobando también los aspectos morales y afectivos que fomenten el pensamiento crítico que conlleve al ejercicio responsable de la sexualidad, adaptando todo esto a la situación y características personales del adolescente, proporcionando información también sobre los derechos de salud sexual y reproductiva. Es importante brindar esta información **antes de que se inicie la actividad sexual**.
- Facilitar la **inclusión de los padres o cuidadores** en los programas de educación sexual, reforzando sus conocimientos y proporcionando a estos las pautas necesarias para lograr una mayor cohesión de la información, evitando así informaciones contradictorias, aunque no deben estar presentes en el momento de la entrevista con el adolescente.
- Facilitar el **acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva**, de tal forma que su difícil acceso o el desconocimiento de los mismos no suponga una barrera que condicione sus actos y les impida el ejercicio de sus derechos en salud sexual y reproductiva. Para lograr esto es necesario incidir en dos pilares básicos
 - Brindar información que facilite la prevención de **enfermedades de transmisión sexual**, indicando también los cuidados a seguir en el caso de que ya se haya producido la adquisición de las mismas y facilitando también el acceso a los servicios de análisis voluntarios y confidenciales.
 - Instruir sobre la existencia de los **centros de planificación familiar**, proporcionando información sobre sus funciones y cómo acceder a ellos.

- Informar, concienciar y fomentar la **importancia del uso de anticonceptivos**, que permitan llevar a cabo una vida sexual enmarcada en la libertad, responsabilidad y seguridad, garantizando el conocimiento sobre los lugares de obtención, su utilización y efectos secundarios.
- Fomentar el **vínculo de confianza enfermero – paciente**, de manera que el adolescente se sienta comprendido y escuchado, garantizando la protección de su intimidad.

6.- CONCLUSIONES

1. El embarazo en la adolescencia tiene como principales factores de riesgo el **inicio precoz de las relaciones sexuales** y la **falta de uso de anticonceptivos**, acompañados también por las características de la **etapa de la adolescencia** donde se encuentre y los **rasgos de la personalidad**. Todo esto hace necesaria la creación de un protocolo de educación sexual que garantice la adopción de actitudes seguras y responsables que alejen al adolescente de situaciones de riesgo.
2. Son los profesionales de **enfermería** los que deben **dar el primer paso** a la hora de acercarse y hablar sobre sexualidad con la población adolescente ya que, pese a ser considerado por ellos un medio fiable de información, muchos refieren dificultades a la hora de acudir a la consulta. Un buen momento para llevar a cabo este acercamiento es la **revisión de los 14 años**, ya que esta puede ser la última oportunidad de hablar con el adolescente antes de que inicie la actividad sexual.
3. El personal de enfermería puede ser una de las primeras personas en las que la adolescente embarazada confíe a la hora de expresar sus sentimientos e inquietudes, por lo que debe actuar con **mucho tacto y una sensibilidad especial**, prestando mucha atención al componente psicológico.

4. Uno de los objetivos principales y que garantizan un adecuado control prenatal es **buscar la implicación de la madre en el embarazo**, ya que de este modo las visitas serán más regulares y seguirá de una manera más rigurosa las pautas que se le hayan proporcionado.
5. Los estudios actuales sobre las secuelas psicológicas de la interrupción voluntaria del embarazo muestran que, ante la **decisión libre y voluntaria de abortar** por parte de la mujer, el **apoyo de una persona importante de su entorno** en la decisión de abortar ha conseguido aplacar notoriamente las consecuencias psicológicas de la IVE, siendo la causa mayoritaria de estas la falta de apoyo por parte de las personas de su entorno.
6. La entrevista con el adolescente debe realizarse de manera **individual**, transmitiendo **seguridad, sensibilidad y comprensión** y garantizando en todo momento la **confidencialidad** de la información del paciente. Es importante fomentar la creación del **vínculo enfermero – paciente**, ya que favorecerá la expresión de sus sentimientos e inquietudes, optimizando los resultados.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Sitio Web de OMS. [Internet]. [actualizado 23 febrero 2018] [Citado febrero 2018]. El embarazo en la adolescencia. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Sitio Web de OMS. [Internet]. [citado febrero 2018]. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
3. Camarón Galán V. Embarazo adolescente. Un problema de salud pública [Trabajo de fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de enfermería; 2015; 6 – 7.
4. Castro Martín B, Martínez Montoro B, Panal Cusati M. Embarazo en la adolescencia. Aspectos a tener en cuenta. *Adolescere*. 2013 1(2): 57 – 68.
5. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Rev Colomb Enferm*. 2012; 7(7): 151 – 160.
6. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec*. [Internet] 2008 [citado enero 2018], 5(1): 42 – 51. Disponible en:
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/SALUD%20ADOLESCENTE/Embarazo%20adolescente.pdf>.
7. Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de la Juventud; 2013.
8. Royuela Ortiz P. Comportamientos Sexuales de los Adolescentes de Castilla y León. Datos para valorar la edad de vacunación del Virus del Papiloma Humano. [Tesis doctoral] Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina; 2013.

9. García Vega E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5(1): 79-87.
10. Serrano I, Lete I, Coll C, Arbat A, Bermejo R, Martínez – Salmeán J. et al. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. 2012; 29 (1).
11. Aymerich Andreu M, Planes Pedra M, Gras Pérez ME, Vila Coma I. La contracepción de emergencia en chicas estudiantes de bachillerato: uso y uso reiterado en función del número de parejas sexuales. *C. Med. Psicosom*. 2011; (97): 25 – 30.
12. Organización Mundial de la Salud. Sitio web de OMS. [Internet]. [citado febrero 2018]. Salud sexual. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
13. Organización Mundial de la Salud. Sitio web de OMS. [Internet]. [citado febrero 2018]. Salud reproductiva. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
14. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Ekpereonne E, Meremikwu A, Ehiri JE. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados entre adolescentes. *Cochrane Library* [Internet]. 2016 [citado febrero 2018]. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/full>
15. Asenjo Cruz E. Plan de educación para la salud para embarazadas adolescentes en atención primaria. [Trabajo de fin de grado]. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2015.
16. Cordero Rodríguez X, Rodríguez de Cordero X. Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2008; 1(45).

17. Camarón Galán V. Embarazo adolescente. Un problema de salud pública [Trabajo de fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de enfermería; 2015; 21 – 22.
18. 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 Enf. 2014; 8 (2).
19. Velazquez Pereira I, Velasco Morales JA, Velasco Morales PI, Vera Rivas YY, Zepeda Palacios FA, Zenteno Pérez TL. Atención prenatal en mujeres adolescentes embarazadas. Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Medicina Humana; 2014.
20. Prías Vanegas HE, Miranda Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Aquichan [Internet]. 2009 [citado enero 2018]. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/172/1673>
21. Lete Lasa I, De Pablo Lozano JL, Martínez Arévalo C, Parrilla Paricio JJ. Embarazo en la adolescencia. En: Laboratorios Wyeth – Lederle/ Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1º Edición. España; 2001; 817 – 835.
22. Chacón O’Farril D, Cortes Alfaro A, Álvarez García AG, Sotomayor Gómez Y. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Instituto Nacional de Higiene, epidemiología y Microbiología de La Habana, Cuba. 2014 [citado enero 2018]; Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin06115.htm
23. Red Madre [Internet]. [citado febrero 2018]. El síndrome post-aborto. Disponible en: <http://www.redmadre.es/el-sindrome-post-aborto#.Wr9i9NNuZ-W>
24. Fundación desarrollo y persona. [internet] [citado febrero 2018]. Disponible en: <http://www.desarrolloypersona.org/>

25. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 55 (4 de marzo de 2010).
26. Ortega Barreda E. Secuelas Psicológicas tras la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Adolescentes. ENE, Revista de Enfermería [Internet]. 2011 [citado enero 2018]; 5(1): 25 – 32. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
27. López Navarrete GE, Perea Martínez A, Padrón Martínez MM, Espinoza Garamendi E, Lara Campos A. Entrevista con el adolescente. Acta pediátrica de México. 2014; 35 (3): 229 – 237.
28. Casas Rivero J, Iglesias Díaz L, Ruiz Lázaro P. La entrevista al adolescente. Adolescere. 2013; 1(2): 95 – 96.
29. Hurtado Murillo F, Donat Colomer F, Colomer Revuelta J, Pla Ernst E, Sánchez Guerrero A, Sarabia Vicente S. et al. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. C. Med, Psicosom. 2014; (111): 62 – 78.
30. Puente M. Prevención del embarazo en adolescentes. [Trabajo de fin de grado]. Lleida: Universidad de Lleida, Facultad de enfermería; 2013.