

Departamento de Enfermería. Cuidados para la Salud

Doctorado: Ciencias Médicas

***DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
DE RIESGO DE EMBARAZO NO PLANIFICADO EN
ADOLESCENTES***

TESIS DOCTORAL

Autora:

Elena Ortega Barreda

Directora:

Sara Darías Curvo

2016



Departamento de Enfermería. Cuidados para la Salud

Doctorado: Ciencias Médicas

TESIS DOCTORAL

***DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
DE RIESGO DE EMBARAZO NO PLANIFICADO EN
ADOLESCENTES.***

Elena Ortega Barreda

DIRECTORA:

Sara Darias Curvo

2016

D^a. SARA DARIAS CURVO, PROFESORA TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA,

CERTIFICA:

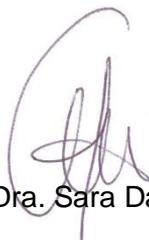
Que D^{ña}. Elena Ortega Barreda, ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado:

“Diseño y validación de un instrumento de valoración de riesgo de embarazo no planificado en adolescentes”

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste, se expide el presente certificado.

La Laguna, 1 de Noviembre de 2016.



Fdo. Prof. Dra. Sara Darías Curvo

Dedicada a Luis por compartir conmigo mucho más que una vida juntos

A Irene mi gran proyecto

A mis padres y hermanos por hacer de mi lo que soy y creer que lo conseguiría.

Agradecimientos

A la Dra. D^a Sara Darías Curvo, directora de esta tesis, por ser mi guía y a veces mi norte, por su confianza, su apoyo constante y por su paciencia infinita durante estos años.

Al Dr. D. Armando Aguirre Jaime, metodólogo de la Gerencia de Atención Primaria por creer desde el principio en este proyecto y guiarme en el proceso, pero sobre todo por enseñarme a ver más allá de los números.

A mis profesores, por su apoyo, confianza y empuje, por sentirlos siempre tan cerca.

A Dr. D. Alfonso García Hernández y Dr. D. Pedro Ruyman Brito Brito por ayudarme en mi despertar investigador sin saberlo.

A D. José Izquierdo Botella, gerente del área de salud de La Palma por permitir la realización de este proyecto.

A Dña. Esther Cova, Dña. Amalia Rodríguez y Dña. Anke Heinrich, matronas de atención primaria del área de salud de La Palma por su ayuda sin la cual no habría sido posible la realización de este trabajo.

A Dña. Remedios Tarife por estar ahí siempre, por escucharme, darme ánimo y aguantarme.

A D. Enrique Díaz Pérez, Dirección General de Programas asistenciales, porque sin su colaboración todo habría resultado más complicado aún.

A D. Raúl Cabrera Rodríguez, pediatra de Atención Primaria, por su entusiasmo y ayuda en la realización de este trabajo.

A Dña. Cenci Clemente Concepción y Dña. Carmen Portaña por su colaboración y aportaciones en la realización de este proyecto.

A Dña. Carmen Melián Hormiga y Sara Rodríguez Melián por demostrarme que siempre hay gente dispuesta a implicarse a fondo sin pedir nada a cambio, sin vuestra ayuda esto no habría sido posible.

A Dña. Amelia Nazco y D. Delio Afonso por colaborar en la realización del proyecto.

A todos aquellos que me habéis sufrido de alguna manera durante este tiempo y seguís formando parte de mi vida.



Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	21
1.1. Justificación.....	21
1.2. Objetivos.....	25
1.2.1. Objetivo General.....	25
1.2.2. Objetivos Específicos	25
2. ANTECEDENTES.....	29
2.1. Factores que inciden en la posibilidad de embarazo.....	29
2.2. Validación de un instrumento de medida en ciencias para la salud.....	31
2.2.1. Pasos a seguir en el proceso de validación	32
2.3. Estudios similares realizados.....	37
3. MARCO TEORICO	43
3.1. Adolescencia: Concepto y clasificación	43
3.2. Conductas de riesgo	46
3.2.1. Consumo de alcohol y otras drogas entre la población adolescente	50
3.2.2. Conductas sexuales de riesgo entre la población adolescente	52
3.3. Embarazo no planificado	58
3.4. Por qué intervenir con los jóvenes	60
3.4.1. Riesgos maternos y/o fetales derivados del embarazo en la adolescencia	61
3.4.2. Estimación del coste sanitario relacionado con el embarazo adolescente	64
3.5. Eficacia de los programas de salud afectivo-sexual y reproductiva en la adolescencia	65
3.6. Embarazo adolescente: Situación en la actualidad	70
3.6.1. Datos internacionales	70
3.6.2. Datos nacionales	71
3.6.3. Comunidad autónoma de Canarias	72
4. METODOLOGÍA.....	77
4.1. Tipo de estudio	77
4.2. Etapas del estudio	77
4.2.1. Primera etapa: Conceptualización y diseño del cuestionario tentativo	77
4.2.2. Segunda etapa: Validación del instrumento de medida	82
5. RESULTADOS	87
5.1. Conceptualización y desarrollo del cuestionario tentativo	87
5.1.1. Búsqueda bibliográfica	87

5.1.2.	Selección de ítems	88
5.1.3.	Grupos focales	89
5.1.4.	Grupo piloto	90
5.1.5.	Cuestionario tentativo	91
5.1.1.	Muestra de validación	91
5.2.	Validación del instrumento de medida	94
5.2.1.	Reducción de ítems	94
5.2.2.	Consistencia interna del cuestionario.....	104
5.2.3.	Validez de constructo del cuestionario.....	105
5.2.4.	Establecimiento de reglas de afectación	106
5.2.5.	Validez de criterio del cuestionario	113
5.2.6.	Fiabilidad del cuestionario	113
6.	DISCUSIÓN.....	119
6.1.	Consideraciones éticas.....	127
7.	CONCLUSIONES.....	131
8.	BIBLIOGRAFIA.....	135
9.	ANEXOS.....	151
9.1.	Anexo 1: Presentación del estudio y consentimiento informado.....	151
9.1.	Anexo 2: Cuestionario tentativo	153
9.1.	Anexo 3: Autorización Comisión Bioética Hospital Universitario de Canarias...161	
9.1.	Anexo 4: Autorización Gerencia Servicios Sanitarios de La Palma	163

Introducción

A woman with dark hair, wearing a white lab coat, is seen from the side, looking out a window. The window shows a view of a city with buildings and a street. The scene is brightly lit, suggesting daytime.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. *Justificación*

El embarazo adolescente constituye, a pesar de los recursos empleados en su prevención, un problema de salud a nivel mundial, no sólo por ser en su mayoría no planificado, sino por ocurrir en un periodo de inmadurez que dificulta su afrontamiento. Tanto si se toma la decisión de interrumpirlo como si se lleva a término, la condición, responsabilidad y rol de la adolescente se ve modificado, pudiendo condicionar el estado de salud y relaciones sociales de la mujer, hijo y familiares. En relación al aumento de la morbi-mortalidad materno-fetal durante la gestación, existe evidencia de la repercusión que un embarazo no planificado puede tener en la madre y/o en el hijo durante el embarazo, parto y postparto así como en los efectos y consecuencias que pueda tener sobre la calidad de vida de los jóvenes a largo plazo.¹⁻⁸

Las tasas de embarazo adolescente son un marcador importante de desigualdad social en los diferentes países. Generalmente cuanto mayor es la media de años de educación, menor es la tasa de natalidad entre las adolescentes.⁹

Centrándonos en los países desarrollados, los factores que más influyen en la aparición de un embarazo no planificado en la población adolescente, aunque luego se realice un análisis con más detalle, son en general el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y un incorrecto uso o no utilización de métodos anticonceptivos, aunque son muchas las variables estudiadas que pueden incidir en la probabilidad de que ocurra, tales como número de parejas, nivel socioeconómico, consumo de sustancias, etc. Por otro lado, el entorno familiar y social, la educación, la formación académica y los valores transmitidos juegan una baza importante en este periodo, convirtiéndose en factores de protección o de riesgo sobre añadido para la adolescente.¹⁰

España tuvo en el año 2009 un total de 27.067 embarazos adolescentes, de los cuales 13.100 fueron nacimientos y 13.967 abortos. Esto se traduce en una tasa de embarazo adolescente del 24,7 por 1000, una tasa de 12 por 1000 de nacidos vivos y una tasa de 12.7 por 1000 abortos inducidos, situándose por encima de la media de los países del sur y oeste de la UE.¹¹ Si en lugar de utilizar como denominador el número total de adolescentes del país, se utilizara únicamente el número de adolescentes sexualmente activas, la tasa se incrementaría considerablemente, con lo que el problema es aún mayor.¹² En la actualidad si bien esta tasa ha disminuido, como se mostrará más adelante, continúa estando por encima de la mayoría de los países vecinos.

El embarazo adolescente constituye junto con los accidentes de tráfico, el consumo de drogas, trastornos de la alimentación y los problemas de salud mental, las situaciones de riesgo más significativas en la población joven. Los adolescentes que inician las relaciones sexuales muy precozmente (12-14 años) asumen, además, otros riesgos como realizarlas bajo coacción, aumentar el número de parejas sexuales y la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS).¹³

En la comunidad autónoma de Canarias, al igual que en el resto del territorio nacional, la situación económica es precaria y se añaden más factores que pueden considerarse de riesgo según la literatura consultada. En el último informe de salud autonómico, se pueden encontrar los siguientes datos:¹⁴

- Aumento de la tasa de desempleo en las mujeres, del número de amas de casa sin ingresos económicos y del número de adolescentes que ni estudian ni trabajan.
- Sólo el 16% de la población de entre 18 y 30 años es independiente económicamente.
- Canarias ocupa uno de los primeros puestos en índice de fracaso escolar.
- Entorno al 70% de las adolescentes de 16 años mantiene relaciones sexuales.

- Sólo 60% de los jóvenes refiere utilizar preservativo en sus relaciones habituales y hasta un 20% no utiliza ningún método anticonceptivo.
- El 44% de los padres de los adolescentes en Canarias solo han completado los estudios primarios.

Una de las principales herramientas dentro de las estrategias de prevención son los programas de educación afectiva-sexual y reproductiva, encaminados a mejorar la salud sexual de los jóvenes y disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados. La eficacia de estos programas se ha cuestionado con frecuencia y tanto el quién como el cómo se deben llevar a cabo, es motivo de debate entre los expertos. Podría ser de gran ayuda desarrollar herramientas en este sentido que permitieran la mejora de la eficiencia de las intervenciones que se realizan.

Una revisión sistemática realizada en EE.UU en 2008 de programas e intervenciones dirigidos a adolescentes en relación a la salud afectivo sexual concluye, entre otras cosas que las intervenciones con más éxito sobre la salud reproductiva son aquellas que se han llevado a cabo sobre jóvenes con factores de riesgo.¹⁵

Un estudio publicado en 2011 apunta hacia la importancia de desarrollar instrumentos encaminados al diagnóstico precoz de adolescentes en situación de riesgo de embarazo centrado en un número limitado de factores de riesgo, relevantes y fáciles de evaluar.¹⁶

Centrándonos en los profesionales sanitarios, con frecuencia resulta complicado discriminar entre población adolescente de alto o bajo riesgo en la consulta de atención primaria, dado que el tiempo del que se dispone es limitado y la demanda por parte de este colectivo es escasa. Adquiere, por tanto, especial relevancia obtener la mayor cantidad de información posible que permita una valoración y diagnóstico adecuados por parte del profesional para poder planificar así los cuidados más adecuados a cada uno de los individuos.

Disponer de herramientas de discriminación, escalas de valoración o cualquier otro recurso que permita y facilite obtener información rápida, válida y fiable, se convierte desde hace un tiempo en una de las prioridades de investigación de los profesionales de ciencias de la salud. Para su elaboración es necesario conocer los factores que influyen en la práctica de determinadas conductas que pueden suponer un riesgo para los jóvenes de nuestro entorno específico, y cuál es el peso específico de cada una de ellos.

El objetivo de este estudio es desarrollar una herramienta que permita valorar el riesgo de embarazo no planificado en adolescentes para su utilización por parte de profesionales de la salud de atención primaria. De los resultados del mismo podrían elaborarse nuevas estrategias de intervención dirigidas a adolescentes en situación de riesgo, sin detrimento de las intervenciones realizadas sobre el total de la población joven. Dichas intervenciones podrían organizarse en sesiones grupales centradas en los factores de riesgo detectados (inicio de relaciones sexuales, uso o no uso de métodos anticonceptivos, fomento de relaciones saludables,...) y/o seguimiento en consulta de forma individualizada por parte del médico, enfermera o matrona de atención primaria para valorar la adherencia y cumplimiento terapéutico, resolver dudas, reducir temores relacionados con su salud sexual y/o reevaluaciones periódicas. Se considera que podría, además, aumentar la satisfacción del profesional facilitando y orientando su trabajo así como mejorar la calidad asistencial dirigida al colectivo adolescente.

Aunque los trabajos de investigación en relación al embarazo adolescente son numerosos, no se ha encontrado ningún estudio en el territorio nacional que aborde este objetivo y son muy escasas las publicaciones al respecto a nivel internacional, por lo que la investigación se hace necesaria.¹⁷

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Diseñar un cuestionario de valoración de riesgo de embarazo no planificado en adolescentes.
- Validar el cuestionario de valoración de riesgo de embarazo no planificado en adolescentes.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar en la literatura los factores asociados al riesgo de embarazo no planificado en adolescentes.
- Identificar qué factores de los descritos anteriormente guardan relación con el embarazo adolescente dentro de nuestra muestra de validación.
- Determinar la consistencia interna del cuestionario.
- Determinar la validez de constructo del cuestionario.
- Establecer reglas cualitativas que permitan determinar cuándo un ítem está afectado, cuándo una dimensión está afectada y cuándo una adolescente está en situación de riesgo como salida del cuestionario.
- Identificación del patrón de referencia para determinar la validez de criterio predictiva del cuestionario
- Determinar la fiabilidad del cuestionario.

Antecedentes



2. ANTECEDENTES

2.1. Factores que inciden en la posibilidad de embarazo

Los factores que más se han asociado al riesgo de embarazo no planificado en la adolescencia según la bibliografía consultada, son la no utilización o mal empleo de métodos anticonceptivos y la edad de inicio de las relaciones sexuales, cada vez más temprana, estando ésta también ligada a mayor número de parejas, como se comentó anteriormente.

Además de estos, se han descritos otros factores asociados al riesgo de embarazo no planificado entre la población adolescente.

Triviño et al, apuntan hacia una mayor permisibilidad social en relación a las conductas sexuales de los jóvenes en los últimos años, un aumento de la inmigración con el consiguiente factor cultural que esto puede suponer y el desconocimiento de las infraestructuras destinadas a ofrecer información, formación y apoyo en este sentido.¹⁸

La ambivalencia o deseo de embarazo, condicionado por aspectos sociales, culturales o en ocasiones religiosos de los jóvenes, puede justificar el no uso o uso incorrecto de los métodos anticonceptivos. El contexto sociocultural que envuelve a los adolescentes puede condicionar la forma de entender el rol masculino y el femenino en la relación, la virilidad, la feminidad e influir en la toma de decisiones. En algunos casos, una idea romántica de la pareja y los roles tradicionales asumidos sobre todo en los primeros meses de relación, pueden conducir a un embarazo no planificado.¹⁹

Algunos estudios apuntan a este deseo de embarazo como causa principal del mismo, así como la falta de responsabilidad en el hecho de que éste ocurra, aceptándolo sin más como algo que ocurrió, en el que tuvieron una responsabilidad relativa o

atribuyendo la culpa al fallo del anticonceptivo. Igualmente, este deseo de embarazo se ha relacionado con un incremento en el desarrollo de otras conductas de riesgo para la salud y mayor probabilidad de riesgo de alteraciones psicológicas.^{20, 21}

El nivel de estudios o las expectativas de la joven en cuanto a logros personales e incorporación al mercado laboral pueden actuar como factor de protección o de riesgo de cara a este deseo/ambivalencia de embarazo, siendo menos frecuente en chicas con metas más altas.^{22,23}

Se ha asociado también el nivel educativo de la pareja con el deseo de embarazo, siendo los chicos con niveles más bajos los que presentan una actitud más favorable.²⁴⁻²⁶

La falta de apego a la escuela, los malos resultados escolares y el absentismo laboral pueden ser indicadores de riesgo para consumo de sustancias tóxicas y conductas sexuales de riesgo.^{27, 28}

El consumo de sustancias tales como alcohol u otro tipo de drogas se relaciona con conductas de riesgo, entre ellas las relaciones sexuales desprotegidas o métodos anticonceptivos mal usados como así demuestran estudios realizados tanto en el territorio nacional como extranjero.²⁹⁻³¹

La falta de contacto con personal sanitario o ausencia de formación en las aulas en temas relacionados con salud sexual y reproductiva también es un factor de riesgo estudiado en la bibliografía. Algunos autores apuntan hacia la importancia de la inclusión de la salud afectivo-sexual y reproductiva dentro del currículo educativo de los alumnos, mientras que otros se decantan por que sean profesionales externos los más implicados en este sentido y no el profesorado habitual del centro educativo.^{17, 25, 32}

En cuanto a las relaciones familiares, tipo de familia (monoparental/biparental) y nivel de estudios de los padres, se observó que familias con niveles educativos más altos y convivencia con ambos progenitores se relacionaban con menor número de embarazos

adolescentes.^{22, 23,33-38}

El control y la comunicación de los padres con los hijos pueden ejercer como factor de protección frente a un embarazo no planificado, aumentando la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales y disminuyendo el número de parejas. Al hablar de comunicación, ésta no se centra únicamente en temas relacionados con su salud sexual, sino en una relación abierta entre padres e hijos. Hay estudios que amplían el concepto de familia a abuelos y convivientes.^{33,39-46}

Las hijas de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de embarazo que aquellas cuya madre tuvo su primer embarazo en la edad adulta, este riesgo se incrementa cuando va asociado a familias monoparentales o de nivel socio-económico bajo.^{16,47,48}

El estrés, la depresión y el sentimiento de discriminación en las adolescentes se han asociado en la literatura con mayor riesgo de embarazo no planificado, siendo los niveles altos de sentimiento de discriminación y la asociación estrés-depresión un factor predictivo importante de cara a embarazo no planificado.^{49,50}

2.2. Validación de un instrumento de medida en ciencias para la salud

Los cuestionarios, escalas o en general instrumentos de medida en ciencias de la salud son cada vez más necesarios. Permiten la medición de fenómenos o aspectos del mismo relacionados con el proceso de salud/enfermedad o situación de riesgo, lo que puede permitir la instauración de las medidas preventivas/terapéuticas oportunas, permitiendo además la comparación de los datos obtenidos. Permiten la obtención de datos más precisos, objetivos y cuantificables disminuyendo la subjetividad del

profesional que realiza la entrevista/observación. Los instrumentos deben ser válidos y fiables para que estas mediciones sean consideradas de calidad, para ello deben ser sometidos a un proceso de validación.⁵¹

El proceso de validación de una escala o cuestionario implica comprobar la exactitud y precisión de las medidas que proporciona, o dicho de otra manera que mide adecuadamente lo que se pretende medir y de una forma correcta y constante mientras se mantengan las mismas condiciones en el sujeto. La validez del cuestionario está sujeta a la muestra donde se aplica, por lo que será necesario comprobar el mantenimiento de las propiedades psicométricas del mismo en otros entornos diferentes al de validación.⁵²

Para entender correctamente el concepto de validación se ha procedido a realizar una búsqueda bibliográfica con el fin de conocer los pasos a seguir en este proceso. Los hallazgos serán tenidos en cuenta tanto para la elaboración del instrumento objeto de esta tesis como para la lectura crítica y análisis de los artículos publicados en la literatura con objetivos similares.

2.2.1. Pasos a seguir en el proceso de validación

Si se dispone de la escala, cuestionario o regla de decisión pero está en otro idioma el primer paso será la adaptación a nuestro idioma. Este proceso constará de:

- *Traducción y adaptación cultural de la versión original a la traducida.* Se pretende obtener un instrumento equivalente al original a nivel semántico, conceptual, de contenido y criterio. Los pasos a seguir serían:
 - Traducción directa: Realizada por dos traductores cuya lengua materna será la de destino del cuestionario. Un traductor tendrá más conocimiento del proyecto y objetivos del cuestionario y el otro traductor menos para

intentar realizar una traducción más coloquial evitando tecnicismos.

- Síntesis de traducciones: Se hará una puesta en común de los traductores para sacar un único cuestionario.
- Retrotraducción: La realizarán al menos dos traductores sin conocimiento del cuestionario original y con puesta en común posterior.
- Comité de expertos: Se recomienda que esté formado por conocedores de la materia a estudio a ser posibles bilingües, se recomienda un lingüista y un metodólogo. Llegarán a un consenso hasta obtener un cuestionario definitivo.⁵³

Una vez finalizado el proceso de traducción se lleva a cabo la validación comprobando sus propiedades psicométricas.

- *Comprobación de propiedades psicométricas: Validez y fiabilidad.*

Se definen como propiedades psicométricas aquellas que nos permiten determinar la adecuación del instrumento al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida.⁵⁴ La validez se refiere a que el instrumento mida lo que tiene que medir, mientras que la fiabilidad a que lo haga de forma constante y precisa.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS:

- *Validez:* Dentro de este concepto hay que distinguir diferentes aspectos.
 - *Validez de apariencia:* El grado en que los ítems que conforman el instrumento miden lo que se pretende medir a juicio de un grupo de expertos o usuarios. Se valora la relevancia ó pertinencia de los ítems. Es el método más sencillo de valoración de un instrumento. Cuantas más

personas valoren el instrumento mayor calidad.^{53,54}

- *Validez de contenido*: Valora si todas las dimensiones del fenómeno a medir están contempladas en el instrumento de una forma coherente y están representadas por algún ítem. Se realizada mediante revisiones sistemáticas y/o con grupo de expertos.^{53,54}

- *Validez de constructo*: Evalúa el grado en el que el instrumento refleja la teoría del concepto que mide. La validez de constructo garantiza que las medidas resultantes del cuestionario pueden ser consideradas como medición del concepto que se pretende medir. Se puede verificar mediante estudios de validez convergente-divergente, de análisis factorial y de validez discriminante. El análisis factorial es la técnica más utilizada, para realizarse deben establecerse previamente los aspectos o variables a considerar en el fenómeno, posteriormente se confirmará con el análisis matemático. El análisis factorial reduce el conjunto de variables relacionadas en un número de variables comunes llamadas factores. Para poder realizarlo es necesario que exista correlación entre las variables. Para medir esta correlación lo más utilizado son el test de Bartlett y el Índice Kaiser Mayer Olkin (KMO). Un valor en el test de Bartlett $< 0,05$ y un KMO de al menos 0,5 indican la adecuación del método.⁵⁵

- *Validez de criterio*: Valora el grado de fidelidad con que el instrumento mide lo que tiene que medir. La validez de criterio puede estimarse de varias maneras. Validez de criterio predictiva para ello se compara con otro instrumento ya validado que mida la misma variable (*Patrón de referencia, patrón de oro o gold standard*) en caso de no existir se buscará otro instrumento de medida comparable en el mismo idioma (*proxi*). Validez de

criterio convergente se haría si no se dispone de un patrón de referencia, con lo que se realizarían mediciones simultáneas con el instrumento a valorar y los similares y se buscarían correlaciones. Validez de criterio concurrente que consiste en comprobar si la clasificación dada por el cuestionario depende de las características de la muestra que son conocidas a priori. Los resultados de las pruebas de validez de criterio proporcionan la sensibilidad y especificidad del instrumento. Se entiende por sensibilidad la capacidad del instrumento de detectar a los usuarios que presentan el fenómeno a estudio. Especificidad: La capacidad de detectar a los que no presentan el fenómeno a estudio. A mayor sensibilidad y especificidad y menor número de falsos positivos (FP) y falsos negativos (FN) mejor instrumento. Se considera una buena sensibilidad y especificidad cuando los valores son superiores al 80%.⁵⁶ El Valor Predictivo de Resultado Positivo (VPRP) indica la probabilidad de que un participante que ha dado positivo en la prueba presente el fenómeno. El Valor Predictivo de Resultado Negativo (VPRN) indica la probabilidad de que un participante que ha dado negativo no presente el fenómeno, importante este último en herramientas de cribado o screening.⁵⁷

- *Fiabilidad*: Las formas más habituales de estimar la fiabilidad de un instrumento de medida son:
 - *La consistencia interna*: Mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario. Esta correlación va a depender de la variabilidad de las respuestas a los ítems del cuestionario, es por ello que en realidad la consistencia interna no es una propiedad del cuestionario, sino que resulta de su aplicación, del contexto en el que se emplee. Por eso es

recomendable realizar esta prueba cada vez que se aplica el cuestionario y no dar por supuesta su validez interna.⁵⁷ El método más utilizado para valorar la consistencia interna es el alfa de Cronbach, cuyo rango oscila entre 0 y 1. Valores por debajo de 0,5 indican una correlación pobre, entre 0,6 y 0,7 nivel débil, entre 0,7 y 0,8 nivel aceptable, entre 0,8 y 0,9 nivel bueno y valores superiores a 0,9 son excelentes.⁵⁵

- *La concordancia o estabilidad* nos mide la constancia de las respuestas obtenidas en la muestra de validación, bajo las mismas condiciones y con los mismos sujetos. La forma de medida más utilizada, el test-retest, el tiempo entre las pruebas debería ser el suficiente para que el participante no recuerde las respuestas, pero sus condiciones no hayan variado sustancialmente. Uno de los coeficientes más utilizados para valorar la concordancia test-retest en variables categóricas es el coeficiente libre de azar kappa de Cohen. Para interpretar el κ de Cohen es necesario saber que < 0.20 corresponde a un nivel de concordancia pobre o debido al azar, entre 0,21 y 0,40 débil, 0,41 y 0,60 moderado, 0,61 y 0,80 bueno, 0,81 y 1 muy buena.⁵⁷⁻⁵⁹

Es interesante también valorar si el instrumento es además capaz de detectar los cambios que puedan producirse en el sujeto al que se le aplica, siendo estos reflejados en el resultado del cuestionario, es decir la sensibilidad que el instrumento tiene al cambio. No existe consenso en la metodología a aplicar para valorar la sensibilidad al cambio de un instrumento en ciencias de la salud por lo que se utilizan diferentes métodos en función de la homogeneidad o heterogeneidad de la muestra. La teoría más moderna apunta hacia la posibilidad de valorar la sensibilidad al cambio mediante la aplicación de una intervención de probada eficacia a un grupo frente a otro en el que no se aplica (control), la dificultad radica en contar con una intervención de probada

eficacia.⁵⁷

2.3. Estudios similares realizados

No se ha encontrado ningún estudio publicado en el territorio nacional de las mismas características, es decir, un instrumento de valoración de riesgo de embarazo no planificado en adolescentes.

En la literatura internacional se encontró un estudio de diseño y validación de una herramienta para medir el riesgo de un embarazo no planificado en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años, *London Measure Unplanned Pregnancy (LMUP)*, realizado en Reino Unido y publicado en 2004.⁶⁰

La metodología utilizada para el diseño y validación de LMUP constó de una primera parte cualitativa para delimitar el contexto de planificación de embarazo y una segunda parte cuantitativa para determinar el significado de las medidas obtenidas.

- En la primera fase se realizaron entrevistas con la finalidad de conocer las circunstancias que llevaron a cada mujer a quedarse embarazada. El objetivo era construir un modelo basado en los puntos clave obtenidos a partir de las experiencias contadas por estas mujeres. Tras la entrevista se desarrollaron una serie de ítems que fueron probados con un grupo piloto para valorar el correcto entendimiento de los mismos (Validez de apariencia y contenido).
- Los pasos a seguir en la segunda etapa fueron:
 - Validez de constructo: Se realizó mediante análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax y contraste de hipótesis.
 - Validez de criterio: No se realizó comparativa con ningún patrón de oro.
 - Consistencia interna: Se utilizó α de Cronbach

- Fiabilidad: Se administró de nuevo el cuestionario inicial a los 7-14 días a un grupo de mujeres y unos meses después del parto a otro grupo de mujeres para comprobar la estabilidad de las respuestas antes y después del nacimiento de sus hijos. Se valoró la concordancia entre test-retest medida por el coeficiente k de Cohen.
- No se evaluó la sensibilidad al cambio

Como resultado se obtiene una herramienta con una alta consistencia interna (α de Cronbach 0.92), alta estabilidad (k de Cohen 0.86) y buena validez de apariencia, contenido y constructo.

La escala obtenida permite clasificar a las mujeres en función de la puntuación obtenida en mujeres con deseo de embarazo (puntuaciones entre 10-12), mujeres con ambivalencia ante la posibilidad de embarazo (puntuaciones entre 4 y 9) y embarazo no planificado (puntuaciones entre 0 y 3).

La herramienta de medida *London Measure Unplanned Pregnancy* (LMUP) quedó compuesta por seis ítems. Estos ítems son:

- Intención expresada: Intención positiva, ambivalencia o intención negativa.
- Deseo de embarazo y maternidad
- Uso anticonceptivo: No uso, uso intermedio, uso incorrecto,...
- Preparación preconceitual: Ej. Tomar ácido fólico, asesoramiento sanitario.
- Circunstancias personales: Momento de la vida, recursos materiales,...
- Influencia paterna: Aceptación del embarazo

Como limitaciones al estudio los autores refirieron haber contado solo con mujeres que decidieron continuar con su embarazo en el retest lo que imposibilita comprobar la

concordancia de valores si varía la población.

En 2009 se publica otro estudio de validación de un instrumento de valoración de riesgo de embarazo el Pregnancy Risk Index (PRI) validado igualmente para mujeres con edades comprendidas entre 15 y 44 años. Las variables estudiadas fueron actividad sexual declarada por la mujer en los últimos tres meses, método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual y eficacia anticonceptiva basada en las tasas de fracaso anticonceptivo publicadas. No se ha podido consultar la metodología utilizada en su proceso de validación.⁶¹

En 2011 se publica un artículo con el mismo objetivo, elaborar una herramienta para medir de riesgo de embarazo, esta vez centrado en población adolescente, basándose en el estudio de tres variables, nivel socio-económico, tipo de familia y edad de la madre en su primer embarazo.¹⁶

El estudio parte de una muestra de 206 mujeres, seleccionadas por conveniencia de entre todas las mujeres que acudieron a una unidad de cuidados infantiles, de las cuales 66 eran adolescentes y 140 adultas. Se realizó un estudio casos-contrroles. El grupo casos se constituyó con mujeres primíparas adolescentes y el grupo control con primíparas adultas. Se elaboró un cuestionario donde se preguntaba acerca de su nivel socioeconómico, tipo de familia y edad de la madre en su primer embarazo. Se realizó una prueba piloto con muestra independiente. Para el análisis de datos se realizó análisis univariante empleando Chi cuadrado y prueba exacta de Fischer. Los factores significativos fueron incluidos en un análisis multivariante y cálculo de Odds ratio.

- La validez de constructo se realizó mediante análisis factorial de componentes principales.
- Consistencia interna con α de Cronbach
- Concordancia interobservador con k de Cohen

- Mediante curva de ROC se calculó la sensibilidad y especificidad del instrumento de medida.

Del análisis de datos realizado se obtuvo como resultados:

- Buena consistencia interna (α de Cronbach $> 0,7$)
- Buena concordancia inter observador: (k de Cohen $> 0,8$)
- Sensibilidad 75,8% y especificidad 75%.
- El tipo de familia es un factor de riesgo relacionado con probabilidad de embarazo adolescente. Mientras que las familias nucleares y extendidas se asocian con un menor riesgo de embarazo las familias monoparentales, políticas y otros modelos aumentaron la probabilidad.
- El nivel socio-económico familiar debe estar asociado a otro factor de riesgo para ser considerado
- El ser hija de madre adolescente debe estar asociado a otro factor de riesgo para ser considerado.

Se concluye con la recomendación de la utilización de una herramienta de valoración de riesgo por parte de los profesionales sanitarios para la identificación de adolescentes en situación de riesgo de embarazo que mejore la asistencia y efectividad de las intervenciones con este colectivo.

Marco teórico



3. MARCO TEORICO

3.1. *Adolescencia: Concepto y clasificación*

Los términos adolescente y adulto derivan del verbo latino “adolescere” que significa crecer, desarrollarse. Mientras que adolescente deriva del participio presente “adolescentem”, el que está creciendo, adulto deriva del pasado “adultum”, el que ya ha crecido. Es curioso que, aunque algunos autores han insistido en relacionarlo con el vocablo castellano “adolescer” (de dolor), la realidad sea diferente, a pesar de que la intensidad de las vivencias en este periodo pueda provocar, en ocasiones, sentimiento de dolor o tristeza.⁶²

Al buscar el significado de adolescencia en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, nos encontramos con la siguiente definición: “*Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo:*” Lejos de ser solo la etapa de transición entre infancia y madurez, la adolescencia, es un periodo especialmente “crítico”, entendiendo crítico como de continuo cambio del ser humano, en el cual el individuo se desarrolla física, psíquica y emocionalmente y donde determinadas conductas pueden marcar de por vida su salud y la de su familia.

La OMS define la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años, englobada dentro del periodo denominado juventud se divide a su vez en adolescencia inicial desde los 10-11 años hasta los 14-15 y media o tardía hasta los 19 años.⁶³

La adolescencia temprana se caracteriza por un rápido desarrollo físico y la aparición de los caracteres sexuales secundarios (desarrollo de las mamas, vello púbico,...) lo que va acompañado de una importante activación hormonal. Estos cambios observados dependen de tres ejes hormonales: el hipotálamo-hipófisis-gonadal, el hipotálamo-

hipófisis-adrenal y el eje ligado a la hormona de crecimiento. A nivel interno se produce un importante desarrollo a nivel cerebral, el número de células cerebrales puede llegar a duplicarse. Se produce por tanto un importante crecimiento a nivel físico, mental y emocional.⁶⁴

En la adolescencia tardía continúa el crecimiento tanto físico como mental y se caracteriza por el desarrollo de la identidad personal. El entorno familiar y el grupo de iguales ejercen un papel fundamental en este sentido y a medida que el joven va adquiriendo madurez y seguridad los amigos irán teniendo menor poder. Es una época de grandes vulnerabilidades donde el desarrollo de determinadas conductas puede tener una repercusión de por vida, así el consumo de alcohol o drogas en exceso en este periodo puede dejar secuelas cerebrales importantes ya que el cerebro se encuentra en plena fase de desarrollo. Las mujeres son más susceptibles además de padecer trastornos alimentarios, abusos sexuales o depresión.⁶³

Así mismo la adolescencia constituye también una época de grandes oportunidades y vivencias, donde los sentimientos y emociones están a flor de piel y donde cualquier evento se vive con mayor intensidad que en cualquier otra etapa de la vida. Algunos de los logros personales que pueden alcanzarse en este periodo son la culminación de la formación académica y la incorporación laboral e independencia de los padres. Es en este momento cuando tanto las funciones físicas (fuerza, velocidad,...) como las mentales (memoria,...) pasan por su mejor momento. Es un momento de disfrute del cuerpo y sus posibilidades.⁶³

La pubertad o etapa de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios comienza, como se ha apuntado, en la adolescencia temprana, pero no se produce un desarrollo igual en hombres que en mujeres. En las mujeres por lo general se produce con anterioridad al hombre, en torno a 12-18 meses antes. La primera regla suele aparecer a los 12 años, la primera eyaculación en los chicos entorno a los 13, y en ocasiones más tempranamente. Con el paso de los años se ha ido observando un inicio cada vez más

temprano de la pubertad en los jóvenes, consecuencia probablemente de mejores condiciones de vida. Es fácil por tanto que nos encontremos niños en cuerpos de adultos, con los riesgos que esto supone.⁶⁴

Mientras que la pubertad es un periodo de cambios biológicos, la adolescencia se trata de una construcción social.⁶⁵ Es un periodo de aprendizaje de conceptos cada vez más complejos que prepara al individuo para el afrontamiento de la etapa adulta.

CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOSOCIALES

Dentro de los cambios físicos, el crecimiento en altura durante la adolescencia oscila entre 20-23 cm en las chicas comenzando y deteniéndose más tempranamente que en los chicos. Existe un incremento de peso importante, entre 4,6 y 10,6 kg siendo mayor el porcentaje de tejido graso en las chicas y de tejido muscular en los chicos. El ensanchamiento de la pelvis y desarrollo de las mamas aportan más características femeninas al cuerpo de la joven adolescente.⁶⁵

En cuanto a los cambios psicosociales podríamos señalar.⁶⁵

- Relación con los padres: En ocasiones, y dadas las características de rebeldía de este periodo, pueden resultar complicadas. Suelen mejorar en la etapa más tardía.
- Imagen corporal: Motivo de gran preocupación entre los jóvenes por los rápidos cambios que ocurren y el poco tiempo de acomodación. Aparecen los complejos.
- Grupo de iguales: La relación con los amigos es primordial y desplaza cualquier otro tipo de relación, incluidas las familiares. La necesidad de aceptación y pertenencia al grupo adquieren la máxima importancia en este periodo. Gran capacidad de influencia por el grupo de iguales. Relaciones fuertemente emocionales. Primeras relaciones sexuales.

- Desarrollo de la identidad: Razonamiento principalmente abstracto que va evolucionando en la adolescencia tardía a una mayor capacidad intelectual y creativa. Dificil control de impulsos. Mayor necesidad de intimidad. Sensación de invulnerabilidad y omnipotencia.

3.2. Conductas de riesgo

Todos los cambios acaecidos durante este proceso requieren de una adaptación por parte del individuo, generalmente complicada, por la rapidez del proceso y la escasez de habilidades adquiridas hasta el momento. Los hábitos y conductas que se adquieren para la resolución de conflictos pueden acabar resultando adaptaciones patológicas, que afecten tanto a su salud mental como física para el resto de su vida. Si se entiende como es el conflicto, es posible eliminar algunas de las causas y prevenir la aparición de algunos problemas, tanto agudos como crónicos, permitiendo un mayor desarrollo del potencial adolescente.⁶⁶

Las prácticas o conductas de riesgo pueden ser esporádicas o repetidas. La mayoría de los jóvenes son conscientes del riesgo que asumen, no siendo éste resultado del desconocimiento o la falta de información, pero prima en este sentido el sentimiento común de “a mí no me va a pasar”.⁴⁰

Se han identificado diferentes variables que pueden intervenir como favorecedoras de conductas de riesgo, pudiendo encontrarlas agrupadas en variables actitudinales, instrumentales y justificaciones más frecuentes. Sobre las actitudinales y las justificaciones frecuentes es más difícil intervenir directamente, sin embargo, las instrumentales resultan más fáciles de abordar mediante intervenciones destinadas a su prevención.⁶⁷

VARIABLES QUE PUEDEN FAVORECER LA APARICIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

- Actitudinales: Se relacionan con la actitud y valores de los jóvenes, tanto a nivel individual como del grupo. Son complejas y de difícil abordaje. Se clasifican en:
 - Nula o baja percepción de riesgo: Se infravalora el riesgo personal asumido, existe una habituación al riesgo por la práctica habitual y una ilusión de invulnerabilidad propia de la edad.
 - Falta de reconocimiento positivo del entorno hacia el sexo seguro: La conducta de riesgo lleva asociado una sensación inmediata de bienestar y placer. El riesgo y sus consecuencias se consideran algo lejano y poco probable con lo que esta conducta se ve reforzada en ocasiones por la propia pareja o los amigos.
- Instrumentales: Son variables que favorecen los comportamientos de riesgo y sobre las que se puede intervenir de forma directa e indirecta. Se podrían destacar:
 - Falta de información/formación o información errónea
 - Déficit de habilidades: Ya sean en la manipulación como sociales en relación a resolución de conflictos o habilidades de negociación.
 - Obstáculos para acceder a los métodos de prevención generalmente relacionado con lo imprevisto de la relación.
- Justificaciones más frecuentes que disminuyen la percepción de riesgo
 - Buen aspecto externo: Los jóvenes relacionan la apariencia externa con la mayor o menor probabilidad de estar enfermo.

- Conocimiento o confianza personal: Relacionándose el empleo de métodos anticonceptivos con una falta de confianza en la pareja.
- Consumo de alcohol u otras sustancias.

Siguiendo el modelo conceptual que creó Richard Jessor en 1992,⁶⁸ los factores que intervienen en las conductas de riesgo se pueden clasificar en cinco dominios:

- Biología y genética.
- Ambiente social.
- Ambiente percibido.
- Personalidad.
- Conducta.

Estos dominios interactúan entre sí dando como resultado que el adolescente adopte conductas o estilos de vida de riesgo. A la misma vez que existen factores de riesgo, también pueden existir de protección.

Se consideran factores de riesgo social circunstancias como la pobreza, la desigualdad racial y/o social. Sin embargo, que el adolescente presente una buena cohesión familiar, escuelas de calidad con recursos y adultos responsables en su entorno, dificultará la aparición de la conducta de riesgo. El ambiente también será un factor a tener en cuenta ya que la representación de modelos de conducta desviada o de conflictos entre progenitores y amigos pueden hacer tambalear la resistencia del adolescente. En la personalidad, influirá si la persona tiene la percepción de tener pocas oportunidades en la vida, poseer una baja autoestima o una propensión a correr riesgos. Como factores de protección, será un aspecto positivo el buen rendimiento académico del adolescente, así como que valore su estado de salud.

Conviene recordar en este punto que no todos los adolescentes realizan conductas de riesgo. Hay quienes aprovechan de manera distinta el aumento de energía y curiosidad intelectual propia de la adolescencia, dirigiéndolo a algo más constructivo como el deporte, activismo social, participación ciudadana...

Muchos estudios se han orientado a investigar el factor biológico y genético de las conductas de riesgo en adolescentes frente a los factores ambientales. Autores como Enrique Burunat⁶⁹ aportan interesantes noticias sobre la explicación de algunos comportamientos de riesgo propios del adolescente mediante la neurobiología, así como estudios genéticos relacionados con la conducta. En los estudios se han encontrado influencias genéticas en muchas características psicológicas, incluyendo la predisposición al juego o la adicción a ciertas drogas. Los estudios realizados ponen de manifiesto una estrecha interacción entre aspectos biológicos y psicológicos, genéticos y ambientales. Así, se maneja, entre otras, la teoría de la psicología evolucionista que trata de proporcionar un modelo sobre cómo interactúan los genes y el ambiente a la hora de generar comportamientos adaptativos.

Aunque las causas de estas conductas en los adolescentes no estén del todo definidas, sí existe suficiente evidencia de la importancia que juegan las relaciones interpersonales en el desarrollo del adolescente. La familia y el entorno social juegan un papel importante en la adquisición de habilidades, estilos de vida, factores de protección y de riesgo, así como en la estimulación de la maduración de los lóbulos cerebrales hipotéticamente relacionados con las conductas.

Como afirma Oliva, tampoco debemos olvidar que el asumir ciertos riesgos también es parte del crecimiento y la evolución del adolescente, ya que le permite experimentar desarrollando su identidad, creatividad e iniciativa personal.⁷⁰

3.2.1. Consumo de alcohol y otras drogas entre la población adolescente

En España, el alcohol es la droga psicoactiva legal por excelencia, su uso está enraizado en nuestra cultura y economía. La edad media de inicio de consumo de alcohol se sitúa en 13,7 años.⁷¹ El 40,9% de los jóvenes entre 15 y 19 años declara beber habitualmente.³¹ Su consumo por parte de menores de 18 años indica su fácil disponibilidad, la permisividad social, y en cierta medida el incumplimiento legislativo en materia de prevención de alcoholismo.

El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia desciende los niveles de hormonas sexuales y de las hormonas de crecimiento tanto en chicos como en chicas. Los adolescentes con consumo excesivo de alcohol rara vez presentan trastornos crónicos del tipo cirrosis hepática o gastritis. Sin embargo, sí experimentan efectos adversos en su hígado, crecimiento, huesos y desarrollo endocrino. En diversos estudios se ha sugerido que el cerebro del adolescente pudiera ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos, al modificarse los procesos del desarrollo cerebral.⁷²

El patrón de consumo por los adolescentes tiene unas características propias, que responden a pulsiones, actitudes y necesidades muy relacionadas con su personalidad, entre las que destaca:⁷³

- La grupalidad. Normalmente el consumo se realiza en grupos, siendo extremadamente raro el consumo de alcohol en solitario en este periodo.
- La simetría. El comportamiento individual se corresponde con el comportamiento a nivel grupal. En términos de consumo, la cantidad de alcohol consumida por un miembro del grupo dependerá en gran medida de la cantidad que beban los amigos, ejerciendo el grupo presión contra el propio autocontrol del adolescente.

- La experimentación. El grupo le ofrece seguridad para probarse a sí mismo, para conocer sus propios límites y poder ampliarlos. Esto está motivado por la atracción por el riesgo como un modo de conocer y ampliar los límites, una autoconciencia de invulnerabilidad, etc., lo que puede provocar un consumo más intenso.

La Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) es una encuesta a nivel nacional que se realiza de forma bianual para monitorizar el consumo de drogas entre la población de estudiantes de enseñanza secundaria de entre 14 y 18 años. La encuesta realizada en 2014/2015 reflejan los siguientes datos:⁷⁴

- Los resultados reflejan un menor consumo de alcohol y otras drogas en relación a los estudios anteriores.
- El porcentaje más alto de drogas consumidas por los jóvenes de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco y cannabis.
- Los hombres son más consumidores de drogas ilegales.
- El consumo de tabaco, alcohol o ansiolíticos está más extendido entre las mujeres
- El 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido alcohol a diario (0,9% a los 14 años y 2,4% a los 17 años)
- La forma de adquirirlo resulta sencilla, la mayoría de los menores declararon comprarla ellos mismos.
- El 59,3% de las mujeres declaró haber hecho botellón en el último año, 22,1% declararon haberse emborrachado en los últimos 30 días, y un 37,3% refería un consumo de riesgo (>29 cc/fin de semana)

- La cerveza es la bebida habitual entre semana y los cubatas los fines de semana.
- Los ansiolíticos son la sustancia más consumida por los estudiantes después del alcohol, tabaco y cannabis. Presenta una tendencia descendente y predomina en mujeres.
- El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. La media de porros al día es de 3,2. El consumo es mayor en chicos.
- Tendencia descendente en el consumo de cocaína desde el 2004 y estabilizada en la actualidad.
- El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa.
- Persiste la consideración de cannabis como menos peligroso que el tabaco.

Estudios realizados concluyen que los factores de riesgo más relacionados con el uso de drogas son, entre otros, las actitudes familiares favorables a las drogas, consumo de drogas en la familia e historia familiar de comportamiento antisocial. También se han descrito como factores familiares que favorecen el consumo de drogas la falta o poca disciplina en la educación y la falta de afecto paternal.^{75,76}

3.2.2. Conductas sexuales de riesgo entre la población adolescente

“Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente” (Rosa Ros Rahola)¹⁰

Son varios los estudios realizados cuyo objetivo es conocer los hábitos de los jóvenes en relación a su salud sexual y reproductiva. Las fuentes consultadas para conocer la situación en nuestro país han sido:

- Encuesta Nacional de Salud Sexual: Último estudio publicado en 2009
- Encuesta de Anticoncepción de la Sociedad Española de Contracepción (SEC): Publicada en 2014
- Informe de Juventud en España: Última publicación en 2012
- VII Encuesta de anticoncepción en España (Estudio DAPHNE): Publicado en 2011
- Estudio de juventud de Canarias: Publicado en 2012

Dentro de los aspectos más relevantes para nuestro estudio se identifican cuáles son los métodos de prevención de embarazo más utilizados en la primera relación sexual por los jóvenes, métodos más utilizados en sus relaciones sexuales habitualmente y que porcentaje de jóvenes refiere no haber utilizado ningún método al menos una vez.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD SEXUAL (2009)

- Entre un 10 y un 15% de los jóvenes entre 16 y 24 años no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Un 8,1% utilizó la marcha atrás como método anticonceptivo.
- El preservativo masculino fue el método más utilizado por los jóvenes (90% de hombres, 81% de mujeres) seguido de anticoncepción hormonal oral, variando sus porcentajes en función de si se tiene pareja estable o no. Cabe destacar la importancia de la sensación de “seguridad” entre las parejas consideradas estables en la adolescencia a la hora de plantearse métodos de prevención, algo arriesgado si se tiene en cuenta la estabilidad seriada propia de la edad. Cerca del 2% de los jóvenes hicieron uso de la anticoncepción de emergencia.
- El 6,9% de las chicas jóvenes no había utilizado ningún método preventivo en sus relaciones en los últimos 12 meses. Casi el 20% de las chicas no había utilizado

ningún método al menos una vez.

Otros datos de interés obtenidos del estudio:

- El 35,1% de las mujeres y el 34,5% de los hombres declaró haberse sentido preocupado por su vida sexual. La falta de experiencia y el miedo al embarazo fueron las razones principales de preocupación en las chicas, y la falta de experiencia y no tener pareja sexual la de los chicos.⁷⁷

ENCUESTA DE ANTICONCEPCIÓN 2014. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

- El 37,6% de los jóvenes entre 15-19 años utiliza preservativo, seguido del 8,8% que utilizan anticoncepción hormonal oral frente a un 51,1% que declaró no utilizar ningún método.
- El método anticonceptivo más utilizado en la primera relación sexual fue el preservativo por casi el 93% de los encuestados.⁷⁸

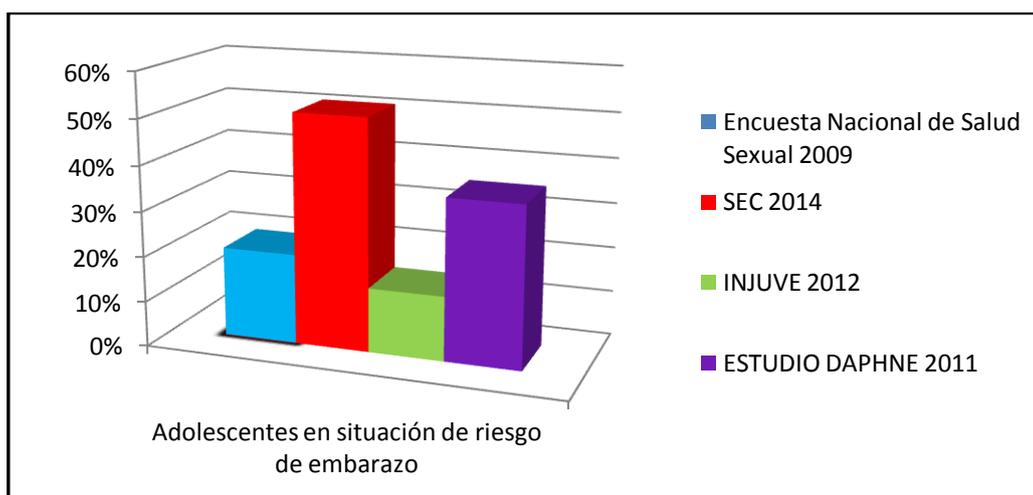
INFORME DE JUVENTUD 2012 (INJUVE)

- El 84,8 % de los jóvenes entre 15-19 años utilizó algún método anticonceptivo o de profilaxis en la última relación sexual que habían tenido, un 14,3% no utilizó ninguno.
- El 82,9% utilizó preservativo.
- El 25,3% de los encuestados refería no haber utilizado ningún método preventivo en al menos una relación sexual completa en el último año.³¹

ENCUESTA DE ANTICONCEPCIÓN DE ESPAÑA 2011. ESTUDIO DAPHNE

- El 64,4% de las mujeres de entre 15-19 años refiere utilizar algún método anticonceptivo, el 35,6% no utiliza ninguno.
- El 24,5% de las mujeres encuestadas estuvieron en riesgo de embarazo por no uso de método anticonceptivo.
- El preservativo es el método más utilizado en jóvenes de 15-19 años (46,1%), seguido de la anticoncepción hormonal oral (11,4%). Un 15% de los jóvenes no utilizaban el preservativo de forma consistente.⁷⁹

Gráfico 1: Porcentaje de población entre 15 y 19 años en situación de riesgo de embarazo



Fuente: Elaboración propia

En general el método más utilizado en la población joven es el preservativo seguido de la anticoncepción hormonal oral. Aunque en general el uso de anticonceptivos ha ido aumentando con los años, sigue existiendo una alta exposición al riesgo.

Las principales razones para no utilizar preservativo declaradas por los jóvenes son lo imprevisto de la relación, la euforia propia del momento, la confianza en la pareja, asegurar no sentir lo mismo y/o consumo de alcohol u otras sustancias.^{13,80-83}

Los jóvenes de menor edad son los que utilizan en mayor proporción el preservativo, un 97,5% entre los jóvenes de 15 a 17 años.¹²

Entre las razones para no utilizar anticonceptivos hormonales o hacer un uso incorrecto se encuentran el considerarlo como algo antinatural, temor a efectos secundarios y descansos injustificados, aumento de peso, incomodidad de toma diaria y olvidos.^{78,82} La anticoncepción hormonal es un método anticonceptivo eficaz con un índice de Pearl de 0,3% en su uso perfecto y un 8% en su uso habitual, en los adolescentes por los motivos señalados anteriormente este porcentaje de fallo puede llegar al 26%.⁸⁴

El no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, así como manifestar inconvenientes en la utilización de los diferentes métodos, miedo a posibles efectos secundarios o informaciones incorrectas pueden considerarse buenos predictores de embarazo no planificado.²⁵⁻³³

Algunos autores atribuyen la falta de prevención a algunas características propias de la adolescencia, como ausencia de percepción de peligro o sensación de invulnerabilidad y afirman que el conocimiento de los riesgos asumidos en las relaciones sexuales desprotegidas no incrementa ni mejora el uso de métodos preventivos.^{40,83}

En definitiva, el uso o no uso de métodos anticonceptivos está condicionado por multitud de factores que deben ser contemplados en la planificación de intervenciones.⁸³

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

La edad de inicio de las relaciones sexuales ha ido disminuyendo progresivamente en los últimos años asociada, según algunos autores a un adelanto de la menarquia.¹⁰ Los últimos estudios realizados, sitúan la edad de inicio en las mujeres entorno a los 16 años, mientras que en los hombres se sitúa en torno a los 15 años. Esta edad de inicio se ha relacionado con mayor número de parejas sexuales, menor uso de métodos

anticonceptivos y mayor riesgo de embarazo no planificado.⁸⁵⁻⁸⁸

Los datos en nuestro país varían en función de la fuente consultada. Hablar de una media de edad puede resultar menos significativo por lo que el Informe de Juventud de España 2012 aporta de los siguientes porcentajes:

Tabla 1: Porcentaje de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales completas por edad

	SEXO	
	Varón	Mujer
Antes de 15 años	8,0%	7,7%
De 15 - 17 años	45,6%	46,6%
De 18 - 20 años	33,1%	31,8%

Fuente: Instituto de la Juventud (INJUVE 2012).³¹

De los estudios realizados a nivel nacional en relación a comportamientos y hábitos sexuales obtenemos en general, que los jóvenes de hoy mantienen relaciones sexuales a edades tempranas, se consideran mejor informados que los de generaciones anteriores, aceptan mejor la información horizontal (amigos y familia) y tienen poca sensación de peligro en relación a embarazo e ITS.

El tipo de práctica sexual por la que los jóvenes inician sus relaciones de pareja puede aumentar el riesgo de embarazo. En un estudio realizado en 2013 entre jóvenes se obtuvo que el 31% de las chicas que iniciaron sus relaciones sexuales con penetración quedaron embarazadas, frente al 7,9% que iniciaron sus contactos sexuales mediante sexo oral. De las adolescentes que mantuvieron tanto sexo oral como penetración vaginal en sus primeras relaciones un 20,5% quedó embarazada.⁸⁹

Se ha observado también relación entre un mayor número de parejas sexuales en el último año y riesgo de embarazo no planificado.²⁵⁻³³ Se observan diferencias por sexo en relación al número de parejas, mientras los hombres parecen tener más número, las mujeres parecen tener más estabilidad en sus relaciones siendo lo más habitual que las

jóvenes hasta 19 años hayan tenido relaciones sexuales completas con 1-2 personas en su vida.⁹⁰⁻⁹⁴

3.3. Embarazo no planificado

A pesar de que el término embarazo no planificado es ampliamente utilizado en publicaciones en ciencias de la salud al abordar la temática adolescente, no se ha encontrado ninguna definición en la literatura consultada.

Recurriendo a lo más sencillo, si se busca el término planificar en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española nos encontramos:

- *Planificar*: Hacer plan o proyecto de una acción.
- *Plan*: Intención o proyecto
- *Planificación*: Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado.

Extrapolando estos conceptos a nuestro estudio, definiremos embarazo no planificado como aquel que ocurre sin que ninguna de las partes lo haya planeado u organizado metódicamente y como consecuencia de una relación desprotegida o fallo de un método anticonceptivo.

En general, cuando se habla de embarazo adolescente, éste lleva prácticamente implícito el ser no planificado dado que la mayoría de los jóvenes, en concreto 2 de cada 3 chicas,²³ no planean quedarse embarazados en ese momento, ni se preparan con anterioridad para esta maternidad, considerándose éste casi siempre como un accidente fruto de una “noche loca”, algo improvisado y espontáneo que conlleva una falta de protección o la consecuencia de un fallo en el método anticonceptivo utilizado.

Al hacer referencia a los embarazos en la adolescencia con frecuencia se recurre a diferentes adjetivos atribuyéndoles significados similares, como por ejemplo embarazo no planeado, no intencionado, no esperado, no previsto, inoportuno, no querido o no deseado.

Cada vez más estudios abordan el embarazo adolescente desde la premisa de que el embarazo no planificado no siempre es un embarazo no deseado, aunque en ocasiones puedan ser difíciles de entender los motivos que llevan a una adolescente a querer quedarse embarazada, cuando en ocasiones ni siquiera ella es consciente de tal deseo. Entendiendo esta perspectiva también podría abordarse los motivos que pueden influir en el mal uso o no uso de métodos anticonceptivos de forma habitual como se ha comentado con anterioridad.

Este deseo o ambivalencia ante el embarazo es para muchos autores el resultado de la presión de los estereotipos femeninos y masculinos y los condicionantes de género que dominan todavía nuestro entorno cultural donde la femineidad se relaciona directamente con la maternidad y viceversa. Esta presión o influencia es más acusada en sociedades con menos desarrollo económico y nivel educativo más bajo donde las jóvenes con pocas aspiraciones profesionales buscan su realización personal y reconocimiento en la maternidad. Esto es menos probable en jóvenes con nivel educativo más alto y mayor perspectiva y posibilidades de incorporación al mercado laboral, reconocimiento e independencia económica.^{95,96}

Es por ello que nos referiremos en este estudio al embarazo adolescente como embarazo no planificado o no esperado.

3.4. Por qué intervenir con los jóvenes

En Canarias en 2014 había una población total de jóvenes entre 10 y 19 años de 210.954 (ISTAC) lo que constituye un 10% de la población total de Canarias. Es un colectivo que por sus características intrínsecas goza de un buen estado de salud y acude con poca frecuencia a las consultas de atención primaria. Existe una mayor demanda de asistencia sanitaria hasta los 14 años tanto para hombres como para mujeres como resultado del “Programa de Salud del Niño Sano” (Programa asistencial Servicio Canario de la Salud) donde se realizan una serie de revisiones e intervenciones programadas por el equipo de pediatría de atención primaria (médico y enfermera). A partir de esta edad la consulta a los profesionales se realizará a demanda, es decir cuando ocurra algún problema de salud que requiera asistencia sanitaria, siendo muy poco probable el acercamiento a los profesionales si no existe ningún problema.

Las dificultades asistenciales percibidas por adolescentes radican entre otros motivos en la burocracia del sistema, en la falta de una adecuada atención por parte de los profesionales, desconocimiento del sistema sanitario y de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad, así como negación, falta de conciencia y miedo a la enfermedad. Los profesionales sanitarios no se encuentran tampoco entre los principales proveedores de información en temas relacionados con la salud, como se ha comentado anteriormente, con lo que no es frecuente que se solicite su servicio a la hora de solucionar dudas.⁹⁷

Los problemas de salud de mayor prevalencia en la población adolescente son, como se comentó, los accidentes de tráfico, el consumo de drogas, trastornos de la alimentación y los problemas de salud mental. Constituye un reto para las instituciones poder obtener más información acerca de los problemas de salud en la adolescencia. Para la OMS existen dos áreas fundamentales que requieren especial atención en la salud del adolescente por el impacto que pueden llegar a tener, estas son salud mental y

salud sexual y reproductiva. Pocas intervenciones realizadas a lo largo de la vida son tan eficaces como las destinadas a este colectivo dado la repercusión que pueden tener los problemas de salud en el propio individuo y su familia.⁹⁸

Centrándonos en la salud afectivo-sexual y reproductiva del adolescente, la prevención de infecciones de transmisión sexual y evitar el embarazo no planificado son objetivos primordiales de cualquier programa de salud.

Las ITS son causa de un considerable número de enfermedades médicas graves con importante repercusión a nivel psicológico, médico, social y económico. Algunas ITS son la causa principal de la enfermedad inflamatoria pélvica, parto prematuro, infertilidad, bajo peso al nacer e infecciones congénitas. Aunque muchas de las ITS son tratables, su presencia se relaciona con una mayor probabilidad de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁹⁹

En cuanto al embarazo no planificado y su repercusión en el estado de salud de la madre, hijo y familiar requiere una mención aparte.

3.4.1. Riesgos maternos y/o fetales derivados del embarazo en la adolescencia

El incremento de los riesgos para la madre y/o feto durante el embarazo adolescente ha sido motivo de numerosos estudios y debates entre los profesionales de la salud implicados en este ámbito. Parece estar demostrado que entre otras cosas, aumenta la probabilidad de parto prematuro y de recién nacidos de bajo peso con los riesgos que esto supone para la buena adaptación del recién nacido a la vida fuera del útero y el mayor riesgo de secuelas relacionadas con el momento del nacimiento.¹⁰⁰⁻¹⁰²

Un estudio realizado en 2011 en nuestro país confirmaba que el riesgo de tener un hijo con bajo peso al nacer es más del doble en el grupo de adolescentes que en el de mujeres de más edad coincidiendo estos resultados con los presentados en estudios anteriores.¹⁰³ No queda por el contrario muy claro si estos resultados se deben exclusivamente a factores biológicos o están condicionados por los factores socio-económicos que pueden rodear a la gestante adolescente. Tanto la prematuridad como el bajo peso al nacer pueden aumentar la morbilidad en el recién nacido. Este riesgo aumenta en caso de un segundo embarazo, con lo que el correcto asesoramiento en el posparto cobra especial interés, dado el poco contacto con personal sanitario que suele darse durante la adolescencia.

El embarazo no planificado en la adolescencia puede constituir, además, por sí mismo un riesgo de cara a futuros embarazos, la tasa de repetición puede llegar al 25%, con un alto porcentaje de interrupciones voluntarias. Solo el 70% de las mujeres acudieron a la visita posparto con un profesional sanitario y recibieron información acerca de métodos anticonceptivos.¹⁰⁴⁻¹⁰⁶

También parece existir acuerdo en lo relacionado a la repercusión psicológica y social que el embarazo puede tener en la madre adolescente. Tanto si se decide continuar con la gestación hacia adelante como si se decide interrumpir, el embarazo puede ser el detonante de diferentes alteraciones psicológicas. El embarazo adolescente se ha considerado un factor de riesgo en la salud mental de los jóvenes padres, y puede ser causa de depresión, estrés y falta de integración en el grupo de iguales, acentuándose estos problemas en las jóvenes madres.¹⁰⁷ El trastorno depresivo mayor puede darse con cierta frecuencia en las adolescentes embarazadas, teniendo mayor predisposición para ello aquellas con antecedentes de episodios depresivos, niveles socio-económicos bajos o poco apoyo social. La depresión y el embarazo adolescente podrían estar relacionados también con una mayor incidencia de violencia de género.³

Biello et al. observaban que la salud mental de los chicos se veía afectada en los primeros años tras la paternidad, pero que evolucionaba favorablemente y a los seis años tras el parto no había diferencias significativas con el grupo de chicos que no habían sido padres. No era el caso en el grupo de las madres, en el que se objetivaban diferencias en relación al grupo control en lo que a salud mental se refiere. El bienestar psicológico de los padres es necesario para la correcta crianza del recién nacido y la integración de la familia en la sociedad.¹⁰⁸

El embarazo adolescente conlleva además y por lo general un abandono, total o provisional de los estudios para la asunción del papel de madre por parte de la adolescente. Tras la maternidad estos estudios se retomarán o no, seguramente condicionados por los resultados escolares que se tuvieran, el apego a la escuela y el apoyo familiar y de la pareja. Este abandono, en ocasiones voluntario y en ocasiones forzoso por la necesidad de hacerse cargo del recién nacido, como señalan los expertos puede limitar la formación académica de la joven, lo que conlleva una restricción de acceso al mercado laboral y una disminución del salario atendiendo a la cualificación. Podría existir una dependencia económica familiar o de la pareja. La dependencia, el nivel socio económico y educativo bajo pueden relacionarse con un mayor riesgo de exclusión social durante y tras la gestación. Entendiendo exclusión social como un concepto que va más allá de una preocupación exclusiva por recursos económicos o necesidades básicas, sino lo que puede suceder cuando se combinan diferentes problemas tales como el desempleo, la falta de habilidades, bajos ingresos económicos, falta de vivienda, familias desestructuradas, problemas de salud y posiblemente alto nivel de delincuencia. Estos problemas están interrelacionados y se refuerzan entre sí.²³

Desventaja y exclusión social puede ser por tanto la causa como la consecuencia de los embarazos no planificados en la adolescencia.⁹

3.4.2. Estimación del coste sanitario relacionado con el embarazo adolescente

Valorar el coste sanitario que supone el embarazo adolescente sobrepasa del mero coste de la asistencia al parto o la interrupción voluntaria del embarazo, dado que como hemos visto, el embarazo no planificado en los jóvenes puede ir asociado a una mayor morbilidad materna y/o fetal pudiendo afectar también al entorno familiar lo que puede resultar incuantificable.

En relación al coste sanitario, el 22 de Abril de 2016 se publica en el Boletín Oficial de Canarias (BOC) el listado de precios públicos de servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud (SCS).¹⁰⁹

Tabla 2: Precio público de prestaciones sanitarias SCS

PRESTACION SANITARIA	COSTE
Hospitalización/día	662,98
Estancia UCI neonatal	883,83
Asistencia parto normal/instrumental ó cesárea	1234,62
Interrupción voluntaria del embarazo	456,51
Asistencia amenaza parto prematuro	384,80

Fuente: Boletín Oficial de Canarias (22 de Abril de 2016)

Sólo atendiendo al total de partos e interrupciones voluntarias de embarazo en jóvenes de entre 15 y 19 años en la comunidad autónoma de Canarias en el año 2015 el coste sanitario ascendió a más de 500.000 euros en asistencia a partos normales, instrumental y/o cesáreas y más de 300.000 euros en IVEs, lo que supone un total de casi 900.000 euros.

3.5. Eficacia de los programas de salud afectivo-sexual y reproductiva en la adolescencia

En el año 2006 se publicó la Ley Orgánica de Educación; en el artículo 23 se señala como uno de los objetivos de la educación secundaria obligatoria (ESO) que el alumnado debe desarrollar, entre otras, las capacidades que le permitan conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad; valorar y respetar la diferencia de sexos y la igualdad de derechos y oportunidades entre ellos; rechazar los estereotipos que supongan discriminación entre hombres y mujeres; tomar decisiones y asumir responsabilidades.

La educación sexual se contextualiza dentro de la educación para la salud (EpS) y forma parte de los contenidos de la misma. Es cuestionado en ocasiones la implicación de los maestros en esta materia, dado que según algunos autores podrían limitarse a tratar algunos temas tales como reproducción o prevención y no centrarse en la educación.¹¹⁰

MODELOS EDUCATIVOS EN EDUCACIÓN SEXUAL

López clasifica los modelos educativos en educación sexual y propone los siguientes modelos:¹¹¹

- El modelo de riesgo: Entiende la salud como ausencia de enfermedad. Pretende abordar el problema mediante la transmisión de conocimientos a través de programas formativos impartidos por especialistas. Se obtienen cambios rápidos en las conductas, pero no permanecen en el tiempo.
- El modelo moral: Parte de la premisa que la relación sexual solo puede darse dentro del matrimonio heterosexual y con la finalidad de procrear. Considera que los responsables de la educación sexual son los padres o tutores.

- El modelo para la revolución sexual: Fomenta el desarrollo de la personalidad en un entorno de respeto y pluralidad. Se centra en el erotismo y en la conveniencia de la actividad sexual placentera. Se olvida de los aspectos relacionados con la comunicación, afectividad y reproducción. Promueve el fomento de medidas anticonceptivas y la toma de decisiones en un marco de libertad, seguridad, tranquilidad y satisfacción.
- El modelo profesional o autobiográfico: Promueve comportamientos y actitudes respetuosas y de mutuo acuerdo que permitan una sexualidad plena y en consonancia con el entorno social que rodea al individuo. El objetivo de este modelo, es la adquisición de conocimientos y favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual.

El objetivo de un programa educativo debería centrarse en el bienestar del adolescente y aumentar su resistencia ante los problemas y dificultades de la vida potenciando sus recursos y habilidades.

Para conseguir este objetivo sería necesario trabajar a varios niveles (personal, familiar y grupo de iguales), implicar a varias disciplinas (sanitarios, trabajador social, psicólogos,...), y con un enfoque integral que aborde tanto factores sexuales (edad de inicio de relaciones, métodos anticonceptivos, ITS,...) como factores no sexuales que se han estudiado y comprobado que inciden directamente en el comportamiento de los adolescentes y pueden ser modificados mediante intervenciones educativas.¹¹² Estas son:

- Autoestima
- Variables cognitivas
- Empatía
- Autocontrol
- Habilidades sociales e interpersonales.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

En 2008 se realiza una revisión en EEUU de programas e intervenciones de salud afectivo sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes que concluye:¹⁵

- Los programas de educación sexual tienen un efecto positivo en la población adolescente y salud reproductiva a lo largo de su vida.
- La educación sexual comprensiva puede mejorar la salud reproductiva adolescente.
- Dar a las madres adolescentes apoyo mientras sus hijos son pequeños puede disminuir los consiguientes embarazos y partos.
- Las intervenciones comunitarias demostraron su efecto positivo retrasando el inicio del primer coito y embarazos no planificados.
- Las intervenciones con más éxito sobre la salud reproductiva son aquellas que se han llevado a cabo sobre jóvenes con factores de riesgo.
- Programas con menos de 15 horas han demostrado efectos positivos en la población joven.
- Los programas estudiados no tenían el mismo impacto sobre hombres que sobre mujeres, mejor seleccionar al grupo al que va dirigido.
- Los programas pueden no tener el mismo éxito dependiendo del lugar y características del grupo al que se dirige, por lo que debe adecuarse al grupo.
- Los programas que promueven la abstinencia no mejoraron los resultados.
- Se insiste sobre la recomendación de hacer una aproximación cultural, e intervenir sobre jóvenes de más riesgo para minimizar la probabilidad de embarazos no planificados e ITS.

Una revisión Cochrane en 2010 concluye:¹¹³

- Los programas que implican diferentes intervenciones (educativas, habilidades y promoción de la anticoncepción,...) pueden reducir las tasas de embarazo no planificado en la adolescencia, aunque es necesario seguir investigando para mejorar las estrategias de abordaje.
- Los programas centrados únicamente en la utilización de métodos anticonceptivos parecían no tener tanta eficacia.
- El efecto de las intervenciones educativas en relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales y prevención de ITS no fueron concluyentes.
- El coste de las intervenciones, así como el contexto de aplicación deben ser valorados.
- La revisión presentaba limitaciones en relación a los pocos datos disponibles y ausencia de grupos controles.

Una revisión realizada en la Unión Europea entre los años 2000 y 2010 informa:¹¹⁴

- A pesar de que se han realizado varios estudios para valorar la eficacia de las intervenciones y programas de salud sexual dirigidos adolescentes es poca la evidencia de la que se dispone y sería necesaria más investigación al respecto.
- Tanto en el número de embarazos adolescentes no planificados, en la utilización de métodos anticonceptivos como en el número de parejas sexuales los resultados de las intervenciones fueron estadísticamente no significativos.
- Sí se obtuvieron resultados significativos en relación a la adquisición de conocimientos.
- En cuanto a habilidades comunicativas, de negociación y actitudes los resultados no fueron concluyentes.

- Respecto a las intervenciones grupales no hubo diferencias significativas con respecto a los embarazos no planificados, ITS, uso de anticonceptivos, número de parejas sexuales o intenciones conductuales.
- En general, al comparar con la práctica estándar o la no-intervención, no hay pruebas claras de la efectividad de la educación grupal respecto a la prevención y promoción en los jóvenes de la UE. Este resultado coincide con estudios previos realizados al respecto.
- Algunos de los factores que pueden contribuir al éxito de la intervención son: establecer estrategias de selección del educador adecuadas, autodeterminación y empoderamiento de los educadores grupales.

En resumen, aunque el método de la educación grupal parece prometedor, las pruebas a su favor todavía escasean. Por lo tanto, es necesaria más investigación, centrándose especialmente en los posibles factores de influencia en la efectividad durante la puesta en marcha, dirección y evaluación de proyectos.

Además, una de las ventajas de este método era su bajo precio en comparación con otras intervenciones. Sin embargo, estudios realizados ponen de manifiesto que la educación grupal era significativamente más cara que las intervenciones con profesores. Por lo tanto, los análisis de la efectividad de los gastos son necesarios, pero no suelen realizarse.¹¹⁴

3.6. Embarazo adolescente: Situación en la actualidad

3.6.1. Datos internacionales

La tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000, siendo los índices más elevados los correspondientes a países de ingresos bajos o medianos.¹¹⁵

Estados Unidos encabeza el listado de países desarrollados con mayor tasa de natalidad adolescente (31 por 1000) y Reino Unido (25,8 por 1000). Dentro de la Unión Europea podríamos diferenciar entre Europa del Este con tasas de entre 25-45 por mil y Europa Occidental por debajo del 12 por mil, entre ellos España con 10,6 por mil. Concretando por países nos encontramos los datos reflejados en la tabla 3:¹¹⁵

Tabla 3: Tasa de Natalidad en Europa

País	Tasa de natalidad adolescente	País	Tasa de natalidad adolescente
Reino Unido	25,8	Bélgica	6,7
Estonia	16,8	Suecia	6,5
Eslovaquia	15,9	Países Bajos	6,2
Portugal	12,6	Francia	5,7
Hungría	12,1	Dinamarca	5,1
Grecia	11,9	Republica Checa	4,9
España	10,6	Austria	4,1
Lituania	10,6	Italia	4,0
Finlandia	9,2	Alemania	3,8
Luxemburgo	8,3	Suiza	1,9
Irlanda	8,2	Eslovenia	0,6

Fuente: Elaboración propia. Datos Informe Naciones Unidas 2015¹¹⁵

Con estos datos, España se encuentra entre los países con mayor tasa de natalidad adolescente de Europa occidental.

El 5,5 % de las jóvenes (15-19 años) que mantuvieron relaciones sexuales se quedaron embarazadas sin desearlo en el territorio nacional según datos del INJUVE (2012).³¹

Desglosado por edades:

- Menores de 15 años: 12,5%
- Entre 15-17 años: 50,0%
- Entre 18-20 años: 31,3%

Las cifras de partos e interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en el territorio nacional clasificadas por edades se encuentran publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.^{116,117} Estas cifras se aproximan a las publicadas en el documento de Naciones Unidas:

3.6.2. Datos nacionales

Los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística en relación al número de adolescentes, número de partos e interrupciones voluntarias de embarazo se expone a continuación (Tablas 4, 5 y 6).

Tabla 4: Número total de mujeres adolescentes (15-19 años) en el territorio nacional

	2011	2012	2013	2014
Total adolescentes	2.134.080	2.134.713	2.135.216	2.152.079
De 15 a 19 años	952.136	936.523	929.131	936.236

Fuente: INE 2014. Modificada¹¹⁶

Tabla 5: Número total de partos de mujeres adolescentes

	TOTAL 2011	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014
Menor de 15 años	145	143	139	136
De 15 años	414	380	391	377
De 16 años	932	899	857	880
De 17 años	1798	1684	1594	1497
De 18 años	2929	2716	2410	2328
De 19 años	4195	3902	3564	3395

Fuente: INE 2014. Modificada¹¹⁶

Tabla 6: Tasa de partos e IVEs de mujeres adolescentes con edades entre 15 y 19 años

	2011	2012	2013	2014
Tasa parto adolescente	10,93	10,38	9,56	9
Tasa IVE adolescente	13,68	13,02	12,23	9.92

Fuente: MSSSI 2014. Modificada¹¹⁷

3.6.3. Comunidad autónoma de Canarias

Con respecto a la Comunidad autónoma de Canarias, encontramos los datos registrados en las tablas 7, 8 y 9:

Tabla 7: Total de mujeres de 15-19 años en Canarias

	2011	2012	2013	2014
Total adolescentes	102.430	102.997	103.412	104.108
Adolescentes de 15 a 19 años	50.994	51.186	51.183	51.479

Fuente: INE 2014. Modificada¹¹⁶

Tabla 8: Total de partos en Canarias en mujeres hasta 19 años

	TOTAL 2011	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014
Menor de 15 años	8	6	10	5
De 15 años	19	27	14	14
De 16 años	47	38	29	27
De 17 años	68	75	63	71
De 18 años	150	115	129	118
De 19 años	204	197	168	166

Fuente: INE 2014. Modificada¹¹⁶

Tabla 9: Tasa de partos e IVEs en mujeres adolescentes de 15 a 19 años

	2011	2012	2013	2014
Tasa de parto adolescente	9,56	8,83	7,87	7,69
Tasa de IVEs adolescente	14.27	13.01	12.87	11.1

Fuente: MSSSI 2014. Modificada¹¹⁷

A pesar de que la tasa de parto adolescente se sitúa algo por debajo de la tasa nacional, la tasa media de interrupción de embarazo en menores de 20 años en Canarias se ha mantenido por encima de la media nacional en los últimos 4 años.

Los datos referentes a la isla de La Palma son los mostrados a continuación en las tablas 10 y 11.

Tabla 10: Población total entre 15 y 19 años en La Palma (con tarjeta sanitaria)

	TOTAL 2011	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014
Menor de 15 años	400	346	403	347
De 15 años	373	401	343	405
De 16 años	370	380	401	347
De 17 años	339	371	372	395
De 18 años	403	327	344	329
De 19 años	343	392	310	330

Fuente: Elaboración propia. DRAGO AP

Tabla 11: Número de mujeres con diagnóstico de embarazo en relación a la población total en La Palma

Mujeres con algún diagnóstico de embarazo a partir de 2011	
Menor de 15 años	-
De 15 años	3
De 16 años	3
De 17 años	10
De 18 años	11
De 19 años	27

Fuente: Elaboración propia. DRAGO-AP

Por tanto, la tasa de embarazo adolescente en La Palma fue de entre un 7.38 y 7,45 por mil en los últimos cuatro.

El número total de embarazos por año resulta difícil de calcular sin error dado que el proceso dura 40 semanas y cabe la posibilidad de duplicar los datos.

Los datos a considerar de cara al cálculo muestral serán los obtenidos de la aplicación DRAGO de Atención Primaria por tratarse de los más actualizados, a sabiendas de que éstos pueden no ser exactos dado que puede haber un porcentaje de mujeres que no acudieran a los centros de salud a notificar su embarazo ya fuera para seguimiento o para interrupción del mismo. Desconocemos el número de mujeres que decidieron seguimiento o interrupción del embarazo en entidades privadas.

No se ha podido acceder al número de interrupciones voluntarias de embarazo por isla.

Metodología

A woman in a white lab coat is shown from the side, looking at a tablet computer. She is standing in a laboratory or office setting. The image is partially obscured by the title text.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Diseño y validación de un cuestionario para valorar el riesgo de embarazo no planificado en adolescentes.

4.2. Etapas del estudio

El estudio consta de dos etapas:

- Una primera etapa de conceptualización y el desarrollo del cuestionario tentativo.
- Una segunda etapa de validación del cuestionario.

4.2.1. Primera etapa: Conceptualización y diseño del cuestionario tentativo

La etapa de conceptualización y diseño del cuestionario tentativo consta de cinco fases:

- Búsqueda bibliográfica
- Formación de grupos focales
- Elaboración del cuestionario tentativo
- Grupo piloto
- Selección de la muestra de validación.

- *Búsqueda bibliográfica*: La búsqueda bibliográfica se centra principalmente en dos áreas:
 - Factores de riesgo relacionados con la probabilidad de embarazo adolescente.

Tabla 12: Descriptores. Factores de riesgo relacionados con el riesgo de embarazo adolescente

Palabra natural	MESH	DeCS
Adolescente	Adolescent	Adolescente
Embarazo no deseado	Pregnancy, Unwanted	Embarazo no deseado
Embarazo no planificado	Pregnancy, Unplanned	Embarazo no planeado
Embarazo en adolescentes	Pregnancy in adolescence	
Factores de riesgo	Risk factors	Factores de riesgo
Conducta sexual	Sexual behavior	Conducta sexual

Fuente: Elaboración propia

- Cuestionarios validados en cualquier idioma y entorno cultural que valoren el riesgo de embarazo adolescente.

Tabla 13: Descriptores. Cuestionarios validados que valoren el riesgo de embarazo adolescente

Palabra natural	MESH	DeCS
Adolescente	Adolescent	Adolescente
Embarazo no deseado	Pregnancy, Unwanted	Embarazo no deseado
Embarazo no planificado	Pregnancy, Unplanned	Embarazo no planeado
Embarazo en adolescentes	Pregnancy in adolescence	
Estudios de validación	Validation studies	Estudios de validación
Valoración de riesgo	Risk assessment	Medición de riesgo

Fuente: Elaboración propia

Las bases de datos consultadas fueron: MEDLINE, EMBASE, COCHRANE, BIREME, SCIENCE DIRECT, LILACS, CINAHL Y CUIDEN durante el periodo de tiempo comprendido entre Octubre de 2013 y Julio de 2016.

Los criterios de calidad para la selección de los artículos fueron:

- Menos de 10 años de antigüedad, por ser un lapso de tiempo en el que las características y prácticas habituales del adolescente podrían variar sustancialmente
- Realizados en comunidades en las que la tasa de embarazo adolescente no sobrepasa la media mundial entendiendo por tanto que el embarazo no es consecuencia directa del entorno cultural, escaso poder adquisitivo o políticas radicales.

Del resultado de esta búsqueda se obtiene un listado de factores de riesgo relacionados con el embarazo no planificado en la adolescencia.

- *Grupos focales:* Se constituyen dos grupos:
 - Un grupo de expertos conformado por especialistas en el ámbito de la salud afectivo y sexual en la adolescencia siendo estos: un pediatra, un médico especialista en Obstetricia y Ginecología, dos psicólogos especialistas en adolescentes, una enfermera especialista en sexualidad, una socióloga y una matrona.
 - Un grupo de consulta formado por adolescentes que habían pasado por la experiencia de un embarazo no planificado en los últimos cuatro años.

- *Elaboración del cuestionario tentativo:* Los factores de riesgo son extraídos de la bibliografía consultada. El banco de ítems que constituirá el cuestionario se extrae de las encuestas de salud más relevantes en este ámbito, HBSC, YRBS y PRAMS (Health Behaviour in School-aged Children 2010, Youth Risk Behavior Surveillance 2013, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2008), quedando así conformando el marco conceptual de referencia tomado para la elaboración del cuestionario tentativo. Los ítems son seleccionados por la sencillez de la pregunta y por ser de fácil comprensión para un adolescente. Estos ítems son organizados posteriormente en dimensiones o aspectos del riesgo para un embarazo adolescente no planificado respecto a este marco conceptual. Este cuestionario tentativo se somete al grupo de expertos y de consulta para que valore su validez de apariencia y contenido.
- *Prueba piloto:* Se procede a realizar prueba piloto con muestra independiente para valorar la comprensión, viabilidad y tiempo de realización del cuestionario tentativo.
- *Selección de la muestra:* Se conforma la muestra de validación con mujeres entre 14 y 24 años a las que se informa de la finalidad del estudio y se les entrega consentimiento informado (Anexo 1) que deberá ser firmado antes de la cumplimentación del cuestionario. Las menores de 14 años quedan excluidas del estudio dado que el artículo 450.2 del Código Penal, considera a los menores de 13 años incapaces de prestar consentimiento válido para mantener una relación sexual, y que de darse, sería constitutivo de delito, teniendo que ponerse el hecho en conocimiento de la autoridad o de sus agentes. Esta muestra permitirá la clasificación en dos submuestras, adolescentes embarazadas, las que pasaron por la experiencia de embarazo antes de los 20 años y adolescentes no

embarazadas si no lo han estado antes de los 20 años. Se estima el límite de edad para el estudio en 24 años dado que el estudio se centrará en los últimos 4 años para evitar que pueda haber diferencias importantes en cuando a conductas y hábitos de las jóvenes en ambos grupos de clasificación. Las mujeres son captadas desde las consultas de atención primaria de pediatría, matrona, medicina de familia y servicios sociales del área de salud.

- *Criterios de inclusión:*
 - Tener entre 14 y 24 años, ambos inclusive y haber pasado por la experiencia de embarazo antes de los 20 años, a término o no.
 - Tener entre 20 y 24 años, ambos incluidos, y no haber estado embarazada antes de los 20 años.
 - En ambos casos dar su consentimiento informado a participar.

- *Criterios de exclusión:* Estar afectada por algún trastorno mental o deterioro cognitivo de cualquier tipo que figure en su historia clínica o poseer un nivel cultural que le impida responder al cuestionario.

Las participantes son clasificadas como “Adolescentes Embarazadas sin Planificación” o “Adolescentes no Embarazadas” si no lo estuvieron antes de los 20 años, según su propia declaración. Una muestra de 150 mujeres confiere al estudio una potencia del 90% en la estimación de cargas y coeficientes de correlación-concordancia de al menos 0,26 en pruebas bilaterales de hipótesis a un nivel de significación estadística alfa del 5% con intervalos de confianza al 95%. La edad de las participantes se describe con media (DT) y rango, y su lugar de residencia y clasificación como embarazo adolescente no planificado con frecuencias relativas. A los sujetos de esta muestra se les administra el cuestionario auto-cumplimentado desde los cuatro Centros de Salud que dan la cobertura de servicio de matronas a toda la isla.

A los 30-45 días se les solicita volver a responder al cuestionario de la misma forma que lo hicieron la primera vez, un lapso de tiempo suficiente, a nuestro entender, para que las jóvenes no recuerden las respuestas dadas y la situación no haya cambiado sustancialmente.

4.2.2. Segunda etapa: Validación del instrumento de medida

- *Reducción de ítems:* Con las respuestas dadas al cuestionario en una primera administración se realiza una selección de ítems eliminando los que no presentan correlación con la clasificación de los sujetos de la muestra de validación, es decir, con las adolescentes que han estado embarazadas y con las adolescentes que no han estado embarazadas utilizando para ello tablas de contingencia.
- *Consistencia interna:* Los ítems restantes son sometidos a un análisis de consistencia mediante su alfa de Cronbach global con eliminación de ítems redundantes si la ganancia en coherencia es de al menos un 10%. Para los ítems eliminados se prueba el grado de correlación que puedan mantener con el resto de ítems mediante el coeficiente de Pearson o Spearman según las características métricas de las respuestas.
- *Validez de constructo:* Con las respuestas dadas a los ítems seleccionados se realiza la prueba de su validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio de componentes principales, comprobando la adecuación de su aplicación con el estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin y esfericidad de Bartlett, obteniendo la fracción de variabilidad explicada y extracción de componentes por sus cargas por rotación Varimax.
- *Establecimiento de reglas:* Comprobada la correspondencia empírica con la estructural teórica del cuestionario se establecen las reglas de afectación de cada ítem, la de cada dimensión y la del riesgo a un embarazo adolescente no

planificado como escala de salida del cuestionario. Con estas valoraciones de riesgo se estima su validez de criterio.

- *Validez de criterio:* Empleando como patrón de referencia o patrón de oro la clasificación de las adolescentes, se calcula la sensibilidad, la especificidad, la frecuencia de falsos positivos y negativos, el rendimiento, y los valores predictivos de resultados empleando como prevalencia de embarazo adolescente no planificado la estimada en población de La Palma.
- *Fiabilidad:* Se valora por el método del test-retest contrastando la concordancia de clasificación que ofrece el cuestionario sobre el riesgo de embarazo no planificado entre ambas aplicaciones estimadas con el índice de concordancia libre de azar no ponderado kappa de Cohen.
- *Procesamiento de datos:* Todas las pruebas estadísticas son bilaterales a un nivel $p \leq 0,05$ y los resultados se ofrecen en intervalos de confianza al 95%. Los cálculos se realizan con ayuda del paquete estadístico SPSS™ versión 21.0 de IBM Co®.

Resultados

A woman with dark hair, wearing a white lab coat, is shown from the side, looking at a tablet computer. She is standing in a laboratory or office setting with a blurred background.

5. RESULTADOS

5.1. *Conceptualización y desarrollo del cuestionario tentativo*

5.1.1. *Búsqueda bibliográfica*

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- En relación a los factores de riesgo relacionados con la probabilidad de embarazo se obtuvieron 1093 resultados, de los cuales fueron seleccionados por su relevancia 63.
- En relación a estudios de validación de herramientas de valoración de riesgo de embarazo en adolescente el número de resultados obtenidos tras la combinación de palabras clave fueron 338, de los cuales fueron seleccionados por su relevancia 7 artículos.

Fueron descartados los artículos con más de 10 años de antigüedad, los realizados en países con tasa de natalidad adolescente por encima de la media mundial y aquellos que tras la lectura del resumen no mostraron relación específica con nuestro objeto de estudio.

Los factores de riesgo relacionados con el riesgo de un embarazo no planificado en la adolescencia hallados en la bibliografía consultada fueron los detallados en la Tabla 14:

Tabla 14: Factores de riesgo asociados a embarazo adolescente no planificado

Factores de riesgo	
	Edad de inicio de relaciones sexuales
	Número de parejas
	Utilización de método anticonceptivo
	Nivel socio-económico
	Deseo/ Ambivalencia frente a embarazo
	Apego a la escuela
	Consumo de sustancias (alcohol/drogas)
	Relaciones familiares
	Contacto con personal sanitario/proveedor de cuidados
	Nivel educativo de los padres
	Historial de embarazo adolescente (madre)

Fuente: Elaboración propia

Los factores dependientes de la pareja tales como deseo de embarazo o presión fueron descartados dado que preguntar a las mujeres acerca de los deseos o presiones de sus parejas podría introducir sesgos en el estudio al tratarse de sensaciones percibidas.

La ansiedad, depresión u otras alteraciones mentales en la adolescente se han asociado a una mayor predisposición a conductas de riesgo tales como consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo ya contempladas en el estudio.^{49,50}

5.1.2. Selección de ítems

Para la elaboración del banco de ítem se procede a la revisión de los artículos seleccionados y encuestas de salud más relevantes en esta materia tales como HBSC, YRBS y PRAMS (Health Behaviour in School-aged Children 2010, Youth Risk Behavior Surveillance 2013, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2008) en sus versiones ya validadas en castellano con la finalidad de utilizar indicadores que permitan comparar los resultados.

Se seleccionan los ítems más sencillos en relación a los factores de riesgo contemplados teniendo en cuenta al colectivo al que van dirigidos.

5.1.3. Grupos focales

Se realizan dos grupos focales, uno con grupo de expertos y otro con grupo de adolescentes ambos con la finalidad de indagar en qué factores eran considerados por ambos grupos como de riesgo en relación al embarazo adolescente. Ambas sesiones se realizaron consecutivamente en el mismo día. Siguiendo las recomendaciones dadas por otros autores¹¹⁸⁻¹²⁰ los grupos quedaron formados por 7 personas el grupo de expertos (profesionales con experiencia en este ámbito) y 4 en el grupo de adolescentes que habían pasado por la experiencia de embarazo y ambos tuvieron una duración de dos horas aproximadamente.

El primer grupo focal se realizó con las adolescentes que habían pasado por la experiencia de embarazo en los últimos cuatro años. Se elaboró un guion de entrevista abierta con un listado de temas a tratar. En primer lugar, se les explicó el objetivo de la sesión y se les pidió consentimiento escrito para su participación. A continuación, se comenzaron a tratar las circunstancias que consideraban que podían influir en la posibilidad de embarazo en la adolescencia abordando de forma indirecta que factores pudieron incidir en sus casos en concreto. Más tarde se trataron aquellos factores recogidos en la literatura que no habían sido tratados hasta saturar el tema. Las cuestiones a tratar se formularon en forma de preguntas abiertas. Se utilizaron también lluvia de ideas y discusión grupal. El grupo coincidió en que el embarazo en la adolescencia, y en sus casos en concreto, es en su mayoría no planificado, siendo el resultado de una falta de prevención o fallo del método anticonceptivo unido, en estos casos en concreto, a una ingesta considerable de alcohol. No se aportaron nuevos factores de riesgo a los contemplados en la literatura. Ante la no aportación de nuevos

factores se les entregó el cuestionario elaborado, que valoran y modifican levemente.

A continuación se realizó la sesión con el grupo de expertos, se comenzó explicando brevemente el objeto de la reunión y se pidió su opinión como expertos en la materia acerca de los factores relacionados con el riesgo de embarazo adolescente. No se aportaron nuevos factores a los descritos en la literatura. Posteriormente se les hizo entrega del cuestionario elaborado donde se recogían estos factores agrupados por dimensiones teóricas para su estudio y posterior análisis. Se les facilitó una dirección de correo electrónico donde remitir las sugerencias y modificaciones dando un plazo de una semana para entregar sus aportaciones.

Las sesiones fueron grabadas y posteriormente transcritas para evitar la pérdida de información.

Se realizan las correcciones oportunas sugeridas por ambos grupos relativas en su mayoría a la forma en la que estaban redactados los ítems. Según las indicaciones se procede a simplificar las preguntas y a utilizar un lenguaje más coloquial. Se da por concluida la validez de contenido y apariencia por parte de ambos grupos.

5.1.4. Grupo piloto

A continuación se realiza prueba con grupo piloto independiente.

El grupo piloto quedó constituido por 20 adolescentes. El resultado obtenido por parte del grupo piloto fue favorable en relación al grado de comprensión y viabilidad según manifestaron, con un tiempo medio de realización de entre 8 -12 min.

5.1.5. Cuestionario tentativo

Se obtuvo un cuestionario tentativo (Anexo 2) conformado por 36 ítems agrupados en 8 dimensiones teóricas según se muestra en la Tabla 15:

Tabla 15: Dimensiones teóricas cuestionario tentativo

Dimensiones	
	Apego a la escuela
	Estructura y relaciones familiares
	Nivel socio-económico familiar
	Consumo de sustancias
	Acceso al sistema sanitario
	Conducta sexual y factores de riesgo
	Deseo o ambivalencia ante la posibilidad de embarazo
	Historial familiar de embarazo adolescente.

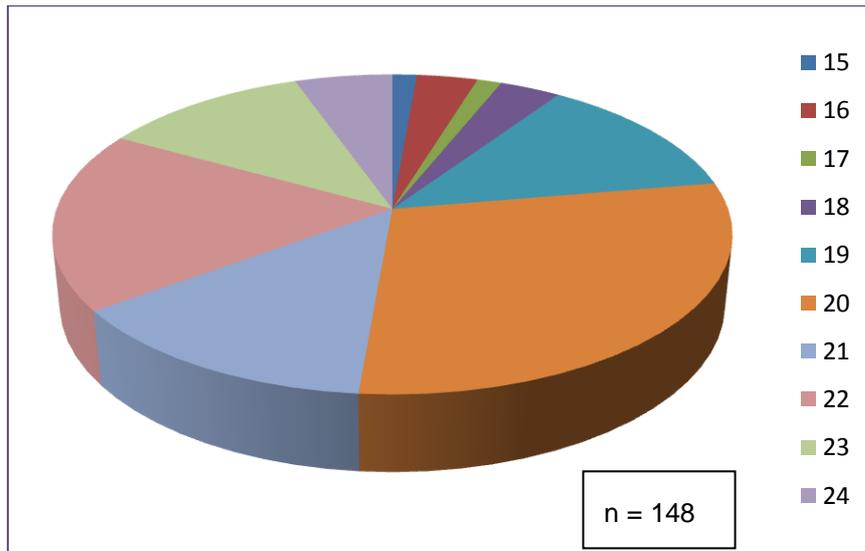
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al tipo de respuestas 27 fueron tipo test (3 de ellas incluían respuesta abierta) y 9 de tipo Likert con una escala de 1 a 4 donde 1 significaba “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”.

5.1.1. Muestra de validación

La muestra de validación del cuestionario quedó conformada por 148 adolescentes de 21(2) años de media y con un rango de 15 a 24 años de edad al momento de su inclusión en el estudio. (Gráfico 2)

Grafico 2: Edad actual



Fuente: Elaboración propia

Tabla 16: Frecuencias absolutas de edades

Total	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Frecuencia	2	5	2	5	19	43	20	27	17	8

El 88% de ellas residentes en la isla de La Palma y el 12% en la de Tenerife.

Gráfico 3: Lugar de residencia

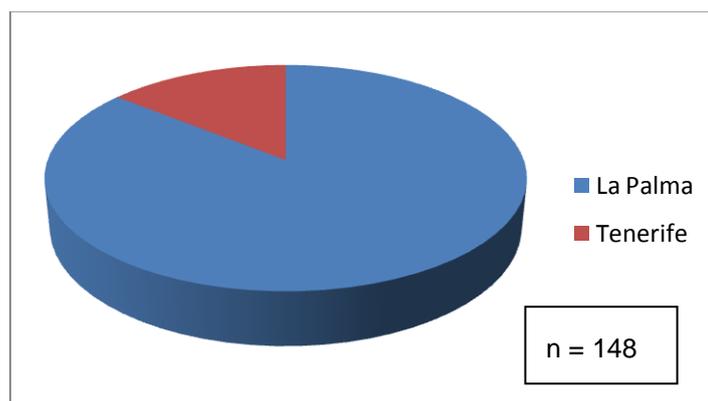


Tabla 17: Totales lugar de residencia

La Palma	127
Tenerife	21

El 57% nunca había estado embarazada y de las que sí lo habían estado, 53 (83%) lo habían estado con 19 años o menos, por lo que la muestra queda dividida en 53 embarazos adolescentes no planificados (36%) y 95 chicas (64%) no embarazadas o con embarazos no adolescentes.

Gráfico 4: Embarazo adolescente no planificado

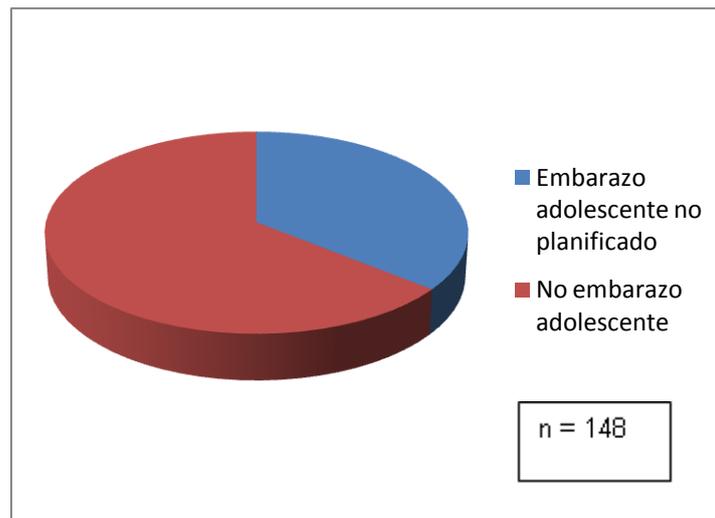


Tabla 18: Embarazo adolescente no planificado

Embarazo adolescente no planificado	95
No embarazo adolescente	53

5.2. Validación del instrumento de medida

5.2.1. Reducción de ítems

Con las respuestas dadas en primera vuelta se realizaron tablas de contingencia con la finalidad de comprobar que ítems mostraban correlación con la muestra de validación. Nueve ítems mostraron correlación con la clasificación de los sujetos de la muestra de validación (Tabla 19):

Tabla 19: Ítems correlacionados con embarazo no planificado en muestra de validación

Ítems	
	- Nivel de estudios del padre
	- Nivel de estudios de la madre
	- Vivir con los padres
	- Nivel de satisfacción con la relación familiar.
	- Edad de inicio de relaciones sexuales
	- Número de parejas sexuales.
	- Uso de anticonceptivos
	- Deseo de embarazo.
	- Edad de su madre en su primer embarazo

Fuente: Elaboración propia

A continuación se muestran las tablas de contingencia resultantes.

Tabla 20: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Qué estudios tiene tu padre?

	¿Qué estudios tiene tu padre?					Total
	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Estudios universitarios, terminados o sin terminar	No sabe	
Embarazo adolescente no planificado	20	8	2	3	17	50
	40,0%	16,0%	4,0%	6,0%	34,0%	100,0%
	45,5%	22,2%	11,1%	14,3%	73,9%	35,2%
	14,1%	5,6%	1,4%	2,1%	12,0%	35,2%
No embarazo adolescente	24	28	16	18	6	92
	26,1%	30,4%	17,4%	19,6%	6,5%	100,0%
	54,5%	77,8%	88,9%	85,7%	26,1%	64,8%
	16,9%	19,7%	11,3%	12,7%	4,2%	64,8%
Total	44	36	18	21	23	142
	31,0%	25,4%	12,7%	14,8%	16,2%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	31,0%	25,4%	12,7%	14,8%	16,2%	100,0%

Gráfico 5: Nivel de estudios de tu padre

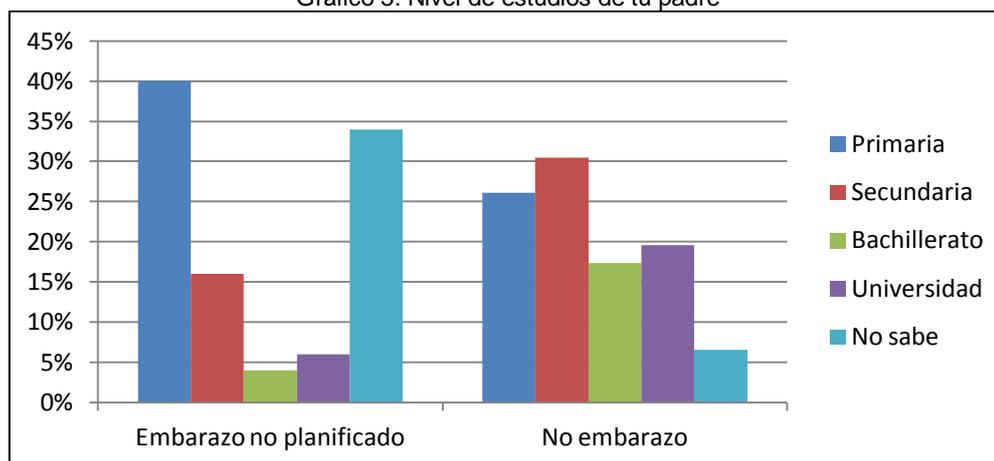


Tabla 21: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Qué estudios tiene tu madre?

	¿Qué estudios tiene tu madre?					Total
	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Estudios universitarios, terminados o sin terminar	No sabe	
Embarazo adolescente no planificado	13	22	8	5	4	52
	25,0%	42,3%	15,4%	9,6%	7,7%	100,0%
	40,6%	40,0%	27,6%	20,0%	80,0%	35,6%
	8,9%	15,1%	5,5%	3,4%	2,7%	35,6%
No embarazo adolescente	19	33	21	20	1	94
	20,2%	35,1%	22,3%	21,3%	1,1%	100,0%
	59,4%	60,0%	72,4%	80,0%	20,0%	64,4%
	13,0%	22,6%	14,4%	13,7%	,7%	64,4%
Total	32	55	29	25	5	146
	21,9%	37,7%	19,9%	17,1%	3,4%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	21,9%	37,7%	19,9%	17,1%	3,4%	100,0%

Gráfico 6: Nivel de estudios de tu madre

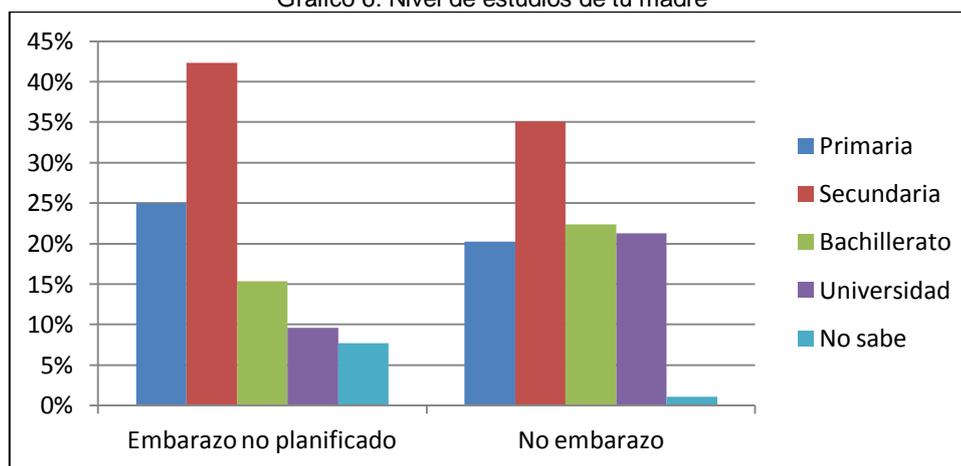


Tabla 22: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Vives con tus padres?

	¿Vives con tus padres?			Total
	Vivir con padre y madre	Vivir con madre o padre	No vivir con padre ni madre	
Embarazo adolescente no planificado	20	24	8	52
	38,5%	46,2%	15,4%	100,0%
	28,2%	48,0%	34,8%	36,1%
	13,9%	16,7%	5,6%	36,1%
No embarazo adolescente	51	26	15	92
	55,4%	28,3%	16,3%	100,0%
	71,8%	52,0%	65,2%	63,9%
	35,4%	18,1%	10,4%	63,9%
Total	71	50	23	144
	49,3%	34,7%	16,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	49,3%	34,7%	16,0%	100,0%

Grafico 7: Vives con tus padres

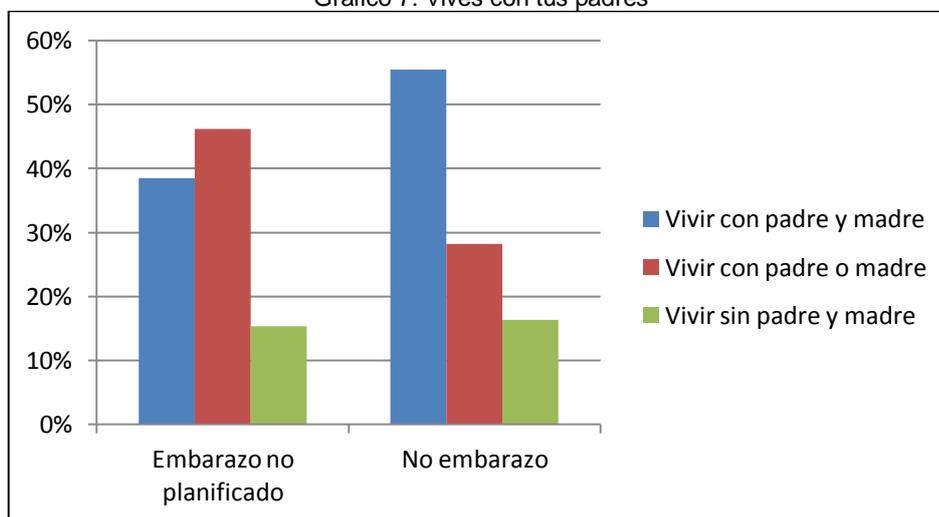


Tabla 23: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?

	¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?					Total
	En mi familia tenemos malas relaciones entre nosotros	En mi familia tenemos una relación aceptable entre nosotros	En mi familia tenemos una buena relación entre nosotros	En mi familia tenemos muy buenas relaciones entre nosotros	No contesta	
Embarazo adolescente no planificado	5	5	23	20	0	53
	9,4%	9,4%	43,4%	37,7%	,0%	100,0%
	62,5%	31,3%	39,0%	31,7%	,0%	35,8%
	3,4%	3,4%	15,5%	13,5%	,0%	35,8%
No embarazo adolescente	3	11	36	43	2	95
	3,2%	11,6%	37,9%	45,3%	2,1%	100,0%
	37,5%	68,8%	61,0%	68,3%	100,0%	64,2%
	2,0%	7,4%	24,3%	29,1%	1,4%	64,2%
	8	16	59	63	2	148
	5,4%	10,8%	39,9%	42,6%	1,4%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	5,4%	10,8%	39,9%	42,6%	1,4%	100,0%

Grafico 8: Satisfacción relaciones familiares

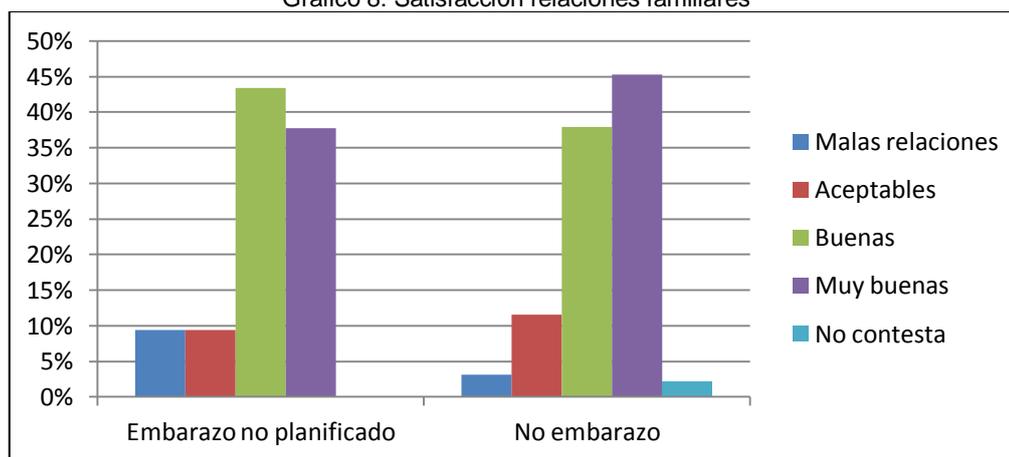


Tabla 24: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?

	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?							Total
	Nunca he mantenido relaciones sexuales	Menos de 14 años	14 años	15 años	16 años	17 o más años	No sabe	
Embarazo adolescente no planificado	0	11	12	14	8	7	1	53
	,0%	20,8%	22,6%	26,4%	15,1%	13,2%	1,9%	100,0%
	,0%	78,6%	54,5%	43,8%	25,8%	16,3%	100,0%	35,8%
	,0%	7,4%	8,1%	9,5%	5,4%	4,7%	,7%	35,8%
No embarazo adolescente	5	3	10	18	23	36	0	95
	5,3%	3,2%	10,5%	18,9%	24,2%	37,9%	,0%	100,0%
	100,0%	21,4%	45,5%	56,3%	74,2%	83,7%	,0%	64,2%
	3,4%	2,0%	6,8%	12,2%	15,5%	24,3%	,0%	64,2%
Total	5	14	22	32	31	43	1	148
	3,4%	9,5%	14,9%	21,6%	20,9%	29,1%	,7%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	3,4%	9,5%	14,9%	21,6%	20,9%	29,1%	,7%	100,0%

Gráfico 9: Edad primera relación sexual completa

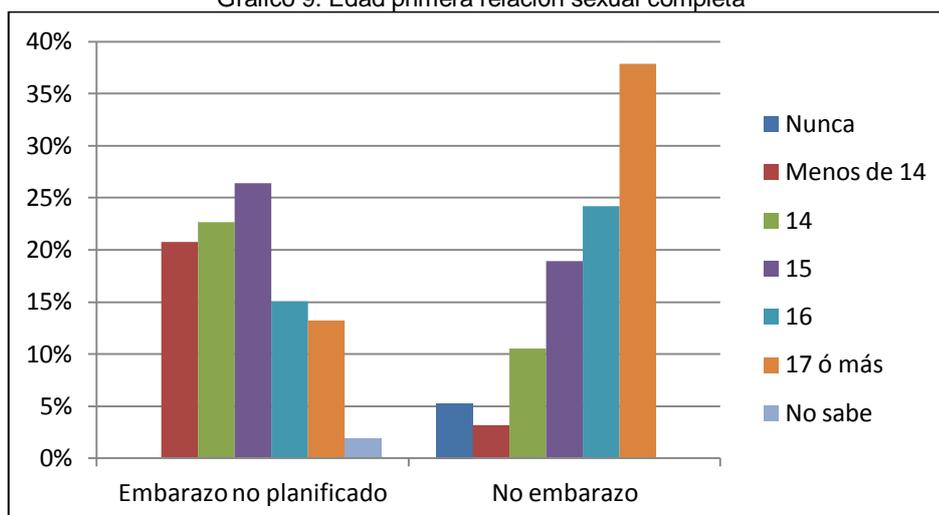


Tabla 25: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales completas?

	¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales completas?						Total
	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 o más personas	No sabe	
Embarazo adolescente no planificado	8	7	13	8	12	0	48
	16,7%	14,6%	27,1%	16,7%	25,0%	,0%	100,0%
	25,8%	25,0%	52,0%	53,3%	36,4%	,0%	36,1%
	6,0%	5,3%	9,8%	6,0%	9,0%	,0%	36,1%
No embarazo adolescente	23	21	12	7	21	1	85
	27,1%	24,7%	14,1%	8,2%	24,7%	1,2%	100,0%
	74,2%	75,0%	48,0%	46,7%	63,6%	100,0%	63,9%
	17,3%	15,8%	9,0%	5,3%	15,8%	,8%	63,9%
Total	31	28	25	15	33	1	133
	23,3%	21,1%	18,8%	11,3%	24,8%	,8%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	23,3%	21,1%	18,8%	11,3%	24,8%	,8%	100,0%

Gráfico 10: Número de parejas sexuales

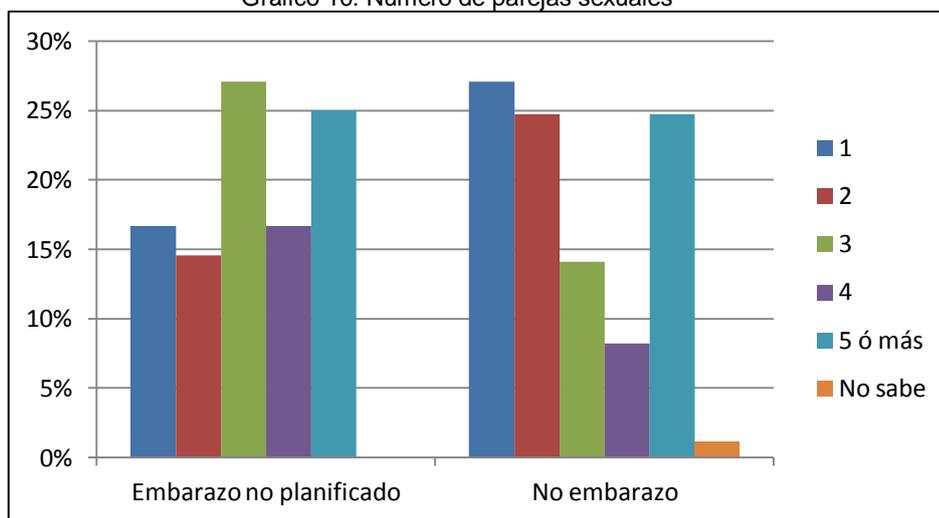


Tabla 26: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?

	¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?							Total
	Si siempre utilizamos preservativo	Normalmente utilizamos preservativo aunque a veces se nos olvida.	Normalmente utilizamos preservativo aunque a veces se nos olvida pero tomo píldora	Casi nunca utilizamos preservativo pero tomo píldora	Casi nunca utilizamos preservativo y no tomo píldora	No contesta	No sabe	
Embarazo adolescente no planificado	6	4	3	20	18	1	0	52
	11,5%	7,7%	5,8%	38,5%	34,6%	1,9%	,0%	100,0%
	24,0%	30,8%	23,1%	40,8%	56,3%	11,1%	,0%	36,6%
	4,2%	2,8%	2,1%	14,1%	12,7%	,7%	,0%	36,6%
No embarazo adolescente	19	9	10	29	14	8	1	90
	21,1%	10,0%	11,1%	32,2%	15,6%	8,9%	1,1%	100,0%
	76,0%	69,2%	76,9%	59,2%	43,8%	88,9%	100,0%	63,4%
	13,4%	6,3%	7,0%	20,4%	9,9%	5,6%	,7%	63,4%
Total	25	13	13	49	32	9	1	142
	17,6%	9,2%	9,2%	34,5%	22,5%	6,3%	,7%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%
	17,6%	9,2%	9,2%	34,5%	22,5%	6,3%	,7%	100,0%

Gráfico 11: Utilizas preservativo

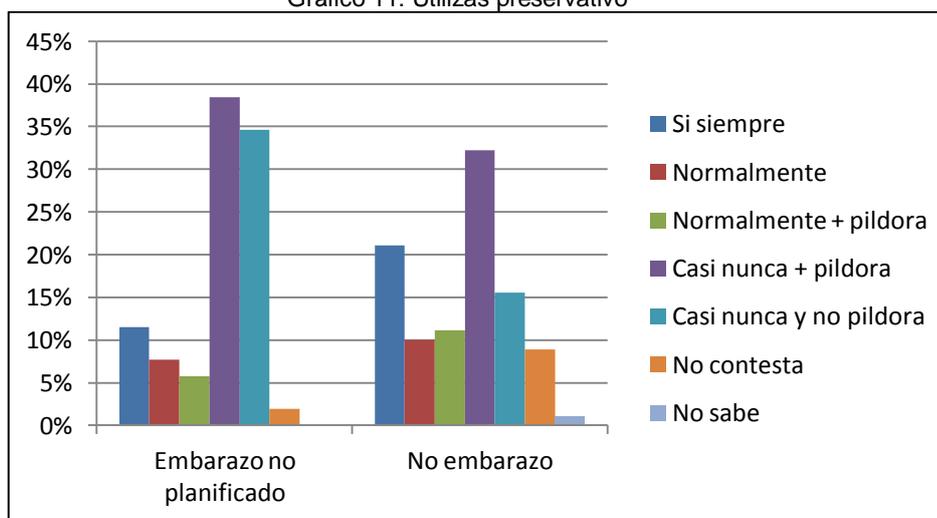


Tabla 27: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Querías quedarte embarazada en este momento?

	¿Querías quedarte embarazada en este momento?					Total
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No contesta	
Embarazo adolescente no planificado	17	8	7	10	2	44
	38,6%	18,2%	15,9%	22,7%	4,5%	100,0%
	25,8%	47,1%	46,7%	71,4%	20,0%	36,1%
	13,9%	6,6%	5,7%	8,2%	1,6%	36,1%
No embarazo adolescente	49	9	8	4	8	78
	62,8%	11,5%	10,3%	5,1%	10,3%	100,0%
	74,2%	52,9%	53,3%	28,6%	80,0%	63,9%
	40,2%	7,4%	6,6%	3,3%	6,6%	63,9%
Total	66	17	15	14	10	122
	54,1%	13,9%	12,3%	11,5%	8,2%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	54,1%	13,9%	12,3%	11,5%	8,2%	100,0%

Gráfico 12: Querías quedarte embarazada en este momento

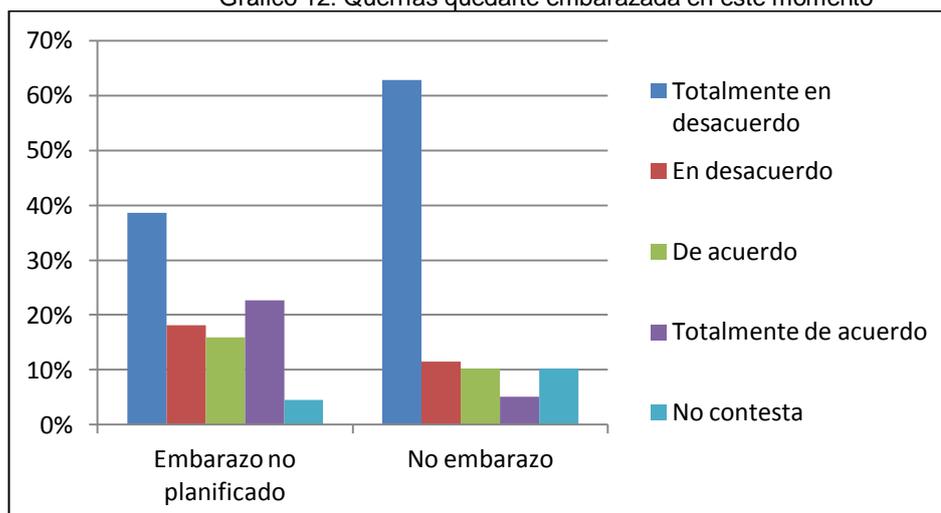
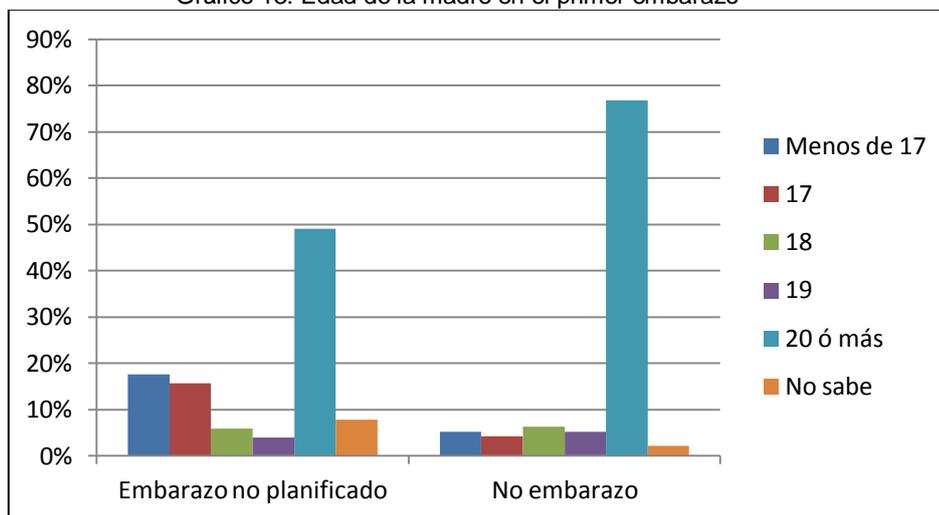


Tabla 28: Tabla de contingencia Embarazo adolescente no planificado * ¿Qué edad tenía tu madre cuando quedó embarazada por primera vez?

	¿Qué edad tenía tu madre cuando quedó embarazada por primera vez?						Total
	Menos de 17 años	17 años	18 años	19 años	20 o más años	No sabe	
Embarazo adolescente no planificado	9	8	3	2	25	4	51
	17,6%	15,7%	5,9%	3,9%	49,0%	7,8%	100,0%
	64,3%	66,7%	33,3%	28,6%	25,5%	66,7%	34,9%
	6,2%	5,5%	2,1%	1,4%	17,1%	2,7%	34,9%
No embarazo adolescente	5	4	6	5	73	2	95
	5,3%	4,2%	6,3%	5,3%	76,8%	2,1%	100,0%
	35,7%	33,3%	66,7%	71,4%	74,5%	33,3%	65,1%
	3,4%	2,7%	4,1%	3,4%	50,0%	1,4%	65,1%
Total	14	12	9	7	98	6	146
	9,6%	8,2%	6,2%	4,8%	67,1%	4,1%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	9,6%	8,2%	6,2%	4,8%	67,1%	4,1%	100,0%

Gráfico 13: Edad de la madre en el primer embarazo



Las respuestas a 27 de los ítems del cuestionario modificado no mostraron correlación con la clasificación de embarazo adolescente no planificado y son eliminados, con reducción de su estructura teórica a 5 dimensiones.

5.2.2. Consistencia interna del cuestionario

El análisis de consistencia interna medido con α de Cronbach (Tabla 29), muestra una consistencia global del 67% que se eleva 78% con la supresión del ítem relativo a la edad de embarazo de la madre. Se comprueba con un índice de correlación de Spearman de 0,17 ($p=0,044$) que la edad de embarazo de la madre guarda correlación con su nivel de estudios, con lo que es eliminado por redundante.

En la tabla 29 se muestran los resultados de la prueba de consistencia interna del cuestionario tentativo para valorar el riesgo de un embarazo adolescente no planificado empleando el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach global para todo el cuestionario y con supresión de cada uno de sus ítems componentes.

Tabla 29: Resultados de la prueba de consistencia interna del cuestionario tentativo

Ítem componente	Alfa de Cronbach sin el ítem
¿Querrías quedarte embarazada en este momento?	0,67
¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?	0,56
¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?	0,68
¿Vives con tus padres?	0,68
¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales completas?	0,59
¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?	0,56
¿Qué estudios tiene tu madre?	0,55
¿Qué estudios tiene tu padre?	0,56
¿Qué edad tenía tu madre cuando se quedó embarazada por primera vez?	0,78
Alfa de Cronbach global	0,67

5.2.3. Validez de constructo del cuestionario

La validez de constructo muestra la adecuación del empleo del modelo confirmatorio de componentes principales con un estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,570, que si bien no apunta a la idoneidad de su aplicación permite su uso. El test de esfericidad de Bartlett arrojó significación con $p= 0,001$. El resultado del análisis para las 5 dimensiones teóricas explica un 76% de la varianza total, es decir, un alto porcentaje de explicación del conjunto de respuestas dado por la muestra de validación.

En la Tabla 30 se muestran las cargas factoriales de los 8 ítems a estas 5 dimensiones.

Tabla 30: Cargas factoriales resultantes de la extracción de componentes principales del cuestionario tentativo por análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax

Ítem	Dimensión				
	1	2	3	4	5
¿Querrías quedarte embarazada en este momento?	0,999				
¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?		0,954			
¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?			0,760		
¿Vives con tus padres?			0,483		
¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales completas?				0,854	
¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?				0,771	
¿Qué estudios tiene tu madre?					0,804
¿Qué estudios tiene tu padre?					0,764

Las cargas factoriales por debajo de 0,4 han sido suprimidas por baja correlación

Los ítems quedaron agrupados en las siguientes dimensiones (Tabla 31).

Tabla 31: Dimensiones cuestionario definitivo

Dimensiones	Nivel educativo de los padres
	Apgar familiar
	Conducta sexual
	Uso del preservativo
	Deseo de embarazo

5.2.4. Establecimiento de reglas de afectación

Las reglas de afectación de cada uno de los ítems, de cada una de las dimensiones y de salida global del cuestionario para la valoración del riesgo a un embarazo adolescente no planificado se muestran a continuación:

Se marca en *azul las respuestas que determinan la afectación del ítem.

- Afectación de ítem:
 - *Nivel de estudios de los padres*: No se ha identificado en la literatura que se entiende por nivel alto o bajo de estudios en relación al nivel de estudios de los padres. Por el contrario, si se ha definido nivel bajo de estudios en las adolescentes cuando éstas abandonan los estudios con 16 años o menos, con lo que se utilizará el mismo criterio para definir nivel de estudios en los padres. Así se considerará que el ítem está afectado cuando el padre ó la madre haya cursado solo hasta la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) o equivalente, con o sin acabar, o cuando la adolescente declare no conocer el nivel educativo de los padres.

¿Qué estudios tiene tu madre?	<ul style="list-style-type: none"> a. *Nunca estudió, no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad b. *Primaria c. *Secundaria d. Bachillerato e. Universitarios f. *No sabe g. No contesta
-------------------------------	--

¿Qué estudios tiene tu padre?	<ul style="list-style-type: none"> a. *Nunca estudió, no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad b. *Primaria c. *Secundaria d. Bachillerato e. Universitarios f. *No sabe g. No contesta
-------------------------------	--

- *Vivir con los padres:* Se ha considerado afectado el ítem afectado en las jóvenes que declararon no convivir con sus dos progenitores o no saber con quién convive.

¿Vives con tus padres?	<ul style="list-style-type: none"> a. Si, con mi padre y mi madre b. *Con mi madre c. *Con mi padre d. *Ninguna de las anteriores e. *No sabe f. No contesta
------------------------	--

- *Relaciones familiares satisfactorias:* Se ha considerado el ítem afectado cuando las jóvenes declararon tener una mala relación familiar, no saber cómo es su relación con la familia o decidir no contestar.

<p>¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?</p>	<p>a. *En mi familia tenemos malas relaciones entre nosotros</p> <p>b. En mi familia tenemos una relación aceptable</p> <p>c. En mi familia tenemos buena relación entre nosotros.</p> <p>d. En mi familia tenemos muy buena relación entre nosotros</p> <p>e. *No sabe</p> <p>f. *No contesta</p>
---	---

- *Edad de inicio de relaciones sexuales completas:* No se ha encontrado en la literatura consultada definido que se considera inicio temprano de relaciones sexuales, por lo que se ha establecido como criterio para considerar afectado el ítem aquellas adolescentes que declararon haber comenzado a mantener relaciones sexuales antes de los 16 años al estar por debajo de la media indicada en los estudios consultados, o no saber cuando comenzaron a mantener relaciones sexuales completas.

<p>¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?</p>	<p>a. Nunca he mantenido relaciones sexuales completas</p> <p>b. *Menos de 14 años</p> <p>c. *14 años</p> <p>d. *15 años</p> <p>e. 16 años</p> <p>f. 17 o más años</p> <p>g. *No sabe</p> <p>h. No contesta</p>
---	---

- *Número de parejas sexuales:* No se ha encontrado definido en los estudios consultados que número de parejas sexuales supone un riesgo para un embarazo no planificado con lo se ha utilizado lo que la mayoría de las jóvenes han declarado en los estudios consultados como referencia. Así se ha establecido como criterio de afectación de ítem el

haber tenido relaciones sexuales con más de dos personas o no saber con cuantas personas se han mantenido relaciones sexuales, entendiendo que puede haber diferencias importantes entre las adolescentes más pequeñas (15 años) y las mayores (19 años) sin que esto necesariamente pueda considerarse un factor de riesgo. Este dato se tendrá en cuenta a la hora de definir la afectación de la dimensión.

¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales completas?	<ul style="list-style-type: none"> a. 1 persona b. 2 personas a. *3 personas b. *4 personas c. *5 o más personas d. *No sabe c. No contesta
---	--

- *Uso del preservativo:* Se ha establecido como criterio de afectación de ítem el haber declarado utilizar preservativo normalmente en sus relaciones sexuales pero tener olvidos, no utilizar preservativo por usar anticoncepción hormonal, no usar preservativo ni utilizar anticoncepción hormonal, no saber o decidir no contestar.

¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?	<ul style="list-style-type: none"> e. Sí, siempre utilizamos preservativo f. *Normalmente utilizamos preservativo aunque a veces se nos olvida g. Normalmente utilizamos preservativo aunque a veces se nos olvida pero tomo píldora (o anillo o parche) h. *Casi nunca utilizamos preservativo pero tomo píldora (o anillo o parche) i. *Casi nunca utilizamos preservativo y NO tomo píldora (ni uso anillo ni parche) j. *No sabe k. *No contesta
---	---

- *Deseo de embarazo*: Se ha establecido como criterio de afectación de ítem, estar totalmente de acuerdo o de acuerdo con la afirmación *querría quedarme embarazada en este momento o no saber si se desea*.

¿Querrías quedarte embarazada en este momento?	<p>1 – 2 - 3 – 4*</p> <p>No sabe</p> <p>No contesta</p>
--	---

*1= Totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo

La opción de respuesta “no sabe” se ha considerado como un aspecto negativo o de riesgo. Entendiendo que es difícil su interpretación en positivo en relación a estas preguntas, porque tanto si es por desconocimiento, por falta de comunicación, apatía, desinterés o ambivalencia pueden considerarse como un aspecto negativo y determinar la afectación del ítem.

La opción de respuesta “no contesta” sólo se ha considerado como un aspecto negativo para considerar el ítem afectado en las preguntas relacionadas con la satisfacción con las relaciones familiares y el uso del preservativo por considerar que en caso de estar satisfecho con las relaciones y usar preservativo, las chicas, con bastante probabilidad, contestarían a la pregunta, dado que es lo socialmente más aceptado. No ocurre así en el resto de ítems en los que es más difícil la interpretación de la respuesta “no contesta” y podría conducir a error.

- Afectación de dimensiones (Tabla 32):
 - *La dimensión nivel educativo* se considerará afectada cuando al menos uno de los progenitores tenga un nivel bajo de estudios dado que no se ha encontrado descrito en la literatura si este factor debe darse en ambos progenitores o en uno.

- *La dimensión Apgar familiar* se considerará afectada cuando la adolescente declare no convivir con los padres o tener malas relaciones familiares dado que ambos factores se han relacionado con riesgo de embarazo no planificado.
- *La dimensión conducta sexual* se considerará afectada cuando la adolescente declare haber iniciado sus relaciones sexuales completas con menos de 16 años y haber tenido más de 2 parejas sexuales. Se ha establecido que los dos ítems deben estar afectados para considerar la dimensión afectada dado que el número de parejas se ha asociado generalmente al inicio temprano de relaciones sexuales como factor de riesgo a un embarazo no planificado en la adolescencia.
- *La dimensión uso anticonceptivo* se considerará afectada si el ítem está afectado.
- *La dimensión deseo de embarazo* se considerará afectada si el ítem está afectado.

Tabla 32: Reglas de afectación de dimensión para la evaluación del riesgo a un embarazo adolescente no planificado

Ítem	Dimensión	Dimensión afectada si:
¿Qué estudios tiene tu madre? ¿Qué estudios tiene tu padre? ¿Vives con tus padres?	1-Educación padres	Afectado un ítem
¿Satisfecha relaciones familiares?	2-Apgar familiar	Afectado un ítem
¿Edad primera relación sexual? ¿Con cuántas personas?	3-Conducta sexual	Afectados ambos ítems
¿Utilizáis preservativo?	4-Anticonceptivo	Afectado ítem
¿Querías quedarte embarazada?	5-Deseo	Afectado ítem

- Adolescente en riesgo de embarazo no planificado (Tabla 33):
 - Se considerará que la adolescente está en riesgo de embarazo si presenta tres dimensiones afectadas, o dos si éstas son:
 - Conducta sexual
 - Uso anticonceptivo ó
 - Deseo de embarazo
- dado que estos factores han sido considerados predictivos de embarazo adolescente en la literatura consultada.

Tabla 33: Regla de afectación global de salida del cuestionario

Regla valoración global:
Existe riesgo a un embarazo adolescente no planificado si
Dimensión (3 y 4) o (3 y 5) o (4 y 5) o (1 y 2 y 3) o (1 y 2 y 4) o (1 y 2 y 5) afectadas

5.2.5. Validez de criterio del cuestionario

La validez de criterio del cuestionario empleando como patrón de referencia la clasificación en adolescentes con embarazo no planificado presenta los parámetros mostrados en la Tabla 34:

Tabla 34: Parámetros de validez de criterio

Parámetro de validez de criterio	Valor porcentual (IC95%)
Sensibilidad	87(81-93)
Especificidad	44(36-52)
Frecuencia de falsos positivos	56(48-64)
Frecuencia de falsos negativos	13(7-19)
Valor predictivo de resultado positivo	46(38-54)¹
Valor predictivo de resultado negativo	86(80-92)¹
Rendimiento del cuestionario	1.6²

1-Tomado la prevalencia de embarazos adolescentes no planificados en población según el sistema de estadísticas del Servicio Canario de la Salud (2015).

2- Veces más verdaderos que falsos positivos que produce el cuestionario.

5.2.6. Fiabilidad del cuestionario

La fiabilidad del cuestionario por contraste entre sus dos administraciones, con una pérdida en la segunda vuelta de 12 adolescentes (8% de la muestra), ofrece una coincidencia bruta del 89%(84-94)% y una concordancia libre de azar del 77%(70-84)% con una $p < 0,001$.

El cuestionario definitivo, que recibe el nombre de “Instrumento de valoración del Riesgo de Embarazo No Esperado” con su acrónimo “IRENE” se presenta en la Tabla 35. Se ha preferido utilizar el término embarazo “no esperado” frente a embarazo “no planificado” en el acrónimo por considerarlo más adecuado a este colectivo dado que pocos periodos en la vida se caracterizan por tan poca “planificación” como la adolescencia y ser el término “esperado” el más comúnmente utilizado por las jóvenes al referirse al embarazo no planificado.

Tabla 35: Cuestionario definitivo IRENE

Pregunta	Marca con un círculo o cruz tu respuesta
¿Qué estudios tiene tu madre?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca estudió, no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Universitarios 6. No sabe 7. No contesta
¿Qué estudios tiene tu padre?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca estudió, no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Universitarios 6. No sabe 7. No contesta
¿Vives con tus padres?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí con mi padre y mi madre 2. Con mi madre 3. Con mi padre 4. Ninguna de las anteriores 5. No sabe 6. No contesta
¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones familiares?	<ol style="list-style-type: none"> 1. En mi familia tenemos malas relaciones entre nosotros 2. En mi familia tenemos una relación aceptable 3. En mi familia tenemos buena relación entre nosotros. 4. En mi familia tenemos muy buena relación entre nosotros 5. No sabe 6. No contesta
¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca he mantenido relaciones sexuales completas 2. Menos de 14 años 3. 14 años 4. 15 años 5. 16 años 6. 17 o más años
¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 persona 2. 2 personas 3. 3 personas 4. 4 personas 5. 5 o más personas
¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, siempre utilizamos preservativo 2. Normalmente utilizamos preservativo, aunque a veces se nos olvida 3. Normalmente utilizamos preservativo, aunque a veces se nos olvida, pero tomo píldora (o anillo o parche) 4. Casi nunca utilizamos preservativo, pero tomo píldora (o anillo o parche) 5. Casi nunca utilizamos preservativo y NO tomo píldora (ni uso anillo ni parche) 6. No sabe 7. No contesta
¿Querrías quedarte embarazada en este momento?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2-3-4* 2. No sabe 3. No contesta
*1= Totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo	

DÍSCUSIÓN



6. DISCUSIÓN

Como resultado de este estudio se muestra la posibilidad de obtener un cuestionario que valora de manera válida y fiable el riesgo de un embarazo adolescente no planificado. Este cuestionario cumple también con las premisas de ser fácil y rápido de administrar. Acorde a los resultados de la búsqueda bibliográfica este estudio parece ser el cuarto intento en obtener un cuestionario que valore el riesgo de embarazo no planificado, encontrándose únicamente uno anterior específico para la población adolescente.

El estudio de Barret G y cols.⁶⁰ de 2004 aborda el tema con una muestra de validación de mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años de Reino Unido y propone el cuestionario London Measure Unplanned Pregnancy (LMUP). A diferencia de éste, el presente estudio se centra en la población adolescente, porque entendemos que la adolescencia posee una serie de características intrínsecas que le confieren una entidad propia y que los factores que pueden incidir en el riesgo de embarazo en una adolescente pueden diferir de los factores que lo hacen a la edad adulta, a pesar de poder encontrar también alguna similitud, por lo que consideramos que precisa un abordaje específico a la hora de valorar el riesgo de un embarazo no planificado.

En cuanto a la exploración de dimensiones encontramos similitudes con el estudio de Barret en la importancia del deseo de embarazo y el uso de métodos anticonceptivos. Comparando las metodologías empleadas, IRENE aporta una validez de criterio predictiva ausente en el London Measure Unplanned Pregnancy (LMUP) al emplear la clasificación de la muestra de validación, adolescentes con embarazo no planificado, como patrón de referencia ausente en el estudio de Barret y en el establecimiento de reglas de afectación.

En relación al estudio publicado en 2009 no ha sido posible acceder a la metodología empleada para la construcción del Pregnancy Risk Index (PRI) por Santelli ⁶¹ validado también en muestra de mujeres de 15-44 años con lo que no se puede realizar comparativa.

El otro estudio con resultados disponibles es el de Santos MI y Rosario F. ¹⁶ de 2011, que se centra, como éste, en población adolescente para la construcción del cuestionario Risk Adolescence Pregnancy (RAP). Los resultados de nuestro estudio concuerdan con el de Santos en el nivel educativo de los padres, proxy al status socio-económico de los padres explorado en RAP, y en la convivencia con los progenitores, proxy al tipo de familia de la adolescente explorado en RAP, como ítems a considerar en un cuestionario dirigido a valorar el riesgo de embarazo en la adolescencia, pero IRENE amplía las dimensiones añadiendo la conducta sexual, el uso de anticonceptivos y el deseo de embarazo, factores considerados en la literatura de gran importancia y de carácter predictivo del embarazo adolescente.

En relación al empleo del análisis de curvas ROC type II utilizada en el estudio de Santos para buscar el punto de corte de la escala de salida de RAP que clasifique a la adolescente en riesgo de embarazo no planificado, consideramos que este enfoque vincula de forma considerable la valoración ofrecida por este cuestionario a las características de la muestra de validación que podrían no replicarse en otros medios, con lo que su validez en otros entornos podría verse afectada. Aun entendiendo que es necesaria la validación en otros entornos, la valoración ofrecida por IRENE como salida del cuestionario se basa en el establecimiento de reglas cualitativas de interpretación de afectación de los ítems, de las dimensiones componentes y de la valoración global para clasificar a la adolescente en una situación de riesgo basadas en la literatura con lo que su aplicación en poblaciones similares podría ser factible.

En cuanto a la selección de la muestra de validación se han tenido en cuenta las desigualdades que pueden existir dentro del colectivo adolescente, ya sean económicas,

culturales o de lugar de residencia por lo que se ha intentado hacer un barrido por cada una de las franjas para que ésta pudiera ser considerada como representativa de la población adolescente de la isla de La Palma. Para ello se ha recurrido a seleccionar de forma aleatoria a las jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 24 años que acudieron a las consultas de medicina de familia, pediatría y matronas de los centros de salud que dan cobertura a isla de La Palma, así como jóvenes en seguimiento por servicios sociales municipales. Las submuestras quedarían conformadas por aquellas mujeres que hacen uso de los servicios sanitarios bien sea por enfermedad o interesadas por el mantenimiento de su salud o prevención de la enfermedad propia o la de sus hijos de forma más o menos habitual y por mujeres usuarias de servicios sociales de los ayuntamientos, en seguimiento por diferentes problemáticas, ya sea social, familiar, o económica y que no suelen acudir de forma habitual a los centros sanitarios.

Existe abundante literatura en la que se aborda la identificación de factores relacionados con el embarazo no planificado en la adolescencia.¹⁸⁻²⁸ De la revisión bibliográfica efectuada para explorar todos estos factores con la finalidad de diseñar y validar el cuestionario motivo de estudio y los ítems que lo conforman, se observa que sólo elementos como el nivel educativo, relaciones familiares, conducta sexual, uso de anticonceptivos y deseo de embarazo han sido, en nuestra población, los determinantes en la predicción de un riesgo de embarazo no planificado en la adolescencia, que si bien estos ya habían sido descritos de forma aislada, no existía una herramienta que los agrupara para el diagnóstico de riesgo de embarazo no planificado en la adolescencia.

Como valor añadido a la finalidad de nuestro estudio, se observa que cerca de la mitad de las jóvenes que habían pasado por la experiencia de embarazo no usaban casi nunca preservativo pero declaraban usar anticonceptivos hormonales para evitar el embarazo. Aun teniendo en cuenta que esto está sujeto a declaraciones de las participantes y por tanto a diferentes sesgos como la deseabilidad social y la memoria, este hecho podría motivar el desarrollo de estudios dirigidos a comprobar la eficacia

anticonceptiva real de los anticonceptivos hormonales en la población adolescente y orientar a los médicos de familia o ginecólogos a la hora de valorar lo adecuado de su prescripción como método eficaz en la prevención de embarazo en este colectivo.

En relación al deseo de embarazo es difícil de determinar en la adolescente que ha sido madre si este deseo era previo o no al embarazo, ya que podría estar condicionado por el hecho de tener el hijo en la actualidad. Sin embargo, mientras que casi la mitad de las adolescentes que habían pasado por la experiencia de embarazo declararon haber querido quedarse embarazadas, sólo una de cada cuatro de las que no habían pasado por la experiencia respondieron desearlo. Tal diferencia apunta al deseo de quedar embarazada en una adolescente como un marcador de riesgo para que ocurra el mismo. Sería interesante explorar que motivación subyace tras ese deseo de embarazo en las adolescentes para poder actuar de una forma dirigida.

La edad del primer embarazo de la madre aparece como un elemento de peso en muchos estudios de factores de riesgo de embarazo en la adolescencia debido a la repetición en la adolescente del modelo y patrón de conducta de su progenitora.^{16,47,48} En la exploración preliminar de factores de riesgo asociados en nuestra población este aspecto se relacionó con el embarazo adolescente no planificado, pero fue suprimido por redundante en la etapa de análisis de consistencia interna del cuestionario por la mejoría que producía su eliminación en el indicador de coherencia. La correlación de la edad del embarazo materno con el nivel de estudios de la madre justifica la supresión de este ítem en el cuestionario. Es por esta replicación de modelos de comportamiento por lo que entendemos que el nivel educativo de los padres se relacione también con el riesgo de embarazo adolescente, ya que como se comentó anteriormente el nivel de estudios de las jóvenes guarda una relación inversa con el riesgo de embarazo por lo que puede ser considerado un factor de riesgo o protección.

El consumo de alcohol u otras drogas descrito en la literatura²⁹⁻³¹ no se ha relacionado en nuestro estudio con el embarazo adolescente no planificado, al no

observarse diferencias sustanciales de la distribución del consumo declarado como ocasional ni habitual, resultando bastante frecuente en general el primero y mucho menos frecuente el segundo entre los dos grupos de clasificación.

En nuestro estudio no se ha encontrado relación entre el contacto con personal sanitario ya sea médico de atención primaria, enfermera o matrona, y el embarazo adolescente no planificado. Las visitas a petición de las mujeres para solucionar dudas en temas relacionados con la salud, giran en torno a uno de cada diez en ambos grupos y sin variaciones por profesional. Esto parece confirmar que las dudas o problemas de salud no son consultados a personal sanitario sino a amigos, familiares u otras fuentes de información como internet y que pocas veces se contrasta la información obtenida con profesionales de la salud como apuntaba la literatura.^{17,25,32}

IRENE quedó conformada por ocho ítems repartidos en cinco dimensiones. La elaboración de reglas de afectación de cada ítem, la combinación de afectaciones de ítems para considerar afectada la dimensión, y la combinación de dimensiones afectadas para la determinación de existencia de riesgo de embarazo no planificado, además de independizar el cuestionario de posibles características específicas de la muestra, como se señaló anteriormente, también permite señalar que dimensiones se hallan comprometidas en la valoración del riesgo. Esta característica de IRENE permite señalar aquellos aspectos a priorizar en las intervenciones necesarias para poder colocar a la adolescente en una situación de menor riesgo cuando el embarazo no es planificado. Sabiendo que hay dimensiones que tienen un mayor peso en esta estrategia, como son aquellas cuyos ítems valoran factores susceptibles de ser modificados de forma directa con una intervención educativa, como la conducta sexual, el uso anticonceptivo y el deseo de embarazo, frente a otros de más difícil cambio con una intervención como el Apgar familiar, o de muy difícil modificación como el nivel educativo de los padres, que más que factores de riesgo podrían ser considerados determinantes del riesgo a un embarazo adolescente no planificado. Dado el inicio cada vez más precoz de las

relaciones sexuales y la importancia del uso del preservativo en la primera relación sexual que va a condicionar su uso posterior, el diagnóstico de riesgo de embarazo no planificado debería hacerse lo antes posible. IRENE podría ser un instrumento a utilizar en las consultas de pediatría para explorar el riesgo de embarazo que tienen las jóvenes de 14 años. Su reevaluación periódica desde la consulta de adultos o matrona permitiría ir actuando sobre aquellas dimensiones que se consideren afectadas de forma preventiva e ir valorando si se produce cambio tras una intervención.

Una propuesta de abordaje en salud afectivo-sexual y reproductiva en la adolescencia sería hacerlo de forma integral, incluido en las áreas curriculares de los centros educativos y apoyado por profesionales sanitarios, en la línea del modelo de intervención profesional propuesto por López.¹¹¹ La sexualidad debería ser entendida como algo innato, fisiológico y positivo que rodea al ser humano y no únicamente centrado en la biología, es decir en el aparato reproductor y proceso reproductivo. Descubrir una fuente de sensaciones y de placer por explorar, una forma de comunicarse, expresar sentimientos y emociones no centrada solo en los genitales y en la relación coital y basadas en el respeto y acuerdo mutuo. Posiblemente una de las razones por las que los jóvenes inician tan tempranamente sus relaciones sexuales podría ser por el desconocimiento de otras formas de manifestar su sexualidad y deseo. El “acostarse con alguien” se ve como un fin y no como un aspecto más dentro de las relaciones sexuales, se habla de “preliminares” teniendo claro que lo importante viene después y convencidos de que no se disfruta del todo si no se culmina, máxime si “lo hacen sin condón”. Conviene recordar que como se apuntó al inicio de este trabajo las jóvenes que practicaban tempranamente sus relaciones coitales tenían más riesgo de embarazo no planificado que las que se iniciaron con otro tipo de experiencias.⁸⁹ Educar en sexualidad y enseñar a los jóvenes diferentes formas de expresión y relación con las personas podría ser uno de los objetivos prioritarios de los programas de educación sexual y afectiva. Abordando la relación coital como algo más dentro de las formas de expresión, pero no como el objetivo último a conseguir.

En relación a factores como el nivel educativo de los padres y la estabilidad y relaciones familiares, considerados como determinantes sociales de la salud en la literatura,^{22,23,33-38} pueden no estar contemplados en programas de salud afectivo-sexual y reproductiva, pero dada su importancia y relación con el embarazo adolescente no planificado es necesario su abordaje. Si bien el nivel de estudios o el tipo de familia son difícilmente modificables como se comentó, trabajar no sólo con los jóvenes sino con sus familias podría ser un buen punto de partida. Disfrutar del conocer y conocerse, trabajar la empatía, el respeto, la comunicación, la asertividad, la autoestima se convierten en aspectos fundamentales en la educación de los jóvenes y padres, en general y más concretamente en los jóvenes que estén en situación de riesgo.

Las pruebas de validez y fiabilidad realizadas sobre IRENE arrojan que resulta un cuestionario de sensibilidad y valor predictivo de resultados negativos cercanos al 90% con una concordancia de resultados libre de azar cercana al 80%, lo que lo hace un instrumento con buenas características métricas par su empleo en estrategias de cribado poblacional.

Nuestro estudio está afectado por sesgos y limitaciones. Un posible sesgo podría estribar en que la producción de datos para la validación del cuestionario se basa en los comportamientos declarados por las participantes, susceptibles de distorsiones asociadas a su veracidad de manera intencional o por fallos de memoria. Las características de los jóvenes los convierte en un colectivo difícil de estudiar y los temas tratados pueden resultar también delicados a la hora de declarar determinados comportamientos socialmente poco aceptados. Por el contrario, también consideramos que los jóvenes hablan con mayor naturalidad de estos temas por considerarlo algo “normal” en su entorno. No resulta raro en la actualidad que no se conviva con los padres, que con 15 o 16 años se hayan mantenido relaciones sexuales o que se hayan tenido varias parejas. Otro posible sesgo viene dado por el hecho de que las adolescentes que pasaron por la experiencia de embarazo han sido madres casi en su totalidad lo que puede haber

condicionado la respuesta a ítems como el deseo de embarazo en el sentido de discernir si en verdad fue previo o posterior al embarazo.

Otra limitación del estudio ha sido la imposibilidad de valorar la sensibilidad del cuestionario al cambio, que se tendría que probar con una nueva administración del cuestionario a adolescentes a las que el cuestionario hubiese clasificado como en riesgo de embarazo y que hayan sido incluidas en un programa de educación afectivo-sexual y reproductiva de efectividad demostrada, algo que no se posee en la actualidad.

Nuestro estudio también posee varias fortalezas. La primera es el barrido por los estratos sociales que se ha hecho para conformar una muestra de validación del cuestionario, lo más cercana a la estructura social de la población de adolescentes de Canarias, desde las diferentes consultas de atención primaria y servicios sociales de los ayuntamientos de Los Llanos, Tazacorte, El Paso y Puntagorda. La segunda es el empleo de grupos focales en la exploración y selección de factores de riesgo e ítems para conformar el cuestionario tentativo inicial. Esto aporta al estudio la riqueza de además de haber explorado los factores de riesgo en la literatura, poder contar con la opinión de grupos de expertos en la materia que aportan una visión más cercana a nuestro entorno y un grupo de adolescentes que han pasado por la experiencia de embarazo y conocen de primera mano los aspectos que influyeron en que un día se quedaran embarazadas sin haberlo planeado. Además, nos ha permitido poder adaptar el lenguaje y expresiones a las utilizadas por las jóvenes de manera que el cuestionario fuera más sencillo y entendible. Una tercera fortaleza del estudio es la deducción cualitativa de reglas de afectación de los ítems para conformar las valoraciones de afectación de las dimensiones componentes y global ofrecidas por IRENE, en vez del empleo de dudosas acumulaciones de "puntuación" de respuestas tipo Likert y el hallazgo de sus puntos de corte mediante técnicas de análisis de curvas ROC con las deficiencias antes descritas que comporta este enfoque.

Considerando los sesgos y limitaciones antes expuestos, los resultados de este estudio apoyan la posibilidad de obtención de una herramienta de alta sensibilidad y valor predictivo de sus resultados negativos que lo convierten en una herramienta de cribado que nos permite detectar a las adolescentes en situación de riesgo de embarazo no planificado y valorar sobre qué aspectos podemos incidir para intentar disminuirlo.

Se requieren estudios de seguimiento que confirmen que IRENE es un instrumento real de valoración del riesgo de embarazo no planificado en la adolescencia, de su prueba en otras poblaciones diferentes que demuestren el mantenimiento de los valores de sus parámetros psicométricos, así como la estimación de su sensibilidad al cambio para considerarlo, además, una herramienta con posibilidades de cuantificar el impacto de intervenciones que pudieran modificar el riesgo a un embarazo adolescente no planificado.

6.1. Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se obtuvo la autorización de la Comisión de Bioética e Investigación del Hospital Universitario de Canarias (Anexo 3) y de la Gerencia del Área de Salud de La Palma. (Anexo 4)

CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES

1. Del estudio realizado se ha obtenido una herramienta (IRENE) que permite clasificar a las adolescentes en función del riesgo de embarazo.
2. IRENE ha obtenido unos parámetros de validez y fiabilidad que permiten recomendar su uso por parte de los profesionales sanitarios.
3. IRENE presenta una buena consistencia interna y aporta una sensibilidad y un valor predictivo de resultado negativo superior al 80%, lo que la convierte en una buena herramienta de cribado.
4. Es un instrumento de medida rápido y de fácil administración.
5. Se basa en los factores que han demostrado una correlación con el embarazo adolescente no planificado en la muestra de validación.
6. La determinación de reglas cualitativas de afectación de ítems, dimensiones y salida del cuestionario desvincula a IRENE de las características propias de la muestra de validación.
7. La utilización de la herramienta por parte de los profesionales permitirá planificar intervenciones dirigidas a adolescentes en situación de riesgo de embarazo no planificado.

8. IRENE permite detectar qué dimensiones están afectadas facilitando el diseño de intervenciones específicas.

9. Se precisa de más investigación que permita la validación del instrumento en otras poblaciones para comprobar el mantenimiento de sus valores psicométricos.

Bibliografía



8. BIBLIOGRAFIA

1. Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development. Who discussion papers on adolescence. Department of Child and Adolescent Health and Development World Health Organization, Geneva Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva. World Health Organization (2004). ISBN 92 4 159145 5.
2. Huynh, L; McCoy, M; Law, A; Tran, K; Knuth, S; Lefebvre, P; Sullivan, S; Sheng Duh, M. Systematic Literature Review of the Costs of Pregnancy in the US. *PharmacoEconomics*. 2013 Nov. 31(11).p1005–1030
3. Coelho Fábio Monteiro da Cunha, Pinheiro Ricardo Tavares, Silva Ricardo Azevedo, Quevedo Luciana de Ávila, Souza Luciano Dias de Mattos, Castelli Rochele Dias et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013 Mar 35(1):51-56 [Internet]. [consultado el 30 Junio de 2016]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000100009&lng=en
4. Part, K; Moreau, K; Donati, S; GISSLER, M; Fronteira, I; Karro, H. Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 (Dec);92(12):1395-406 Epub 2013 Oct 15
5. Koh, H. The Teen Pregnancy Prevention Program: An Evidence-Based Public Health Program Model. *Journal of Adolescent Health*. 2014 (Mar); 54(3);pS1-S2
6. Martins S, Whitaker A, Gilliam M. Very young and pregnant: Correlates of early (< 15 years old) versus late (15–19 YEARS OLD) teenage pregnancy international survey of family growth. *Contraception* 2012 (Sept);86(3);290–325
7. Interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Informe 2012. Consultado el día 25 de Mayo de 2014 Disponible en https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2012.pdf.
8. Young people, pregnancy and social exclusion. A systematic synthesis of research evidence to identify effective appropriate and promising approaches for prevention and support. Social science of research Unit. Institute of Education of London. 2006 Mar.

- Consultado el 22 de Agosto de 2014. Disponible en: https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/pregnancy_social_exclusion.pdf?ver=2006-04-24-140619-143
9. Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe. World Health Organization. Regional office for Europe. World Health Organization (2015)
 10. Álvarez González, J.D; Aragón Martínez, J.; Barranco Castillo, E.; Bernabéu Pérez, S.; Blanco Pérez, S.; Buil Rada, C.; Manual de salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad española de contracepción. Enero 2001. ISBN: 84-931912-0-5.
 11. Madkour, A.S; Farhat, T; Halpern, C.T. Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health*. 2010 (Oct); 47(4); p389–398 Published online 2010 Apr 28
 12. Lawrence, B. Finer, Ph D. Unintended pregnancy among U.S adolescents: Accounting for sexual activity. *J.Adolesc Health*. 2010 (Sep);47(3):312-4. Epub 2010 Apr 9.
 13. Sociedad española de contracepción "Los adolescentes españoles precisan especial protección ante los riesgos de ITS y embarazo". 2010. Consultado el día 25 de Abril de 2014. Disponible en www.sec.es/prensa/noticias/2010.03.26.php
 14. Diagnóstico de la situación de la juventud de Canarias". Encuesta de jóvenes de Canarias 2012. Técnicos del Socio-análisis. S.L. Consultado el 12 de Abril de 2015. Disponible en: http://www.juventudcanaria.com/opencms8/export/sites/juventudcanaria/multimedia/documentos/programas/publicaciones/encuesta_jovenes_canarias_2012/ejc2012_diagnostico_juventud_canarias_2012_completo_13feb.pdf
 15. Victoria Ball, B.A. & Kristin A. Moore, Ph.D. What works for adolescent reproductive health: Lessons from Experimental Evaluations of Programs and Interventions. *Child trends*. Fact sheet. May 2008. Consultado el 11 de Julio de 2014. Disponible en: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2008_05_20_FS_WhatWorksRepro.pdf
 16. Santos, M.I; Rosario, F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. *Fam Pract*. 2011 (Oct);28(5):482-8. Epub 2011 Apr 27.

17. López-Amorós, M.; Schiaffino, A.; Moncada, A.; Pérez, G. Factores asociados al uso de anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14-18 años de edad. *Gaceta Sanitaria* 2010 Sep; 24(5);404-409.
18. Triviño Rodríguez, M.; Muñoz-Santanach, D.; Trenchs Sainz de La Maza, V.; Valls Lafon, A. y Luaces Cubells, C. Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias. *Anales de Pediatría* 2011 (Mar);75(2):110-114.
19. Larrañaga, E. Yubero, S. Yubero, M. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *SUMMA psicológica UST*. 2012(Nov); 9(2); 5-13
20. Miller, W. Barber, J. Gatny, H. The effects of ambivalent fertility desires on pregnancy risk in young women in Michigan, United States. *Popul Stud (Camb)*. 2013 (March); 67(1): 25–3. Epub 2012 Dec 13
21. Patel, PR. Laz, TH Berenson, AB. Patient Characteristics Associated with Pregnancy Ambivalence. *J. Womens Health*. 2015 (Jan);24(1);37:41. Epub 2014 Dec 2
22. Imamura, M Tucker, J. Hannaford, P. Oliveira da Silva, M. Astin, M. Wyness, L. Bloemenkamp, KWM. Jahn, A. Karro, H. Olsen, J. Temmerman, M. REPROSTAT 2 group. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2007(Dec); 17(6); 630–636
23. Maness, S. Buhi, ER. Daley, EM. Baldwin, JA. Kromrey, JD. Social Determinants of Health and Adolescent Pregnancy: An Analysis from the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health. *Journal of Adolescent Health*. 2016(Jun);58(6); 636-643
24. Álvarez Nieto, C.; Pastor Moreno, G.; Linares Abad, M.; Serrano Martos, J.; Rodríguez Olalla, L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*. [Internet] 2012 Dic; 26(6); p497-503. Consultado el 1 de Febrero de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000600002&lng=es
25. Yago Simón T., Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2014Jun [consultado 13 de Mayo 2014]; 88(3): 395-406. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300009&lng=es.

26. Haldre, K.; Rahu, K; Rahu, M.; Karro, H. Individual and familiar factors associated with teenage pregnancy: an interview study. *European Journal Public Health* 2009 Jan; 19(3);266-270. First published online: 22 January 2009
27. Houck, C; Hadley, W. Tolou-Shams, M. Brown, L. Truancy is associated with sexual risk among early adolescents *J Dev Behav Pediatr.* 2012 Nov-Dec;33(9):728-31.
28. Bennett, I.; Frasso, R.; Bellamy, S.L; Wortham, S; Gross, K.S; Pre-teen literacy and subsequent teenage childbearing in a US population. *Contraception.* 2013 Apr;87(4):459-64. Epub 2012 Dec 11.
29. Espada, J.P; Morales, A; Orgilés, M; Piqueras, J.A; Carballo J.L. Comportamiento sexual bajo la influencia del alcohol en adolescentes españoles. *Adicciones* 2013, 25(1),55-62 ISSN 0214-4840.
30. Smith Connery, H.; Albright, B.; Rodolico, J.M Adolescent substance use and unplanned pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014 Jun; 41(2): p191–203. Epub 2014 Apr 6
31. Informe juventud en España (Estudio INJUVE). Observatorio de la juventud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Consultado el día 26 de Marzo de 2014. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf
32. Morales Sabuco, A. Promoción de la salud sexual en adolescentes españoles: Análisis de factores de riesgo y evaluación de estrategias preventivas. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche. 2015
33. Boislard, M.A; Poulin, F. Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. *J Adolesc.* 2011 Apr;34(2):289-300.
34. Mmari, K. Sabherwal, S A Review of Risk and Protective Factors for Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Countries: An Update. *Journal of Adolescent Health* 2013 Nov;53(5); 562-572. Epub 2013 Aug 31
35. Ana Penman-Aguilar, A. Carter, M. Snead, C. Kourtis, A. Socioeconomic Disadvantage as a Social Determinant of Teen Childbearing in the U.S. *Public Health Rep.* 2013 (Mar-Apr);128Suppl 1; 5-22

36. Peres, CA. Rutherford, G. Borges, G. Galano, E. Hudes, ES. Hearst, N. Family Structure and Adolescent Sexual Behavior in a Poor Area of São Paulo, Brazil. *J Adolesc Health*. 2008(Feb);42(2); 177–183
37. Vázquez-Nava, F. Vázquez-Rodríguez, CF. Saldívar-González, AH. Vázquez-Rodríguez, EM. Córdova-Fernández, JA. Felizardo-Ávalos, J. Sánchez-Márquez, W. Unplanned Pregnancy in Adolescents: Association with Family Structure, Employed Mother, and Female Friends with Health-Risk Habits and Behaviors. *J Urban Health*: 2014(Feb); 9(1); 176-185
38. Mora Cancino, AM. Hernández Valencia, M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum*. 2015 (May);29(2):76-82
39. Lang, DL. Rieckmann, T. DiClemente, RJ. Crosby, RA. Brown, LK. Donenberg, GR. Multi-level Factors Associated with Pregnancy among Urban Adolescent Women Seeking Psychological Services. *J Urban Health*. 2013(Apr);90(2);212-223
40. Guilamo-Ramos, V. Bouris, A. Lee, J. McCarthy, K. Michael, SL. Pitt-Barnes, S. Dittus, P. Paternal Influences on Adolescent Sexual Risk Behaviors: A Structured Literature Review. *Pediatrics*. 2012 (Nov);130 (5); 1313-1325
41. Guilamo-Ramos, V. Jaccard, J. Dittus, P. Collins, C. Parent-Adolescent Communication about Sexual Intercourse: An Analysis of Maternal Reluctance to Communicate. *Health Psychology*. 2008(Nov); 27(6); 760–769
42. Huang, DYC. Murphy, DA. Hser, Y. Parental Monitoring During Early Adolescence Deters Adolescent Sexual Initiation: Discrete-Time Survival Mixture Analysis. *J Child Fam Stud*.2011(Aug); 20(4);511–520
43. Deptula, DP. Schoeny, ME. Henry, DB. How Can Parents Make a Difference? Longitudinal Associations with Adolescent Sexual Behavior. *Journal of Family Psychology* © 2010 American Psychological Association. 2010. (Dec); 24 (6); 731–739
44. Markham, CM. Lormand, D. Gloppen, KM. Peskin, MF. Flores, B. Low, B. House, LD. Connectedness as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth. *J Adolesc Health*. 2010(Mar);46(Suppl 3);S23–S41. Epub 2010 22 Ene
45. Secor-Turner, M. McMorris, B. Sieving, R. Bearinger, L. Life Experiences of Instability and Sexual Risk Behaviors Among High-Risk Adolescent Females. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013 (Jun);45(2):101–107.

46. Cavazos-Rehg, PA. Spitznagel, EL. Bucholz, KK. Nurnberger Jr. J. Edenberg, HJ. Kramer, JR Kuperman, S. Hesselbrock, V. Bierut, LJ. Predictors of Sexual Debut at Age 16 or Younger. *Arch Sex Behav.* 2010(Jun);39(3);664-673
47. Crichton, J; Ibisomi, L; Obeng Gyimah. Mother-daughter communication about sexual maturation, abstinence and unintended pregnancy: Experiences from an informal settlement in Nairoy. *J Adolesc.* 2012 Feb;35(1):21-30.
48. Whitehead, E. Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: A comparative and analytical study. *Midwifery.* 2009 Apr;25(2):147-54. Epub 2007 Jun 27.
49. Kelli Stidham Hall, K.; Kusunoki, Y.; Gatny, H.; Barber, J. Social Discrimination, Stress, and Risk of Unintended Pregnancy Among Young Women. *J Adolesc Health.* 2015 Mar;56(3):330-7. Epub 2015 Jan 10
50. Hall, KS. Kusunoki, Y. Gatny, H.; Barber, J. The risk of unintended pregnancy among young women with mental health symptoms. *Soc Sci Med.* 2014 Jan; 0: 62–71. Epub 2013 Nov 7
51. Alarcón AM. Muñoz, S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev. méd. Chile [Internet].* 2008 (Ene) [consultado el 30 de Junio de 2016] ;136(1): 125-130. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100016&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100016>.
52. García-Corpas JP, Pareja-Martínez E, Esquivel-Prados E. Validez de los cuestionarios utilizados en ciencias de la salud. *Ars Pharmaceutica.* 2014;55(2):32-41
53. Ramada-Rodilla, J.M; Serra-Pujadas, C; Delclós-clanchet, G.L; Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Méx.* 2013 Ener-Febr;55(1); p57-66. Consultado el 12 de Mayo de 2015. Disponible en: http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&Ing=es
54. Martin Arribas, MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; vol. 5(17): 23-29
55. George, D. Mallery, P. *SPSS/PC Step by step. A simple guide and reference.* Belmont: Wadsworth Publishing 1995

56. Carvajal, A.; Centeno, C.; Watson, R.; Martínez, M.; Sanz Rubiales, A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011 Ene-Abr; 34(1);63-72. Consultado el 12 de Mayo de 2015. Disponible en: http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&tlng=es
57. Brito Brito, P.R, Aguirre Jaime, A. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera.* Elsevier España. Barcelona. 2014. ISBN 978-84-9022-480-9
58. López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández, S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Atención Primaria en la Red.* Consultado el día 20 de Mayo de 2015. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/invetiga/kappa/kappa2.pdf>
59. Lanids, J.R, Koch, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977; 33(1): 159-174
60. Barret, G. Smith, SC. Wellings, K. Conceptualization, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health.* 2004(Jun);58(5);426-33
61. Sandelli, J. Pregnancy Risk Index: Using behavioral data to predict pregnancy and infertility. 2009. Consultado el día 13 de julio de 2016. Disponible en: <https://apha.confex.com/apha/137am/webprogram/Paper204989.html>
62. Fleicher, GJ. *La rebelión de los padres.* Ed. Dunken. 2015. ISBN 9870281842,9789870281849
63. *La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011.* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). Feb. 2011. Consultado en Marzo de 2015. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI2011.pdf>
64. Sociedad española de ginecología y obstetricia. *Ginecología en la adolescencia: Algunos aspectos. Documentos de consenso SEGO.* Consultada el día 22 de Julio de 2016. Disponible en: www.sego.es/Content/pdf/ginecologiaadolescencia.pdf
65. Iglesias Diz, J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2013; 17(2): 88-93. Consultado el 30 de Septiembre de 2014. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescent>

- e,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf
66. Rutter, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. (1987); 57 (3), 316-331.
67. Manual de sexualidad y juventud. Comportamientos sexuales de riesgo. Gobierno de Canarias. 2006. Consultado el día 30 de Junio de 2015. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/EstructuraOrgánica/dg/3/3_5/3_5_2/manual_2006/bloque5.htm
68. Jessor, R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 1992. 12, 374-390.
69. Burunat, E. El Desarrollo del Sustrato Neurobiológico de la Motivación y Emoción en la Adolescencia. *Fundación Infancia y Aprendizaje*. 2004 Mar Vol 27(1). P.87-104. ISSN 0210-3702
70. Oliva, A. La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Fundación Infancia y Aprendizaje*. 2004 Vol 21 (1). P. 115-122. Consultado el 1 de marzo de 2015. Disponible en: <http://personal.us.es/oliva/04.%20OLIVA.pdf>
71. Vaquero-Cristóbal, R. Isorna, M. Ruiz, C. Revisión sobre la situación actual del consumo de alcohol y práctica deportiva. *Journal of Sport and Health Research*. 2012 (Jan);4(3);269-288
72. Prevención de los problemas derivados del alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Consultado el 12 de Abril de 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
73. Ministerio del Interior. Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales (1994). Condiciones de consumo de alcohol en menores. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio del Interior.
74. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid 2016. Consultado el 30 de Junio de 2016. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf
75. Wagner, M. Habilidades sociales e abuso de drogas en adolescentes. *Psicología*

- Clínica. 2007 Dec;19(2), p101-116. ISSN 0103-5665. e-ISSN 1980-5438
76. Lopez, S., Rodriguez-Arias, J.L. Risk and protective factors in adolescents' drug use, and differences by age and sex. *Psicothema*. 2010 22(4), 568-73. ISSN 0214 - 9915
77. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Madrid 2011. Consultado el 30 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
78. Encuesta anticoncepción SEC 2104. Sociedad Española de Contracepción Marzo 2014. Consultado el día 16 de Junio de 2015. Disponible en: sec.es/descargas/EN_AnticoncepcionSEC2014.
79. VII Encuesta de anticoncepción en España. 2011. Estudio DAPHNE. Consultada el día 16 de Junio de 2015. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08043443ca12013443ea8ac106c0>.
80. Scott, M.E; Wildsmith, E.; Welti, K.; Ryan, S.; Schelar, E.; Steward-Streng, N.R Risky adolescents sexual behaviors and reproductive health in young adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011;43(2);110-118.
81. Brown, S. Guthrie, K. Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010 Jun;15(3):197-204.
82. Rahman, M.; Berenson, A.; Herrera, S.R. Perceived susceptibility to pregnancy and its association with safer sex, contraceptive adherence and subsequent pregnancy among adolescent and young adult women. *Contraception*. 2013 Apr; 87(4):437-442. Epub 2012 Oct 22
83. Baxter, S. Blank, L. Guillaume, L. Squires, H. Payne, N. Views regarding the use of contraception amongst young people in the UK: A systematic review and thematic synthesis. *Eur J Contracept and Reprod Health Care*, 2011 (Jun);16(3):149–160. Epub 2011 Feb 21
84. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) García Cervera, J. Contracepción en la adolescencia. 2013 (Feb); p68-80. Consultado el día 12 de Julio de 2016. Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/5-contracepción-en-la-adolescencia.pdf>
85. Lara, LA. Abdo, C. Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015(Dec);1-7

86. Skinner, SR. Robinson, M. Smith, MA. Cooper Robbins, SC. Mattes, E. Cannon, J. Rosenthal, SL. Marino, JL. Hickey, M. Doherty, D. Childhood Behavior Problems and Age at First Sexual Intercourse: A Prospective Birth Cohort Study. *Pediatrics*. 2015(Feb); 135(2);255-263
87. Heywood, W. Patrick, K. Smith, AM. Pitts, MK. Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data. *Arch Sex Behav* 2015(Apr); 44(3):531–569
88. Kaplan, DL. Jones, EJ. Olson, EC. Yunzal-Butler, CB. Early Age of First Sex and Health Risk in an Urban Adolescent Population. *Journal of School Health*. 2013 (May); 83(5);350-356
89. Reese, B.; Haydon, A.; Herring, A.; Halpern, C. The association between sequences of sexual initiation and the likelihood of teenage pregnancy. *J Adolesc Health*. 2013 Feb;52(2):228-33. Epub 2012 Aug 3
90. Vasilenko, SA. Lanza, ST. Predictors of multiple sexual partners from adolescence through young adulthood. *J Adolesc Health*. 2014 (Oct); 55(4): 491–497
91. Kan, ML. Cheng, YA. Landale, NS. McHale, SM. Longitudinal Predictors of Change in Number of Sexual Partners across Adolescence and Early Adulthood. *J Adolesc Health*. 2010 (Jan); 46(1):1-25
92. Folch, C. Álvarez, JL. Casabona, J. Brotons, M. Castellsagué, X. y Grupo Jóvenes e Internet. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2015(Sept-Oct);89(5): 471-485
93. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. 4/2004. Consultado el día 8 de Julio de 2016. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifra/cifra/cifra_sida0704.pdf
94. Alfaro González, M. Vázquez Fernández, ME. Fierro Urturi, A. Muñoz Moreno, MF. Rodríguez Molinero, F. González Hernando, C. et al. Hábitos sexuales los adolescentes de 13 a 18 años. *Rev.Pediatr Aten Primaria*. 2015(Sep);17;217-225
95. Perrota, G. Embarazo y maternidad en la adolescencia. *Revista electrónica de la Facultad de Psicología*. UBA. 2012 (Octubre);2(4);p14-16
96. Parra Abaúnza, N. Cuando el embarazo no planificado se desea. Estudio aproximativo sobre la vivencia de adolescentes embarazadas. *Documentos de Trabajo Social*. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

97. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007
98. Salmerón Ruiz, M.A; Casas Rivero, J. Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatría integral*. 2013;17(2);94-100. Consultado el 2 de Julio de 2015. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/02/94-100%20Problemas.pdf>
99. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico de Prevención y Control de la infección por el HIV y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Madrid. 2015
100. Torvie AJ, Callegari LS, Schiff MA, et al. Labor and delivery outcomes among young adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 2015 (Jul);213:95.e1-8.
101. Kirbas, A. Gulerman, HC, Daglar, K. Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 (Aug);29(4); 367e371. Epub 2016 Jan
102. Kaplanoglu, M. Bülbül, M. Konca, C. Kaplanoglu, D. Tabak, MS. Ata, B. Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women and Birth*. 2015(Dec);28(4); e119–e123
103. Cortes Castell, E; Rizo-Baeza, M; Aguilar Cordero, M.J; Rizo-Baeza, J; Gil Guillén, V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean área. *Nutr Hosp*. 2013 Sept-Oct;28(5):1536-1540
104. Khashan, A.S; Baker, P.N; Kenny, L.C. Research article Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. _2010 Jul 9;10:36
105. Gibbs, C.M; Wendt, A; Peters, S; Hogue, C.J. The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012 Jul; 26(01): 259–284.
106. Falk, G.; Östlund, I.; Magnuson, A.; Schollin, J.; Nilsson, K. Teenage mothers: A high-risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2006; 74; 471–475
107. Stidham Hall, K. Kusunoki, Y. Gatny, H. Barber, J. Social discrimination, mental health and unintended pregnancy during adolescence and young adulthood. *J Adolesc Health* 2015(Feb);2(Supple1):S72-S73

108. Biello, KB. Sipsma, HL. Kershaw, T. Effect of Teenage Parenthood on Mental Health Trajectories: Does Sex Matter? *American Journal of Am J Epidemiol.* 2010 Aug 1; 172(3): 279–287
109. Boletín Oficial de Canarias. (BOC) 22 de Abril de 2016. Consultado el día 20 de Julio de 2016. Disponible en: www.gobiernodecanarias.org/boc/2016/078/001.html
110. Soriano-Ayala, E. González-Jiménez, AJ. Soriano-Ferrer, M. Educación para la salud sexual: Del enamoramiento al aborto. Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. *Perfiles Educativos.* 2014 Mar;36(144); p105-119. Consultado el día 3 de Junio de 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982014000200007&lng=es&tlng=es. ISSN 0185-2698
111. López Sánchez, F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva;2005
112. Carpintero, E. López Sánchez, F. Del Campo, A. Soriano, S; Lázaro. S. El bienestar personal y social de los adolescentes y la prevención de la violencia. Presentación y validación de un programa educativo. *Revista de investigación en Psicología.* 2007 Sept;10(2);29-41 ISSN 1560-909X
113. Cochrane Database of Systematic reviews: Oringanje, C. Meremikwu, MM. Eko, H. Esu, E. Meremikwu, A. Ehiri, JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents(review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7;(4): Consultado el día 12 de Junio de 2015. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD005215/FERTILREG_interventions-preventing-unintended-pregnancy-among-adolescents
114. Tolli. MV. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research.* 2012 Apr. 27(5) P 904–913
115. Unites Nations development program. Human development reports. UNDP. Consultado el día 6 de Junio de 2016. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/composite/GII>
116. Instituto Nacional de estadística. Consultado el día 01-06-2016 Disponible en <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1894&capsel=1895>

117. Interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Informe 2014. Consultado el día 19 de Julio de 2016 Disponible en https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/VE_2014.pdf.
118. García Calvente M.M; Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria. 2000 Feb, 25(3) p181-186
119. Prieto Rodríguez, M.A; March Cerdá, J.C. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atención Primaria. 2002 Abril, 29(3); p366-373
120. Hyde, A. Howlett, E. Brady, D. Drennan, J. The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. Social Science & Medicine 2005 Jun; 61; p 2588-2599

A woman with dark hair, wearing a white lab coat, is shown from the chest up. She is looking down at a tablet computer she is holding in her hands. The background is a light, neutral color.

ANEXOS

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: *Presentación del estudio y consentimiento informado*

¡Hola!

Quiero aprovechar la ocasión para informarte de un estudio que estamos llevando a cabo con chicas de tu edad y del que nos encantaría que formaras parte.

El estudio se desarrolla en La Palma, y participarán más de 100 chicas. Al frente del mismo estoy yo, Elena Ortega, **matrona** de atención primaria, y consiste en conocer los factores que pueden influir en la posibilidad de embarazo en la adolescencia de manera que, de aquí en adelante, podamos incidir sobre ellos y evitar el embarazo cuando **no** es esperado. Esto nos permitiría detectar a jóvenes en situaciones de riesgo, aumentar la formación que ofrecemos, desarrollar actividades más concretas y proporcionar apoyo en esta etapa de vuestras vidas.

Tu opinión es muy valiosa para nosotros y solo tendrías que contestar a unas pocas preguntas que te entregamos. No te llevará más de **10 min.** Ya no tendrías que hacer nada más.

Las encuestas siempre serán **anónimas**, los resultados se volcarán en una base de datos y no sabremos a quién corresponden, con lo que te pedimos que contestes con la mayor franqueza posible a las mismas.

Los datos de las participantes nunca serán desvelados a terceros.

Tu experiencia puede ayudar a otras chicas y a los profesionales implicados en la atención a jóvenes a mejorar la asistencia que les prestamos.

Te agradecemos muchísimo tu colaboración

Un saludo

Elena.

Consentimiento informado

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y anónima.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma de la participante

Firma del investigador o representante

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

9.1. Anexo 2: Cuestionario tentativo

CUESTIONARIO

El presente cuestionario se entregará a chicas de entre 14 y 23 años que viven en La Palma y Tenerife.

Algunas habréis pasado por la experiencia de un embarazo y otras no. Nos interesa que os situéis EN EL MOMENTO PREVIO AL EMBARAZO a la hora de contestar, dado que las circunstancias pueden variar mucho después del nacimiento de un hijo o de la experiencia de un embarazo. En caso de no haber estado embarazada dínos qué opinas en la actualidad.

El cuestionario es totalmente VOLUNTARIO y ANÓNIMO. No quedará constancia de ningún dato personal en su registro.

Os rogamos la mayor sinceridad posible y agradecemos muchísimo vuestra participación.

EDAD:

¿DONDE VIVES HABITUALMENTE?:

- a) La Palma
- b) Tenerife

1) ¿Qué sientes hacia el colegio, instituto o escuela?

A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre los compañeros y compañeras de tu clase. Por favor, señala rodeando con un círculo hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas (1 significa totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo).

Me divierto junto a mis compañeros de clase, tenemos buena relación	1 - 2 - 3 - 4
Me siento aceptada por mis compañeros	1 - 2 - 3 - 4
Mis profesores me animan a participar en clase y dar mi opinión	1 - 2 - 3 - 4
Siento que la mayoría de los profesores son cercanos y se interesan por nosotros	1 - 2 - 3 - 4
Me siento a gusto en la escuela	1 - 2 - 3 - 4

No estoy cursando ningún estudio en la actualidad

No sabe

No contesta

2) ¿Cuánto te agobia el trabajo escolar?

- 1. Nada
- 2. Un poco
- 3. Bastante
- 4. Mucho
- 5. No sabe
- 6. No contesta

3) En tu opinión, tu(s) profesor(es) piensan que tus resultados escolares son:

- 1: Por debajo de la media
- 2: En la media de los compañeros
- 3: Algo por encima de la media
- 4: Muy por encima de la media
- 5. No sabe
- 6: No contesta

4) ¿Has repetido curso alguna vez?

- 1: Sí
- 2: No
- 3. No sabe
- 4, No contesta

5) **Todas las familias son diferentes y nosotros queremos saber cómo es la tuya.** Por favor, responde a continuación pensando en la casa donde vives todo o la mayor parte del tiempo y **rodea las personas que viven allí.**

(Recuerda antes de estar embarazada, en caso de haberlo estado.)

- Padre
- Madre
- Novia/o del padre
- Novio/a de la madre
- Abuelo
- Abuela
- Padres de acogida
- Centro o residencia de menores
- Otros: Especificar.....
- No sabe
- No contesta

6) ¿Cuándo tienes algún problema o algo que te preocupa, te resulta fácil o difícil hablar con cada una de estas personas? Señala rodeando (1 significa muy difícil, 2 difícil, 3 fácil, 4 muy fácil)

- | | |
|------------------------------|---------------|
| Padre: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Marido o pareja de la madre: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Madre: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Mujer o pareja del padre: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Hermano mayor: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Hermana mayor: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Mejor amigo/a: | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Pareja | 1 - 2 - 3 - 4 |
| No sabe | |
| No contesta | |

7) ¿Habras con tu madre acerca de...? Señala rodeando (1 significa nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre)

- | | |
|--|---------------|
| Quiénes son tus amigos | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Que haces en tu tiempo libre | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Tus problemas o cosas que te preocupen | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Tu pareja | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Tus aficiones | 1 - 2 - 3 - 4 |
| No sabe | |
| No contesta | |

8) **¿Hablas con tu padre acerca de...?** Señala rodeando (1 significa nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre)

Quienes son tus amigos	1 - 2 - 3 - 4
Que haces en tu tiempo libre	1 - 2 - 3 - 4
Tus problemas o cosas que te preocupen	1 - 2 - 3 - 4
Tu pareja	1 - 2 - 3 - 4
Tus aficiones	1 - 2 - 3 - 4
No sabe	
No contesta	

9) **¿Dedicáis tiempo a hacer cosas en familia como...?** Señala rodeando (1 significa nunca, 2 alguna vez, 3 con frecuencia, 4 todos los días)

Almorzar o cenar	1 - 2 - 3 - 4
Hablar	1 - 2 - 3 - 4
Ver la tele	1 - 2 - 3 - 4
Practicar algún deporte	1 - 2 - 3 - 4
Otras actividades de ocio	1 - 2 - 3 - 4
Cuales?...	
No sabe	
No contesta	

10) **En general, ¿cómo estás de satisfecha con la/las relación/relaciones que tenéis en tu familia?**

- 1: En mi familia tenemos malas relaciones entre nosotros.
- 2: En mi familia tenemos una relación aceptable entre nosotros.
- 3: En mi familia tenemos buena relación entre nosotros.
- 4: En mi familia tenemos muy buenas relaciones entre nosotros.
- 6: No sabe
- 7: No contesta

11)

Padre

¿tu padre, está trabajando actualmente?

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé
- d. No tengo padre o no lo veo

Madre

¿tu madre, está trabajando actualmente?

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé
- d. No tengo madre o no la veo

Si la respuesta es Sí. Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)

Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu padre (por ejemplo: maestro, conductor de guagua...)

Si tu padre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu padre? (por favor, señala la casilla que mejor describe

Si la respuesta es Sí. Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)

Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu madre (por ejemplo: maestra, conductora de guagua...)

Si tu madre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu madre? (por favor, señala la casilla que mejor describe

- la situación)
- Está enfermo, estudiante o jubilado
 - Está buscando trabajo
 - Está al cargo de la casa o cuidado de otros
 - No lo sé
- la situación)
- Está enferma, estudiante o jubilado
 - Está buscando trabajo
 - Está al cargo de la casa o cuidado de otros
 - No lo sé
- No sabe
- No contesta
- 12) ¿Qué estudios tienen tu madre?**
- Nunca estudió, no sabe leer o escribir o lo hace con dificultad
 - Primaria
 - Secundaria
 - Bachillerato
 - Estudios universitarios, terminados o sin terminar
 - No sabe
 - No contesta
- 13) ¿Qué estudios tienen tu padre?**
- Nunca estudio, no sabe leer o escribir o lo hace con dificultad
 - Primaria
 - Secundaria
 - Bachillerato
 - Estudios universitarios, terminados o sin terminar
 - No sabe
 - No contesta
- 14) ¿Cuántos hermanos o hermanas viven contigo en esa casa?**
- Ninguno ó no tengo hermanos
 - 1 hermano más
 - 2 hermanos más
 - 3 o más hermanos
 - No sabe
 - No contesta
- 15) ¿Sabes cuánto dinero entra en tu casa cada mes aproximadamente?**
- Ningún ingreso económico
 - Mi madre o mi padre cobran el paro
 - Sumando ingresos unos 1000 - 1500 euros
 - Más de 2000 euros
 - No sabe
 - No contesta
- 16) ¿Tiene tu familia vehículo propio?**
- No tenemos ningún vehículo propio
 - Tenemos una moto
 - Tenemos un coche o furgoneta
 - Tenemos dos o más coches
 - No sabe
 - No contesta
- 17) ¿Con cuántas personas compartes dormitorio?**
- No comparto dormitorio con ninguna
 - Comparto con una persona más
 - Comparto con dos personas más
 - Comparto con tres personas más

5: Comparto con 4 o más personas dormitorio.

6: No sabe

7: No contesta

18) ¿Tienes acceso a Internet?

1: No

2: Sí, desde el ordenador en casa

3: Sí, desde el ordenador y móviles

4: Sí, tenemos varios accesos a Internet, ordenador, móviles, tablet,...

6: No sabe

7: No contesta

19) ¿Con qué frecuencia bebes algo de alcohol como, por ejemplo, cerveza, vino o licores? Cuenta incluso aquellas veces en que solo bebes una pequeña cantidad. Por favor, señala rodeando (1 significa nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia, 4 a diario)

Recuerda antes de estar embarazada, en caso de haberlo estado.

Cerveza: 1 - 2 - 3 - 4

Vino: 1 - 2 - 3 - 4

Cubatas: 1 - 2 - 3 - 4

Cualquier bebida con alcohol 1 - 2 - 3 - 4

No sabe

No contesta

20) ¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar (no recordar muy bien lo que ha pasado o perder el conocimiento)?

1: No, nunca

2: Alguna vez

3: Varias veces

4: Sí con frecuencia

5: No sabe

6: No contesta

21) ¿Has fumado porros?

1: No nunca

2: Sí, alguna vez pero muy pocas

3: Sí algunas veces

4: Sí con frecuencia

5: No sabe

6: No contesta

22) ¿Has tomado una o varias de estas drogas en tu vida? Señala rodeando (1 significa nunca, 2 una vez lo probé pero no he vuelto a consumir, 3 a veces y 4 con frecuencia)

Drogas de diseño (éxtasis, pímulas, LSD, ácido, tripi) 1 - 2 - 3 - 4

Anfetaminas o speed 1 - 2 - 3 - 4

Medicamentos para colocarse 1 - 2 - 3 - 4

Cocaína 1 - 2 - 3 - 4

Pegamento o disolventes 1 - 2 - 3 - 4

Otras drogas ¿Cuáles?

No sabe

No contesta

Nos interesa conocer el contacto que tienes con el personal del centro salud. En caso de haber estado embarazada, nos interesa el que tenías antes del embarazo.

23) ¿Conoces a tu médico de familia?

- 1: No había visitado al médico de familia nunca
- 2: Lo visité en una ocasión porque estaba enferma
- 3: Lo he visitado varias veces por enfermedad
- 4: Lo he visitado alguna vez para preguntarle dudas en relación a algún tema
- 5: Lo visito con frecuencia, tengo confianza con él/ella.
- 6: No sabe
- 7: No contesta

24) ¿Conoces a tu enfermera del centro de salud?

- 1: No había visitado a la enfermera nunca
- 2: Lo visité en una ocasión porque estaba enferma
- 3: Lo he visitado varias veces por enfermedad
- 4: Lo he visitado alguna vez para preguntarle dudas en relación a algún tema
- 5: Lo visito con frecuencia, tengo confianza con él/ella.
- 6: No sabe
- 7: No contesta

25) ¿Conoces a tu matrona del centro de salud?

- 1: No había visitado a la matrona nunca
- 2: La visité en una ocasión porque me envió mi médico
- 3: La he visitado varias veces para citologías
- 4: Lo he visitado alguna vez para preguntarle dudas en relación a algún tema
- 5: Lo visito con frecuencia, tengo confianza con él/ella.
- 6: No sabe
- 7: No contesta

26) ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?

- 1: Nunca he mantenido relaciones sexuales
- 2: Menos de 14 años
- 3: 14 años
- 4: 15 años
- 5: 16 años
- 6: 17 o más años
- 7: No sabe
- 8: No contesta

27) ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas en tu vida?

- 1: 1 persona
- 2: 2 personas
- 3: 3 personas
- 4: 4 personas
- 5: 5 o más personas
- 6: No sabe
- 7: No contesta

28) Además del preservativo y la píldora ¿conoces algún otro método anticonceptivo?

- 1: No
- 2: Sí Cuales: ...
- 3: No sabe
- 4: No contesta

29) La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿qué método utilizasteis –tú o tu pareja- para prevenir un embarazo?

- 1: No utilizamos ningún método para prevenir un embarazo
- 2: Doble método (píldora + preservativo)
- 3: Píldora / parche / anillo

- 4: Preservativo
- 5: Marcha atrás
- 6: Otro método: Enumera cual
- 7: No estoy segura de haber utilizado
- 8: No sabe
- 9: No contesta

30) **¿Utilizáis tú y tu pareja preservativo?** (Antes del embarazo en caso de que haya habido)

- 1: Si, siempre utilizamos preservativo
- 2: Normalmente utilizamos preservativo aunque a veces se nos olvida
- 3: Normalmente utilizamos preservativo aunque a veces se nos olvida pero tomo píldora (o uso anillo o parche)
- 4: Casi nunca utilizamos preservativo pero tomo píldora (o uso anillo o parche)
- 5: Casi nunca utilizamos preservativo y NO tomo píldora (ni uso anillo o parche)
- 6: No sabe
- 7: No contesta

31) **Si no utilizas métodos anticonceptivos normalmente, ¿Por qué no lo haces?...**

Señala rodeando (1 significa totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo)

- | | |
|---|---------------|
| Porque no creo que pueda quedarme embarazada | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Porque no me importaría quedarme embarazada | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Porque tengo efectos secundarios de los métodos anticonceptivos | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Porque me cuesta conseguirlos cuando los necesito | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Porque creía que mi novio o yo no podíamos tener hijos | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Porque mi pareja no quiere utilizar nada | 1 - 2 - 3 - 4 |
| Otros. | 1 - 2 - 3 - 4 |
|
 | |
| Si utilizo método anticonceptivo de forma regular | 1 - 2 - 3 - 4 |
| No sabe | |
| No contesta | |

32) **¿Has tomado alguna vez la "píldora del día después"?**

- 1: No nunca
- 2: Si, una vez
- 3: Si, un par de veces (dos veces)
- 4: Si, en varias ocasiones (más de dos veces)
- 5: No sabe
- 6: No contesta

33) **Hasta el momento actual ¿Has estado (o estás) embarazada?** Independientemente de que tengas o no hijos.

- 1: Nunca he estado embarazada
- 2: He estado (o estoy) embarazada una vez, pero no tengo hijos
- 3: He estado embarazada una vez y tengo un hijo
- 4: He estado embarazada dos veces
- 5: He estado embarazada más de dos veces.
- 6: No sabe
- 7: No contesta

34) **¿Cuántos años tenías cuando te quedaste embarazada?**

- 1: Menos de 19 años
- 2: 19 años
- 3: Más de 19 años.

5: No sabe
6: No contesta

35) ¿Cómo te sentaría la idea de quedarte embarazada? Si has estado embarazada, recuerda como pensabas antes de quedarte embarazada.

Señala rodeando (1 significa totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo)

Querría quedarme embarazada en este momento	1 - 2 - 3 - 4
No me importaría quedarme embarazada.	1 - 2 - 3 - 4
No querría quedarme embarazada en ese momento	1 - 2 - 3 - 4

No sabe
No contesta

36) ¿Sabes cuantos años tenía tu madre cuando se quedó embarazada por primera vez?

1: Menos de 17 años
2: 17 años
3: 18 años
4: 19 años
5: 20 o más años.
6: No sabe
7: No contesta

9.1. Anexo 3: Autorización Comisión Bioética Hospital Universitario de Canarias.



El estudio de investigación titulado: "DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE DISCRIMINACIÓN ENTRE ADOLESCENTES EN RIESGO DE EMBARAZO Y ADOLESCENTES DE BAJO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL AREA DE SALUD DE LA PALMA Y TENERIFE", con código 2014_64, del que es Investigador Principal Dña. ELENA ORTEGA BARREDA, ha sido evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Canarias en su sesión del 11 de diciembre de 2014, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Canarias **Autoriza** la realización de este estudio.

La Laguna, a 11 de diciembre de 2014.

Firmado:

Dra. Mª MAR GARCIA SAIZ
Presidenta del Comité Ético de Investigación Clínica
Hospital Universitario de Canarias

9.1. Anexo 4: Autorización Gerencia Servicios Sanitarios de La Palma

En Breña Alta a 18 de Junio de 2015

A la atención de la Gerencia Servicios Sanitarios de La Palma
C/Buenavista de arriba s/n. Breña Alta
38713 Santa Cruz de Tenerife

Asunto: Solicitud de autorización para la realización del estudio de investigación titulado

“Diseño y validación de una herramienta de discriminación entre adolescente en riesgo de embarazo y adolescente de bajo riesgo en atención primaria en el área de salud de La Palma y Tenerife “

A/A Dirección Médica/Enfermería (elegir según el estudio)

Nos dirigimos a usted para solicitar la autorización para la realización del estudio titulado *“Diseño y validación de una herramienta de discriminación entre adolescente en riesgo de embarazo y adolescente de bajo riesgo en atención primaria en el área de salud de La Palma y Tenerife”*

Como responsable del estudio y en nombre del equipo de profesionales que participan adjuntamos la información sobre el estudio en el modelo de solicitud de autorización para la realización del presente estudio.

Esperamos que sea de su interés y considere oportuno la realización del estudio planteado para esta Gerencia.

Investigadora responsable

Firmado: *Elena Ortega Barreda*

Datos de contacto:
Nombre: *Elena Ortega Barreda*
Teléfono de contacto: *619382908*
Correo electrónico de contacto: elena.canarias@gmail.com

Autorización Gerencia Servicios Sanitarios



Fdo: D. José Izquierdo Botella

