

## Educación sexual y afectiva en la adolescencia

JULIA COLOMER-REVUELTA<sup>a</sup> Y FELIPE HURTADO-MURILLO<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universitat de València. Valencia. Grupo PREVINPAD de la AEPap.

<sup>b</sup>Centro de Orientación Familiar y Sexualidad. Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia. España. Julia.Colomer@uv.es; hurtado\_fel@gva.es

A lo largo de la historia la sexualidad ha sido un tema cargado de prejuicios y de actitudes negativas. Como consecuencia, aún hoy la información que se transmite, plagada de conceptos erróneos y de carga negativa, condiciona la persistencia de problemas que ocasionan sufrimiento personal y social.

Aunque la sexualidad tiene importancia durante toda la infancia, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales.

Las intervenciones en educación sexual y afectiva tienen como objetivo reducir las consecuencias adversas y mejorar la calidad de las relaciones de la juventud tanto para su vida actual como para la adulta. Los pediatras, que mantenemos una relación continuada con los adolescentes a través de su niñez, estamos en una posición única para contribuir con la familia y la escuela en una educación sexual apropiada para cada edad.

### Justificación

Es durante la adolescencia cuando las conductas sexuales se convierten en posibles factores de riesgo debido a circunstancias como la información sexual inadecuada, la no aceptación familiar y social de las necesidades sexuales de la adolescencia y la hiperestimulación de conductas sexuales adultas que, unido a características propias de la edad como la falta de experiencia, la impulsividad y el deseo de explorar, contribuyen a la aparición de una serie de problemas de salud relacionados con la sexualidad.

Por los datos disponibles, es frecuente en la adolescencia el inicio de la actividad sexual a edad temprana y sin tener los conocimientos adecuados, debido a las fuentes de información sexual no científicas que con mayor frecuencia utilizan: amigos/as y medios de comunicación de masas<sup>1</sup>. Sin embargo, el incremento observado de la actividad sexual en los adolescentes no va siempre asociado a satisfacción sexual. Es importante la prevalencia de personas sexualmente activas pero insatisfechas y con disfunciones sexuales cuyos principales factores causales y de mantenimiento se asocian a la desinformación y las falsas expectativas por creencias erróneas<sup>2</sup>.

Además, lejos de haber dejado de ser un problema, en España los datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>3</sup> indican que la tasa de embarazos en adolescentes ha sufrido un ascenso progresivo, y se ha visto incrementada de forma proporcional la tasa de interrupción voluntaria del embarazo por 1.000 en

### Puntos clave

- La conducta sexual durante la adolescencia puede convertirse en un factor de riesgo para determinados problemas de salud tales como disfunciones sexuales, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, violencia de género o actividad sexual coercitiva o no deseada.
- En el enfoque son importantes los conceptos de sexualidad (frente a sexo), educación (frente a información), actitudes (frente a conocimientos) y educación sexual formal (frente a informal).
- Aunque por la falta de estudios experimentales se dispone de pocos datos sobre la efectividad de la educación afectiva y sexual fuera del ámbito escolar, existen evidencias de que estas intervenciones no aumentan la frecuencia de la actividad sexual y que sólo las dirigidas exclusivamente a la promoción de la abstinencia sexual presentan resultados negativos.
- Los pediatras deben integrar la educación sexual en las relaciones longitudinales que establecen con los niños, niñas, adolescentes y sus familiares para complementar de forma individualizada la información que éstos reciben en la familia, el medio escolar o en otros medios comunitarios.

mujeres menores de 19 años. Se estima que entre un 60 y un 90% de los embarazos en este grupo de edad no son deseados y que aproximadamente un tercio de ellos finalizan por interrupción voluntaria<sup>3,4</sup>. Las revisiones sistemáticas realizadas sobre las consecuencias del embarazo no deseado en la adolescencia, que incluyen series temporales, estudios analíticos de cohortes y de casos y controles, han puesto de manifiesto que los adolescentes y sus descendientes tienen, en general, mayor riesgo de efectos adversos sobre su salud, así como de desventajas sociales, económicas y en educación<sup>5,6</sup>. Asimismo, la adolescencia se considera grupo de riesgo de contagio de infecciones por transmisión sexual. Aunque éstas no



constituyen por sí mismas un grave problema mas allá de las molestias de sus manifestaciones clínicas (excepto la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana), sus consecuencias condicionan importantes problemas de salud, tales como el riesgo de infertilidad asociado a la enfermedad inflamatoria pélvica o la estrecha relación entre la infección por el virus del papiloma humano, el condiloma y el carcinoma cervical<sup>7</sup>. Respecto al sida, la mayoría de los casos diagnosticados son jóvenes y la vía de contagio con mayor tendencia de crecimiento es la relación heterosexual, que ya representa el 25% de los casos<sup>8</sup>. Por otro lado, aunque es sabido que la violencia de género es un fenómeno complejo y multidimensional que no puede explicarse por causas únicas, es importante señalar que las relaciones violentas se gestan desde sus comienzos (ya durante el noviazgo) y, aunque sus consecuencias no sean en este momento tan graves, tienden a continuar y agravarse posteriormente<sup>9</sup>. Por su parte, el abuso sexual infantil es un problema universal. Constituye un fenómeno complejo, resultado de una combinación de factores individuales, familiares y sociales, y supone

una interferencia en el desarrollo evolutivo que puede dejar unas secuelas que no siempre remiten con el paso del tiempo.

## La importancia del enfoque

El sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que distinguen a las mujeres de los varones. En cambio, la sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo e incluye: el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones<sup>10</sup>. Para facilitar la integración paralela de los dos conceptos es importante que se establezca, siempre que sea posible, la conexión con los aspectos afectivos de la sexualidad. También es importante distinguir entre *información sexual* (cómo funciona un cuerpo y cómo ese cuerpo debe prevenir

situaciones que pueden generarle problemas en la salud), que son datos recibidos pero sin crítica y asimilación, y *educación sexual* (desarrollar y favorecer las aptitudes y actitudes en la interrelación entre las personas en una sociedad determinada), que son datos recibidos que potencian la reflexión y el análisis anticipatorio, evitando el predominio de la acción irreflexiva sobre el pensamiento lógico.

A este respecto, el nivel de conocimientos sobre sexualidad es una condición necesaria pero no suficiente para evitar los distintos trastornos y problemas que aparecen, siendo las actitudes las que aportan elementos para la comprensión de este fenómeno. Debido a que la actitud es una predisposición ante el comportamiento, con una organización relativamente duradera de creencias que predisponen a responder de una manera preferencial, y dado que se construye en torno a 3 elementos fundamentales, a saber, lo afectivo, lo cognitivo y lo comportamental, puede ser educable, puesto que se aprende y desarrolla a partir de los diferentes procesos de socialización<sup>11</sup>.

Existe, por un lado, una *educación sexual informal* permanente, que es el proceso por el cual se enseña y aprende, sin que se planea o dirija de forma consciente (mostrar, promover y valorar comportamientos que tienen que ver con lo sexual), y que se recibe tanto en la familia como por los medios de comunicación de masas y a través de los iguales. Por otra parte,

la *educación sexual formal* consiste en la planificación de los procesos de aprendizaje directa e indirectamente relacionados con el patrón de conducta y experiencias sexuales, así como con el patrón del sistema de valores sociales o culturales relativo a la sexualidad, y se realiza fundamentalmente a través del sistema educativo y, en menor medida, del sanitario.

Respecto a la educación sexual formal, uno de los mayores problemas es la escasa e inadecuada formación de los profesionales tanto en conocimientos sexuales como en actitudes adecuadas, terreno en el que resaltan sus necesidades en capacitación<sup>12</sup>.

No existe unanimidad en cuanto a cuáles deben ser los contenidos específicos de la educación afectiva y sexual, pero sí en cuanto a sus aspectos más generales y a la necesidad de adaptarlos a la edad y desarrollo de los menores y adolescentes (tabla 1). En las tablas 2 y 3 se ofrece un resumen de contenidos adaptados por grupos de edades adolescentes, y en la tabla 4 se recogen las actitudes que se deben conseguir.

## Efectividad de las intervenciones

La comparación de experiencias entre diferentes países demuestra que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es el resultado de acciones intersector-

**Tabla 1.** Etapas del desarrollo sexual en la infancia y adolescencia

Edad (años)	Conducta
2 y medio	Muestran interés por las diferentes posturas que los niños/as usan para orinar. Se interesan por las diferencias físicas entre niños/as
3	Expresan verbalmente su interés por las diferencias físicas y por las diferentes posturas para orinar. Las niñas a menudo intentan orinar de pie
4	En situaciones sociales estresantes pueden cogerse los genitales y a menudo necesitan orinar. Juegan a enseñarse "sus cosas" y están muy interesados por la actividad del baño de los/as otros/as, aunque pueden reclamar intimidad para sí mismos/as en estas actividades
5	Están familiarizados pero no demasiado interesados por las diferencias físicas entre los sexos. Se da con menos frecuencia el juego de mostrar, se comportan de un modo más recatado y están menos interesados por los juegos en el baño
6	Muestran una marcada conciencia e interés por las diferencias físicas y hacen muchas preguntas. La exploración mutua de las diferencias físicas entre ambos sexos es el modo que tienen de responder a estas preguntas Juegan con cierto matiz sexual o exhibicionismo en situaciones propicias (lavabos del colegio, habitación, etc.). Hacen observaciones o bromas con palabras relativas a las funciones de eliminación
7	Hay alguna exploración mutua, experimentación y juego sexual, pero menos que en etapas anteriores
8	Están interesados en mirar a hurtadillas y en juegos sexuales. Juegan a cuchichear, escribir o a juegos de palabras relacionadas con el sexo Si bien el interés por el sexo es más bien alto, la exploración sexual y los juegos sexuales son menos comunes que a los 6 años
9	Se pueden dedicar a hablar sobre sexualidad con amigos del mismo sexo. Están interesados por detalles de sus órganos sexuales y de su funcionamiento, e intentan buscar información en libros
10-12	Dan muestras de un considerable interés por juegos sexuales. Comienza la pubertad. Se hacen más reservados y deseosos de tener vida privada. Tienen sentimientos fuertes de enamoramiento o de amistad con sus amigos, artistas, profesores. Se masturban hasta llegar al orgasmo. Están muy influidos por el grupo de iguales. Toman decisiones sobre actividad sexual y uso de drogas
13-18	Aumento de interés por contenidos eróticos. Conversaciones y comportamientos sexuales explícitos con iguales. Aumento del cortejo o flirteo. Aumento de relaciones románticas y sexuales con inicio de coito. Aumento de conductas afectivas públicas con su pareja (besos, abrazos o ir de la mano)

Referencia: Asociación Americana de Educación Sexual (SIECUS) 1994. En: Save the Children. Manual de formación para profesionales en abuso sexual infantil. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/organizacion/abus.htm>

riales en las que los medios de comunicación, educación y atención sanitaria tienen un papel complementario<sup>13-15</sup>. Las características específicas de la sexualidad, por cuanto toca emociones y sentimientos, además de estar íntimamente relacionada con las creencias y los valores, han dificultado la realización de estudios experimentales, y es escaso el número de intervenciones educativas con un diseño de planificación y evaluación adecuadas<sup>16</sup>. No obstante, existen evidencias de la efectividad de los programas educativos en el medio escolar, tanto por lo que se refiere al incremento de conocimientos como al aumento de conductas de sexo seguro y de mayores habilidades sociales comunicativas y de negociación. Además, ningún tipo de intervención aumentó la frecuencia de la actividad sexual en adolescentes<sup>17,18</sup>. Los únicos programas edu-

**Tabla 2.** Contenidos de la educación afectivo-sexual para adolescentes de 10 a 14 años

Edad (años)	Contenido
10-11	<b>Desarrollo psicosexual durante la pubertad</b> Órganos genitales. Hormonas. Desarrollo psicosexual. Higiene genital Conductas sexuales y afectivas adecuadas Identificación y prevención del abuso sexual y del maltrato infantil Aprendizaje de habilidades de autoprotección: estrategias de evitación, distinción de caricias apropiadas, reconocimiento y expresión de emociones, aprender a decir "no", identificar el abuso, afrontar la situación y no guardar el secreto
11-12	<b>Desarrollo psicosexual durante la pubertad</b> Cambios anatómicos y fisiológicos de la pubertad Caracteres sexuales secundarios. Higiene personal Ovulación/menstruación. Espermatogénesis/eyaculación Desarrollo psicosexual. Conductas sexuales y afectivas adecuadas
12-13	<b>Desarrollo psicosexual durante la pubertad</b> Asignación, adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género Roles sexuales: efectos sobre el comportamiento y las actitudes Valores sociales diferenciados según el sexo que determinan el comportamiento Cambios psicológicos y sociales de la pubertad-adolescencia Desarrollo psicosexual. Comportamientos sexuales normales: autoestimulación
13-14	Dimensión social de la sexualidad Imagen corporal. Influencia de la publicidad, de los modelos y de los iguales Técnica de resistencia a las presiones Toma de decisiones Influencia sobre la autoestima

cativos que han demostrado ser perjudiciales son aquellos cuyo único objetivo ha sido la promoción de la abstinencia sexual, ya que se asociaron a un incremento del número de embarazos entre las parejas de los adolescentes participantes<sup>19,20</sup>. Pocos estudios han examinado la efectividad de las interven-

**Tabla 3.** Contenidos de la educación afectivo-sexual para adolescentes de 14 a 18 años

Edad (años)	Contenido
14-15	Sexualidad y placer Mitos y tabús La respuesta sexual humana: descripción de fases de respuesta según sexo Fuentes de estimulación sexual: interna (fantasía) y externas (los sentidos) Prevención de embarazo no deseado: distinción entre prácticas de sexo seguro y prácticas de riesgo. Métodos de barrera. Intercepción poscoital (píldora del día siguiente), aprendizaje de técnicas de resistencia a las presiones sexuales o decidir adecuadamente
15-16	Infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales Clasificación, reconocimiento de síntomas, mecanismos de contagio Factores asociados a la deficiencia preventiva Prevención: prácticas de sexo seguro/prácticas de riesgo Actuación ante los contagios y tratamiento La orientación sexual Formas normales y anormales del comportamiento sexual Prevención de y ante la violencia sexual y las parafilias
16-17	Sexualidad, reproducción y sida El embarazo: descripción y fisiología Métodos anticonceptivos: clasificación, descripción y uso Anticoncepción de emergencia: clasificación, descripción y uso El aborto: clasificación, aspectos legales, consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales Sida: reconocimiento de síntomas, formas de transmisión, mitos, prácticas de riesgo/prácticas de sexo seguro, prevención y tratamiento
17-18	La relación de pareja Bases para una relación satisfactoria Consecuencias del conflicto de pareja: salud física y psicológica. Autoestima Violencia de género, factores de riesgo Prevención y tratamiento Habilidades sociales: comunicación, asertividad, solución de conflictos, control de la ira

**Tabla 4.** Educación afectivo-sexual para adolescentes: actitudes

Aceptar nuestro cuerpo y vivir positivamente los cambios que se producen
Ampliar nuestro concepto de sexualidad y evitar su identificación con la genitalidad
Aprender a vivir la sexualidad de forma positiva y a ser responsables de nuestros afectos
Responsabilizarnos de nuestros vínculos afectivos y de las relaciones sexuales que establezcamos
Adoptar una postura crítica ante la publicidad que hace uso de estímulos y reclamos sexuales para el consumo junto a modelos sexistas
Evitar la discriminación por razones de sexo
Valorar la diferenciación sexual como algo enriquecedor y positivo
Evitar la discriminación por razones de comportamiento sexual
Rechazar las conductas que violen la libertad de elección sexual y respetar la libertad de elección sexual de los demás
Ser responsables en la utilización de medidas de higiene personal y de medidas profilácticas recomendadas para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual
Adoptar una postura crítica ante las informaciones que los medios de comunicación social expresan sobre los enfermos de sida y portadores
Adoptar una postura positiva y no de rechazo ante los enfermos y portadores de sida, para evitar su aislamiento y estigmatización

ciones de información y educación dirigidas a la juventud como estrategias de prevención primaria para evitar la violencia doméstica posterior<sup>21</sup>.

Existe un razonable consenso sobre la efectividad de relacionar las intervenciones escolares con los servicios sanitarios de anticoncepción y la inclusión de los padres y madres en las actividades de los programas<sup>16</sup>.

Respecto al medio sanitario, muy pocas investigaciones han evaluado la efectividad del consejo individualizado y de la educación sexual a adolescentes en las consultas. La mayoría de los que se han realizado fueron intervenciones en consultas ginecológicas o de anticoncepción. Sus resultados son poco concluyentes y mezclados, por lo que no permiten extraer conclusiones<sup>18,19,22</sup>.

La mayoría de los grupos de expertos en actividades preventivas, como la Canadian Task Force<sup>23</sup>, el Institute for Clinical Systems Improvement<sup>24</sup> o el grupo español PrevInfad<sup>25</sup>, proponen incorporar recomendaciones específicamente relacionadas con la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes en los exámenes sistemáticos de salud.

En sus recomendaciones, la American Academy of Pediatrics<sup>12</sup> indica que los pediatras podrían integrar la educación sexual en las relaciones confidenciales y longitudinales que establecen con los niños y niñas, adolescentes y sus familiares para complementar la información recibida en la familia, el medio escolar o en otros programas comunitarios. De esta forma se ofrece la oportunidad de una información personalizada, cribado confidencial de riesgos y de promoción de salud y consejos adaptados a sus características y necesidades individuales. Para terminar, en la tabla 5 se resumen los aspectos fundamentales de las recomendaciones para pediatras respecto a la educación sexual.

**Tabla 5.** Recomendaciones generales para pediatras sobre la educación sexual de adolescentes

Tema	Recomendaciones
Perspectiva de ciclo vital	Alentar activamente a padres y madres a dialogar, de forma sincera y recíproca, sobre sexualidad y anticoncepción desde el inicio de la infancia adaptándose al nivel de desarrollo del hijo/a
Respeto	No imponer los propios valores Respetar de forma coherente sus actitudes, valores, deseos, orientaciones y circunstancias e integrarlas en la información y consejos proporcionados Mantener la confidencialidad Remitir a otros servicios o profesionales si no se siente capaz o cómodo asistiéndoles
Complementariedad	Comprobar que está recibiendo educación en el medio familiar y escolar Informar a los padres y madres sobre sexualidad Alentar y colaborar en la educación ofrecida en el medio escolar Aclarar individualmente informaciones erróneas, mitos, malentendidos, etc. Proporcionar información y accesibilidad a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción de emergencia Coordinar sus intervenciones con las de otros profesionales de la salud como el personal de enfermería, trabajador social, del servicio de salud reproductiva, etc.
Necesidades especiales	Considerar consejos y referencias específicos y adecuados en menores y adolescentes: Homosexuales y bisexuales Con minusvalías físicas o psíquicas Con riesgo de actividad sexual coercitiva o no deseada

## Bibliografía



● Importante    ●● Muy importante

- Epidemiología
- Metaanálisis
- Ensayo clínico controlado

1. Hurtado F. Estudio descriptivo por niveles educativos (7.º EGB-COU) y sexos, sobre la situación de la educación afectivo-sexual en adolescentes. *C Med Psicosom.* 1997;42:32-45.
2. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Satisfaction in the sex life of a general population sample. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:141-51.
3. Instituto Nacional de Estadística. Banco de Datos Tempus, 2003 [consultado 10/9/2004]. Disponible en: <http://www.ine.es/tempus2/tempusmenu.htm>
4. Lete Lasa I, Pablo Lozano JL, Martínez Arévalo C, Parrilla Paricio JJ. Embarazo en la adolescencia. En: Sociedad Española de Contracepción. Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A; 2001. p. 817-36.
5. NHS Centre for reviews and dissemination. University of York preventing and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancies. *Effective Health Care.* 1997;3:1-12.
6. ● Swann C, Bowe K, McCormick G, Health Development Agency. **Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing.** London: Health Development Agency; 2003.
7. Catchpole M. Sexually transmitted infections: control strategies. *BMJ.* 2001;322:1135-6.
8. Ministerio de Sanidad. Registro Nacional de Sida. Vigilancia del sida en España. Informe semestral n.º 1. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Secretaría de Plan Nacional sobre Sida; 2001.
9. Lavoie F, Robitaille L, Hébert M. Teen relationships and aggression. An exploratory study. *Violence Against Women.* 2000;6:6-36.
10. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de la Reunión de Consulta; 2000; Guatemala.
11. López F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. Navarra: Verbo Divino; 1989.
12. ●● American Academy of Pediatrics: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. **Sexuality education for children and adolescents.** *Pediatrics.* 2001;108:498-502.
13. UNICEF. Teenage Births in rich nations. Innocenti Report Cards. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2001.
14. Boonstra H. Teen pregnancy: trends and lessons learned. *The Guttmacher Report on Public Policy;* 2002;5(1):7-10.
15. Aggleton P, Oliver C, Rivers K. An international review of the evidence: data from Europe. Reducing the rate of teenage conceptions. London: Health Education Authority; 1999.
16. Pedlow CT, Carey MP. HIV sexual risk-reduction intervention for youth: a review and methodological critique of randomized controlled trials. *Behav Modif.* 2003;27:135-90.
17. ● Kirby D. **Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy [resumen].** Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001.
18. Mullen PD, Ramirez G, Strouse D, Hedges LV, Sogolov E. Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;30 Suppl 1:94-105.
19. ● DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. **Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials.** *BMJ.* 2002;324:1426.
20. Perrin KK, DeJoy, SB. Abstinence-only education: how we got here and where we're going. *J Pub Health Policy.* 2003;24:445-59.
21. Krajewski SS, Rybarik MF, Dosch MF, Gilmore GD. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *J Fam Violence.* 1996;11:93-112.
22. Meyrick J, Swan C. Health Development Agency. An overview of the effectiveness of interventions and programmes aimed at reducing unintended conceptions in young people. London: Health Development Agency; 2001.
23. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2003;169:207-8 [consultado 17/1/2005]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/169/3/207#otherarticles>
24. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2004 [consultado 18/12/2004]. Disponible en: <http://www.guideline.gov>
25. Colomer Revuelta J. Grupo PrevInfad. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recomendaciones PrevInfad, 2004 [consultado 18/12/2004]. Disponible en: [http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_endits.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_endits.htm)