

Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria

Promotion, prevention, detection and performance to unwanted pregnancies and STDs in adolescence from Primary Care

Felipe Hurtado Murillo¹, Francisco Donat Colomer¹, Julia Colomer Revuelta²,
Eduardo Pla Ernst³, Ana Sánchez Guerrero⁴, Silvia Sarabia
Vicente², Juana Cantero Llorca⁵

Recibido: 19/03/2014

Aceptado: 26/06/2014

Resumen

El objetivo del estudio ha sido analizar las actividades que los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Valencia realizan, frente a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescencia.

Han participado 499 profesionales de Atención Primaria: medicina de familia, pediatría, enfermería y matronas de 41 Centros de Salud de la ciudad de Valencia.

Las variables se han recogido mediante cuestionarios autoaplicados y anónimos.

Los resultados indican que en las actividades habituales de prevención hay diferencias significativas ($p < 0,001$) entre los profesionales de medicina y enfermería, siendo sobre todo las

¹Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Centro de salud "Fuente San Luis". Valencia. Agencia Valencia de Salud. Generalitat Valenciana.

²Pediatría. Centro de salud "Fuente San Luis". Valencia. Agencia Valencia de Salud. Generalitat Valenciana.

³Unidad de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

⁴Unidad de Salud Mental. Centro de salud "Fuente San Luis". Valencia. Agencia Valencia de Salud. Generalitat Valenciana.

⁵Dirección de Atención Primaria. Departamento sanitario Doctor Paset de Valencia. Agencia Valencia de Salud. Generalitat Valenciana.

Correspondencia: Dr. D. Felipe Hurtado Murillo
Centro de Salud Sexual y Reproductiva
Centro de Salud "Fuente San Luis"
C/ Arabista Ambrosio Huici, 30
46013 – Valencia
Correo electrónico: hurtado_fel@gva.es

Proyecto de investigación en programas de salud, prevención y predicción de enfermedad 040/2008 de la Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

matronas las que destacan (70 %); en cambio, médicos de familia y pediatras –ante las demandas y signos de sospecha– son quienes más las realizan.

Entre las principales dificultades para la intervención en salud sexual y reproductiva en adolescencia, en todos los profesionales destacan: la falta de tiempo en consulta, la insuficiente formación y no contar con equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Salud sexual. Adolescencia. Embarazos no deseados. Infecciones de transmisión sexual. Atención Primaria.

Summary

The aim of the study was to analyze the activities that primary care health professionals of Valencia, performed against unwanted pregnancies and sexually transmitted infections (STIs) in adolescents.

Have taken part 499 professionals in primary care: family medicine, pediatrics, nursing and midwifery of 41 health centers of the city of Valencia.

The variables were collected through self-administered, anonymous questionnaires.

The results show that in the usual prevention there are significant differences ($p < 0.001$) between the medical and nursing professionals, and most notably the midwives (70 %), but family physicians and pediatricians to the demands and signs of suspicion are those most activities performed.

Among the main difficulties for intervention in sexual and reproductive health in adolescents in all professional include: lack of time in consultation, insufficient training and not having multidisciplinary team.

Key words: Sexual health. Adolescents. Unwanted pregnancies. Sexually transmitted infections. Primary Care.

INTRODUCCIÓN

Por los datos disponibles, es frecuente en la adolescencia el inicio de la actividad sexual a edad temprana, sin tener ni las actitudes ni los conocimientos adecuados por irrealistas e incompletos, debido tanto a las fuentes de información sexual no científicas que con mayor frecuencia utilizan –amigos/as y medios de comunicación de masas (Hurtado, 1997; Nonoyama, Tsurugi, Shirai, Ishikawa y Horiguchi, 2005)– como, desafortunadamente, a que los padres y profesores han venido jugando un papel menor en la educación sexual de los/as adolescentes.

La inadecuada educación sexual de los/las adolescentes, junto a la hiperestimulación de conductas sexuales adultas, que unidas a características propias de la edad como la ausencia de experiencia, la impulsividad y el deseo de explorar, conduce a muchos y muchas a realizar diferentes conductas sexuales de

riesgo, sin conciencia de ello y sin los adecuados niveles de protección para la salud (Singh, Bankole y Woog, 2005), ocasionando consecuencias sanitarias y sociales como los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

El embarazo en adolescentes ha sido identificado en la literatura médica como un importante problema de salud pública para la sociedad en general y para los/las adolescentes en particular (Jewell, Tacchi y Donovan, 2000).

En España, los datos de las tasas de fecundidad muestran disminuciones en estos últimos años, en cambio, la tasa de abortividad ha aumentado sensiblemente, ascendiendo del 3,93 por mil en 1992 al 8,29 en el 2001 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002). En la Comunidad Valenciana el número de interrupciones voluntarias de embarazos (IVEs) en adolescentes ha pasado de 800 en 1990 a 1476 en 2006, suponiendo el 14,2 % respecto del total de IVEs realizadas (Generalitat Valenciana, 2007).

Las estrategias exitosas para prevenir el embarazo en la adolescencia incluyen programas comunitarios para mejorar el desarrollo social, educación en el comportamiento sexual responsable y un mejor consejo contraceptivo. Muchas de esas estrategias son realizadas por la familia, pero los médicos de familia juegan un papel clave para comprometer a los pacientes adolescentes en debates confidenciales, abiertos y desprovistos de temores sobre la salud reproductiva, el comportamiento sexual responsable y el uso de contracepción. Este diálogo debería empezar antes del comienzo de la actividad sexual y continuar a través de los años adolescentes (As-Sanie, Gantt y Rosenthal, 2004).

Para poder realizar un programa educativo eficaz desde la asistencia primaria de salud, es esencial que los médicos de familia tengan, además de una formación adecuada en salud sexual y reproductiva, un conocimiento de los valores, costumbres y normas de las diferentes culturas (Russell y Lee, 2004), debido al constante flujo migratorio que en nuestro entorno se está produciendo.

En cuanto a las **infecciones de transmisión sexual**, aproximadamente tres millones de adolescentes son infectados/as en Estados Unidos (*Office of National AIDS policy* 1996). En el Reino Unido las infecciones por Clamydias han aumentado más del doble con respecto a la década anterior, y lo mismo está ocurriendo con la Sífilis (Bellis, Hughes y Ashton, 2004). En general, tanto en nuestro país como en países de nuestro entorno, los datos muestran una tendencia creciente de infecciones por transmisión sexual en todas las edades, pero con mayor incidencia en la adolescencia (Catchpole, 2001; García, 2001).

Estos datos invitan a un amplio rango de profesionales de la salud a reconsiderar su posible papel para promocionar la salud sexual. En este sentido, los médicos de familia tienen un importante papel desde la atención primaria de salud, pero por los datos de publicaciones recientes raramente realizan acciones para la promoción de la salud sexual y, a menudo, si lo hacen es de forma inadecuada por falta de preparación durante su formación (Temple-Smith, 2000; Verhoeven *et al*, 2003; Feldman, Miner y Millis, 2004; Mulvey, Keogh, Rogstad y Henton, 2004; Hansen, Barnett, Wong, Spencer y Rekart, 2005). Las mayores barreras que encuentran son: el lenguaje y la com-

prensión de los problemas (74 %), las diferencias étnicas (68,4 %), la insuficiente preparación (69,4 %), falta de tiempo (60,8 %), la presencia de la pareja (89,2 %) o de la madre del paciente (94,2 %), el primer contacto con el paciente (60,8 %), miedo a poner en apuros al paciente (30,6 %) y que el paciente no manifieste quejas sexuales (71,4 %).

La mayoría de los grupos de expertos en actividades preventivas como La *Canadian Task Force* (2003), el *Institute for Clinical Systems Improvement* (2004), el grupo español PAPPS, Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, sección de infancia y adolescencia (2004) y La *American Academy of Family Physicians* junto a la Asociación Médica Americana (As-Sanie, Gantt y Rosenthal, 2004) incluyen recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios específicamente relacionadas con la educación sexual, la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes, incorporadas en los exámenes sistemáticos de salud. Por su parte, La *American Academy of Pediatrics* (2001) establece recomendaciones indicando 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.

Por lo expuesto en la literatura revisada sobre datos epidemiológicos en salud sexual y reproductiva de la población adolescente, es necesario mejorar la labor asistencial en promoción, prevención, detección e intervención de los profesionales de Atención Primaria, tanto porque son la puerta de entrada en el sistema sanitario público como porque por sus características pueden de forma privilegiada tener un seguimiento longitudinal de la población. Es por ello que el objetivo del estudio ha sido analizar las actividades que los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Valencia realizan frente a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos de estudio

Hemos realizado un estudio multicéntrico obser-

vacional transversal en profesionales sanitarios de Centros de Atención Primaria de Salud de Valencia. La muestra final se ha compuesto de 499 sujetos (224 médicos/as de familia, 56 pediatras, 189 enfermeras/os y 30 matronas de los 41 centros de atención primaria de salud.

Instrumento de medida

Todas las variables se han recogido mediante un cuestionario autoaplicado, con una versión para los profesionales de la medicina (pediatras y médicos/as de familia) y otra para los profesionales de enfermería (enfermera/o y matrona/o (anexo I).

El cuestionario es anónimo y refleja los siguientes datos de referencia: Centro de salud, Departamento de salud, especialidad médica (Pediatría o Medicina Familiar y Comunitaria) o especialidad de enfermería (Enfermera/o, Matrona/o) y fecha de cumplimentación.

Procedimiento

El cuestionario se hizo llegar a los/as profesionales sanitarios para su cumplimentación de la siguiente manera: una entrevista con el/la directora/a médico/a y otra con el/la director/a de enfermería de cada uno de los cinco Departamentos de Salud que han participado en el estudio; los/as directores/as médicos/as (por un lado) y los/as directores/as de enfermería (por otro), convocaron a los/as coordinadores/as respectivos de todos los Centros de Salud participantes a una sesión clínica, donde el equipo investigador hizo una presentación del proyecto de investigación y dio a cada uno/a de los/as coordinadores/as respectivos/as tantos cuestionarios como personal sanitario tenía en sus Centros de Salud.

A cada profesional, además del cuestionario, se le dio un informe con la justificación del estudio y una solicitud de colaboración.

Los/as coordinadores/as médicos/as y de enfermería en sus respectivos centros sanitarios repartieron los cuestionarios a los/las profesionales, y tras recoger los mismos los enviaron por correo postal al equipo investigador. Con el fin de recoger el máximo de cuestionarios posibles, se hizo un recordatorio a los tres meses en aquellos Centros Sanitarios que presentaron baja participación, realizando una sesión clínica adicional.

Análisis de datos

El análisis descriptivo de las variables de los cuestionarios para los profesionales sanitarios ha sido de tipo cuantitativo, y ha comprendido la descripción de las variables y de sus frecuencias, separado por grupos profesionales, transformando las puntuaciones directas en porcentajes. Además se han realizado análisis estadísticos de contingencias, mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson, para comparar porcentajes y valorar si las diferencias encontradas en las distintas variables entre los grupos profesionales son estadísticamente significativas.

RESULTADOS

Actividades de prevención de embarazos no deseados

Sobre la realización de actividades preventivas de embarazos no deseados en adolescentes, los resultados están descritos en las tablas 1a y b. Los datos muestran que las diferencias existentes entre los profesionales médicos y de enfermería son estadísticamente significativas ($\chi^2=45,580$; $p<0,001$). Casi un tercio (32,2 %) de los médicos realizan la prevención solamente ante demandas o quejas y signos de sospecha; en las enfermeras llega al 17 %. Nunca realizan la prevención de embarazos no deseados el 30,5 % de los profesionales de enfermería ni el 10,2 % de los de medicina. Ahora bien, observando la práctica preventiva habitual, en este apartado la enfermería supera ligeramente a la medicina (22 % frente a 15,2 %).

En este apartado, las matronas se vuelven a diferenciar positivamente del resto, ya que en ellas la actividad preventiva es realizada siempre por el 63,3 % de las mismas; les siguen los médicos de familia (16 %), enfermeras (14,7 %) y pediatras (11,8 %). Ahora bien, cuando analizamos los datos de actuación preventiva ante demandas o signos de sospecha frente a embarazos no deseados, pediatras y médicos de familia (39,2 % y 30,5 %) se distancian positivamente respecto a enfermeras y matronas (18,8 % y 6,7 %).

Actividad de dar o prescribir anticonceptivos hormonales

Con respecto a la actividad médica de prescribir anticonceptivos hormonales en adolescentes

Tabla 1a
Realización de actividades de prevención de embarazos no deseados en adolescentes
(comparación entre tipos de profesionales)

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2 45,580	p 0,000
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	34	(16,0)	6	(11,8)	25	(14,7)	19	(63,3)		
2	98	(46,0)	14	(27,5)	53	(31,2)	8	(26,7)		
3	16	(7,5)	11	(21,6)	60	(35,3)	1	(3,3)		
4	44	(20,7)	10	(19,6)	14	(8,2)	2	(6,7)		
5	19	(8,9)	7	(13,7)	17	(10,0)	0	(0,0)		
6	2	(0,9)	3	(5,9)	1	(0,6)	0	(0,0)		

Respuestas: 1 - Siempre. 2 - A veces. 3 - Nunca. 4 - Solo ante demandas o quejas. 5 - Solo ante signos de sospecha. 6 - Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

Tabla 1b
Realización de actividades de prevención de embarazos no deseados en adolescentes
(comparación entre grupos)

Respuesta	Medicina		Enfermería		χ^2 45,580	p 0,000
	N	(%)	N	(%)		
1	40	(15,2)	44	(22,0)		
2	112	(42,4)	61	(30,5)		
3	27	(10,2)	61	(30,5)		
4	54	(20,5)	16	(8,0)		
5	26	(9,8)	17	(8,5)		
6	5	(1,9)	1	(0,5)		

Respuestas: 1- Siempre. 2 - A veces. 3 - Nunca. 4 - Solo ante demandas o quejas. 5 - Solo ante signos de sospecha. 6 - Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

(tabla 2), destaca que casi la mitad de los médicos de familia (47,4 %) y de los pediatras (44 %) derivan estos casos al Centro de Salud Sexual y Reproductiva para que se realice allí la prescripción anticonceptiva. Con una tasa cercana (44,6 %) se sitúan los médicos de familia que habitualmente prescriben anticonceptivos hormonales, aunque un 12,7 % de los mismos además derivan a especialistas. Frente a los médicos de familia, solamente el 12 % de los pediatras prescriben habitualmente anticonceptivos hormonales, habiendo un 4 % que además deriva a especialistas de la materia.

Prescripción de anticoncepción de emergencia

En cuanto a la prescripción de anticoncepción hormonal de emergencia ante coito no protegido (tabla 3), la mayoría de médicos de familia la realizan (76,8 %) y solamente el 16,6 % de los mismos derivan al Centro de salud sexual y reproductiva para su prescripción. En cambio, algo más de la mitad de los pediatras (56,5 %) derivan al Centro de salud sexual y reproductiva para su prescripción, optando el 30,4 % por prescribirla ellos mismos, quedando un 2,2 % que realizan ambas opciones.

Tabla 2
Actividad de dar o prescribir anticonceptivos hormonales en adolescentes

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra	
	N	(%)	N	(%)
1	68	(31,9)	4	(8,0)
2	15	(7,0)	22	(44,0)
3	101	(47,4)	22	(44,0)
4	2	(0,9)	0	(0,0)
5	27	(12,7)	2	(4,0)

Respuestas: 1 - Sí. 2 - No. 3 - Derivo al Centro de salud sexual y reproductiva. 4 - Derivo a otros. 5 - Sí y derivo.

Tabla 3
Prescripción de anticoncepción de emergencia

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra	
	N	(%)	N	(%)
1	162	(76,8)	14	(30,4)
2	12	(5,7)	4	(8,7)
3	35	(16,6)	26	(56,5)
4	2	(0,9)	0	(0,0)
5	0	(0,0)	1	(2,2)

Respuestas: 1 - Sí. 2 - No. 3 - Derivo al Centro de salud sexual y reproductiva. 4 - Derivo a otros. 5 - Sí y derivo.

Actividades de prevención de infecciones de transmisión sexual

Continuando con la descripción de resultados, los datos sobre infecciones de transmisión sexual quedan reflejados en las tablas 4a y b.

Se puede observar cómo los profesionales de la enfermería superan a los de la medicina en la realización habitual de la prevención (30 % frente a 18,9 %), aunque también hay un mayor número de enfermeras/os que no realizan nunca este tipo de actividad preventiva (25,5 %) que de médicas/os (8,3 %). En cambio, los médicos ante demandas o quejas y signos de sospecha son los que realizan mayor actividad preventiva (31,5 %) respecto a enfermería (15,5 %).

Las diferencias que aparecen entre ambos tipos de profesionales son estadísticamente significativas ($\chi^2= 49,906$; $p<0,001$).

Vuelven a destacar las matronas, ya que el 70 % de las mismas la realizan siempre, bajando hasta el 22,9 % de las enfermeras, el 19,2 % de los médicos de familia y el 17,6 % de los pediatras (tabla 4a).

En la práctica preventiva ante demandas o quejas y signos de sospecha, las matronas ocupan el último lugar (3,3 %), subiendo enfermeras/os (17,7 %) y destacando médicos/as de familia (30,9 %) y pediatras (33,4 %).

Forma habitual de proceder ante la detección o demanda

Los resultados con respecto a la forma habitual de proceder, ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual y reproductiva, aparecen reflejados en las tablas 5a y b.

Los profesionales médicos superan a los de en-

Tabla 4a
Realización de actividades de prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes (comparación entre tipos de profesionales)

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2 49,906	p 0,000
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	41	(19,2)	9	(17,6)	39	(22,9)	21	(70,0)		
2	91	(42,7)	18	(35,3)	50	(29,4)	8	(26,7)		
3	15	(7,0)	7	(13,7)	51	(30,0)	0	(0,0)		
4	35	(16,4)	5	(9,8)	6	(3,5)	1	(3,3)		
5	25	(11,7)	11	(21,6)	21	(12,4)	0	(0,0)		
6	6	(2,8)	1	(2,0)	3	(1,8)	0	(0,0)		

Respuestas: 1 - Siempre. 2 - A veces. 3 - Nunca. 4 - Solo ante demandas o quejas. 5 - Solo ante signos de sospecha. 6 - Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

Tabla 4b
Realización de actividades de prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes (comparación entre grupos)

Respuesta	Medicina		Enfermería		χ^2 49,906	p 0,000
	N	(%)	N	(%)		
1	50	(18,9)	60	(30,0)		
2	109	(41,3)	58	(29,0)		
3	22	(8,3)	51	(25,5)		
4	40	(15,2)	7	(3,5)		
5	36	(13,6)	21	(10,5)		
6	7	(2,7)	3	(1,5)		

Respuestas: 1 - Siempre. 2 - A veces. 3 - Nunca. 4 - Solo ante demandas o quejas. 5 - Solo ante signos de sospecha. 6 - Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

Tabla 5a
Forma habitual de proceder ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual y reproductiva (comparación entre tipos de profesionales)

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2 18,625	p 0,000
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	119	(56,4)	23	(45,1)	50	(31,2)	11	(36,7)		
2	82	(38,9)	25	(49,0)	98	(61,3)	13	(43,3)		
3	10	(4,7)	3	(5,9)	12	(7,5)	6	(20,0)		

Respuestas: 1 - Intervengo. 2 - Derivo a especialista. 3 - Intervengo y derivo a especialista.

Tabla 5b
Forma habitual de proceder ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual (comparación entre grupos)

Respuesta	Medicina		Enfermería		χ^2 18,625	p 0,000
	N	(%)	N	(%)		
1	142	(54,2)	61	(32,1)		
2	107	(40,8)	111	(58,4)		
3	13	(5,0)	18	(9,5)		

Respuestas: 1 - Intervengo. 2 - Derivo a especialista. 3 - Intervengo y derivo a especialista.

fermería en intervención habitual, ya que el 59,2 % lo hace siempre y de ellos un 5 % además deriva a especialista. En cambio, entre la enfermería la tasa de intervención habitual es del 41,6 % y de ellos el 9,5 % deriva además a un especialista. Estas diferencias observadas entre ambos grupos son estadísticamente significativas ($\chi^2= 18,625$; $p<0,001$).

En esta actividad destacan los médicos de familia ya que el 56,4 % lo hacen siempre, los pediatras

alcanzan cotas del 45,1 %, las matronas el 36,7 % y las enfermeras el 31,2 %.

Dificultades de los y las profesionales

Finalmente, en las tablas 6a y b aparecen los resultados sobre las mayores dificultades que ambos tipos de profesionales de atención primaria de salud tienen ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva.

Tabla 6a
Las mayores dificultades que los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria tienen ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva (comparación entre tipos de profesionales)

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	108	(48,2)	28	(50,0)	83	(43,9)	8	(26,7)	3,905	0,142
2	61	(27,2)	22	(39,3)	57	(30,2)	3	(10)	0,998	0,607
3	19	(8,5)	4	(7,1)	20	(10,6)	3	(10)	0,769	0,381
4	83	(37,1)	24	(42,9)	60	(31,7)	15	(50)	1,041	0,308
5	8	(3,6)	0	(0,0)	21	(11,1)	0	(0,0)	10,174	0,001
6	1	(0,4)	0	(0,0)	5	(2,6)	0	(0,0)	3,837	0,050
7	1	(0,4)	0	(0,0)	1	(0,5)	0	(0,0)	0,030	0,863
8	184	(82,1)	41	(73,2)	100	(52,9)	17	(56,7)	41,336	0,000
9	35	(15,6)	5	(8,9)	38	(20,1)	2	(6,7)	0,876	0,349
10	74	(33,0)	14	(25,0)	48	(25,4)	9	(30,0)	2,397	0,122
11	67	(29,9)	21	(37,5)	73	(38,6)	9	(30,0)	2,284	0,131
12	19	(8,5)	7	(12,5)	28	(14,8)	5	(16,7)	3,942	0,047

Respuestas: 1 - Insuficiente formación. 2 - Presencia de padres. 3 - Vergüenza. 4 - No tener equipo multidisciplinar. 5 - Considerar que no le corresponde. 6 - Considerar que no es necesario a esa edad. 7 - Por ser de sexo contrario al niño/a, adolescente. 8 - Falta de tiempo en consulta. 9 - Temor a invadir intimidad. 10 - Falta de demanda o queja. 11 - No disponer de medios. 12 - Por barreras culturales.

Tabla 6b

Las mayores dificultades que los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria tienen ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva (comparación entre grupos)

Respuesta	Medicina		Enfermería		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)		
1	136	(48,6)	91	(41,6)	3,905	0,142
2	83	(29,6)	60	(27,4)	0,998	0,607
3	23	(8,2)	23	(10,5)	0,769	0,381
4	107	(38,2)	75	(34,2)	1,041	0,308
5	8	(2,9)	21	(9,6)	10,174	0,001
6	1	(0,4)	5	(2,3)	3,837	0,050
7	1	(0,4)	1	(0,5)	0,030	0,863
8	225	(80,4)	117	(53,4)	41,336	0,000
9	40	(14,3)	40	(18,3)	0,876	0,349
10	88	(31,4)	57	(26,0)	2,397	0,122
11	88	(31,4)	82	(37,4)	2,284	0,131
12	26	(9,3)	33	(15,1)	3,942	0,047

Respuestas: 1 - Insuficiente formación. 2 - Presencia de padres. 3 - Vergüenza. 4 - No tener equipo multidisciplinar. 5 - Considerar que no le corresponde. 6 - Considerar que no es necesario a esa edad. 7 - Por ser de sexo contrario al niño/a adolescente. 8 - Falta de tiempo en consulta. 9 - Temor a invadir intimidad. 10 - Falta de demanda o queja. 11 - No disponer de medios. 12 - Por barreras culturales.

Las principales dificultades para ambos grupos son coincidentes, siendo la primera para ambos la “falta de tiempo en consulta” (80,4 % para médicos y 53,4 % para enfermería), alcanzando en este caso diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=41,336$; $p<0,001$).

En la segunda dificultad, “insuficiente formación”, también coinciden aunque con menor tasa (48,6 % para medicina y 41,6 % para enfermería), no mostrando diferencias significativas entre los grupos.

La tercera dificultad para médicos/as corresponde con la cuarta para enfermeros/as, “no tener equipo multidisciplinar”, alcanzan cotas cercanas (38,2 % para los primeros y 34,2 % para los segundos) y tampoco alcanzan diferencias significativas.

Aquí se diferencian las matronas, que destacan el no tener equipo multidisciplinar como la segunda mayor dificultad.

La cuarta dificultad para médicos se refiere tanto a “no disponer de medios” como a “falta de demanda o queja” que representa la opinión del 31,4 % de los mismos. Para enfermería supone la tercera

y sexta dificultad, respectivamente con tasas del 37,4 % y 26 %. Tampoco en este caso las diferencias mostradas son significativas.

En quinto y último lugar, ya que en el resto de dificultades las tasas de acuerdo de opinión no llegan al 20 %, está para ambos grupos “la presencia de los padres en la consulta”, que para el caso de los/as médicos/as llega al 29,6 % y para las/os enfermeras/os al 27,4 %. Tampoco en este caso las diferencias son estadísticamente significativas.

Las diferencias estadísticamente significativas entre grupos, aparte de la ya mencionada “falta de tiempo en consulta”, aparecen en “considerar que esa actividad no le corresponde” ($\chi^2=10,174$; $p<0,005$) y “en barreras culturales” ($\chi^2=3,942$; $p<0,005$), siendo las diferencias a favor de la enfermería, pero las tasas de dificultad para ambos grupos son inferiores al 20 %.

DISCUSIÓN

Promocionar la salud sexual y reproductiva me-

dian­te un diálogo claro y abierto, tanto en la consulta habitual de los profesionales de Atención Primaria como en programas comunitarios, permite fomentar actitudes positivas hacia las prácticas de sexo seguro y aumentar la capacidad para la toma de decisiones en pro de realizar prácticas preventivas a nivel primario, con la intención de reducir la tasa de incidencia en la población adolescente. Atacando las causas conocidas del fracaso preventivo como son la desinformación, los mitos y la falta de habilidades sociales necesarias para establecer una negociación sobre prácticas de sexo seguro.

Por otra parte, la búsqueda activa de posibles conductas de riesgo permite la detección temprana y la actuación para, con el asesoramiento oportuno y la intervención sanitaria, reducir la tasa de prevalencia tanto de embarazos como de infección de transmisión sexual en la población adolescente.

Embarazo no deseado

El embarazo en adolescentes permanece como uno de los mayores problemas de salud pública, con constantes repercusiones sobre las madres adolescentes, sus hijos, sus familias y la sociedad en general.

La tasa de embarazo en adolescentes en los Estados Unidos ha disminuido durante la última década, pero aún tiene tasas más altas que en otros países desarrollados (American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 2005); de hecho, cada año aproximadamente un millón de mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años quedan embarazadas (As-Sanie, Gantt, Rosenthal, 2004). En España, los datos publicados por el Instituto Nacional de la Juventud muestran un crecimiento en el número total de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, siendo del 20 % en 1990, llegando al 44 % en 2000 y hasta el 46,6 % en 2003. Por otro lado, el número de abortos en adolescentes alcanzó la tasa del 13,7 % en 2005, y el número de prescripciones de píldoras anticonceptivas de emergencia para evitar el embarazo llegó hasta el medio millón de unidades en el mismo año (Rascón y Sandica, 2008).

Los médicos de familia tienen un papel muy importante en asesorar a los adolescentes en el uso de métodos contraceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, y en tener una conducta sexual responsable, mediante un diálogo confiden-

cial, abierto, no amenazante y continuo durante la adolescencia y antes de que inicien la actividad sexual (As-Sanie, Gantt y Rosenthal, 2004).

Es también responsabilidad de los pediatras ayudar a los adolescentes a reducir los riesgos y las consecuencias negativas sobre la salud, que están asociadas con las conductas sexuales, como el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. De hecho, la Academia Americana de Pediatría (2007) apoya con fuerza la recomendación de que los adolescentes deberían posponer la actividad sexual hasta que puedan asumir completamente las consecuencias emocionales, físicas y económicas de su sexualidad.

La Academia Americana de Medicina de Familia (2004), la Academia Americana de Pediatría (1999) y la Asociación Americana de Medicina (2004) informan y proveen a los adolescentes de guías sobre sexualidad y sobre toma de decisiones respecto a actividades sexuales, aconsejando a los médicos de la necesidad de mantener discusiones abiertas con los y las adolescentes sobre sexualidad durante las consultas regulares.

En nuestro estudio, los datos obtenidos sobre la actividad de los profesionales médicos y de enfermería de los centros sanitarios de Atención Primaria, respecto a la realización de actividades de prevención de embarazos no deseados en adolescentes, muestran diferencias significativas entre ambos tipos de profesionales sanitarios. Casi un tercio (32,2 %) de los médicos realizan la prevención solamente ante demandas o quejas y signos de sospecha, frente al 17 % de las enfermeras; nunca realizan la prevención de embarazos no deseados el 30,5 % de los profesionales de enfermería ni el 10,2 % de los de medicina. Ahora bien, en la práctica preventiva habitual, enfermería supera ligeramente a medicina (22 % frente a 15,2 %).

Especificando más, las matronas se vuelven a diferenciar positivamente del resto, ya que la actividad preventiva es realizada siempre por el 63,3 % de las mismas, les siguen médicos de familia (16 %), enfermeras (14,7 %) y pediatras (11,8 %). Ahora bien, cuando analizamos los datos de actuación preventiva ante demandas o signos de sospecha frente a embarazos no deseados, pediatras y médicos de familia (39,2 % y 30,5 %) se distancian positivamente respecto a enfermeras y matronas (18,8 % y 6,7 %).

Prescripción de métodos anticonceptivos hormonales y la anticoncepción de emergencia

La adolescencia, especialmente la temprana adolescencia, es un periodo del desarrollo donde las personas son más maduras físicamente que cognitivamente; debido a ello, aunque las chicas de entre 10 y 12 años pueden ser capaces de concebir, cognitivamente son incapaces de percibir las futuras consecuencias de su conducta sexual y de llegar a ser una madre adecuada (Brown y Cromer, 1997).

Estrategias de éxito para la prevención del embarazo en adolescentes incluyen la realización de programas comunitarios, educación en conducta sexual responsable y consejo contraceptivo. El médico de familia y el pediatra tienen un papel muy importante en asesorar a los pacientes adolescentes en salud sexual y reproductiva de manera abierta y no amenazante en el uso de métodos anticonceptivos, dando anticoncepción cuando la necesitan e incluyendo la anticoncepción de emergencia (Brown y Cromer, 1997; As-Sanie, Gantt y Rosenthal, 2004; Karasz, Kirchen y Gold, 2004).

De hecho, la Academia Americana de Medicina de Familia (AAFP, 2004), La Asociación Médica Americana (AMA, 2004) y la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2005) recomiendan guías para asesorar a los pacientes adolescentes sobre conducta sexual responsable y contracepción. Apoyando la oportunidad que da la visita en la consulta para dar asesoramiento de forma confidencial y sin presencia de los padres y/o tutores, sobre opciones contraceptivas, incluyendo los métodos hormonales. Asimismo, informan sobre la necesidad de educar a los adolescentes sexualmente activos en el uso de la anticoncepción de emergencia, no como un método anticonceptivo regular, sino para la prevención de un embarazo no deseado ante una relación sexual de riesgo.

Un estudio realizado sobre ocho ensayos clínicos con muestras seleccionadas al azar –que abarcaban a 6389 pacientes en Estados Unidos, China e India– ha mostrado que adelantar la anticoncepción de emergencia no reduce la tasa de embarazos no deseados y tampoco afecta negativamente a la conducta sexual y reproductiva, en comparación con el uso convencional de la anticoncepción (Polis, Schaffer, Blanchard, Glasier, Harper y Grimes, 2007).

Los datos de nuestro estudio, con respecto a la

actividad médica de prescribir anticonceptivos hormonales en adolescentes, muestran que casi la mitad de los médicos de familia (47,4 %) y de los pediatras (44 %) derivan estos casos al Centro de Salud Sexual y Reproductiva para que se realice allí la prescripción anticonceptiva. Ahora bien, con una tasa cercana (44,6 %) se sitúan los médicos de familia que habitualmente prescriben anticonceptivos hormonales, aunque un 12,7 % de los mismos además derivan a especialistas. Frente a los médicos de familia, solamente el 12 % de los pediatras prescriben habitualmente anticonceptivos hormonales, habiendo un 4 % que además deriva a especialistas de la materia.

En cuanto a la prescripción de anticoncepción hormonal de emergencia ante coito no protegido, la mayoría de médicos de familia la realizan (76,8 %), y solamente el 16,6 % de los mismos derivan al Centro de salud sexual y reproductiva para su prescripción. En cambio, algo más de la mitad de los pediatras (56,5 %) derivan al Centro de salud sexual y reproductiva para su prescripción, optan el 30,4 % por prescribirla ellos mismos, quedando un 2,2 % que realizan ambas opciones.

Infecciones de transmisión sexual

La infecciones de transmisión sexual (ITS) son comunes en los países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud estimó que en 1999 ocurrieron 340 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, clamidias y tricomoniasis; siendo las prácticas sexuales de riesgo, como realizar coitos sin protección con diferentes parejas, las que condujeron comúnmente a contraer cualquier infección de transmisión sexual (Sangani, Rutherford y Wilkinson, 2004).

Hay estudios epidemiológicos que han revisado las ITS más comunes en adolescentes (Risser *et al*, 2005) y, en sus resultados, resaltan que la infección por Clamidias es de frecuente ocurrencia, mucho más que la infección por Gonorrea, pero ambas son de particular importancia porque pueden causar la enfermedad inflamatoria de la pelvis. Por otro lado, las Tricomonas es un marcador significativo para el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual, y porque está asociado con las complicaciones del embarazo y con el incremento del riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La infección por el virus del Herpes genital también es un hallazgo común en adolescentes, de la misma manera que el virus del Papiloma Humano (HPV) está ampliamente diseminado en este grupo de población, aunque las consecuencias graves, como el cáncer genital, son raras en estas edades.

A pesar de los avances y esfuerzos realizados en prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, estas siguen siendo una causa importante de morbilidad en todos los países. En Estados Unidos, Los Centros para la Prevención y el Control de enfermedades estiman que aparecen 19 millones de casos nuevos cada año, y que al menos la mitad de los mismos ocurren en personas de una edad comprendida entre los 15 y los 24 años. Habiendo un incremento constante tanto por infecciones bacterianas como víricas, a excepción del VIH que ha permanecido constante en los últimos 5 años (Lin, Whitlock, O'Connor y Bauer, 2008).

Revisiones sistemáticas de evidencia sobre la práctica del asesoramiento en consulta, para prevención de ITS en adolescentes y adultos muestran que es eficaz el asesoramiento en atención primaria de salud para la reducción de la incidencia del conjunto de ITS, tanto adultos de alto riesgo como en adolescentes sexualmente activos. Siendo mayor la evidencia para las ITS bacterianas como gonorrea y clamidias. Destacando como factor de mayor peso en la eficacia preventiva del asesoramiento la intensidad de la intervención, más que el formato o el modelo particular de hacerla (Lin, Whitlock, O'Connor y Bauer, 2008).

Los hallazgos encontrados en la evidencia científica sugieren que los programas preventivos, sobre fomentar actitudes positivas hacia las prácticas de sexo seguro en adolescentes, pueden ayudar a estos a impedir la adquisición de infecciones de transmisión sexual (Crosby y Danner, 2008).

Aunque los médicos de familia se encuentran probablemente con pacientes en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, raramente están entrenados en prevención, diagnóstico, asesoramiento y técnicas de tratamiento, debido a que no reciben una adecuada preparación durante su formación médica (Hansen, Barnett, Wong, Spencer y Rekart, 2005). En base a esta evidencia, la Universidad Americana de Minnesota desarrolló y eva-

luó, desde los años 1997 al 2000, un currículo longitudinal para entrenar a médicos/as residentes de Familia en la prevención y manejo del VIH. El proyecto curricular proporcionó un modelo útil con aumentos de conocimientos y mejoría en actitudes y desempeño a lo largo del tiempo (Feldman, Miner y Millis, 2004).

Nuestros resultados sobre prácticas preventivas habituales, ante infecciones de transmisión sexual, indican que son realizadas por menos de la mitad de todos los profesionales sanitarios de atención primaria.

Enfermería supera a medicina en la realización habitual de la prevención (30 % frente a 18,9 %), aunque también hay un mayor número de enfermeras/os (25,5 %) que de médicas/os (8,3 %), que nunca realizan este tipo de actividad preventiva. En cambio, los médicos respecto a enfermería, ante demandas o quejas y signos de sospecha son los que realizan mayor actividad preventiva (31,5 % frente a 15,5 %, respectivamente).

Vuelven a destacar las matronas, ya que el 70 % la realizan siempre, bajan hasta el 22,9 % las enfermeras, al 19,2 % los médicos de familia y al 17,6 % de los pediatras.

En la práctica preventiva ante demandas o quejas y signos de sospecha, las matronas ocupan el último lugar (3,3 %), subiendo enfermeras/os (17,7 %) y destacándose médicos/as de familia (30,9 %) y pediatras (33,4 %).

Sobre la forma de proceder ante la detección, promoción, prevención e intervención ante algún tipo de problema en salud sexual y reproductiva

Dado que un número importante de adolescentes son sexualmente activos, la salud sexual y reproductiva es una actividad relevante en la atención sanitaria de la adolescencia, pero muchos pediatras a menudo se sienten incómodos para abordar la sexualidad y la contracepción, debido a que no han recibido suficiente formación en estas materias; en cambio, son importantes actores en promoción, prevención e intervención en salud sexual y reproductiva (Alvin, Neu-Janicki, Jacquin y Salnier, 2002).

Para los médicos de familia, incrementar el número de visitas preventivas de adolescentes para realizar exámenes de desarrollo físico, es una opor-

tunidad para promocionar la salud sexual, ya que tienen la oportunidad de abordar la sexualidad en su discusión con los adolescentes. El hecho de que los padres estén presentes durante la visita es valorado como un facilitador de esta estrategia. En cambio, la demanda de competencia profesional es vista por lo profesionales como una importante barrera (Oscós-Sánchez *et al*, 2008).

Los profesionales de atención primaria tienen un importante rol en promocionar la salud sexual, pero en lo referente al asesoramiento ante las infecciones de transmisión sexual (ITS) raramente lo realizan y, cuando lo hacen, a menudo se produce de forma inadecuada.

En este sentido, se realizó un estudio sobre una muestra de 200 médicos de familia en Bélgica, respondieron el 68 % de los mismos al cuestionario planteado y solamente el 44,3 % indicó que realizaba alguna forma de asesoramiento en ITS (Verhoeven *et al*, 2003). Cerca de la mitad de los médicos de familia dejaron de asesorar a pacientes asintomáticos, pero con riesgo evidente de ITS, y muchos no aconsejaron sobre prácticas de sexo seguro en la primera consulta contraceptiva. Las mayores barreras que encontraron para no abordar este tipo de actuación ante los pacientes fueron: la presencia de la madre del paciente (94,2 %) o de la pareja (89,2 %), el idioma y los problemas de comprensión (74,2 %), la ausencia de demanda (72,4 %), la insuficiente formación (69,4 %), las diferencias étnicas (68,4 %), la falta de tiempo (60,8 %), ser el primer contacto con el paciente (60,8 %) y el miedo a molestar al paciente (30,6 %).

Los datos de nuestro estudio avalan las conclusiones de estudios precedentes sobre las barreras más importantes que encuentran los profesionales de atención primaria, médicos/as y enfermeras/os, para abordar en su trabajo rutinario la atención a la demanda en salud sexual, como son la falta de formación y la falta de tiempo en consulta, a pesar de que ellos/as mismos/as plantean tener dentro de su rol profesional esta actividad de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual.

Nuestros resultados, con respecto a la forma habitual de proceder ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual, muestran que los profesionales médicos superan a los de enfermería en intervención habitual, puesto

que el 59,2 % lo hace siempre y un 5 % además deriva a especialista. En cambio, entre la enfermería la tasa de intervención habitual es del 41,6 %, derivando el 9,5 % a un especialista.

En esta actividad destacan los médicos de familia ya que el 56,4 % lo hacen siempre, los pediatras alcanzan cotas del 45,1 %, las matronas el 36,7 % y las enfermeras el 31,2 %.

Los resultados sobre las mayores dificultades que ambos tipos de profesionales (medicina y enfermería) de atención primaria de salud tienen ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud muestran que las principales dificultades para ambos grupos son coincidentes, siendo la primera para ambos la “falta de tiempo en consulta” (80,4 % para médicos y 53,4 % para enfermería) y la segunda, “insuficiente formación”, (48,6 % para medicina y 41,6 % para enfermería). Estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre profesionales médicos y de enfermería solamente en la falta de tiempo en consulta.

Otras dificultades encontradas en ambos grupos, aunque con tasas de respuesta inferiores al 40 % y sin mostrar diferencias significativas, han sido: “no tener equipo multidisciplinar”, “no disponer de medios”, “falta de demanda o queja” y “la presencia de los padres en la consulta”.

Posibles limitaciones y razones por las que los resultados pueden ser válidos

Solamente se han podido analizar los datos pertenecientes a los 499 profesionales de Atención Primaria: medicina de familia, pediatría, enfermería y matronas de 41 Centros de Salud de la ciudad de Valencia. Siendo, por ello, que los resultados del estudio únicamente se podrán referir a estos profesionales.

Ahora bien, es importante contar con estos resultados, porque han permitido analizar las actividades de promoción y prevención que los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Valencia realizan frente a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescencia. También han mostrado la forma habitual de proceder ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual y reproductiva y, finalmente, han permitido saber qué dificultades tienen a la hora de aplicar medidas de

promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva.

Indicaciones y directrices para futuras investigaciones

Aunque la muestra no ha sido escasa, sería conveniente ampliar el número de sujetos estudiados, para confirmar si los resultados encontrados entre los diferentes profesionales se mantienen, y tenerlos en cuenta para aplicar medidas correctoras sobre las principales dificultades que tienen para la intervención en salud sexual y reproductiva en adolescencia, como son: la falta de tiempo en consulta, la insuficiente formación y no contar con un equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alvin P, Neu-Janicki AM, Jacquin P y Salinier C.:** Adolescents and contraception. What should the pediatrician know? *Archives of pediatrics* 2002; 9: 187-195.
2. **American Academy of Family Physicians.:** Policy and advocacy: adolescent health care. Accessed online 2004, August 25, 2004, en: <http://www.aafp.org/x6613.xml>.
3. **American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence, Blythe MJU, Diaz A.** Contraception and adolescents. *Pediatrics* 2007; 120: 1135-1148.
4. **American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence.** Emergency contraception. *Pediatrics* 2005; 116: 1026-1035.
5. **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.
6. **As-Sanie S, Gantt A y Rosenthal M.S.** Pregnancy prevention in adolescents. *American family physician* 2004; 70: 1517-1524.
7. **Bellis M, Hughes K y Ashton J.:** The promiscuous 10 %? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004; 58: 889-890.
8. **Brown CT y Cromer BA.:** The pediatrician and the sexually active adolescent. Sexual activity and contraception. *Pediatric Clinics of North America* 1997; 44: 1379-1390.
9. **Canadian Task force on preventive health care.:** New Grades for Recommendations From the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 169: 207-208.
10. **Catchpole M.:** Sexually transmitted infections: control strategies. *BML* 2001; 322: 1135-1136.
11. **Colomer Revuelta, J. Grupo PrevInfad.:** Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recomendaciones Previnfad. 2004, 18 de diciembre. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_endits.htm.
12. **Crosby RA y Danner F.:** Adolescents' transmitted disease protective attitudes predict sexually transmitted disease acquisition in early adulthood. *The Journal of school health* 2008; 78: 310-313.
13. **Feldman J, Miner M y Millis M.:** Training family practice residents in HIV care. *AIDS Patient Care and STDS* 2004; 18: 395-404.
14. **Felice ME, Feinstein RA, Fisher M, Kaplan DW, Olmedo LF, Rome ES, et al.:** American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception in adolescents. *Pediatrics* 1999; 105: 1161-1166.
15. **García J.:** Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Generalidades y prevención. En: Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. ed. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001. Pag: 539-579.
16. **Generalitat Valenciana.:** Informe de salud. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana 2004. Valencia: Consellería de Sanidad, 2007.
17. **Hansen L, Barnett J, Wong T, Spencer D, Rekart M.:** STD and HIV counseling practices of British Columbia primary care physicians. *AIDS Patient Care and STDS* 2005; 19: 40-48.
18. **Hurtado F.:** Estudio descriptivo por niveles educativos (7º EGB-COU) y sexos, sobre la situación de la educación afectivo-sexual en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 1997; 42/43: 32-45.
19. **Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).:** Preventive services for children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004. [En línea]. [Fecha de acceso 18 diciembre 2004]. Disponible en <http://www.guideline.gov>.
20. **Jewell D, Tacchi J, Donovan J.:** Teenage pregnancy: whose problem is it? *Family Practice* 2000; 17: 522-528.
21. **Karasz A, Kirchen NT, Gold M.:** The visit before the morning after: barriers to preprescri-

- bing emergency contraception. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 345-350.
22. **Lin JS, Whitlock E, O'Connor E, Bauer V.:** Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2008; 149: 497-508.
 23. **Ministerio de Sanidad y Consumo.:** Interrupción Voluntaria del Embarazo. Dirección General de Salud Pública. Madrid, 2002.
 24. **Mulvey G, Keogh LA, Temple-Smith MJ.:** Outcomes of an educational activity with Victorian GPs aimed at improving knowledge and practices in relation to sexually transmissible diseases. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2000; 24: 76-78.
 25. **Nonoyama M, Tsurugi Y, Shirai Ch, Ishikawa Y, Horiguchi M.:** Influences of sex-related information for STD prevention. *The Journal of Adolescent Health* 2005; 36: 442-445.
 26. **Office of National AIDS policy.:** Youth and HIV/AIDS: An American agenda: A report to the president. Washington, DC: Author, 1996.
 27. **Oscós-Sánchez MA, White D, Bajorek E, Dahlman M, Albright T, Treviño et al.:** SAFE TEENS: facilitators of and barriers to adolescent preventive care discussions. *Family Medicine* 2008; 40: 125-131.
 28. **Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA.:** Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2007; 110: 1379-1388.
 29. **Rascón JJ, Sandoica EA.:** Ethics and efficacy in sexual health campaigns. *Cuadernos de Bioética* 2008; 19: 81-93.
 30. **Risser Wl, Bortot AT, Benjamins LJ, Feldman JM, Barratt MS, Eissa MA, et al.:** The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases* 2005; 16: 160-167.
 31. **Rogstad KE, Henton L.:** General practitioners and the National Strategy on sexual Health and HIV. *International Journal of STD and AIDS* 2004; 15: 169-72.
 32. **Russell ST, Lee FC.:** Practitioner's perspectives on effective for Hispanic teenage pregnancy prevention. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2004; 36: 142-149.
 33. **Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D.:** Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (2): CD001220.
 34. **Singh S, Bankole A, Woog V.:** Evaluating the need education in developing countries: Sexual behavior, knowledge of preventing sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancy. *Sex Education* 2005; 5: 307-331.
 35. **The American Medical Association.:** Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Accessed online August 25, 2004, en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1980.html>.
 36. **Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, Deneckens J, Avonts D.:** Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Family Practice* 2003; 20: 11-5.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Centro de Salud: _____ Departamento de salud n° _____
 Especialidad médica: Pediatría () Medicina de Familia ()
 Especialidad enfermería: Enfermera/o () Matrona/o ()
 Fecha: _____

1. Como práctica habitual de tu protocolo de consulta ¿realizas actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva del/la niño/a adolescente?
1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
 4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

2. ¿Compruebas si los/as niños/as adolescentes que atiendes están recibiendo educación sexual en su medio familiar?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()

3. ¿Compruebas si los/as niños/as adolescentes que atiendes están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()

4. ¿Informas o asesoras a padres u otros familiares sobre cómo educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

5. ¿Recomiendas o das algún tipo de material educativo sobre sexualidad?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()

6. ¿Realizas algún tipo de actividad en salud sexual comunitaria, bien individualmente o como parte de un equipo multidisciplinar?

SÍ () Si es sí, especifica dónde, con quién/es y qué realizas _____

NO ()

7. Del mismo modo que realizas controles sobre el desarrollo evolutivo general (peso, talla, dentición...), ¿realizas controles sobre el desarrollo sexual (aparición de caracteres sexuales secundarios, normalidad genital...)?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()

8. ¿Realizas actividades de prevención de abusos sexuales en niñez y adolescencia?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

9. ¿Realizas actividades de prevención de embarazos no deseados en adolescentes?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

10. ¿Das o prescribes métodos anticonceptivos hormonales en adolescentes?

1. SÍ () 2. NO ()
1. Derivo al Centro de Salud Sexual y Reproductiva ()
2. Otro () Especifica _____

11. Ante un coito no protegido frente a embarazo, ¿prescribes la anticoncepción de emergencia?

1. SÍ () 2. NO ()
3. Derivo al Centro de Salud Sexual y Reproductiva ()
4. Otro () Especifica _____

12. ¿Realizas actividades de prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

13. ¿Realizas actividades de prevención de violencia de género en adolescentes?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

14. ¿Realizas actividades de prevención de disfunciones sexuales y parafilias en adolescentes?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Nunca ()
4. Solo ante demandas o quejas () 5. Solo antes signos de sospecha ()

15. Ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual, ¿cuál es tu forma habitual de proceder?

- Suelo intervenir () Derivo al especialista ()

16. ¿Cuáles son las mayores dificultades que encuentras ante el abordaje de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en lo que a la salud sexual y reproductiva se refiere? Marca todas aquellas que consideres.

- | | |
|--|---------------------------------|
| Insuficiente formación () | Falta de tiempo en consulta () |
| Presencia de padres () | Temor a invadir intimidad () |
| Vergüenza a abordar la sexualidad () | Falta de demanda o queja () |
| No disponer de equipo multidisciplinar () | No disponer de medios () |
| Por considerar que no me corresponde () | Por barreras culturales () |
| Por considerar que no es necesaria a esa edad () | |
| Por ser el/la niño/a adolescente del sexo contrario al mío () | |