



# Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

## Prevención del embarazo en la adolescencia

J. Colomer Revuelta<sup>a</sup> y Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia<sup>b</sup>

Publicado en Internet:  
9-septiembre-2013

Julia Colomer Revuelta:  
julia.colomer@uv.es

<sup>a</sup>Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Unidad de Pediatría. Universidad de Valencia. CS Fuente de San Luis. Valencia. España • <sup>b</sup>Grupo Previnfad (AEPap): F. J. Soriano Faura (coord.), J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado, A. Martínez Rubio, J. M. Mengual Gil, M. Merino Moína, C. R. Pallás Alonso, J. Pericas Bosch (†), F. J. Sánchez Ruiz-Cabello.

### Palabras clave:

- Embarazo
- Adolescente
- Prevención
- Pediatría de Atención Primaria
- Recomendaciones Previnfad

### Resumen

El embarazo en la adolescencia continúa siendo un problema de salud pública en España, tanto por sus consecuencias como por sus tasas mantenidas.

En marzo de 2013, el grupo Previnfad realizó una actualización de sus recomendaciones sobre esta cuestión y en este artículo se presenta la introducción general al tema, en cuanto a su magnitud, y se exponen los resultados de la revisión de la evidencia sobre la efectividad del consejo desde la Atención Primaria pediátrica y las recomendaciones del grupo en este tema.

### Adolescent pregnancy prevention

### Key words:

- Pregnancy
- Adolescent
- Prevention
- Pediatric Primary Care
- Previnfad Recommendations

### Abstract

Teenage pregnancy remains a public health problem in Spain both in its consequences and its maintained rates. In March 2013 the group Previnfad has updated its recommendations on the issue and in this paper we present a general introduction to the subject, in terms of its magnitude, and we explain the results of the review of the evidence on the effectiveness of the counseling from pediatric primary care and the group's recommendations on this issue.

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos de las estrategias y políticas europeas, internacionales<sup>1</sup> y españolas<sup>2</sup> desarrolladas para mejorar la salud sexual y reproductiva, la adolescencia permanece vulnerable.

Los datos obtenidos de los registros oficiales y de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes en España

muestran que su exposición al riesgo de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual (ITS) sigue siendo un problema importante.

La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo durante la adolescencia es un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el feto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los adolescentes.

Cómo citar este artículo: Colomer Revuelta J y Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:261-9.

Las intervenciones en salud sexual durante la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para su vida actual y también para su vida adulta. Esta revisión trata un aspecto muy concreto de las intervenciones centradas en la prevención del embarazo no deseado (END) en la adolescencia.

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

### Frecuencia

Se estima que cada año dan a luz un millón de chicas de 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años en el mundo. La mayoría de estos embarazos se producen en países en desarrollo, pero el embarazo en la adolescente también sigue constituyendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados<sup>3</sup>.

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico<sup>4</sup>, EE. UU., seguido de Nueva Zelanda, presenta la tasa más elevada de fertilidad entre los 15 y los 19 años. En Europa<sup>5</sup>, las tasas más elevadas de embarazo a esas edades se declaran en la Federación Rusa. En Europa occidental, la más alta corresponde al Reino Unido.

En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>6,7</sup> indican que, tras el ascenso experimentado entre los años 1996 y 2008, la tasa fue disminuyendo ligeramente hasta llegar, en el año 2010, a cifras de 2,5/1000 a los 15 años y 20,7/1000 a los 19 años. La tasa de fecundidad de las adolescentes extranjeras menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas. Se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados, pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado.

La tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres adolescentes (IVE por 1000 mujeres menores de 19 años) tuvo una progresión ascendente en España hasta el año 2007 (13,7/1000), descendiendo posteriormente hasta estabilizarse en 2010 con una tasa de 12,7/1000. El 43,6% de las

IVE, en 2008, se practicaron en mujeres extranjeras residentes en España.

### Vulnerabilidad y riesgo

En España, como en el resto de Europa, se ha ido registrando una mayor precocidad de los adolescentes en el inicio de las relaciones sexuales, respecto a sus iguales de la última década del pasado siglo, con variaciones regionales y por sexo<sup>5</sup>. Las estadísticas españolas al respecto indican una edad de inicio media de 16 años, pero es de 14 años en algunas publicaciones recientes que incluyen también a la adolescencia temprana<sup>8</sup>. La proporción de población sexualmente activa entre los jóvenes de 15 a 19 años también ha ido aumentando progresivamente, situándose actualmente en un 66%<sup>9</sup> y siendo a los 15 años ya de alrededor del 18%<sup>5</sup>. Este adelanto les expone a más riesgos, al aumentar también proporcionalmente el número de parejas y la frecuencia de otros riesgos de sexo no seguro, como la falta de protección en sus primeras relaciones o las menores habilidades para la negociación de sexo seguro, constatadas en los de menor edad.

Las consecuencias de las lagunas que aún persisten en la educación sexual de los adolescentes se aprecian también, entre otros, en hechos como: a) que entre un 15 y un 33% de los que declaran haber tenido relaciones sexuales no han usado ningún anticonceptivo la primera vez, porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual; b) que el coito interrumpido continúa siendo el segundo anticonceptivo más utilizado (por detrás del preservativo y por delante de los anovulatorios), y c) que apenas uno de cada tres chicos y chicas conoce qué es el doble método<sup>8,9</sup>.

A nivel general, las prácticas de riesgo sexual están fuertemente asociadas a circunstancias de desventaja social<sup>10</sup> y existen múltiples factores individuales, familiares y de la comunidad que se han identificado como de riesgo o de protección de los comportamientos sexuales de los adolescentes. Kirby *et al.*<sup>11</sup> han identificado más de 100 precursores relacionados con algunas de las conductas sexua-

les de riesgo. La mayoría de los estudios de los que se ha obtenido la información son americanos, por lo que queda pendiente valorar su peso en población española.

### Consecuencias

Aunque la mayoría de los embarazos que se producen en la adolescencia son no deseados, existe un pequeño porcentaje, variable según grupos étnicos o culturales, que son queridos o deseados más o menos conscientemente, por lo que pueden suponer de cambio en el estatus afectivo (alguien a quien querer y que te quiera) o social (independencia social y económica de la familia paterna). Las consecuencias en estas situaciones no suelen ser tan negativas como las de los no deseados, aunque bastantes son comunes.

Las revisiones sistemáticas (RS) realizadas sobre las consecuencias de estos embarazos y que incluyen series temporales, estudios analíticos de cohortes y de casos y controles<sup>7</sup>, han puesto de manifiesto que tienen, en general, riesgo de efectos adversos sobre la salud de los adolescentes y sus descendientes, así como repercusiones sociales, económicas y educativas.

Sin embargo, también se ha observado que los resultados en salud del embarazo son comparables, excepto en menores de 15 años, con los de las mujeres de más edad, cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados, ya que son los factores sociales (fundamentalmente la pobreza y la exclusión) y las repercusiones que estos tienen sobre la salud de la adolescente (peor estado de nutrición, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal, etc.), los responsables de la mayoría de los resultados negativos en el embarazo y el parto. Existe una evidencia consistente sobre la efectividad de los programas dirigidos a minimizar las consecuencias negativas del END, mediante intervenciones prenatales que faciliten la incorporación temprana a los programas de seguimiento del embarazo, así como a los recursos educativos y sociales<sup>12</sup>.

## LAS INTERVENCIONES

La comparación de experiencias entre diferentes países demuestra que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es el resultado de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, la educación, la comunidad y la atención sanitaria tienen un papel complementario. Implica, por lo tanto, a todos los grupos y contextos en contacto con este grupo etario: familia, grupos de iguales, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos, etc.

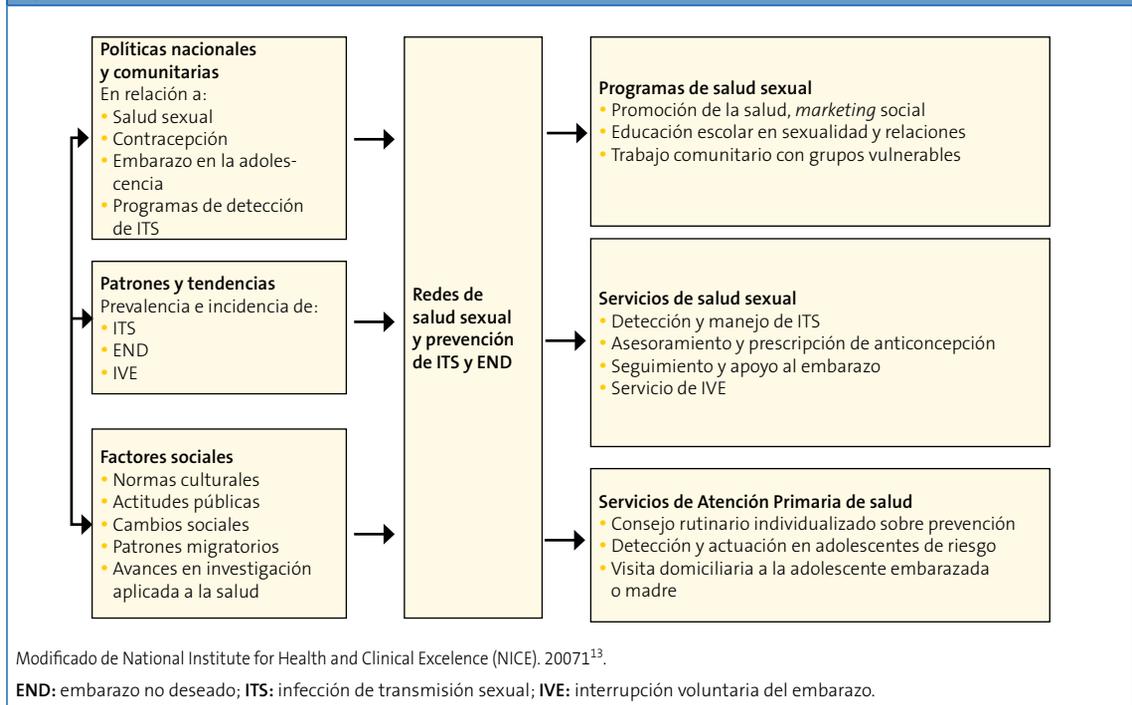
Esta comparación pone también de manifiesto que las políticas sociales ante las desigualdades y aquellas relacionadas con una actitud más realista sobre la sexualidad de la juventud, con respuestas comprensivas a sus necesidades, explican las grandes diferencias entre países mejor que la variabilidad de los comportamientos individuales relacionados con la sexualidad.

Para abordar este problema, se han empleado, en todo el mundo, numerosas **estrategias de prevención primaria**, como el *marketing* social para la promoción de la salud sexual en la adolescencia, las actividades grupales de educación y desarrollo de habilidades desde el ámbito escolar y comunitario, el asesoramiento individualizado desde de los servicios de salud o la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección<sup>13</sup> (Fig. 1).

Las **intervenciones educativas** (Fig. 2) incluyen cualquier actividad diseñada para la consecución de la disminución del END o de la IVE como resultado de salud final, o de sus resultados intermedios, tales como mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los adolescentes en relación con el sexo seguro, promover la reducción de la actividad sexual o reducir los comportamientos sexuales de riesgo conocidos.

Aunque es evidente que muchas de estas intervenciones corresponden al ámbito familiar, escolar y comunitario, los profesionales sanitarios jugamos también aquí un papel, no solo apoyando a estos, sino también con funciones específicas tanto des-

Figura 1. Marco de las intervenciones en salud sexual en menores de 18 años



de los servicios de Atención Primaria (AP) como desde los especializados en salud sexual y reproductiva.

En los últimos años se han publicado múltiples RS y metaanálisis (MA) que abordan la efectividad de las intervenciones educativas para la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazo en población adolescente, realizadas desde los diferentes ámbitos de actuación.

Con motivo de la actualización de las recomendaciones del grupo PrevInfad sobre este tema, realizamos una síntesis de los resultados de estas revisiones utilizando la metodología que puede consultarse en la web del Grupo<sup>14</sup>. La calidad de los estudios fue clasificada siguiendo los criterios utilizados por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (Apéndice VII de su Manual de procedimiento 2007), y representada por +++ (*good*), ++ (*fair*) o + (*poor*).

La mayoría de las publicaciones proceden de EE. UU. y el Reino Unido. En España, se han realizado diversos tipos de intervenciones escolares sobre conduc-

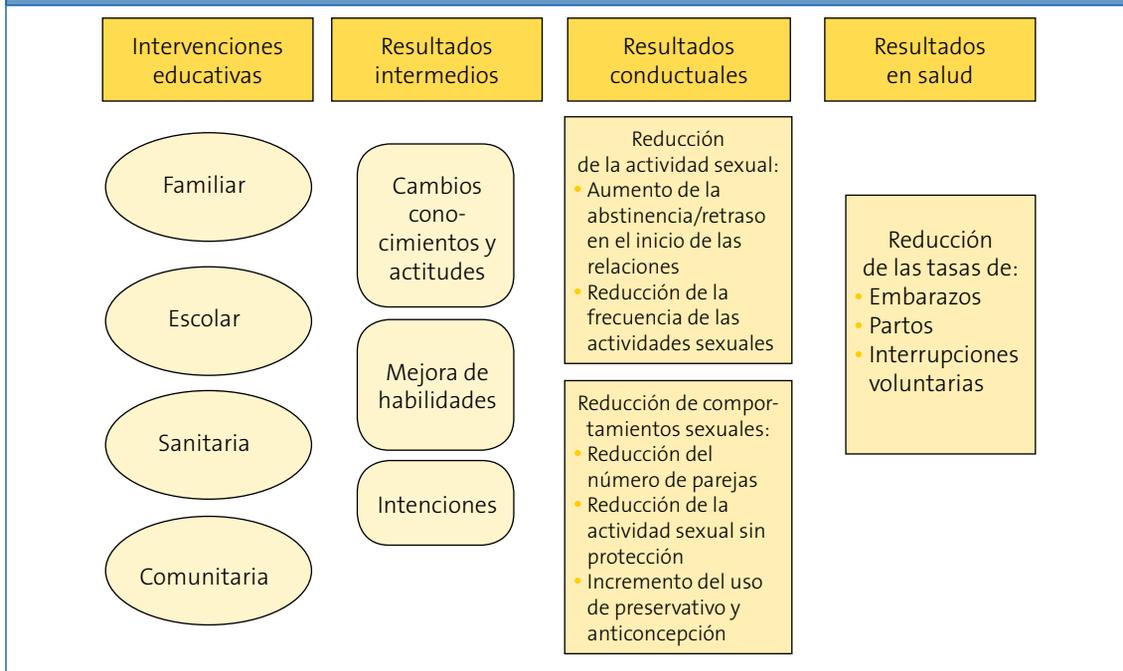
tas sexuales de riesgo y de prevención del sida, algunas recogidas por Fernández Costa<sup>15</sup>, pero sin evaluación de los resultados.

La gran variabilidad de las intervenciones (en cuanto a población diana, medio en el que se realizan, formato, tiempos, resultados medidos...) y la relativa escasez de estudios con un diseño de planificación y evaluación de la calidad dificultan la obtención de conclusiones definitivas sobre los componentes concretos que las hacen eficaces.

Existe también una diversidad metodológica en las revisiones, incluyendo la mayoría tanto ensayos controlados aleatorizados (ECA) como cuasi experimentales (ECE) que tienden a amplificar los resultados favorables de las intervenciones<sup>16</sup>.

Otra limitación a considerar es el hecho de que la mayoría de los estudios publicados han valorado resultados intermedios, como cambios en conocimientos, habilidades y actitudes. Unos pocos añaden además resultados conductuales, en relación con la actividad y el comportamiento sexual. Los menos evalúan los de mayor interés, que son los

**Figura 2. Marco analítico de los efectos de la intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia**



resultados en salud: la disminución de embarazos y de la IVE (Fig. 2).

### EL CONSEJO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADMINISTRADO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la consulta de AP los pediatras y las enfermeras de Pediatría solemos centrar nuestra actuación para la prevención del embarazo, en las actividades individuales, tanto en el campo de las recomendaciones y consejos como en el del cribado de población de riesgo. Todo ello, en el contexto de las visitas del programa de salud infantil o en otras ocasiones propicias, tales como la asistencia por problemas relacionados.

Uno de los objetivos de la revisión realizada por el grupo PrevInfad<sup>14</sup> ha sido el de valorar si este consejo sobre prevención de END en adolescentes, realizado en la consulta de AP, produce una mejora en los conocimientos, actitudes o habilidades en relación al sexo seguro, da lugar a una disminución

en las conductas de riesgo y disminuye la frecuencia de embarazo, IVE y parto en esta población.

Consideramos para esta revisión no solo las intervenciones realizadas en las consultas médicas, sino también todas aquellas en las que el consejo fuera individualizado, cara a cara, aunque los proveedores fueran sus pares o personal no profesional de la salud entrenado, ya que pensamos que de algunos de sus resultados podríamos hacer inferencias.

En el MA realizado por DiCenso en 2002<sup>17</sup> (+++), que analiza cinco ECA sobre intervenciones para la prevención del END, realizadas en consultas de planificación familiar (una de ellas solo para adolescentes), no se mostraron resultados significativos en el retraso del inicio de las relaciones sexuales (*odds ratio* [OR]: 0,83; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,60 a 1,16), en la mayor utilización de contracepción (OR: 1,34; IC 95%: 0,53 a 3,40) ni en la disminución de la tasa de embarazos (OR: 0,94; IC 95%: 0,52 a 1,69).

La RS de Moss en 2003<sup>18</sup> (+) analiza cuatro intervenciones, tres de ellas dirigidas a población ado-

lescente, realizadas hace dos décadas. En general, el diseño de las mismas es pobre y permite pocas comparaciones. El único ECA que recoge (Danielson *et al.* de 1990 [+] citado por Moss<sup>18</sup>) muestra resultados positivos en una intervención durante media hora, con videodispositivos, dirigida a varones de 15 a 18 años y realizada por personal de salud entrenado no médico, que se asoció significativamente tanto con el uso efectivo de la contracepción en chicos sexualmente activos (OR: 1,51;  $p < 0,05$ ) y no activos (OR: 2,53;  $p < 0,001$ ) como con la adquisición de conocimientos sobre ITS y fertilidad ( $p < 0,001$ ).

Esta revisión contiene la única intervención controlada realizada por pediatras de AP (Boekeloo *et al.* en 1999 [+] citado por Moss<sup>18</sup>) que hemos encontrado. Se realizó en Washington y consistió en sesiones apoyadas en vídeos. En ella se observó un incremento en la utilización de preservativos (OR: 18,5; IC 95%: 1,27 a 256,03) a los tres meses, que no se mantuvo a los nueve.

La de Scher *et al.* en 2006<sup>16</sup> (++) identifica un ECA y cuatro ECE que analizan las intervenciones individualizadas (cara a cara). El análisis de los resultados del ECA (Hanna, 1990, citado por Scher<sup>20</sup>) muestra significación para un impacto estimado (IE) de -4,8% en la menor incidencia de embarazos en el grupo de intervención. Cuando al análisis se le añaden los cuatro ECE, adquiere también significación estadística ( $p < 0,05$ ) el IE global para las conductas de riesgo de embarazo (-4,2%).

Trivedi en 2006<sup>19</sup> (++) realizó una RS para el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que explora el papel de médicos generalistas, personal de enfermería, visitantes de salud o matronas y analiza los resultados de 18 estudios sobre la prevención del embarazo (un ensayo controlado, tres estudios antes-después, cuatro analíticos/descriptivos y siete cualitativos) publicados hasta 2006. Su conclusión es que existen pocas evaluaciones buenas de intervenciones, por lo que el papel de los médicos generales, enfermeras, visitantes domiciliarios y matronas sigue siendo poco claro, aunque indica que los mejores resultados como consejeros se obtienen en sus intervencio-

nes en el medio escolar y como informadores de recursos. Algunos aspectos que estos estudios, especialmente los cualitativos, ponen de manifiesto, son la necesidad de una buena formación y conocimiento de los recursos locales por parte de los proveedores sanitarios y la importancia de establecer buenas conexiones entre escuela, recursos sanitarios y recursos comunitarios.

Esta revisión recoge también las publicaciones sobre intervenciones para mejorar los resultados sociales y en salud de padres y madres adolescentes y sus descendientes (siete ensayos controlados, dos estudios antes-después, uno analítico/descriptivo y uno cualitativo), indicando que sus resultados positivos se asocian al soporte del personal de enfermería, incluyendo la visita domiciliaria. Estos estudios proceden fundamentalmente de EE. UU., cuyo modelo de atención domiciliaria no está contemplado en nuestro sistema de salud.

Bunn *et al.*<sup>20</sup> en 2006 (++) publicaron una de las revisiones más exhaustivas, aunque con una síntesis literaria de resultados, dada la heterogeneidad y escasez de estudios de calidad. Respecto a las intervenciones individualizadas (cara a cara) de consejo breve (12 ECA y un ECE), pone de manifiesto su efectividad en cuanto a la mejor utilización de la contracepción y en la disminución de la incidencia de embarazos. Las intervenciones multisesión, incluida la visita domiciliaria, se mostraron especialmente eficaces en la prevención de la repetición de embarazo en grupos de alto riesgo.

La realizada por Lazarus *et al.* de 2010<sup>21</sup> (++) en su síntesis literaria de seis intervenciones llevadas a cabo por profesionales de la salud (incluidos médicos generales, ginecólogos, psicólogos, enfermeros escolares, asesores en salud entrenados, o personal de salud con pares de adolescentes), en los ámbitos escolar (tres ECE), clínico (dos ECA) o comunitario (un ECE), refiere que solo dos de ellas, una realizada por ginecólogos y psicólogos en escuelas de secundaria en Italia (Donati, 2000, citado por Lazarus<sup>21</sup>) y otra realizada en centros de refugiados de Rotterdam por asesores en salud entrenados y médicos y enfermeros (Martjin *et al.*, 2004, citado por Lazarus<sup>21</sup>), mejoraron los conocimientos y acti-

tudes, mientras que ninguna fue efectiva en cambios del comportamiento sexual de los adolescentes. Ninguna de las dos intervenciones realizadas en las consultas médicas, una realizada por personal de salud entrenado en una clínica de problemas genitourinarios (James, 1998, citado por Lazarus<sup>21</sup>) y otra por médicos generales y enfermeros en consultas generales (Oakeshott, 2000, citado por Lazarus<sup>21</sup>), provocaron cambios significativos.

En resumen podemos decir que son escasos los estudios que han evaluado la efectividad del consejo individualizado para la prevención de embarazos en adolescentes, realizado desde las consultas de AP de Pediatría, enfermería o de medicina general, siendo los resultados de las RS poco consistentes y heterogéneos.

Es importante recordar que la insuficiencia de pruebas no significa que la intervención no sea eficaz, sino que la información actualmente disponible no es suficiente para poder asegurarlo o rebatirlo.

## RECOMENDACIONES DE GRUPOS QUE ELABORAN RECOMENDACIONES BASADAS EN PRUEBAS

Desde el **Institute for Clinical Systems Improvement**<sup>22</sup> se sitúa el consejo y la educación en prevención de END en el nivel III de su escala de recomendaciones, que se corresponde con aquellos servicios preventivos en los que las evidencias son insuficientes para ser recomendados sistemáticamente y cuya prestación se deja a juicio de los profesionales (como grupos o de forma individual) y de los pacientes.

En sus comentarios indica que podría recomendarse en las visitas de atención preventiva que comienzan en la pubertad, preferiblemente antes del inicio de la actividad sexual. Estas visitas podrían incluir la educación y el asesoramiento en cuanto a la anticoncepción y el embarazo no deseado. Otros mensajes que también deberían transmitirse, si se diera el caso, son la prevención y los síntomas de las infecciones de transmisión sexual, la

asociación entre la actividad sexual de riesgo y el uso de drogas y consejos antes de la concepción.

En cuanto a cómo educar y aconsejar indica:

- Obtener una historia sexual de los adolescentes.
- Informar a los adolescentes de que la abstinencia es la manera más efectiva de prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.
- Proporcionar información detallada sobre todos los métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de barrera, píldoras anticonceptivas, inyectables, implantes, dispositivos intrauterinos, esterilización tubárica y vasectomía.
- Los estudios han sugerido que los sistemas multimedia y los programas de educación que ofrecen sesiones programadas y repetidas de educación pueden ser más eficaces para ayudar a los pacientes en su elección de anticonceptivos y promover su adhesión a un método anticonceptivo. Considerar la remisión a cualquier recurso de la comunidad para la educación sobre anticoncepción, fuera del entorno clínico tradicional.
- Para mejorar la aceptación de los métodos anticonceptivos, debe acompañarse de una discusión sobre sus beneficios para la salud y la calidad de vida.

El **USPSTF**<sup>23</sup>, aunque desde 2008 tiene recomendaciones sobre el consejo para la prevención de infecciones de transmisión sexual, en la actualidad no tiene ninguna específica para la prevención de embarazo no deseado.

En **PrevInfad**<sup>14</sup>, la recomendación de la intervención para la prevención de embarazo va asociada a la de prevención de infecciones de transmisión sexual. Se fundamenta en la insuficiencia de pruebas halladas respecto al consejo breve y, por otra parte, en el moderado grado de certeza de que el beneficio neto es importante para el consejo de moderada a alta intensidad en adolescentes con actividad sexual de riesgo (para prevenir las infecciones de transmisión sexual).

Como actividades para todas las visitas del programa de salud infantil desde el inicio del desarrollo puberal, y de forma oportunista en consultas por sintomatología relacionada, se indica:

- Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a la edad; comprobar que se conocen los medios para prevenir embarazos e infecciones, así como que el adolescente está recibiendo educación en su familia o centro escolar, a la vez que se les informa sobre los recursos locales, sanitarios y comunitarios, al respecto.
- Realizar una anamnesis como cribado de aquellos adolescentes que han iniciado actividad sexual, con el fin de derivarlos para consejo individualizado de moderada a alta intensidad y adaptado a su riesgo y situación.

Se mencionan como aspectos generales proporcionar consejos individualizados según preferencias,

conocimientos y habilidades; ofrecer información verbal y escrita; ofrecer empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora, e informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**AP:** Atención Primaria • **ECA:** ensayo controlado aleatorizado • **ECE:** ensayo cuasi experimental • **END:** embarazo no deseado • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **ITS:** infección de transmisión sexual • **IVE:** interrupción voluntaria del embarazo • **MA:** metaanálisis • **OR:** odds ratio • **RS:** revisión sistemática • **USPSTF:** United States Preventives Services Task Force.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Addressing the sexual and reproductive health of adolescents [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en [www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html)
2. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, ed. Estrategia Nacional De Salud Sexual y Reproductiva; 2011.
3. WHO. Health topics: adolescent health [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en [www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)
4. Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D (eds.). Comparing Child Well-being in OECD Countries: Concepts and Methods. Innocenti Working Paper, IWP-2006-03. Florence, Italy: Unicef Innocenti Research Centre; 2007.
5. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15 Suppl 2:554-66.
6. INE. Demografía y población. Movimiento natural de la población [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en [www.ine.es/inebmenu/mnu\\_mnp.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mnp.htm)
7. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosmin M. Teenage pregnancy and parenthood: A review of reviews: Evidence briefing. Health Development Agency. 2003 [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en [www.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg\\_evidence\\_briefing.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg_evidence_briefing.pdf)
8. Rodríguez Carrion J, Traverso Blanco CI. Sexual behavior in adolescents aged 12 to 17 in Andalusia (Spain). *Gac Sanit*. 2012;26(6):519-24.
9. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, ed. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales; 2009.
10. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: Systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:b4254.

11. Kirby D, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2006;938:103-50; discussion 317-41.
12. Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(3):CD002964.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health need and practice. In: Prevention of sexually transmitted infections and under 18 conceptions. February 2007 [en línea] [consultado el 12/12/2012]. Disponible en <http://publications.nice.org.uk/prevention-of-sexually-transmitted-infections-and-under-18-conceptions-ph3/public-health-need-and-practice>
14. Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] [actualizado en marzo de 2013; consultado el 20/08/2013]. Disponible en [www.aepap.org/previnfad/endits.htm](http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm)
15. Fernández Costa S, Juárez Martínez O, Díez David E. Prevención del sida en la escuela secundaria: Recopilación y valoración de programas. *Rev Esp Salud Pública.* 1999;73(6):687-96.
16. Scher L, Maynard R, Stagner M. Interventions intended to reduce pregnancy-related outcomes among adolescents. *Campbell Syst Rev.* 2006;12.
17. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: Systematic review of randomized controlled trials. *BMJ.* 2002;324(7351):1426.
18. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: An evidence-based research agenda. *Contraception.* 2003;67(2):115-32.
19. Trivedi D, Brooks F, Graham M, Bunn F, Wentz R (eds.). *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Descriptive Mapping of Research Studies Exploring the Role of General Practitioners, Nurses, Health Visitors Or Midwives; Young fathers/young Men; and Peers.* Hertfordshire. UK: Centre for Research in Primary and Community Care University of Hertfordshire; 2006.
20. Bunn F, Brooks F, Appleton J. Contraception advice and provision for the prevention of under 18 conceptions and STIs: A rapid review on behalf of the National Institute of Health and Clinical Excellence. August 2006 [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/STI\\_University\\_Of\\_Hertfordshire\\_Final.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/STI_University_Of_Hertfordshire_Final.pdf)
21. Lazarus JV, Sihvonen-Riemenschneider H, Laukamm-Josten U, Wong F, Liljestrand J. Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croat Med J.* 2010;51(1):74-84.
22. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Hayes R, et al. Preventive Services for Children and Adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement. [en línea] [actualizado en septiembre de 2012; consultado el 27/08/2013]. Disponible en <http://bit.ly/PrevServKids0912>
23. Guide to Clinical Preventive Services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. October 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en [www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html](http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html)
24. Chin HB, Sipe TA, Elder R. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: Two systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med.* 2012;42(3):272-94.