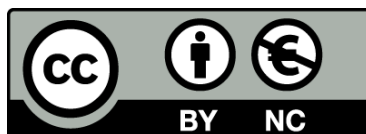




UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Análisis del uso de la web Sexe Joves  
y evaluación de una estrategia de mejora de la consulta  
virtual, basada en la formación complementaria de las  
enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas)  
que gestiona la web**

Gemma Falguera Puig



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial 4.0. Espanya de Creative Commons**.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial 4.0. España de Creative Commons**.

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0. Spain License**.



*Tesis doctoral*

**Análisis del uso de la web Sexe Joves y evaluación de una estrategia de mejora de la consulta virtual, basada en la formación complementaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) que gestionan la web**

*Autora*  
**GEMMA FALGUERA PUIG**

*Directora*  
**M. TERESA LLUCH CANUT**

Programa de Doctorado de Ciencias Enfermeras  
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

TD 195 Septiembre 2012



0701702483



## *dedicatòria*

*A la meva família, perquè són les columnes que em sustenten  
i el motor que m'ajuda a avançar.*

*I al Josep M., pel seu amor, paciència i suport. I als meus fills, pel seu afecte  
i el seu recolzament.*

## *agraïments*

A hores d'ara he de dir que he gaudit molt elaborant aquesta tesi i que aquest temps m'ha servit per no pensar en el que ens envolta; aquest estudi ha estat la meva vàlvula d'escapament de la realitat.

Un cop acabat aquest intens treball, he d'agrair a la meva directora de tesi, M. Teresa Lluch, la seva infinita paciència i tot el procés d'aprenentatge al seu costat, tan satisfactori.

També vull donar les gràcies al Josep Manresa, pel seu suport imprescindible en la tesi i per la formació que m'ha proporcionat, i al Pere Toran, pel seu recolzament.

A la Dolors Costa, que és la meva "mare empírica", i a la Glòria Seguranyes, la meva "mare metodològica".

A totes les companyes i company del comitè editorial del web, per la seva il·lusió i col·laboració en aquesta tesi. Elles i ell han cregut en mi i en la meva tesi i l'han feta possible. Mai els podré tornar tot el que m'han donat. GRÀCIES.

A tots els professionals que treballen al web, per la seva feina tan ben feta i la il·lusió que compartim en aquest projecte.

A la Susanna Saval, per fer lluir el treball d'aquesta tesi amb la seva expertesa.

A la Fatima Meimoun, per la seva energia positiva, i a l'Otman El-Idrisi, pel seu ajut tan valuós.

A les meves amigues i amics, no cal que els anomeni perquè ells ja saben qui són i com els ho agraeixo. Sou l'aire fresc i de vegades la tramuntana.

A la Mercè Falguera i la Marina Salas, pel seu suport i ajut.

Als meus fills, que m'han vist hores i hores davant l'ordinador i m'han ofert el seu suport i ànims en tot moment.

Al Josep M., que ha comprès i respectat, ha estat pacient i m'ha donat tota la fortalesa en aquest llarg període de treball.

# Índice

Resumen .....	11
<i>Summary</i> .....	13
Introducción .....	15
PRIMERA PARTE - MARCO TEÓRICO .....	19
Capítulo 1. Las tecnologías de la información y la comunicación .....	21
1.1 Los jóvenes y las TIC .....	21
1.2 Disponibilidad, uso y eficacia de la información disponible en internet sobre salud sexual y reproductiva en los jóvenes .....	24
a) Páginas de internet que refuerzan la educación en la promoción de la salud sexual y reproductiva en un entorno multicultural y religioso .....	25
b) Páginas de internet sobre anticoncepción de urgencia .....	27
c) Páginas de internet dirigidas a grupos de orientación sexual minoritarios: lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) .....	28
d) Páginas de internet dirigidas a jóvenes con discapacidades sensoriales y auditivas .....	30
e) Páginas de redes sociales .....	31
f) Páginas de internet como fuente complementaria a la información del profesional en la consulta .....	33
g) ¿Los jóvenes están preparados para el manejo de la sanidad electrónica? .....	34
h) Páginas de internet y seguridad .....	34

1.3 Eficacia de las intervenciones interactivas electrónicas sobre la salud sexual y reproductiva .....	37
1.4 Políticas del gobierno y la Administración Pública de la Generalidad de Cataluña en las TIC y los profesionales .....	38
Capítulo 2. Salud sexual y reproductiva .....	45
2.1 Epidemiología .....	45
a) Indicadores de salud materno-infantil .....	45
b) Indicadores académicos y laborales .....	46
c) Indicadores de infecciones de transmisión sexual y VIH .....	47
d) Indicadores de edad de métodos de barrera y contraceptivos utilizados por los jóvenes .....	48
e) Indicadores de violencia de género .....	50
2.2 Contexto histórico de la salud sexual y reproductiva en el mundo.....	52
a) Marco internacional .....	53
b) Contexto nacional .....	53
2.3 El Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva en Cataluña .....	55
a) Actividades asistenciales que realizan las matronas en la cartera de servicios de las unidades ASSIR .....	56
b) Formación continuada de las matronas en el ASSIR .....	61
2.4 Información y educación en la escuela y el instituto sobre salud sexual y reproductiva .....	62
Capítulo 3. La formación y la actualización de las enfermeras obstétrico-ginecológicas .....	67
3.1 La evolución de la formación de las matronas .....	67
3.2 Formación continuada .....	70
3.3 Estrategias para aumentar los conocimientos en la formación continuada .....	72
3.4 Detección de las necesidades de formación .....	79
3.5 Características de los programas de actualización .....	80
3.6 Propuesta de la evaluación de la formación realizada .....	80

3.7 Tipos de evaluación .....	81
a) Evaluación de la reacción .....	81
b) Evaluación del aprendizaje .....	81
c) Evaluación de transferencia .....	81
d) Evaluación del impacto .....	82
SEGUNDA PARTE - MARCO EMPÍRICO .....	85
Capítulo 4. Planteamiento del problema objeto del estudio .....	87
4.1 Justificación .....	87
4.2 La web <i>Sexe Joves</i> : objetivos, estructura y funcionamiento .....	90
a) Objetivos de la web .....	90
b) Estructura de la web .....	90
c) Funcionamiento de la web .....	109
Capítulo 5: Objetivos, hipótesis y desarrollo del trabajo .....	113
5.1 Objetivos generales y específicos .....	113
5.2 Hipótesis .....	114
5.3 Desarrollo del trabajo .....	115
Capítulo 6: Metodología .....	119
6.1 Diseño .....	119
6.2 Sujetos .....	119
6.3 Variables .....	121
6.4 Instrumentos para la recogida de datos .....	126
6.5 Procedimiento .....	127
6.5 Análisis de datos .....	132
Capítulo 7: Resultados .....	133
7.1 Resultados del análisis de las variables de la página web y de la consulta virtual .....	133
7.2 Resultados del análisis de la calidad de las respuestas de los profesionales (preformación) .....	149
7.3 Resultados del análisis comparativo de las respuestas de los profesionales pre y posformación .....	154

Capítulo 8: Discusión .....	159
8.1. Discusión sobre el uso de la página web <i>Sexe Joves</i> .....	159
a) La web .....	159
b) La consulta virtual .....	161
8.2. Discusión de la calidad de las respuestas de los profesionales.....	166
8.3. Discusión sobre la efectividad de un programa de formación a las matronas .....	169
Capítulo 9: Conclusiones .....	175
Propuestas y aplicabilidad .....	179
Bibliografía .....	181
Difusión de la investigación .....	205
Glosario .....	209
Abreviaciones .....	217
Índice de tablas y figuras .....	219
Anexos .....	223



# Resumen

## Introducción

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) forman parte del día a día de los jóvenes. En el año 2009 se aprobó en España la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y desde entonces su aplicación en los jóvenes es importante para que disfruten de una sexualidad responsable y para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual/VIH. Las enfermeras obstétrico-ginecológicas o matronas son profesionales que realizan atención específica a los jóvenes en torno a la salud sexual y reproductiva. Contemplando estos aspectos, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) creó la web *Sexe Joves* como un instrumento útil para jóvenes de 14 a 25 años. Esta web está dirigida y coordinada por matronas.

## Objetivos

- ✗ Analizar el uso de la página web *Sexe Joves*
- ✗ Analizar la calidad de las respuestas de las matronas a los correos electrónicos que los jóvenes envían a través de la consulta virtual de la web *Sexe Joves*.
- ✗ Evaluar la efectividad de un programa de formación en relación con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las matronas que atienden el correo electrónico de la web *Sexe Joves*.

## Metodología

Se planteó un estudio de investigación estructurado en tres fases correspondientes a los objetivos planteados.

••• En la primera fase se desarrolló un diseño descriptivo que analizaba diversas variables de la web y de la consulta virtual, así como la satisfacción de los jóvenes respecto a su uso.

••• En la segunda fase se realizó un diseño analítico para evaluar la calidad de las respuestas de las matronas a los correos electrónicos recibidos en la web. Para ello se

elaboró y validó un cuestionario que fue aplicado a una muestra de 548 correos electrónicos evaluados por diez profesionales (ocho matronas, una psicóloga y una obstetra-ginecóloga).

••• En la tercera fase se diseñó un estudio cuasi experimental pre y posformación. A partir de las respuestas de los correos electrónicos evaluados con contenido científico erróneo, se elaboró e implantó un curso de formación dirigido a los profesionales encargados de atender la consulta virtual de la web. Los correos electrónicos erróneos en la preformación se evaluaron al finalizar la formación y también se evaluó el nivel de satisfacción con el curso.

## Resultados

••• En 2010, la web *Sexe Joves* tuvo 326.163 visitas y se registraron 1.667 consultas virtuales (correo electrónico y chat). Los temas visitados en la web (en catalán, castellano y lenguaje de signos) fueron semejantes a los contenidos de la consulta virtual: "La primera vez", "Conocimiento de tu cuerpo", "El *petting*", "Afectividad", "El sexo virtual", "La contracepción" y "Abuso y agresión sexual". Destacó la visualización del blog. El género femenino (1.292) utilizó la consulta virtual más que el masculino y a edades más tempranas (14 a 16 años) que el género masculino (17-19 años).

••• La calidad del contenido científico de las respuestas de los correos electrónicos emitidos por las matronas fue muy elevada (97% de respuestas correctas). Los correos electrónicos con contenido científico erróneo (2,7%) mostraban también déficits en otros aspectos (respuestas incompletas, escuetas, no cálidas, el lenguaje no fue claro ni sencillo, no se estructuraban en introducción-resolución-despedida y no invitaban a volver a escribir si existían más dudas).

••• El curso de formación incrementó de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) la calidad de las respuestas de los correos electrónicos emitidos por las matronas.

## Conclusiones

La web *Sexe Joves* tiene un alto índice de usabilidad. La calidad de las respuestas en los correos electrónicos de las matronas es elevada y los aspectos detectados erróneos se pueden subsanar mediante cursos de formación actualizada.

**Palabras clave:** web *sex* joves, enfermera obstétrico-ginecológica, matrona, internet, consulta virtual, en línea, tecnología de la información, salud sexual y reproductiva, formación continuada, calidad.

# Summary

## Introduction

The Information Technology and Communication (ICT) are widely used by young people today. Since 2009 in Spain there is the law on sexual and reproductive health is important and its application in the young people to have a responsible sexuality and to prevent unwanted pregnancies and sexually transmitted infections / HIV. Obstetric-gynecologic nurses: midwives are the professionals that perform specific attention to young people about sexual and reproductive health. Contemplating these respects the Catalan Health Institute (ICS) created the YoungSex web as a useful tool for young people aged 14 to 25 years. This site is directed and coordinated by midwives.

## Objectives

- ✗ Analyze the use of the website young sex.
- ✗ Analyze the quality of midwives' responses to emails sent to young people through virtual consultation young sex web.
- ✗ Evaluate the effectiveness of a training program in relation to knowledge about sexual and reproductive health of midwives doing the email from the young sex web.

## Methodology

It raised a formal research study in 3 stages corresponding to the objectives.

••• In the first phase developed a descriptive analysis of several variables on the website and virtual consultation and the satisfaction of young people regarding their use.

••• In the second phase was designed to evaluate the analytical quality of the responses of midwives to emails received on the web. This was constructed and validated a questionnaire that was administered to a sample of  $n = 548$  e-mails reviewed by 10 professionals (8 matrons, 1 psychologist and 1 obstetrician gynecologist).

••• In the third phase was designed quasi-experimental pre-post training. From the email responses evaluated with scientific content wrong was developed and implemented a training course aimed at professionals responsible for responding to the virtual view of the web. Failed emails in the pre-training were assessed at the end of the training and also evaluated the level of satisfaction with the course.

## Results

••• The number of views to the site in 2010 was 326,163 and  $n = n = 1,667$  were virtual consultation (email and chat). The subjects visited the website (in Catalan, Spanish and sign language) are similar to the contents of the virtual consultation "first time", "body awareness", "petting", "affectivity and sexuality" "virtual sex", "contraception" and "abuse, harassment and sexual assault". Highlights the display of the "blog". Female gender ( $n = 1292$ ) used the virtual consultation more than men and at younger ages (14 to 16 years) than males (17-19 years).

••• The quality of the scientific content of the email responses issued by midwives was very high (97% correct). Emails wrong with scientific content (2.7%) also showed deficits in other aspects (incomplete answers concise, not warm, the language was not clear and simple, did not appear: introduction, resolution, farewell, and not invited to write if they had more questions).

••• The training course statistically significantly ( $p < 0,001$ ) increase the quality of responses from emails issued by midwives.

## Conclusions

The website has a high rate young sex usability. The quality of responses to the emails of midwives is high and the issues identified wrong may be corrected through training courses to date.

**Keywords:** young sex web, obstetric nurse, midwife, internet, on line, virtual consultation, information technology, sexual and reproductive health, continuing education, quality.

## Introducción

Mi interés por el *análisis del uso de la web Sexe Joves y la evaluación de una estrategia de mejora de la consulta virtual, basada en la formación complementaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) que gestionan la web* nace y crece con mi día a día profesional: trabajo como matrona del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) y soy responsable de esta web, lo que me llena de satisfacción.

En el año 2004 recibí el encargo de la responsable del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Ámbito Centro del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de llevar a la práctica el proyecto teórico de una web sobre salud sexual y reproductiva, cuyos contenidos habían sido consensuados con profesionales de atención a la salud sexual y reproductiva y jóvenes de diversos institutos de Cataluña. Y empezamos a trabajar un equipo multidisciplinar de profesionales liderado por las responsables del Gabinete de Comunicación y del ASSIR del Ámbito Centro del ICS. Tanto la Dirección de Atención Primaria del ICS como el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña siempre mostraron su apoyo y reconocimiento al proyecto. La aparición en el año 2006 de *www.sexejoves.gencat.cat* fue el inicio de una obra de gran envergadura y de una constante y continua actualización, que hoy por hoy se mantiene por el entusiasmo y la gran profesionalidad de matronas, psicólogas/os y ginecólogas/os del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, así como de las profesionales del Gabinete de Comunicación del ICS, que son las herramientas que mueven todo el engranaje.

A parte de crear una web de contenidos sobre sexualidad, afectividad y anticoncepción, resultó clave hacer de la web una herramienta dinámica y plantear una consulta abierta con el fin de que existiera un *feedback* entre los jóvenes y los profesionales.

Las matronas, psicólogas/os y ginecólogas/os del ASSIR tienen una dilatada experiencia en la atención de los jóvenes en la *Tarde Jove* de los centros de salud. En esta web, han trasladado su saber profesional a la consulta virtual y han aprendido a utilizar esta nueva herramienta. Se han adaptado a la cultura digital sanitaria que parte de la corresponsabilidad entre el profesional y el usuario/a. Así pues, estos profesionales se han incorporado a la generación digital y se han convertido en e-clínicos que interrelacionan con e-jóvenes.

La web nos ha abierto las puertas de la consulta joven-matrona en un entorno distinto al de la consulta del centro de salud. Quizás uno de los éxitos de la web es que mantiene el anonimato del joven y permite tratar temas que todavía hoy en día no se tratan con naturalidad, sobre los que existe una gran ignorancia y cuyo diálogo con la familia, los profesores o los profesionales sanitarios aún incomoda.

La tesis presenta un retrato temporal de los temas que más visualizan y consultan los jóvenes en la web. Y la necesidad de mantener el máximo nivel de calidad posible ha motivado que se realice una evaluación de la calidad de la consulta virtual percibida por los jóvenes y a su vez una evaluación metódica de las respuestas realizadas por los profesionales que atienden la consulta virtual. Los resultados de la tesis avalan su profesionalidad y reafirman la web ante continuas amenazas por parte de colectivos que no consideran prudente que se traten temas de estas características en una web institucional.

La parte conceptual está organizada en tres capítulos. En el primer capítulo se describen las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) basándose en la relación de las TIC y los jóvenes y su uso para obtener información sobre salud sexual y reproductiva, y también se describen las líneas estratégicas del gobierno de la Generalitat de Catalunya respecto a las TIC y la salud sanitaria. El segundo capítulo muestra los datos de epidemiología más representativos de la salud materno-infantil y de los jóvenes, así como los indicadores académico-laborales, las infecciones de transmisión sexual y VIH, los métodos contraceptivos y de barrera utilizados y la violencia de género; también se expone el Plan Estratégico Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva y la aplicación en Cataluña del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva y del Programa Salud y Escuela, ya que son claves por su repercusión en los jóvenes. El tercer capítulo presenta la evolución de la formación y las estrategias para aumentar los conocimientos en la formación continuada de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas).

La parte empírica se inicia en el cuarto capítulo, que plantea el problema objeto del estudio y describe la web *Sexe Joves*. El quinto capítulo expone los objetivos, la hipótesis y el desarrollo del trabajo. El sexto especifica la metodología utilizada en el estudio. El séptimo capítulo presenta los resultados. El octavo capítulo expone la discusión y el noveno enuncia las conclusiones.

*primera parte*

# *marco teórico*



## Capítulo 1

# Las tecnologías de la información y la comunicación

## 1.1 Los jóvenes y las TIC

Nativos digitales es el término con que se conoce a los jóvenes de hoy en día, educados con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el uso de internet. La generación internet<sup>1</sup> hace uso de la interactividad tecnológica para comunicarse con sus amistades (chat, mensajería instantánea, correo electrónico) y también para encontrar información sobre sus actividades cotidianas, estudios, juegos, compras, descarga de música y películas, entre otras cosas.

Morduchowicz<sup>2</sup> destaca, por un lado, el uso simultáneo que los jóvenes hacen de los distintos medios; en Francia, por ejemplo, el 60% de los jóvenes ve televisión o DVD mientras navega por internet y habla por teléfono. Por otro lado, también señala la desigualdad en el acceso a internet entre los jóvenes europeos y los latinoamericanos: "Sólo un 11% de los adolescentes británicos no tiene conexión a internet en su casa. En las ciudades de América latina, una cifra similar (15%) es la que sí la tiene. Esta menor frecuencia empobrece también las formas de uso: los jóvenes latinoamericanos usan internet más para chatear y jugar, y mucho menos para buscar información, escuchar música y hacer los deberes".<sup>2</sup>

España, según la Sociedad de la Información,<sup>3</sup> se encuentra por debajo de la media europea en cuanto a acceso de los ciudadanos a internet (58% respecto a 65%), pero cabe destacar que en el grupo de los más jóvenes (16 a 24 años), que es el segmento que más incluye las nuevas tecnologías en la vida cotidiana, esta diferencia se desvanece e incluso es levemente superior entre los jóvenes españoles.

Este mismo comportamiento se repite en el acceso a internet desde el móvil a través de tecnologías 3G, que ya supera al acceso desde el ordenador. En este caso, los jóvenes españoles doblan en porcentaje a la media europea, llegando a alcanzar el 26% de penetración. Sin duda alguna, la aparición de los *smartphone* es clave en este

fenómeno, ya que permite la realización de búsquedas, la visualización de vídeos y el acceso a las redes sociales con facilidad. Seis de cada diez usuarios afirma que se conecta un mínimo de tres veces al día, si bien el 80% de las sesiones son más cortas (de entre uno y diez minutos de duración) en los terminales móviles. Según un reciente estudio español, cuatro de cada diez usuarios de teléfono móvil españoles se conectan a páginas web a través de sus dispositivos.<sup>4</sup>

También llama la atención cómo entre los más jóvenes (16-24 años), donde ya no existen diferencias de género en el acceso a internet (incluso las mujeres se han conectado dos puntos porcentuales más que los hombres), sí se observa una disminución del acceso a la red desde el móvil en el género femenino (21%) respecto al género masculino (30%).<sup>3</sup>

El uso del móvil que hacen los jóvenes es un fenómeno global: se ha producido en todas las ciudades del mundo independientemente del número de habitantes que tenga el lugar. Los jóvenes que disponen de un teléfono móvil lo utilizan básicamente para acceder a la red, para enviar mensajes cortos de texto (SMS) y, en raras ocasiones, para comunicarse con la familia.<sup>2</sup>

Un estudio publicado por IESE<sup>5</sup> refiere algunos aspectos relevantes del uso de las TIC en jóvenes españoles:

- ✗ Los jóvenes navegantes se conectan a internet cada día, o casi cada día, preferentemente desde su hogar.
- ✗ Los adolescentes y las chicas se conectan más por la tarde, mientras que los adultos jóvenes y los chicos lo hacen más por la noche.
- ✗ Los juegos en red atraen más a los chicos y a los más jóvenes. Y los jóvenes reconocen que son sus amigos quienes más les animan a conectarse. Youtube es el preferido para visionar el contenido en línea.
- ✗ El uso diario del correo electrónico supera la navegación por la red, ya que un 50% lo utiliza varias veces al día. Y cuando se les pregunta por su importancia, las chicas lo valoran como muy importante en mayor porcentaje (79%) que los chicos (69%).
- ✗ Los adolescentes valoran más el chat que los adultos jóvenes. La diversión es el principal motivo de utilización de internet en un 59% de los jóvenes; su uso con fines académicos es de un 36%, y un 20% valora la posibilidad de realizar trabajos no académicos.

- ✖ Internet como herramienta para la escuela es más valorada por los adultos jóvenes, ya que utilizan más la red para buscar información y leer las noticias de actualidad, y las chicas lo consideran más la fuente de información para hacer los trabajos. Sorprende constatar que los jóvenes navegan por internet para actividades de ocio y recreativas y no educativas.
- ✖ El 78% de los encuestados tienen página personal, y un 71% la han diseñado ellos mismos. Y muchos jóvenes han aprendido inglés para navegar mejor.
- ✖ Los resultados de la encuesta de IESE demuestran cómo los jóvenes que se conectan a la red hacen más amigos y cómo en la mayoría de los casos llegan a conocerlos en persona. El chat es el medio por excelencia para establecer relaciones con otras personas, así un 60% lo utiliza para hacer nuevos amigos. Los jóvenes de provincias hacen más amigos que los de las capitales y establecen más contacto presencial (52% frente a un 47%).<sup>5</sup>

Internet es un medio de interrelación social para los jóvenes. Así como existen ventajas en el uso de internet como medio de comunicación, existen también peligros a los que está expuesta la juventud, como por ejemplo las prácticas desleales a los principios de las personas y la percepción del ordenador como una forma de socialización (que sí lo es, pero impersonal, ya que no existe una presencia física y esto puede afectar las relaciones sociales).<sup>5</sup>

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación otorgan infinidad de oportunidades y aspectos positivos, como el desarrollo de nuevas habilidades, la búsqueda de información y nuevas formas de comunicación y razonamiento, muy interesantes para aplicar en el ámbito educativo. En este sentido cabe destacar el Programa europeo Escuela 2.0 para la integración de las tecnologías de la información y de la comunicación en los centros educativos, que se creó con la participación voluntaria de las comunidades autónomas y fue cofinanciado por el Ministerio de Educación y cada comunidad autónoma que participaba<sup>6</sup>. El programa, que comenzó en el curso 2009-2010, contempló el uso personalizado de un ordenador portátil por parte de cada alumno y las aulas se transformaron en aulas digitales. Para ello, aparte de dotar a los centros de aulas digitales y de ordenadores portátiles para alumnos y profesores, se garantizó la conectividad a internet y la interconectividad dentro del aula, así como la formación del profesorado en los aspectos tecnológicos, metodológicos y sociales que permitieron la integración de estos recursos en su práctica docente cotidiana. Los datos del desarrollo del curso 2010-2011 se muestran en la tabla 1. El programa se centró en el curso 5º y 6º de Educación Primaria y 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria.

	Nº ordenadores por alumno	Nº aulas digitales	Nº de profesores formados
<b>España</b>	325.433	12.863	86.999
<b>Cataluña</b>	45.124	1.407	4.120

## 1.2 Disponibilidad, uso y eficacia de la información disponible en internet sobre salud sexual y reproductiva en los jóvenes

Para los jóvenes internet es un medio habitual de búsqueda y no les resulta extraño poderlo utilizar para consultar sobre sexualidad. A ello se le suman los beneficios del anonimato y la confidencialidad para poder realizar todo tipo de consultas sobre este tema. Este hecho es importante porque los estudios realizados sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva siguen demostrando que los jóvenes tienen a veces dificultades para acceder a los servicios sanitarios y que desean mantener el anonimato y la confidencialidad cuando los utilizan.<sup>7</sup> Todo ello, añadido a la insuficiente educación sobre salud sexual, provoca en algunos jóvenes un desconocimiento sobre temas sexuales y una baja utilización de los servicios de salud.<sup>8,9</sup> Es por ello que internet se presenta como una herramienta eficaz para ayudar a los jóvenes tanto a nivel de información sobre salud sexual, afectiva y reproductiva como en la resolución de sus dudas.

Los jóvenes también obtienen información sobre pornografía a través de estos medios. Conectarse a páginas de contenido pornográfico es fácil, ya que reciben invitaciones o bien encuentran pantallazos al visitar webs y MMS. En este sentido, los jóvenes tienen experiencia con chats y refieren haberlos utilizado, o conocer a personas cercanas que lo han utilizado, como forma de excitación sexual y para conocer gente y "ligar", pero a su vez sienten desconfianza por miedo a las estafas y a introducirse en páginas web de coste económico alto. Los jóvenes mayores sugieren que debería haber un filtro para estos temas en las webs, pero son conscientes que resulta complicado por la facilidad para acceder a estas páginas, incluso a través de las televisiones locales.

En un estudio realizado en jóvenes de Nueva York e Indiana, la mayoría de los adolescentes afirmaron que utilizaban internet a diario, pero pocos consideraron que ésta fuera la principal fuente de información sobre la anticoncepción o la abstinencia sexual.<sup>10</sup> Los estudiantes eran más propensos a confiar en las fuentes tradicionales de educación sexual, como la escuela, miembros de la familia y amigos. También en Owerri (Nigeria), al preguntar cuál era la primera opción de información sobre salud sexual y reproductiva en niñas escolarizadas adolescentes, se concluyó que en primer lugar eran los padres (66,2%) y los profesores (56,15%). Y en niñas que no iban a la escuela, eran los amigos (63,18%) e internet (55,19%).<sup>11</sup>

En cuanto a las fuentes de información, en ambos estudios la mayoría de los adolescentes entrevistados se mostraron cautelosos respecto de la información sobre salud sexual en internet. Por tanto, es recomendable que los profesionales de educación para la salud recomienden a los jóvenes páginas de internet con información verídica y que el contenido de estas páginas sea el apropiado para las diferentes edades.

#### **a) Páginas de internet que refuerzan la educación en la promoción de la salud sexual y reproductiva en un entorno multicultural y multirreligioso**

A nivel internacional existen diversas experiencias de páginas web con objetivos educativos en materia de salud sexual y reproductiva. Una de las más relevantes es la web *Go ask to Alice*, auspiciada por el Departamento de Salud de la Universidad de Columbia.<sup>12</sup> En Cataluña existen webs de información sobre salud sexual y reproductiva dirigidas a jóvenes, como la web del Centro Joven de Anticoncepción y la web *Sexe Joves* del Instituto Catalán de la Salud. También en el resto de España existen webs con contenidos similares. En el anexo 1 se adjunta una relación exhaustiva de webs existentes.

Para el diseño de este tipo de webs, es interesante considerar los resultados de un estudio desarrollado en Gijón dirigido a conocer la participación de los alumnos en los servicios de salud de internet. Los resultados mostraron que internet puede ser una forma práctica y accesible de prestación de educación sexual a los adolescentes y jóvenes. Asimismo, la mayoría de los que participaron en el estudio (70,5%) indicaron que estaban interesados en hacer preguntas por correo electrónico a un profesional y recibir una respuesta individualizada.<sup>13</sup>

Cuando a través de internet se preguntó a los adolescentes norteamericanos qué temas les interesaban sobre la salud sexual y reproductiva, obtuvieron los siguientes resultados: la expresión de la sexualidad, la sexualidad en la adolescencia, la virginidad, las relaciones sexuales, la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual.<sup>14</sup> Resultados similares se obtuvieron cuando se exploraron los motivos de consulta de la web del Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid: información sobre sexualidad, seguido de información sobre métodos anticonceptivos, embarazo y amenorrea.<sup>15</sup>

Pero no hay que olvidar que el interés de algunos jóvenes por obtener información sobre educación en la salud es escaso. Por este motivo, en esta línea, el observatorio del videojuego y la animación, con sede en distintos países, tiene como principal objetivo conducir la investigación en la educación a través de los juegos de simulación, como complemento a las actuales técnicas y labores pedagógicas.<sup>16</sup> Y, en este sentido, se ha podido comprobar que los juegos interactivos suministran información, permiten identificar a los usuarios sus propios comportamientos de riesgo y ayudan a la divulgación del diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes.<sup>17</sup> Diversos estudios en los que se ofrecían servicios de consulta e información sobre estos temas y VIH reflejaron que los usuarios tenían una alta satisfacción de la información recibida.<sup>18,19</sup>

No hay que desmerecer la influencia de las religiones en estos temas, ya que la carencia de educación en salud sexual y reproductiva puede provocar que la ignorancia de los jóvenes conduzca a prácticas sexuales poco seguras. En esta línea existen estudios cualitativos en adolescentes musulmanes, como el foro holandés [www.maroc.nl](http://www.maroc.nl), en los cuales se manifestó que el déficit de conocimientos podía influir negativamente en el primer contacto sexual en los adolescentes musulmanes, y también que las normas respecto a las relaciones sexuales eran más permisivas en las del género masculino y, en cambio, en el género femenino se debía promover la abstinencia sexual.<sup>20</sup>

En cuestión de género, también se producen diferencias en cuanto a la obtención de información sobre la salud (incluso en jóvenes universitarios americanos), ya que las mujeres fueron más propensas a obtener información a través de internet.<sup>21</sup> Pero se debe tener en cuenta que aunque las intervenciones en internet pueden ser utilizadas para aumentar el conocimiento y las actitudes de los jóvenes en la salud sexual y reproductiva, estos esfuerzos deben ser constantes y sostenibles con el paso del tiempo.<sup>22</sup>

## b) Páginas de internet sobre anticoncepción de urgencia

Vemos que existen diferentes estudios sobre páginas web que versan sobre la anticoncepción de urgencia. Éstos analizaron los conocimientos que los jóvenes tenían sobre salud sexual y reproductiva a través de las consultas y se pudo observar que, en algunos casos, eran erróneos. Uno de los autores, Wynn et al. (2009),<sup>23</sup> afirmó que el origen del déficit de información podía ser debido a varias causas:

- × Programas educativos en pro de la abstinencia (“¿me puedo quedar embarazada con el sexo oral?”).
- × Proliferación de webs con contenidos sanitarios erróneos o poco claros (confusión como que la anticoncepción hormonal es también un método de barrera).
- × Terminología confusa utilizada en las campañas de salud pública (confusión de la anticoncepción de urgencia con el tratamiento farmacológico abortivo).

Las dudas planteadas en estas páginas web sobre la anticoncepción de urgencia hacían referencia a las instrucciones del tratamiento, la aparición de la menstruación al finalizar el tratamiento y la seguridad del método para evitar embarazos no deseados.<sup>24</sup>

Wynn et al. (2010) analizaron cómo los factores culturales influían en las personas a la hora de interpretar de distintas formas los términos de “sexo” (para algunos el sexo era exclusivamente las relaciones coitales) y relaciones sexuales sin protección (jóvenes sin relaciones sexuales previas o monógamos sucesivos consideraban que no tenían riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual).<sup>25</sup>

Ibarra et al. (2006) afirmaron que internet puede ser una estrategia prometedora para ofrecer información, educación e intervenciones de reducción de riesgos en entornos con recursos limitados.<sup>26</sup> En este contexto cabe destacar que la creación de webs que informan sobre anticoncepción de urgencia también ha sido considerada como una potente herramienta educativa frente a la introducción de la venta sin prescripción médica de la anticoncepción hormonal de urgencia en algunos países.<sup>27</sup>

En las encuestas virtuales sobre anticoncepción de urgencia queda de manifiesto que los adolescentes que obtenían el tratamiento sin prescripción médica en la farmacia realizaban el tratamiento antes de las 24 horas y estaban más satisfechos con su experiencia de acceso al tratamiento que los adolescentes que acudían a los centros

de salud para que les suministrasen el tratamiento.<sup>28</sup> Y, por otra parte, las mujeres universitarias de clase social media-alta norteamericana utilizaban la compra por internet de la anticoncepción de urgencia por el temor al qué dirán los profesionales sanitarios y al encuentro de algún conocido en la sala de espera del centro sanitario.<sup>29</sup>

Contemplando los factores culturales, en mayo de 2003 se puso en marcha la primera web de anticoncepción de urgencia en el mundo árabe y, a través de ésta, hubieron usuarios que demostraron gran interés por ampliar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en general, lo que sugirió la necesidad de una mayor disponibilidad de recursos en lengua árabe de educación en estos temas a través de internet, y que no fuera solo específico de la anticoncepción de urgencia.<sup>30</sup>

### **c) Páginas de internet dirigidas a grupos de orientación sexual minoritarios: lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT)**

La literatura documenta que la orientación sexual minoritaria es un factor de riesgo para diversas formas de abuso infantil y, si a ello se le añade la etnia, se incrementa. En el estudio de Balsam et al. (2010), mediante el reclutamiento a través de internet de LGBT, se obtuvo que los y las participantes latinos, asiáticos y afroamericanos tenían niveles más altos de abuso infantil físico y sexual en comparación con sus homólogos blancos. Estos datos coinciden también con los maltratos en población heterosexual. Los abusos emocionales de la infancia es un tema poco estudiado en comparación con otras formas de abuso, y pueden contribuir a problemas de salud mental en los adultos.<sup>31</sup>

El colectivo que utilizó ampliamente internet para difundir medidas de prevención del VIH fue el formado por hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, ya que a través de este medio estudiaron los comportamientos de riesgo en las relaciones anales y orales sin protección. Sorprendió observar que a pesar de los programas de educación, los comportamientos de riesgo seguían siendo comunes, incluso en estudiantes universitarios.<sup>32,33</sup> También exploraron las actitudes de los hombres que eran VIH positivos y tenían relaciones sexuales con hombres mediante entrevistas de autocumplimiento en internet, y se obtuvo que estaban sensibilizados respecto al riesgo de contagio del VIH y utilizaban preservativos en la mayoría de las relaciones sexuales con penetración.<sup>34</sup>

En internet, también se comprobó la existencia de la situación opuesta a la prevención del VIH, a través de un "sitio" previamente identificado como "en *barebacking*" ("sexo a



pelo" o sexo anal sin condón), en que se facilitaba el contacto de hombres que tenían relaciones sexuales con hombres "a pelo", por el placer físico y emocional que experimentaban. Los usuarios de este servicio encuestados estaban preocupados por contraer el VIH y algunos tomaron medidas para reducir la infección; mencionaron que habían tomado alcohol o drogas, pero su consumo no propició el *barebacking*.<sup>35</sup> Sin embargo, sí que se observó que el uso de metanfetamina cristalina en los VIH positivos se relacionaba con un comportamiento de más alto riesgo para contraer el VIH por la desinhibición provocada. Los elementos culturales de los latinos o los afroamericanos no influyeron en el *barebacking*.

Mustanski et al. (2011), en un estudio cualitativo de hombres de 18 a 24 años que tenían relaciones sexuales con hombres, identificaron que internet llenaba el vacío de una deficiente educación sexual y que en estos casos las conexiones con la comunidad gay les proporcionó el apoyo que necesitaban durante el proceso de "salida del armario", pero por otro lado también les expuso a mensajes homofóbicos.<sup>36</sup> Este estudio y el de Mimiaga et al. (2010) concluyeron que internet tiene un papel importante en el desarrollo de la salud sexual entre los hombres que tienen relaciones con hombres.<sup>37</sup> Por ello existen asociaciones como la Asociación Poweron en EE.UU., que utilizó internet para suministrar información a este colectivo mediante respuesta SMS a sus preguntas a través del móvil.<sup>38</sup>

En relación con el sexo entre mujeres, a través de la web *Girl2girl.info* de Australia se identificó que las mujeres que tenían sexo con mujeres tenían una percepción errónea de bajo riesgo para las infecciones de transmisión sexual y una aversión constante a la utilización del látex para el sexo seguro.<sup>39</sup>

A pesar de la existencia de diversas experiencias de webs, en un estudio realizado por Hooper et al. (2008) se evidenció que las webs gays contenían información específica para la prevención del VIH de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, pero las webs gubernamentales de salud pública no eran específicas para las minorías sexuales. Por tanto se aconsejó que, para que estas últimas fuesen creíbles para este colectivo, debían revisar que la información que apareciese tuviera en cuenta todas las orientaciones sexuales.<sup>40</sup> Asimismo, Reisner et al. (2010) propusieron que las páginas web que se crearan deberían incluir mensajes de apoyo para proporcionar bienestar psicológico a este colectivo.<sup>41</sup>

Varios estudios realizados con grupos de minorías sexuales que vivían en zonas rurales pusieron de manifiesto que usaban internet para obtener información, apoyo y

seguimiento en muchos casos, ya que preferían vivir en la invisibilidad dentro de la comunidad por el temor al rechazo y a la violencia social.<sup>42,43,44</sup>

Es importante destacar que escasos estudios publicados evalúan los sitios con información y servicios de apoyo psicológico para LGBT de estudiantes universitarios y de los jóvenes en general.

La red social MySpace ha favorecido un foro entre las jóvenes bisexuales y lesbianas, y las autoras que han estudiado esta red agruparon los temas más comentados en el blog en cuatro focos importantes de discusión: 1) ¿es relevante para una relación tener sexo con frecuencia?; 2) el azar en los encuentros; 3) ¿cómo has hecho para salir con alguien?; y 4) ¿cómo han tomado tus padres el que salgas con alguien?<sup>45</sup>

Por lo comentado anteriormente, los profesionales de la salud deben tener en cuenta en la atención sanitaria que no toda la población es heterosexual y que se debe mostrar una actitud abierta respecto a las minorías sexuales. En el caso concreto de la atención a la salud sexual y reproductiva, los profesionales, y especialmente las matronas, deben tener unos conocimientos específicos de los problemas de salud de estos grupos para proporcionar una buena atención a las familias formadas por parejas del mismo género.<sup>46,47</sup>

#### **d) Páginas de internet dirigidas a jóvenes con discapacidades sensoriales visuales y auditivas**

La bibliografía sobre webs, sexualidad y discapacidad es casi nula. Si revisamos algunas webs de ámbito nacional y los apartados que tratan de sexualidad, hallamos que se define en general que los discapacitados también tienen sexualidad pero no ofrecen información al respecto ni sugieren enlaces de interés.<sup>48</sup>

Los jóvenes con discapacidades que estudian tienen importantes dificultades para acceder a la información. Dentro del aprendizaje en el aula, hay algunos con discapacidad auditiva que aprenden el lenguaje de signos y otros la lectura de fuentes escritas.<sup>49</sup> Las personas que leen fuentes escritas pueden acceder a webs, foros y a toda la información escrita, pero los jóvenes que utilizan el lenguaje de signos tienen unas limitaciones importantes en nuestra sociedad y necesitan traductores en lenguaje de signos para comunicarse. Si aumentase la alfabetización, las personas serían capaces de leer la literatura y los subtítulos, lo que les permitiría recibir información a través de fuentes escritas, y sería esperable que ello influyera en su autoestima y les facilitara integrarse en la sociedad y tener más oportunidades de interrelación.<sup>50</sup>

Existen varios estudios que indican que el nivel de conocimientos y actitudes sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH y el riesgo para el embarazo en el colectivo de jóvenes con disminución sensorial auditiva y visual es deficitario.<sup>51-54</sup>

La Federación de Sordos de Catalunya (FESOCA) trabajó conjuntamente con la web *Sexe Joves* objeto de nuestra investigación (cuya organización y funcionamiento se describe en el capítulo 4) para traducir los contenidos de la web al lenguaje de signos. Fue un trabajo exhaustivo para este colectivo, ya que algunas palabras sobre sexualidad no tenían traducción en el lenguaje de signos y se tuvieron que crear para poder explicar algunos términos.<sup>55</sup> Las webs para los jóvenes discapacitados sensoriales deberían disponer de consulta electrónica con profesionales adaptados a su lenguaje.

Lo mismo ocurre con webs para personas discapacitadas visualmente, ya que deben incluir adaptaciones tecnológicas como comandos para activado de voz y facilitar además el ajuste de tamaño de la fuente para superar las barreras visuales. Actualmente, para navegar por internet pueden disponer de un pequeño dispositivo portátil que describe con voz la posición actual y proporciona información útil señalizando las direcciones de la páginas, con el objetivo de mejorar el acceso y la independencia para las personas con baja visión.<sup>56,57</sup>

### e) Páginas de redes sociales

A menudo los adolescentes desvelan en webs de sitios públicos información de comportamientos de riesgo. Se realizó un estudio sobre los comentarios en Myspace durante dos meses y medio en el año 2007 y se analizaron 500 perfiles. Se obtuvo que un 54% de ellos contenía información de un comportamiento de riesgo (coito sin protección) y el resto, un 41% sobre el uso de drogas y un 14,4% sobre violencia.<sup>58</sup>

En las redes sociales hay jóvenes del género femenino que anuncian que buscan pareja. Analizando este tema, se realizó un estudio cualitativo en varones universitarios norteamericanos para explorar su percepción. Ellos opinaban que estos anuncios aumentaban sus expectativas de tener relaciones sexuales con las chicas que se anunciaban pero disminuían sus intenciones de tener una relación de noviazgo con ellas.<sup>59</sup>

Los adolescentes que estaban expuestos a sitios web que trataban explícitamente de pornografía indicaban que habían tenido más de una pareja sexual en los últimos tres meses y que habían consumido alcohol y otras sustancias en el último encuentro

sexual.<sup>60</sup> Por tanto, es importante educar a los jóvenes en el uso de páginas de sexualidad de internet para prevenir riesgos y para que utilicen las que sean apropiadas.

En la ciudad de Los Ángeles se realizaron dos estudios acerca de la existencia de alguna relación entre las redes sociales y los comportamientos de salud sexual entre los jóvenes sin hogar de esta ciudad.<sup>61,62</sup> Los resultados indicaron que:

- ✗ El uso de redes sociales para la búsqueda de contactos en comparación con las redes sociales que no buscaban contactos se asoció a un aumento de conducta sexual de riesgo.
- ✗ La participación en redes sociales que hablaban de sexo seguro estaba asociado a una mayor probabilidad de conocer a sólo una pareja sexual en línea.
- ✗ Hablar con amigos en redes sociales sobre drogas y fiesta se asociaba a un mayor intercambio de parejas.
- ✗ Sin embargo, los resultados también sugirieron que el uso de redes sociales se asoció a un mayor conocimiento y prevención del VIH e infecciones e transmisión sexual (ITS) entre los jóvenes sin hogar. Y en este sentido utilizar las redes sociales para hablar sobre el amor y el sexo seguro se asoció a un mayor conocimiento sobre el VIH y sobre las pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual.

En los estudios que acabamos de describir se observó que un breve correo electrónico realizando una intervención educativa provocaba una reducción de las conductas sexuales en los perfiles en línea de los adolescentes en situación de riesgo.<sup>61,62</sup> Por lo tanto, el desarrollo de servicios de salud sexual podría reducir las conductas sexuales de riesgo de las ITS y el VIH con intervenciones en las redes sociales.

Hollenbaugh (2011), en un estudio social a través de una encuesta en línea sobre motivos para conectarse a redes, señaló siete motivos atribuidos al éxito de los blogs: la obtención de información y de ayuda es una forma de pasar el tiempo, ayuda a establecer contactos con otras personas, es una conducta exhibicionista, permite la consulta en su archivo de las opiniones de los otras personas, impulsa la organización y proporciona una retroalimentación de los profesionales y los usuarios.<sup>63</sup>

## f) Páginas de internet como fuente complementaria a la información del profesional en la consulta

Internet ha producido un impacto en la manera cómo los ciudadanos manejan la consulta de su salud y ha repercutido en su comportamiento hacia los profesionales y el sistema de salud. Y si además nos centramos en la generación digital, esto nos indica que internet es un excelente recurso para los adolescentes que buscan información sobre las pruebas de detección de ITS y VIH y otros temas de salud.<sup>64,65</sup> Tal y como hemos visto en apartados anteriores, el uso de internet es frecuente en la población joven, aunque los profesionales sanitarios pueden no ser conscientes de ello; por tanto, sería conveniente que los profesionales de la salud preguntasen a sus usuarios acerca de si consultan internet y les proporcionaran webs de información verídica.<sup>66</sup> Según la Sociedad de Información Española, los jóvenes españoles buscan información sobre salud con una media superior a la europea (35% en Europa vs. 42% en España).<sup>3</sup>

En dos encuestas telefónicas realizadas en 2005 y 2007 en siete países (Alemania, Dinamarca, Grecia, Letonia, Noruega, Polonia y Portugal) sobre los usos de internet a nivel europeo, se obtuvo que en los 18 meses de diferencia entre las dos encuestas hubo un aumento estadísticamente significativo del número de ciudadanos que usaban internet para prepararse para una consulta, para encontrar información sobre su salud después de una cita (por ejemplo, una segunda opinión), para documentarse sobre el profesional sanitario que lo atendía y/o para tomar decisiones importantes de su salud.<sup>67</sup> El ciudadano que buscaba información de salud para apoyar la decisión de consultar a un profesional de la salud era alguien menor de 25 años con estudios superiores, seguido por los de 25-34 años de edad. Él/ella eran consumidores de tecnología y leían y participaban en foros sobre salud o enfermedades. En temas de consulta de enfermedad, los usuarios no tenían un nivel de estudios elevado y lo utilizaban porque tenían una patología y necesitaban más información. Los que utilizaban internet para obtener información de salud antes de una cita médica en la población general también eran menores de 25 años, tenían en algunos casos educación superior, vivían en una gran ciudad, habían visitado a un médico al menos una vez en el año anterior a la encuesta y consultaron como mínimo cuatro servicios en línea relacionados con la investigación en la salud, medicamentos, páginas web y foros.

El hecho de que la población tenga acceso a la información de salud a través de los servicios en línea da lugar a que puedan hacer sugerencias o consultas sobre el

diagnóstico o el tratamiento, cambiar el uso de medicamentos sin consultar a un profesional de la salud y también cancelar o cambiar una cita con un profesional sanitario. Sin embargo, la necesidad de buscar información de salud en línea parece estar actualmente más relacionada con la voluntad de estar informado para decidir la conveniencia de programar una cita con el profesional de la salud o bien conocer mejor las características de una enfermedad, y no tanto con la conducta específica de cuestionar a los profesionales durante la consulta sanitaria.

En el caso de España, la Sociedad de la Información reflejó, en el informe de 2011, que el 46,6% de los usuarios de internet declaraba haber utilizado la red para realizar cualquier tipo de actividad relacionada con la salud. La información más solicitada en internet sobre temas sanitarios giró en torno a enfermedades (82,5%) y nutrición (64,9%), seguidos de la búsqueda de servicios de salud pública, medicinas alternativas y medicamentos.<sup>3</sup> En consecuencia, los profesionales de la salud deben ser conscientes de que internet produce profundos cambios en la relación profesional sanitario-paciente y, en particular, sobre la base de cómo y cuándo los pacientes van a tomar decisiones sobre su propia salud y sobre la forma de afrontar la enfermedad.<sup>67</sup>

Por otra parte, Dumaij et al. (2011) nos hablan de que existen experiencias en línea de contacto con un "compañero de salud" o "ciudadano experto", es decir, una persona no sanitaria formada en un tema de salud pública y, mediante una web, las personas con su misma enfermedad o problema de salud pueden contactar con él/ella y les proporciona información. El ciudadano experto está abierto al colectivo de la población que tiene sus mismas características. Los entrevistados manifestaron que preferían compartir las experiencias con el ciudadano experto, ya que se sentían mejor informados, podían afrontar mejor su situación y, en consecuencia, eran más capaces de aceptar su enfermedad y recibían mayor apoyo social.<sup>68</sup>

### **g) ¿Los jóvenes están preparados para el manejo de la sanidad electrónica?**

Aunque hay una gran cantidad de servicios de salud, crece constantemente la información en la red y parece que la población, en general, carece de las habilidades necesarias para mantener el ritmo. Y el contexto de la salud es más problemático, ya que la falta de habilidades para buscar información en internet y el déficit de estrategias efectivas de búsqueda son muy importantes. La falta de tal aprendizaje también es problemática para los miembros de las generaciones más jóvenes, que a menudo se consideran usuarios experimentados de internet. En general, los

resultados de los estudios realizados piden políticas para aumentar el nivel de conocimientos de la población en sanidad electrónica.<sup>69</sup>

Al estudiar el uso de la historia clínica electrónica por parte de la población, en Norteamérica se obtuvo que aunque el 86% de ellos consideraba importante el acceso al registro o a la historia personal de salud, sólo lo utilizaba el 9%. Y de los que afirmaron que era importante, el perfil era el de una persona hispana, usuaria habitual de internet, a quién su médico le aconsejaba que debía estar al día de su estado de salud, y no mayor de 65 años. Los usuarios que utilizaban internet habitualmente eran graduados universitarios o que habían realizado algún curso en la universidad, hispanos y con seguro sanitario. En este estudio, las mujeres tenían menos probabilidades de usar internet.<sup>70</sup>

Cabe destacar que en las zonas rurales de Estados Unidos hubo algunas experiencias que apoyaban la utilidad de la sanidad electrónica. Por ejemplo, las líneas de apoyo de salud mental virtuales entre jóvenes fueron útiles, ya que el 53% de los jóvenes acudía a internet cuando tenía algún problema de este tipo. La popularidad y la alta utilización de estas URL permitió que estos sitios proporcionasen información, asesoramiento y orientación a los jóvenes que buscaban ayuda.<sup>42,43</sup>

## h) Páginas de internet y seguridad

El uso de redes sociales como Facebook o Myspace sigue creciendo rápidamente en todas las edades y segmentos de nuestra sociedad, presentando nuevas oportunidades para el intercambio de información sexual. Sin embargo, es un medio que puede provocar encuentros potencialmente peligrosos entre los delincuentes sexuales y las personas vulnerables o jóvenes. Las enfermeras americanas realizaron un estudio que se basaba en realizar una encuesta a alumnos de la escuela media, secundaria, estudiantes universitarios y a los delincuentes sexuales, para conocer el uso de sitios de redes sociales con el fin de proporcionar información para la educación y también para enfocar mejor los esfuerzos de prevención realizados por ellas y otros profesionales de la salud.<sup>71</sup> Los hallazgos más notables reflejaron que los delincuentes preferían Myspace y los estudiantes Facebook. Casi dos tercios de los delincuentes de internet dijo que había iniciado el tema del sexo en su primera sesión de chat y más de la mitad habían disfrazado su identidad cuando estaban en línea. La mayoría de los delincuentes de internet entrevistados dijeron que preferían comunicarse con todo el mundo por igual.

Paralelamente, también se ha producido otro fenómeno en las escuelas de secundaria mediante experiencias de los estudiantes que realizaban el *sexting* (compartir fotos de desnudos de sí mismos en los teléfonos móviles o en línea). En estos casos se produjo que un pequeño número de estudiantes estaban siendo amenazados y asaltados por personas que conocían en línea. Y sitios como el avatar de Second Life fueron utilizados tanto por los alumnos como por los delincuentes y también por los abusadores de niños.<sup>72</sup>

Por todo lo anterior, el uso de internet presenta temas relativamente nuevos y complejos relacionados con la seguridad y la privacidad de los adolescentes y adultos jóvenes, y es crucial que docentes y enfermeras recomienden tecnologías de diseño y programas educativos para ayudar en la identificación de comportamientos sospechosos en línea. También es importante que se promulgue el refuerzo de los filtros de internet y las opciones de privacidad para proteger a los estudiantes en línea desde las escuelas y el domicilio, para evitar acosos y amenazas como consecuencia de conocer su identificador de la red.

Noll et al. (2009) determinaron que los padres y las niñas adolescentes debían ser conscientes de que las formas de auto-presentación provocativa en red podían provocar demanda sexual, ya que el 40% de estas niñas experimentó avances sexuales en línea y el 26% reconoció conocer a alguien en línea. Las niñas con antecedentes de abusos sexuales, y por tanto victimizadas, tenían más probabilidades de haber experimentado avances sexuales en línea y de haber conocido a alguien en línea.<sup>72</sup> Como se ha comentado anteriormente, los profesionales sanitarios deben considerar, en las consultas estándar, interrogar sobre el uso de internet y los medios de comunicación como un aspecto de la atención integral para la salud.

También se ha señalado la suma importancia de mantener la privacidad de las personas en las conexiones. Este hecho es crucial en el grupo de las minorías sexuales (LGBT), ya que a pesar del gran interés por acceder a la información sobre salud sexual en línea, muchos internautas se han sentido inseguros utilizando este medio, ya que se sentían en riesgo de ser observados en sus accesos a LGBT o a la información sobre el VIH, y señalaron que precisamente una de las razones que más les preocupaba era la seguridad y la confidencialidad.<sup>73</sup>



### 1.3 Eficacia de las intervenciones interactivas electrónicas sobre la salud sexual y reproductiva

Bailey (2010) realizó una revisión de las intervenciones interactivas sobre la salud sexual y reproductiva y finalizó afirmando que las intervenciones interactivas electrónicas (IIE) fueron efectivas con personas heterosexualmente activas de diferentes edades (especialmente de edad escolar y universitaria) y con hombres que tenían relaciones sexuales con hombres. Según este autor, las IIE podían ser útiles como refuerzo educacional de los profesores y de los profesionales de la salud, aunque estas intervenciones debían ir acompañadas de evaluaciones rigurosas. También señaló que la tecnología evolucionaba y que sería conveniente la utilización de patrones más colaborativos, donde los usuarios de la red descargaran su propio contenido e interactuaran de forma independiente. Asimismo, en esa revisión encontró que se habían diseñado programas informáticos en *hardware* y *software* con éxito, pero que actualmente con generaciones más avanzadas en informática ya no se podían utilizar. Además con tantas webs disponibles con contenidos de salud sexual y reproductiva, hoy en día es todo un reto diseñar otras nuevas para atraer la atención de los jóvenes.<sup>74</sup>

Los objetivos de las webs analizadas por Bailey (2010) coincidían en que la población tuviese una mayor información y un comportamiento sexual más seguro. Pero para afianzar estos resultados son necesarios más ensayos con poder estadístico y con datos sobre los posibles efectos adversos y la relación coste/efectividad de estas intervenciones.

Por tanto, habrá que profundizar en los siguientes aspectos:

- ✗ Probar la efectividad de las intervenciones a nivel global y con variedad de participantes que incluyan todos los grupos de la población. Por ejemplo, mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres y grupos de edad más avanzada.
- ✗ Realizar análisis sobre si las IIE son tanto o más efectivas que las intervenciones directas y si la combinación de ambas es más efectiva que una de ellas sola. Se necesitarán ensayos que comprueben si las IIE pueden complementar de forma útil la educación sexual de la escuela o de los servicios clínicos de salud sexual.
- ✗ Averiguar qué componentes son básicos para una intervención efectiva. Sería útil realizar estudios cualitativos para ayudar a entender la realidad y la complejidad del comportamiento sexual y para comprender qué teoría del cambio de comportamiento es la más aplicable. Por ejemplo, conocer cuáles son los motivos

del comportamiento de riesgo en la población, los conocimientos inexactos de las personas, el comportamiento impulsivo, el desequilibrio de poder, etc., ayudará a saber hacia qué factores se debe dirigir una intervención.

- ✘ La participación de los usuarios será fundamental para asegurar que las intervenciones satisfagan sus necesidades, sus preferencias y sean atractivas para ellos.
- ✘ Realizar ensayos en línea por sus múltiples ventajas, como el acceso a un gran número de personas incluidas las poblaciones de difícil acceso; la asignación al azar o automatización de asignación ciega; la oportunidad de obtener datos y resultados más fácilmente; la opción de introducir recordatorios automatizados; y la posible reducción de los costos de investigación.
- ✘ Para que tenga éxito, la educación sanitaria en lo concerniente a la sexualidad deberá incluir el bienestar emocional, mental y social, y no sólo la salud física.

## ***1.4 Políticas del gobierno y la Administración Pública de la Generalidad de Cataluña en las TIC y los profesionales***

Las TIC han de suponer un beneficio directo para la población, los profesionales y los centros sanitarios. En este sentido, las personas tendrán mayor acceso a la información, a los resultados de pruebas diagnósticas y verán reducidos los riesgos asociados a la duplicidad de pruebas y tratamientos, corresponsabilizándose en mayor medida de su salud. Asimismo, los profesionales y los centros sanitarios podrán transferir información con mayor rapidez y menor coste, coordinarán con mayor facilidad los recursos disponibles y, en consecuencia, ofrecerán una mejor gestión clínica y económica y un mejor servicio a la población.

Por tanto, la aplicación de las TIC tiene grandes retos en el ámbito de la atención sanitaria en relación con:

- ✘ la capacidad de las personas para responsabilizarse de su salud,
- ✘ las posibilidades de la investigación biomédica,
- ✘ los cambios en la forma de trabajar de los profesionales,
- ✘ la mejora de la calidad en la asistencia.

Esta evolución en el uso de las TIC permitirá pasar en un futuro de la eSalud - aplicación de las TIC a la práctica sanitaria en la actualidad- al iSalud, que significa la personalización de los servicios sanitarios.<sup>75</sup>

- × una atención sanitaria más individualizada,
- × una adaptación de los servicios de la información sanitaria a las características de la población,
- × la participación del paciente en el cuidado de su salud,
- × la inmediatez en el acceso a la información y a los servicios,
- × una mayor seguridad en la asistencia y en las intervenciones.

El Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña tiene su propia Fundación TicSalut y la Agencia de Información y Evaluación en Calidad de Salud (AIAQS).<sup>76,77</sup> Estas entidades pretenden facilitar las prácticas de participación en la información y orientar a los centros, los profesionales de la salud y la administración local, con la perspectiva de que el ciudadano disponga de la información y los medios para ser el centro del sistema de la salud.

## Plan estratégico de las Soluciones Integrales en las Tecnologías de la Información y Comunicación, SITIC, 2008-2011

En los últimos años se ha avanzado con el Plan estratégico SITIC 2008-2011. Y se han desarrollado proyectos a nivel nacional,<sup>76</sup> internacional y algunos aplicados a las TIC en los servicios de salud.

### a) Principales proyectos desarrollados

- × Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)
- × Carpeta personal de salud
- × Plan de Digitalización de la Imagen Médica
- × Telemedicina y teleasistencia
- × Receta electrónica (Rec@t)



## b) Proyectos internacionales

El Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña participa en proyectos internacionales sobre *eHealth*, como por ejemplo (junto con otras comunidades autónomas del Estado español) el epSOS -European Patients Smart Open Services-, que tiene como misión facilitar la interoperabilidad entre sistemas europeos de historia clínica digital y de receta electrónica, proporcionar la continuidad asistencial en el caso de movilidad de los ciudadanos y mejorar la calidad asistencial recibida fuera de su país.

Asimismo, Cataluña se ha sumado, junto con otras ocho regiones europeas, al Renewing Health Project sobre telemedicina para la asistencia domiciliaria a pacientes crónicos que sufren patologías como la diabetes o problemas cardiovasculares y respiratorios. Este proyecto se enmarca, además, dentro del Programa de Competitividad e Innovación, en las políticas en materia de TIC de la Unión Europea.<sup>78</sup>

## c) Proyectos inminentes aplicados a las TIC en los servicios de salud

• • • La tecnología móvil se está convirtiendo en un instrumento de salud gracias a su alta tasa de penetración en la población, como se ha mencionado anteriormente, y a que viene reforzado por:

- ✗ su ubicuidad y disponibilidad (24 horas x 365 días al año),
- ✗ el desarrollo de las nuevas aplicaciones para la comunicación entre aparatos para la monitorización de la salud del paciente y los teléfonos móviles (indispensable para enfermedades crónicas),
- ✗ el incremento en el uso de *smartphone* (aumenta la complejidad y los servicios a ofrecer).

Otro fenómeno radica en la nueva generación de las tabletas. En el ámbito sanitario están especialmente indicadas para el uso como plataforma de recoger datos a pie de cama del paciente, pasando visitas en planta, en servicios de urgencias, en atención primaria, etc. Por ejemplo, en países como Australia,<sup>79</sup> dentro del Government 2.0 Action Plan anunciaron que entregarían un iPad a todos los médicos de la sanidad pública para realizar asistencia en la consulta. El aumento de la penetración de los *smartphone* y la aparición de las tabletas ofrecen la posibilidad de servicios de más valor añadido y aportan nuevas perspectivas a la manera de trabajar de los profesionales sanitarios.

• • • El *Cloud Computing* u “ordenador con nube” permite ofrecer servicios TIC sin necesidad de saber a qué maquinaria en concreto se conectan, ya que el concepto es que la maquinaria y el programa asociado no se consideran entes absolutos, sino que quedan detrás de una capa de abstracción. Por ejemplo, un caso de nube en el entorno sanitario es el del repositorio de los contenidos de vídeo en Andalucía, *informarse.essalud*, en el que disponen de clips de vídeo para realizar difusión de consejos de salud a la población.<sup>80</sup> Los consejos son personalizados y se almacenan en la nube de Amazon.

• • • El *mHealth* es una solución que integra la combinación del estilo de vida con la gestión de la salud/enfermedad y tiene que estructurarse en un modelo de atención sanitaria en línea. Los métodos más convencionales, es decir a través de una llamada telefónica por una red convencional (fija o móvil), permiten en Cataluña la programación de cita médica en atención primaria, y también utilizar servicios de orientación sanitaria como *Sanitat Respon* o el servicio *ICO24*, para pacientes con tratamientos de quimioterapia u oncología radioterápica para el control de efectos adversos.<sup>81-83</sup>

Por internet, cada vez es más fácil contactar con matronas, psicólogas y ginecólogas por correo electrónico. Un ejemplo es la web *Sexe Joves* del ICS de nuestro estudio, que más adelante describiremos de forma detallada.<sup>84</sup> La web desde su creación en el año 2006 hasta el año 2009 ha recibido 413.166 visitas que han supuesto 283 visitas al día. Por otro lado, las matronas del ICS disponen de Skype para atender a las gestantes en el puerperio.<sup>85</sup> La misma empresa Skype<sup>86</sup> está desplegando servicios similares a otros puntos del mundo.

El concepto *mHealth* se basa en dos pilares, el tecnológico y el funcional. El funcional viene dado por los servicios basados en la carpeta personal de salud del ciudadano. Este concepto ha sido desarrollado por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y debe cumplir las directrices de la Ley catalana 11/2007 de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.<sup>87,88</sup>

La carpeta personal de salud (*Personal Health Record*, PHR), además de ser una historia clínica compartida entre los centros de atención primaria y los hospitales, debe ser capaz de ofrecer a la población servicios de valor añadido, como puede ser toda la información y consejos para mantener una salud adecuada. Este contexto es el que se utiliza en el Sistema de Información Sanitaria de Osona (SISO) conjuntamente con Orange, para utilizar los móviles como plataformas de firmas y autenticación

electrónica mediante el intercambio de unas claves. Esta tendencia estratégica tiene el soporte de la Comisión Europea y se sitúa dentro del Programa Marco de la Unión Europea.<sup>89</sup> El futuro será que se permita a la población compartir la información que reside en la carpeta personal de salud con profesionales sanitarios de otros países y entre la sanidad pública y privada. El concepto es que la población no debe ser un invitado en la vida de un servicio sanitario, sino que el servicio sanitario aparece en la vida de la población cuando y como ellos necesitan o desean.

• • • La monitorización de las constantes vitales es la **telemonitorización** (pulsímetro, espirómetro, etc.) y se ha impulsado mediante aplicaciones específicas para *smartphone*.<sup>90</sup> Permiten que, desde el domicilio, la persona sea independiente y pueda gestionar de forma personalizada algunos aspectos de su salud.

• • • El **e-paciente** es un modelo de gestión de la salud centrado en la población, ya que los sistemas de salud más avanzados posicionan habitualmente a la población como el centro del sistema. En realidad, ésta adopta aún hoy en día una actitud pasiva en el proceso asistencial, y es el profesional sanitario o clínico quien asume el control del proceso; la población se limita, por desconocimiento o por falta de criterio, a dar por buenas todas las decisiones que por él o ella tomará el profesional. En un futuro se plantea que la población participe de forma activa en su proceso de salud, es decir, que sea corresponsable de las decisiones que se tomen y que adquiera un criterio. En definitiva, se pretende que los usuarios lleguen a adquirir una situación de igualdad con el profesional asistencial.<sup>76</sup>

Este nuevo modelo de salud implica que la población ha de saber dónde encontrar información relacionada con su salud, ha de ser capaz de relacionarse con otras personas que estén en su misma situación; que la ciudadanía entre realmente por propio derecho dentro de la comunidad de la salud y que pueda tener confianza para poder dirigirse a los profesionales de la salud de referencia y realizarles consultas. Este tipo de paciente corresponsable, formado, informado y conectado se denomina e-paciente. Para que este modelo funcione, el profesional debe asumir que también es corresponsable y que su rol se transforma de clínico a consultor clínico pasando finalmente a **e-clínico**.<sup>77</sup>

El e-paciente tomará el control de su estado de salud y pedirá y aportará información, pero no cuestionará la interpretación de un informe clínico o de unas determinaciones de laboratorio. El e-clínico mantendrá el conocimiento científico que se verá aumentado por las aportaciones de la persona; y la persona tendrá alguien con quien

compartir y a quien pedir consejo sobre aspectos de sus procesos clínicos, y dispondrá del criterio necesario como para interpretar correctamente las fuentes de información sobre su propio estado de salud. El círculo será completo cuando tanto la población como los clínicos asuman la igualdad; la relación a partir de estos momentos será de iguales, e internet y las redes sociales actuarán como un factor igualador y aglutinador por afinidades.<sup>77</sup>

La puesta en marcha de este modelo de salud participativa se propuso en la declaración de Alma-Ata de 1978 y el manifiesto de Abla de 2010 lo ratificó: se pronosticó que en el transcurso de los próximos 30 años se producirá el cambio de un modelo de sanidad asistencial a un modelo de sanidad preventiva, con una buena relación coste-eficiencia.<sup>91,92</sup>

Los centros asistenciales hospitalarios intentan fomentar la interacción bidireccional con la población y los profesionales sanitarios, de forma que el paciente que esté en tratamiento se sienta más cerca del equipo asistencial. El Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu es uno de los centros que más se ha destacado creando espacios de redes sociales como Twitter, Facebook o Youtube, y actualmente el Instituto Catalán de la Salud también se ha unido a las redes sociales.<sup>93,94</sup>

Los centros que emplean estas interacciones ven crecida su reputación. Las organizaciones que están presentes en la red y que utilizan el canal de manera unidireccional, sin practicar la bidireccionalidad, están condenadas al fracaso, ya que la población que utiliza estos canales espera interactuar y un valor añadido.

El estudio *Tendencias en nuevos canales de atención al cliente* manifiesta este impacto en el servicio y confirma que para el 86% de las 138 empresas líderes en atención al cliente el uso de redes sociales aumenta el grado de satisfacción del cliente final y que, por tanto, es un aspecto a cuidar.<sup>95</sup>

••• Los servicios de guía del paciente permiten, a partir de datos del contexto clínico, como la telemonitorización, o de actividades de mantenimiento físico o psíquico (de *fitness/wellness*), ofrecer de manera automatizada y personalizada consejos sobre modificación y adopción de hábitos saludables, y se pueden utilizar como plataforma compartida entre la persona, el cuidador y el profesional clínico. Estos servicios permiten también ayudar en el refuerzo de las decisiones en el seguimiento y cumplimiento del tratamiento, y deben posibilitar la actualización de estos servicios en base a la evidencia científica.<sup>77</sup>

El objetivo final es realizar un mejor control y seguimiento del estado de salud de la persona para que ésta adquiera conciencia de su estado y poder alejarlo, dentro de lo posible, de la interacción entre la persona y los servicios hospitalarios, lo que repercutirá sin duda en un ahorro para el sistema sanitario. En esta línea existen servicios como la *Enfermera Virtual*, impulsado por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, en el que se intenta dar respuestas a estas cuestiones.<sup>96</sup>

⚡⚡⚡ Desde un punto de vista de **sostenibilidad**, las TIC pueden constituir una oportunidad para reducir el gasto energético de una organización. Medidas que podrían adoptarse para disminuir el consumo de energía serían, por ejemplo, la sustitución de los monitores de los ordenadores basados en tubos de rayos catódicos (TRC) por monitores con fuente de retroiluminación por LED, la programación de los discos duros para que entren en hibernación tras cierta inactividad, la identificación de los procesos con papel y su conversión en registro electrónico, etc.<sup>77</sup>

El National Health Service (NHS), en un artículo publicado en noviembre del año 2009, revelaba que sus operaciones constituyen el 25% de las emisiones de dióxido de carbono del sector público en Inglaterra y un 3,2% de las emisiones totales del país; esto sería 18 millones de toneladas de dióxido de carbono/año. La estrategia del NHS (común al resto del sector público inglés) es que en el año 2050 las emisiones descieran un 10% respecto a los valores especificados.<sup>97</sup>



## Capítulo 2

# Salud sexual y reproductiva

## 2.1 Epidemiología

En las estimaciones de la población actual, el Instituto Nacional de Empleo (INE) señaló en 2010 que el número de jóvenes menores de 24 años en Cataluña y España era de 1.953.675 y 11.934.991 respectivamente, siendo los porcentajes de la población total similares en ambos territorios (26% y 25,38%).<sup>98</sup> A partir de estos datos, señalamos algunos datos epidemiológicos significativos para nuestro estudio, agrupados en cinco apartados:

### a) Indicadores de salud materno-infantil

••• Según el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), la tasa de fecundidad (nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de cada edad) en el grupo de 15-19 años en el año 2010 (10,1) descendió ligeramente en Cataluña respecto al año 2009 (que fue de 11,2), y lo mismo sucedió en la franja de 20-24 años, que pasó de 41,9 en 2009 a 39,9 en 2010.<sup>99</sup>

••• El Departamento de Salud de Cataluña hizo público en 2010 el número de embarazos en el grupo de edad de menores de 20 años: 1.655, lo que representa el 2,96% del total de embarazadas. Y, según el centro asistencial hospitalario utilizado para dar a luz, se observó que en el grupo de menores de 20 años el 98,08% utilizó el sistema público.<sup>100</sup>

••• El número global de abortos en Cataluña en 2010 fue de 24.305, habiendo descendido ligeramente respecto al año anterior, que fue de 26.046. En todos los grupos de edad la tasa de abortos descendió: pasó de 92 (en 2009) a 83 (en 2010); en tanto que en las jóvenes de 15 a 19 años el número de abortos en 2009 fue de 2.822 y de 2.708 en el año 2010. Por último, en el grupo de edad de 20-24 años, en el año 2009 hubo 5.887 abortos y en 2010, 5.173.<sup>99</sup>

• • El número de nacimientos en Cataluña en 2009 fue de 84.849 y en el año 2010 se produjo un descenso (84.015) a cuenta de la población autóctona. En 2010 se analizó según los grupos de edad: 23 (0,027%) en el grupo de edad hasta 15 años; 1.632 (1,94%) en el grupo de 15-19 años; y 7.696 (9,16%) en el de 20-24 años. Por tanto, en el grupo de edad inferior a los 25 años, el número de nacimientos representó el 11,12% del total.<sup>100,101</sup>

• • La distribución de la edad materna en el año 2010 según la nacionalidad es la siguiente: en el grupo de 15-19 años se observó que un 48,15% (797 mujeres) era de nacionalidad española y un 51,8% (858) extranjera, y en el grupo de 20-24 años, el 40% (3.083) fueron españolas y un 59,9% (4.613) extranjeras. Por tanto, el número de nacimientos por mil mujeres en global en el grupo de 15-19 años fue de 10,0, teniendo en cuenta que en las extranjeras supuso 29,6 y en las españolas 5,9. En las edades comprendidas entre 20-24 años, se situó en 40,0 globalmente. En las extranjeras, el número de nacimientos por mil mujeres fue de 92,8 y en las españolas, de 21,6.<sup>100</sup>

## b) Indicadores académicos y laborales

• • Respecto a la escolarización y según el Ministerio de Educación, en el curso 2010/2011 se inscribieron en Educación Secundaria en Cataluña un número total de 183.295 alumnos y alumnas, de un total de 1.248.629 en España. A nivel de todo el Estado, el género masculino superó en porcentaje al femenino tanto en ESO (51,3% vs. 48,7%) como en formación profesional (51,5% vs. 48,9%), mientras que en el bachillerato superó el femenino (53,6%) al masculino (46,4%). En la formación especial hubo 31.126 alumnos, el 62,2% del género masculino y el 37,8% del género femenino.<sup>102</sup>

Un estudio realizado sobre la escolarización por investigadores del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona manifiesta que existen dos variables relacionadas con el hecho de alcanzar el nivel de instrucción mínimo durante la adolescencia: el género y el lugar de nacimiento. Las mujeres acceden a la ESO en nueve puntos porcentuales más que los hombres. Y en relación con el lugar de nacimiento, la población que alcanza la escolarización hasta los 16 años es más extensa entre la originaria de España.<sup>103</sup>

• • En cuanto a la actividad laboral, la tasa de ocupación de los jóvenes ha descendido entre 2007, cuando era del 70%, y 2010, en que fue del 33%. Con respecto al género, cabe destacar que la actividad laboral en las mujeres fue del 13%

y en los hombres del 22%. La razón de la diferencia radica en que las mujeres estudian más extensamente que los hombres, motivo por el cual acceden más tarde al mercado laboral.<sup>103</sup>

### c) Indicadores de infecciones de transmisión sexual y VIH

La importancia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) reside en su elevada incidencia y en las consecuencias sanitarias y socioeconómicas que comportan sobre todo en las mujeres, ya que en la mayoría de las ocasiones son asintomáticas y al no tratarse pueden tener secuelas. Por ejemplo, la enfermedad inflamatoria pélvica, además de la gravedad clínica, si no se trata puede provocar embarazos ectópicos, infertilidad y esterilidad. También se debe considerar la asociación de las ITS y la probabilidad de contraer la infección por el VIH. Por ejemplo, la presencia de determinadas ITS ulcerativas como la sífilis, el herpes, la gonococia, la infección genital por clamidia o las trichomonas incrementan la probabilidad de la transmisión del VIH. Por tanto, la prevención y el control de las ITS tienen un papel importante en la prevención del VIH.<sup>104</sup>

En Cataluña, las ITS son objeto de vigilancia epidemiológica y hay que hacer la declaración numérica en los siguientes casos: infección genital por clamidia, condilomas, infección por trichomonas, herpes genital, oftalmia neonatal y otras ITS. Y además de la declaración numérica, se debe realizar la declaración individualizada en los siguientes casos: hepatitis A, B y C, sífilis infecciosa, sífilis congénita, gonococia, linfogranuloma venéreo, infección VIH y sida.<sup>105</sup>

El Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (CEEISCAT) ofrece datos del año 2011 sobre las ITS más prevalentes en Cataluña según dos grupos de edad: ≤19 años y de 20 a 24 años:

- × En el grupo de edad ≤19 años se obtuvieron un total de 67 ITS y los siguientes diagnósticos: condilomas ano-genitales (17), vaginosis (16), clamidias (14), infección gonocócica (5), sífilis no especificada (3), sífilis infecciosa (2), herpes genital (2), hepatitis (1), sífilis tardía (1), uretritis no específica (1), VPH (1). Y en el grupo de 20-24 años el número de ITS fue de 214, con diagnósticos similares: condilomas ano-genitales (60), vaginosis (23), clamidias (46), infección gonocócica (19), sífilis no especificada (8), sífilis infecciosa (18), herpes genital (17), uretritis no específica (2), VPH (4), linfogranuloma venéreo (4), tricomoniasis (2).

- ✖ La distribución de los casos de sida por edad y sexo en Cataluña hasta los 29 años obtenido del CEEISCAT fue de 0 casos en los grupos de edad de <15 años y de 15-19 años en hombres y mujeres. En la franja de edad de 20-29 años se presentaron 7 casos de hombres (11,3%) y 4 casos de mujeres (26,7%).<sup>106</sup> La forma de transmisión prioritaria del VIH fue la homosexual con un 57,5% de los casos. Y en las mujeres, la vía de transmisión fue por las relaciones heterosexuales en un 80%.<sup>106</sup>

#### d) Indicadores de edad de métodos de barrera y contraceptivos utilizados por los jóvenes

Los datos sobre métodos contraceptivos y de barrera de la Encuesta de Anticoncepción Daphne-Bayer Schering Pharma realizada en España en 2011 refleja que el 35,6% de las chicas de 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales no utilizaba ningún método anticonceptivo. En el grupo de 20 a 24 años, el 85,3% sí los utilizaba. Dentro del grupo de 15-19 años, el 46,1% utilizaba preservativos y la píldora, un 11,4%. En el grupo de 20-24 años, el 39,6% utilizaba preservativos y el 28,2%, píldoras. Y dentro del grupo que utilizaba los preservativos, no lo utilizaban siempre el 15% de las mujeres de 15-19 años ni el 17% de las de 20-24 años.<sup>107</sup>

En la tercera Encuesta de Sexualidad y Anticoncepción de la Juventud Española<sup>108</sup> del año 2009 se observó que la edad media del inicio de de las relaciones sexuales con penetración había sido de 16,5 años de edad en las chicas y 16,3 años de edad en los chicos, coincidiendo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2009.<sup>109</sup> De la Encuesta Nacional de Salud se dedujo que el 85,6% de mujeres tuvo sus primeras relaciones con su pareja estable; mientras que ese porcentaje sólo fue del 46% en los hombres. Mayoritariamente, las primeras relaciones sexuales en ambos colectivos están relacionadas con besos y caricias (para el 87% de los hombres y el 89% de las mujeres).

El estudio Daphne reflejó que la media de relaciones sexuales mensuales, en el grupo de 15 a 24 años fue superior en la chicas  $\bar{X}=9,1$  que en los chicos  $\bar{X}=7,8$ . Las chicas mantenían más de seis meses sus parejas en un porcentaje superior a los chicos.

Tal y como hemos visto, el preservativo fue el método más utilizado por ambos géneros, y superior en los chicos. El motivo más importante de exposición al riesgo ha sido el no uso del preservativo, y el primer motivo del no uso del preservativo ha sido lo imprevisto de la relación en ambos géneros.

Una encuesta realizada a jóvenes catalanes de 12 a 21 años de edad, con un 61,6% de mujeres, mostró que se utilizaban frecuentemente sustancias que inhibían la capacidad de evitar situaciones de riesgo: alcohol (61,7%) y hachís (11,6%).<sup>110</sup> El 18,5% eran sexualmente activos, y de ellos el 18,1% habían tenido por lo menos una pareja sexual desconocida el año anterior. Y el 3,7% de los varones con edad  $\leq 17$  años y el 9,8% de los varones con edad  $\geq 18$  años sexualmente activos habían tenido una relación sexual con un hombre o una mujer trabajadora del sexo respectivamente. La mitad de los estudiantes sexualmente activos utilizaban preservativos. La percepción del riesgo que podían tener por sus conductas sexuales no se correspondía con el nivel de conocimientos. No se asociaba la posibilidad de contraer el VIH con las parejas de alto riesgo que habían tenido. Si que tenían una actitud positiva del efecto de prevención para el VIH y las ITS de los preservativos. En este estudio, la actividad heterosexual era la principal vía potencial de transmisión del VIH. Promover estrategias para reducir el consumo de alcohol y de otras drogas a edades tempranas sería útil para reducir las experiencias sexuales de riesgo, de embarazos no deseados y de transmisión de ITS.<sup>111</sup> En un estudio de seguimiento durante cuatro años en estudiantes universitarios se vio que las personas de minoría sexual presentaban un mayor consumo de alcohol y cannabis y, por consiguiente, este hecho podía incidir en las relaciones sexuales inseguras.<sup>112</sup>

Los estudios demuestran que informar a los jóvenes de la sistemática y correcta utilización del preservativo es útil para reducir la infección del VIH y las enfermedades de transmisión sexual, pero todavía no hay estudios del impacto en el comportamiento sexual, la reducción de las ITS y del VIH en la población.<sup>113</sup>

• • • En cuanto a la anticoncepción de urgencia, cabe destacar que desde el mes de octubre del año 2004, en las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia y Navarra se puede conseguir gratuitamente en diferentes puntos de la red sanitaria: centros de atención primaria (CAP), centros de atención a la salud sexual y reproductiva, y en las urgencias hospitalarias, entre otros.<sup>114</sup> Asimismo, en el año 2009 se inició la dispensación de la anticoncepción de urgencia en España sin receta médica en las farmacias, al igual que en otros países europeos y Estados Unidos.<sup>115</sup> Garantizar el acceso a los jóvenes y la gratuidad de éste método es una medida política fundamental para disminuir los embarazos no deseados.<sup>116</sup>

Un estudio sobre anticoncepción de urgencia realizado de 2004 a 2007 en Cataluña<sup>117</sup> mostró que la mayor utilización de la anticoncepción de urgencia se produjo en el

grupo de chicas de 16-24 años. Un 78,5% de las usuarias de anticoncepción de urgencia la habían usado en dos ocasiones, lo que hacía pensar que la mayoría de las mujeres no lo utilizaba indiscriminadamente. De todos modos, hubo casos en que se utilizó más de tres veces. El hecho que llamó la atención fue que únicamente un 1,8% de las consumidoras la había solicitado en una sola ocasión. Estos resultados también apuntaban a que algunas jóvenes no tenían claro que esta pastilla sólo debe usarse para urgencias y no como método anticonceptivo habitual. La distribución semanal de la dispensación de la pastilla fue con mayor frecuencia en sábado y lunes.

Hay países que, como medida de prevención de embarazos no deseados, prescriben más de un tratamiento anticonceptivo de urgencia por si la situación se vuelve a repetir. En una revisión del año 2007 se concluyó que la provisión por adelantado de la anticoncepción de urgencia no reducía las tasas de embarazo pero tampoco repercutía negativamente en los comportamientos de salud sexual y reproductiva.<sup>118</sup>

La información sobre la contracepción de urgencia no es igualitaria en todos los países. Por ejemplo, hoy en día en Turquía sólo la conocen el 18,1% de la población de mujeres usuarias de los centros de salud. En cambio en España, el porcentaje de mujeres que la conocen es del 90%.<sup>119</sup>

#### e) Indicadores de violencia de género

La violencia de género es un producto de la cultura patriarcal, cuya máxima expresión se construye alrededor de lo que conocemos como machismo. En este sentido, la Ley 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista ha optado por emplear la denominación "violencia machista", entendiendo el machismo como la imposición de un modelo de masculinidad que busca instaurar conductas de dominio, control y abuso de poder de los hombres sobre las mujeres. En el año 2011, hasta el 19 de octubre, ha habido en España 52 víctimas y esta cifra ha disminuido respecto a los 73 casos que se produjeron en 2010. Dentro de estos casos del 2011, hubo 3 víctimas de 18-20 años (5,8%) y 12 víctimas de 21-30 años (23,1%). En Cataluña ha habido 7 víctimas (13,5%) en 2011. Los agresores fueron 36 españoles (69,2%) y 16 extranjeros (30,8%).<sup>120</sup>

La violencia machista se da en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. En este sentido, en la Encuesta de Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española del año 2009 se

comprobó que un 8% de jóvenes mujeres afirmaba que no usaba el preservativo de forma reiterada porque la pareja no quería.<sup>108</sup> Por el contrario, en la encuesta de alumnos de 3º y 4º de ESO en Cataluña, el 83,4% de las chicas eran capaces de negarse a tener relaciones con penetración sin preservativo. Este porcentaje disminuía sorprendentemente en los chicos hasta un 59,8%.<sup>121</sup>

No existen características psíquicas diferentes entre las mujeres maltratadas y las no maltratadas antes del inicio de la violencia. Así pues, los trastornos y problemas de las mujeres maltratadas son una consecuencia y no la causa de la violencia.

Hay colectivos de mujeres más vulnerables a la violencia de género y este hecho obliga a los profesionales de la salud a prestar una atención especial a las mujeres con discapacidad física, sensorial o psíquica, drogodependientes, inmigrantes, en situación de exclusión social, trabajadoras del sexo comercial, mujeres de entornos rurales o jóvenes y mayores, entre otras. Spencer (2005) describe los riesgos de violencia física y abuso emocional de la población con disminución auditiva.<sup>122</sup>

De un estudio realizado en EE.UU. sobre la violencia en pareja de las personas con discapacidad sensorial auditiva, resultó que fue superior en este grupo respecto al resto de la población.<sup>123</sup>

En EE.UU. y en Holanda funciona el programa Nurse Family Partnership, que trabaja en la prevención del abuso de menores cuando se detectan mujeres embarazadas de alto riesgo con violencia doméstica, y lleva a cabo un seguimiento de éstas durante el embarazo y en la infancia, para impulsar la prevención primaria de la protección de los derechos de los niños.<sup>124,125</sup> En otro estudio en EE.UU. sobre las muertes por suicidio y homicidios en el embarazo con conflictos de pareja, se obtuvo que un 54,3% de los suicidios y un 45,3% de los homicidios eran debidos a la violencia infligida por la pareja.<sup>127</sup>

Las 24 psicólogas de las diferentes unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Cataluña realizaron un estudio en 2008 sobre violencia de género. Entrevistaron a 1.015 mujeres que acudían a la consulta por problemas psicológicos varios y obtuvieron que el 34,2% de las mujeres nacidas en Cataluña relató haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Éstos englobaban: tocamientos en su cuerpo sin su consentimiento, obligarlas a tocar sexualmente a alguien, intentos de tener una relación sexual sin su consentimiento y mantenimiento de relaciones sexuales sin su consentimiento. Y tan sólo el 34,4% de las víctimas lo manifestó: el

63,5% acudió a su madre, el 28,8% a amigos y el 9,6% a profesionales. Al 18,2% les culparon de lo sucedido.<sup>127</sup>

En este mismo estudio se destacó que, además, el 21,8% de las víctimas refirió más agresiones sexuales posteriormente. El 18% de las chicas que sufrieron el abuso por penetración lo padeció durante más de tres años. Sólo el 6% denunció en el caso de penetración o intento de penetración, y en el caso de los tocamientos no se produjo ninguna denuncia. En el caso de los abusos sexuales, fueron perpetrados mayoritariamente por personas próximas (familiares y conocidos) y en menos casos por personas desconocidas.<sup>128</sup> Los datos de la prevalencia de abuso sexual grave con penetración, en el estudio del ASSIR sobre el abuso sexual en la infancia, fueron del 9,6% y concuerdan con los de la Dirección General de Atención a la Infancia de la Generalidad de Cataluña (9,2%).<sup>127,129</sup>

Las experiencias adversas en la infancia, incluso el abuso sexual, pueden manifestarse en conductas sexuales de mayor riesgo y traducirse en relaciones sexuales sin la protección adecuada. En este sentido, el estudio realizado por Hillis et al. (2001) manifestó que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia antes de los 15 años tenían un riesgo relativo de iniciar las relaciones sexuales antes de los 15 años, que era 2,6 veces superior al resto de la población.<sup>130</sup> Y por tanto, significaba un aumento de un 45% de probabilidades de embarazos no deseados en la adolescencia.<sup>131</sup> El embarazo no planificado, las infecciones de transmisión sexual, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la maternidad adolescente han sido más frecuentes entre las mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia.<sup>132,133,134</sup>

## ***2.2 Contexto histórico de la salud Sexual y reproductiva en el mundo***

El concepto de derechos sexuales se ha ido formulando desde las reivindicaciones sociales y también desde las organizaciones profesionales. Así pues, éstos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente.



## a) Marco internacional

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) es el primer tratado internacional que reconoce expresamente los derechos humanos de las mujeres. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1979 y ratificada por España.<sup>135</sup> Por tanto, los derechos humanos de las mujeres deben formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas (Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993). Posteriormente, el Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos, realizando recomendaciones a los gobiernos de los Estados miembros en materias de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual. Constatava además la desigualdad y las dificultades que sufren las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.<sup>136</sup> El principal desafío que plantean los derechos sexuales y derechos reproductivos es lograr que estos se hagan realidad en la vida cotidiana de las personas. Ello implica que puedan traducirse en programas y políticas públicas susceptibles de ser monitoreadas y que la ciudadanía ejerza su función de control y fiscalización pública con responsabilidad. Sin duda alguna, internet ha globalizado la información sobre salud sexual y reproductiva que ofrecen organizaciones no gubernamentales y gubernamentales en la mayoría de los países, y algunas de las webs disponibles al respecto se encuentran en el anexo 1.

## b) Contexto nacional

Existen referencias en la legislación española vigente sobre salud sexual, igualdad de oportunidades y violencia contra las mujeres, incluyendo el acoso y la violencia sexual.<sup>135</sup> Entre ellas, la más reciente ha sido la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.<sup>137</sup>

La situación de la atención a la salud sexual en España, al igual que en el resto de los países de Europa, ha ido cambiando en la sociedad, pero hasta el año 2011 no se ha iniciado una política pública dirigida a la salud sexual. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSS) fueron heterogéneos en cuanto a alguna cartera de servicios, ya que en algunas comunidades estaba priorizada la prevención de ITS-VIH y embarazos no deseados y en otras no.<sup>135</sup> En general, había

poca difusión de nuevos métodos anticonceptivos y anticoncepción de urgencia. El apoyo social era escaso y también las relaciones de igualdad en la pareja, y había una mayor atención dirigida a las mujeres que a los hombres en cuanto a tener una sexualidad satisfactoria. Por otro lado, en la mayoría de comunidades existía una cartera de servicios de anticoncepción y formación y educación afectiva sexual para personas jóvenes, anticoncepción de urgencia, información telefónica y actividades relacionadas con la prevención del VIH. En España, la mayoría de las comunidades autónomas disponen de webs de información sobre salud sexual y reproductiva, algunas de las cuales se citan en el anexo 1. Un número importante de comunidades decían ofrecer formación en salud sexual a los profesionales de la salud, especialmente en atención primaria. En cuanto a la financiación para la investigación y la innovación, ésta fue escasa en todas las comunidades; y la evaluación de los programas era un aspecto pendiente, que en pocas comunidades se llevó a cabo.<sup>135</sup>

Según los resultados de la ENSS, la sexualidad todavía estaba marcada por roles tradicionales de género y expresaba las relaciones sociales de desigualdad entre mujeres y hombres.<sup>135</sup> La información sobre sexualidad fue valorada como adecuada, pero resultaba deficiente en algunos temas. Entre los resultados también destacó que las campañas gubernamentales estaban dirigidas a la prevención de riesgos de conductas sexuales y no a una sexualidad integral. Y fue concluyente que la atención primaria se encontraba en una situación privilegiada para proporcionar hábitos saludables, educación sexual y detección precoz de problemas en la infancia a niños, niñas y adolescentes y para colaborar con la salud pública.<sup>138</sup>

• • • La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aprobada en la Ley Orgánica citada anteriormente tiene como objetivo general promover una atención de calidad con servicios accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral, autónoma, diversa, igualitaria, placentera, responsable, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, queden garantizados.<sup>137</sup>

Los objetivos específicos de la atención sexual en la estrategia nacional son:

- ✘ Promover una atención en la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales basada en la calidad, igualdad y visión de género, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta la población más vulnerable y la diversidad.

- × Mejorar la accesibilidad a la anticoncepción en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública, y a la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Asimismo, mejorar la financiación y el proporcionar información, programas y servicios de salud sexual (Ley Orgánica 2/2010).<sup>137</sup>
- × Aumentar la formación de profesionales, en materia de salud sexual, desde un enfoque de derechos, holístico y de género.
- × Fomentar la investigación, innovación y buenas prácticas que puedan contribuir a la mejora de calidad en la atención a la salud sexual desde los enfoques anteriormente comentados.

## 2.3 El Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva en Cataluña

El Programa sanitario de Atención a la Mujer fue creado por el Decreto 283/1990 (DOGC 1374).<sup>139</sup> El objetivo de este programa era promover, impulsar, coordinar y llevar a cabo las actividades de atención integral a la mujer en los aspectos relativos a la orientación y la planificación familiar, la educación maternal, el embarazo, el parto, el posparto y el resto de estados fisiológicos y enfermedades directamente relacionados con su sexo desde la infancia a la vejez. Posteriormente, su denominación cambió a "Atención a la Salud Sexual y Reproductiva" (ASSIR). Con este Programa se dotó a los equipos de atención primaria de una estructura de apoyo a su labor asistencial hacia la salud sexual y reproductiva, que consistió en las unidades ASSIR. Estas unidades de apoyo a la atención primaria de salud están ubicadas en un nivel entre la atención primaria y la atención especializada.<sup>140</sup>

La gestión de estas unidades en Cataluña es variada; en la mayoría de casos el Instituto Catalán de la Salud las gestiona desde la atención primaria y en otros son gestionadas por un hospital o un consorcio. También la ubicación física de estas unidades es diversa en el territorio, y pueden estar situadas en los centros de especialidades (antes CAP II) o en los centros de atención primaria (CAP), donde es la matrona quien proporciona principalmente la atención. En algunos casos, se pueden encontrar unidades ASSIR en las consultas externas de un hospital.

La primera cartera de servicios de las unidades ASSIR data de junio del año 1997, en que un grupo de profesionales del Instituto Catalán de la Salud y del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) definieron el conjunto de intervenciones que debían ser incluidas dentro de esta prestación asistencial.<sup>141</sup> En el año 2008 se actualizó con el Plan Estratégico de Ordenación de Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva y con el Plan Estratégico de Ordenación de Servicios. Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.<sup>140,142</sup>

Esta cartera de servicios se enmarca en un modelo de atención a la salud materno-infantil y a la salud sexual y reproductiva basado en un modelo asistencial territorial y con una visión compartida entre los diferentes niveles, de manera que los servicios maternos de los hospitales y los servicios ASSIR trabajen funcionalmente como un único servicio. El trabajo coordinado entre el equipo territorial (profesionales del hospital materno-infantil y de las unidades ASSIR de atención primaria) y los profesionales del equipo de atención primaria (EAP) debe garantizar en todo momento el *continuum* asistencial y el trabajo por procesos.

En las unidades de ASSIR hay diferentes profesionales (auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, psicólogos/as y obstetra-ginecólogos/as) que desempeñan actividades concretas según su especialidad o formación. Las actividades asistenciales que realizan las matronas son de promoción y prevención de la salud, y de diagnóstico y atención en los procesos normales y fisiológicos.

#### **a) Actividades asistenciales que realizan las matronas en la cartera de servicios de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva**

Las actividades realizadas en las unidades ASSIR son las siguientes:<sup>142</sup> 1) atención a jóvenes, 2) consejo reproductivo, 3) atención materno-infantil: control y seguimiento del embarazo, 4) atención materno-infantil: diagnóstico prenatal, 5) atención materno-infantil: educación maternal, 6) atención materno-infantil: atención al puerperio, 7) prevención del cáncer de cuello uterino, 8) prevención del cáncer de mama, 9) atención a las infecciones de transmisión sexual, 10) atención a la patología ginecológica, 11) actividad comunitaria a personas adultas, 12) educación afectiva y sexual, y 13) atención a la violencia hacia las mujeres.

## 1) Atención a jóvenes

La cartera de servicios de la atención a jóvenes puede darse en consultas individuales, espacios jóvenes o en la comunidad y en webs institucionales.

El espacio joven se organiza en una tarde a la semana, la llamada *Tarda Jove*. En el espacio joven se realizan todas las actividades. La actividad comunitaria incluye el apoyo a la escuela, asesoramiento a maestros, intervenciones con padres y madres, coordinación con el Programa Salud y Escuela<sup>143</sup>, y la contribución de las profesionales en el seguimiento y el consejo de la web institucional específica y dirigida a jóvenes.<sup>144</sup> En la atención a jóvenes, se considera importante que la atención se realice en el lugar y en el momento donde el joven hace la demanda, para intentar evitar así las derivaciones. Por lo tanto, el joven puede acudir a este espacio joven específico en el día de la semana establecido, o en cualquier horario al centro de salud (8-20 h).

Sería útil que el espacio joven desarrollara medidas de captación de chicos y chicas adolescentes y que evaluaran resultados, coberturas e implicación de las personas jóvenes.

La actividad asistencial en atención a los jóvenes comprende los siguientes contenidos:

- × Consejo afectivo y sexual
- × Consejo reproductivo: consejo contraceptivo (métodos contraceptivos, interrupción del embarazo); consejo preconcepcional (entrevista clínica dirigida, analítica específica, verificación del estado vacunal, otros estudios según protocolos); recomendación de vacunas (rubeola, tétanos y otras, según protocolos), pautas preventivas (ácido fólico y sal yodada y otros, según grupo étnico y factores de riesgo)
- × Consejo sobre infecciones de transmisión sexual
- × Prevención de los comportamientos de riesgo
- × Prevención del cáncer de cuello de útero
- × Atención a la patología ginecológica
- × Educación afectivo-sexual grupal

Las actividades están dirigidas al asesoramiento afectivo y sexual y a la detección y la atención de las dificultades del joven. En las actividades se incluye el consejo reproductivo que permita la decisión libre sobre la reproducción, incluyendo la

prevención de los embarazos no deseados, consejo en el deseo de embarazo y atención y prevención de las conductas de riesgo. En estas actividades se incluye la educación afectiva sexual grupal, dirigida fundamentalmente a adquirir una sexualidad satisfactoria y segura, fomentando la autonomía y la capacidad de decisión de los adolescentes, así como su autoestima y una imagen corporal positiva.

La población diana de atención a los jóvenes son los menores de 25 años. En la población diana se priorizan las personas con las siguientes características:

- × Embarazos no deseados
- × Antecedentes de ITS
- × Adicciones
- × Trabajadoras sexuales
- × Personas con discapacidades
- × Malos tratos y violaciones
- × Situaciones sociales y emocionales de riesgo

En la atención comunitaria en la escuela, la matrona apoya a la enfermera del Programa Salud y Escuela en las intervenciones sobre salud sexual y reproductiva en jóvenes de 3º y 4º de la ESO y participa activamente en los talleres que se acuerden; igualmente en lo que concierne a las actividades con el profesorado, las madres y los padres.<sup>144</sup>

En la atención asistencial del espacio joven, el profesional que lleva a cabo estas actividades es la matrona. En la atención más compleja y de patología, se apoya en el obstetra-ginecólogo/a y el psicólogo/a. El auxiliar de enfermería ofrece apoyo en la consulta y el auxiliar administrativo/a es el referente de los procesos administrativos y de atención al usuario.

**2) Consejo reproductivo.** Éste incluye la siguiente cartera de servicios:

- × Consejo afectivo-sexual
- × Consejo y atención de los métodos anticonceptivos<sup>115</sup>
- × Consejo preconcepcional si se precisa
- × Consejo y diagnóstico de infecciones de transmisión sexual<sup>105</sup>
- × Consejo de dificultades en la fertilidad
- × Métodos barrera
- × Métodos hormonales, mecánicos, definitivos y otros
- × Interrupción voluntaria del embarazo<sup>145</sup>

Las matronas son las encargadas de realizar las actividades de consejo; colaboran con el diagnóstico y tratamiento con los obstetra-ginecólogos/as y les deriva la inserción de métodos anticonceptivos como el implante hormonal y el dispositivo intrauterino. También derivan a los psicólogos/as los casos que se precisan.

El ASSIR realiza actualmente los abortos farmacológicos hasta las siete semanas de embarazo y tiene establecido un circuito con los centros de interrupción voluntaria del embarazo acreditados por el Departamento de Salud.<sup>145</sup>

### 3) Atención materno-infantil: control y seguimiento del embarazo

La matrona realiza la atención y la clasificación del riesgo del embarazo. Y en los casos de embarazos de bajo riesgo y riesgo medio realiza su control y seguimiento, colaborando con el obstetra-ginecólogo/a que realiza el control ecográfico en los tres trimestres de gestación. Si el embarazo es de alto riesgo, el control y seguimiento es del obstetra-ginecólogo/a, y la matrona interviene si hace falta.

El control del embarazo de muy alto riesgo se realiza en el servicio materno-infantil del hospital de referencia.<sup>146-148</sup>

### 4) Atención materno-infantil: diagnóstico prenatal

La matrona realiza el consejo asistido y la solicitud de pruebas analíticas y ecográficas, y la entrega de resultados es realizada por la matrona y el obstetra-ginecólogo/a. La ecografía, y si se precisan pruebas invasivas, son realizadas por el obstetra-ginecólogo/a, juntamente con el asesoramiento y control de la patología.<sup>149</sup>

### 5) Atención materno-infantil: educación maternal

Las matronas llevan a cabo sesiones de educación maternal a los grupos de gestantes, en algunas de las cuales colaboran enfermeras y pediatras.<sup>150</sup>

### 6) Atención materno-infantil: atención al puerperio

El puerperio lo realiza la matrona ya sea en el domicilio o en la consulta. También se organizan grupos de educación en el posparto. En esta cartera se incluye la revisión posparto. La matrona promueve y hace difusión de los grupos de soporte a la lactancia materna en las púerperas.<sup>151</sup>

## 7) Prevención del cáncer de cuello uterino

Las matronas realizan el cribado del cáncer de cuello uterino. Una citología cada tres años después de dos anuales normales. Y en casos de mujeres de 50 o más años sin citologías anteriores durante cinco años, se realiza también la toma del papiloma virus humano (HPV). Si se detectan alteraciones citológicas o el HPV es positivo, se remite al obstetra-ginecólogo/a para su seguimiento y tratamiento.<sup>152</sup>

## 8) Prevención del cáncer de mama

La matrona promueve el cribado poblacional de cáncer de mama (mujeres de 50-69 años, indicando su periodicidad cada dos años) mediante la educación sanitaria. Y el obstetra-ginecólogo/a realiza el cribado oportunista, coordinado con la oficina de cribado, y la atención a la patología de la mama.

## 9) Atención a las infecciones de transmisión sexual

La matrona realiza la prevención de ITS, VIH/sida y colabora con el obstetra-ginecólogo/a en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ITS, VIH/sida y seguimiento de los contactos. Remite la persona al psicólogo/a si es necesario.<sup>105</sup>

## 10) Atención a la patología ginecológica

La matrona realiza la atención del suelo pelviano e incontinencia, junto con el climaterio. Y el obstetra-ginecólogo/a realiza la atención a la patología del aparato genital y de la mama, atención a la demanda de esterilidad, estudio previo, tratamiento y seguimiento de la patología, incontinencia de orina, climaterio sintomático, patología disfuncional y trastornos dolorosos. Conjuntamente con el seguimiento de la patología cervical y endometrial, cirugía menor ambulatoria bisturí eléctrico, asa diatérmica, histeroscopia, láser de CO<sub>2</sub> y ecografía ginecológica.

## 11) Actividad comunitaria a personas adultas

La matrona realiza grupalmente educación afectiva sexual, menopausia y actividades preventivas diversas.

## 12) Educación afectiva y sexual

La matrona educa a los jóvenes y adultos para mejorar los conocimientos de afectividad y placer y lograr unos cambios de actitud hacia una autorresponsabilidad



en la salud afectiva, sexual y reproductiva. Las actividades se realizan en la consulta individual y en las sesiones de grupo en los centros de salud y otros espacios comunitarios: espacios jóvenes, escuelas, medios de comunicación, webs específicas, mediante el Programa Salud y Escuela y *Sanitat Respon*.

### 13) Atención a la violencia hacia las mujeres

Los profesionales del ASSIR, en especial los psicólogos/as, realizan la prevención, la valoración y la atención en estos casos.<sup>153</sup>

La atención psicológica está incluida en las actividades educativas y asistenciales, pero en algunos casos es necesaria la intervención más específica del psicólogo/a. La mayoría de los ASSIR cuentan con el apoyo de estos equipos profesionales (bien sea dentro del equipo o a través de las unidades de salud mental de referencia, que deben tener un psicólogo/a experto en salud sexual y reproductiva). También la unidad ASSIR cuenta con el apoyo de los recursos de atención social disponibles en su área de influencia. Y especialmente se quiere luchar para evitar las asimetrías de poder relacionadas con el género, empoderando a las mujeres en las relaciones sexuales protegidas, en la utilización de métodos contraceptivos y en la planificación del embarazo y el parto. También se deben desarrollar medidas específicas que corresponsabilicen a los hombres en una sexualidad segura y saludable.

### b) Formación continuada de las matronas en el ASSIR

Las actividades formativas están relacionadas con los diferentes ámbitos que forman parte de la cartera de servicios, con el objetivo de actualizar los conocimientos y reforzar las habilidades de las profesionales que proporcionan atención a la población.

En general, hay que tener en cuenta en las actividades formativas las diferentes orientaciones sexuales de las personas (considerando la minoría sexual en igualdad de condiciones), como se ha mencionado anteriormente en el capítulo primero. También es importante señalar que los profesionales sanitarios deberían adquirir conocimientos sobre la violencia de género y su diagnóstico precoz.<sup>153</sup> Las actividades formativas se concretan en actividades sobre temas relacionados con el ASSIR, tales como sesiones clínicas o informativas, cursos específicos, jornadas, congresos, formación en servicio y/o investigación.

## 2.4. Información y educación en la escuela y en los institutos sobre salud sexual y reproductiva

Las escuelas y los institutos disponen de programas para poder trabajar durante todo el curso la salud sexual, afectiva y reproductiva en todas las asignaturas, pero es una elección voluntaria de cada centro y, por tanto, no hay una homogeneidad al respecto. La Generalidad de Cataluña inició en 2004 el Programa Salud y Escuela (PSiE),<sup>143</sup> en el que las enfermeras de los centros de salud de atención primaria realizaban una consulta abierta en los institutos cuyo objetivo era detectar situaciones y conductas de riesgo de los jóvenes que cursaban ESO. La enfermera, aparte de realizar la consulta individual, programaba con el tutor de los alumnos las actividades o talleres que consideraban más importantes según las necesidades detectadas en los alumnos. El Departamento de Salud editó para estas profesionales y para los docentes una guía de actuación para la educación afectiva y sexual en el segundo ciclo de ESO.<sup>154</sup>

Posteriormente, se realizó un estudio con una muestra representativa de toda Cataluña de los alumnos de 3º y 4º de ESO sobre diferentes temas. En el tema de la salud sexual y reproductiva se obtuvo que el 65,7% de los chicos y las chicas estudiados consideraban que el *petting* (abrazos, caricias, masturbación mutua) podían dar tanto placer como la penetración.<sup>122</sup> Utilizaban correctamente el preservativo el 90,8% de la muestra del segundo ciclo de ESO. Se veían capaces de llevar siempre preservativos el 59,2% de los jóvenes extranjeros y el 62,4% de los autóctonos. Y según el sexo, el 67,9% de los chicos y el 55,9% de las chicas llevaban preservativo. Por tanto, en términos de género, todavía se debía avanzar en este sentido.

Al revisar las aportaciones de la literatura con relación a qué edades se debe iniciar la docencia en sexualidad en chicas y chicos, se sugiere que las respuestas a la educación sexual son mayores si las intervenciones se realizan a edades más tempranas. Y se recomienda emplear pedagogía apropiada para tres grupos de edad: 7-9 años, 10-12 años y 13-15 años. También hay quien afirma que existe la creencia muy extendida de que la educación de la sexualidad sólo se debe realizar en la infancia y en la adolescencia, y sin embargo ésta debe producirse durante toda la vida.<sup>155-157</sup> Una revisión publicada al respecto corrobora que existe una falta de consenso social, ya que para algunos el concepto de sexualidad es distinto que para los demás. También hay colectivos que promueven la abstinencia sexual, mientras que otros explican los métodos contraceptivos y de barrera. Por tanto, es urgente entender que para cada enfoque educativo y cada postulado ético hay una evidencia

científica.<sup>158</sup> En consecuencia, se apunta la solución de proponer un marco educativo que respete las convicciones éticas de las personas pero que contenga: 1) exactitud en la información, 2) nivel de evidencia, 3) eficiencia sobre la población diana de cada programa de salud, y 4) metodología específica para cada programa. Y se recomienda que los diseñadores de los programas deban informar a padres y madres del programa educativo que se utilizará.

Un modelo integral y abierto deberá partir de la idea que la concepción de la educación sexual es un derecho de todas las personas, independientemente de su edad y de su situación. Asimismo, deberá incluir formación a profesionales desde la interdisciplinariedad, teniendo en cuenta no sólo las aportaciones de la biología sino, principalmente, de la psicología, la sociología y la pedagogía. Los programas educativos que mejor funcionan son aquellos que van más allá de una ideología preventiva, reduccionista y anatómica. Funcionan porque abordan los intereses de las personas que se forman desde metodologías activas y participativas. Tal y como se afirma en el *Libro Blanco sobre la educación sexual de Málaga*, este modelo fomenta actitudes críticas y reflexivas, promueve la construcción de valores y el desarrollo de habilidades para tomar decisiones y transformar las situaciones.<sup>157</sup>

Adoptando una perspectiva coeducativa, implicaría que el reto debería ser que tanto hombres como mujeres, chicas y chicos, adquieran las capacidades básicas para su desarrollo humano: autonomía personal, capacidad de ser responsables del propio proyecto de vida, desarrollo de la afectividad, capacidad de comunicación, inteligencia, creatividad y eficiencia.

Se debe empoderar a las chicas a conseguir la autonomía personal y emocional, y a los chicos el desarrollo de la ética del cuidado, la expresión emocional y la empatía para la convivencia, que son las bases para la prevención de la violencia de género, asumiendo la diversidad y la interculturalidad. El modelo de identidad sexo-género debe fomentar la validez de las identidades transexuales y transgenéricas, y la educación sexual tiene que contemplar la valoración y positivización de las diferentes formas de vivir, sentir y expresarse como ser sexuado, y con pluralidad.

Se fomenta el valor del placer si se abordan los temas de interés de jóvenes y adolescentes: autoconocimiento, aceptación del esquema corporal propio y de las demás personas, sensibilidad corporal, autoestima, respuesta sexual, fantasías sexuales, conductas sexuales, masturbación, expresión de sentimientos y relaciones afectivas.

En muchos países europeos se plantean cómo mejorar el modelo educativo en salud sexual afectiva y reproductiva. Por ejemplo, en Suecia entrevistaron a mujeres de 13 a 25 años acerca de cómo consideraban la información que habían recibido en las escuelas de salud sexual y reproductiva y obtuvieron que el 60% tenía una buena información de la anatomía en general, pero que había temas que no se habían trabajado: el abuso y el acoso sexual (94%), la pornografía (90%), el aborto (81%), la anticoncepción de urgencia (80%), la fertilidad (80%) y el embarazo (59%). El 30% declaró no haber recibido información acerca de la clamidia, y la mitad de la muestra manifestó que nunca se había abordado el tema de los condilomas y el papiloma virus. Y las entrevistadas de 13 a 19 años también consideraban que se tenía que hablar más exhaustivamente de homosexualidad, bisexualidad y transexualidad. En conclusión, el 46% consideró que eran aceptables los conocimientos adquiridos en la escuela y más de un tercio lo consideró pobre o muy pobre. Por tanto, se concluyó que se debería actualizar la formación de los docentes en este aspecto.<sup>159</sup>

Hoy en día, urge llegar a la población adolescente y joven que quiere o comienza a iniciarse en las relaciones sexuales. En el Camerún, en chicas jóvenes estudiantes en escuelas, se obtuvo, por un lado, que el nivel de embarazos no deseados y el número de parejas eran menores en las jóvenes que realizaban formación y, por otro, que el uso de métodos anticonceptivos y de barrera era superior.<sup>160</sup>

Los jóvenes, como hemos mencionado en el capítulo primero, siguen con las fuentes clásicas de información de la familia y los amigos, su entorno sigue siendo la principal fuente de información sexual. Por tanto, se trataría de convertir el medio social (padres y amigos) en "agentes de salud"; de esta forma podrían ayudar a los adolescentes y jóvenes a planificar las relaciones interpersonales íntimas de forma más responsable y segura.

Desde hace tiempo se ha impulsado a la mujer a utilizar métodos de una alta eficacia como, por ejemplo, los métodos hormonales (píldoras, parches y anillo vaginal). Como se ha mencionado anteriormente, y el profesional sanitario a veces olvida, los jóvenes son monógamos sucesivos y en consecuencia tienen un alto riesgo de contagio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH. Así pues, en los primeros años de sus relaciones deberían utilizar sistemáticamente el preservativo. Y si además las mujeres quieren utilizar un método de una alta eficacia para evitar embarazos, entonces se puede combinar con un anticonceptivo hormonal que constituye el doble método. Según la encuesta Daphne, el doble método está muy extendido en los países nórdicos y en España, cuyo uso ha ido aumentando a pesar de su desconocimiento.

La preocupación por los embarazos y una educación basada en las relaciones heterosexuales han provocado que algunos profesionales de la salud, docentes y familias no se hayan planteado de forma conjunta el abordaje de las orientaciones sexuales minoritarias en mujeres y hombres. Este colectivo tiene unas necesidades diferentes al colectivo heterosexual, y algunos jóvenes y los familiares de éstos necesitan ayuda psicológica, como se ha citado en el capítulo primero.

Las discapacidades sensoriales de los jóvenes y de la población en general han sido los eternos abandonados en la sexualidad, tal y como se citó anteriormente. Hay que recuperar el tiempo perdido para que reciban una educación y una información con unos medios didácticos y pedagógicos apropiados a su discapacidad, desde las escuelas, los centros sanitarios, los medios de comunicación e internet.<sup>161</sup> Estos jóvenes no tienen ningún problema de respuesta de sus órganos sexuales, pero sí precisan dar más énfasis a la comunicación y el placer.<sup>162</sup> Las personas con alguna discapacidad a veces son percibidas como asexuadas, debido a una idea heteronormativa predominante en el sexo y lo que se considera natural.<sup>163</sup> La falta de información y educación sobre la sexualidad y la discapacidad son uno de los principales factores que contribuyen a estigmatizar la discapacidad y la sexualidad. Las investigaciones futuras deberían centrarse en la mejor forma de educar e informar a todos los miembros de la sociedad.

Tampoco debemos olvidar que las asimetrías de poder, económicas y sociales y las relaciones interpersonales influyen en las conductas sexuales de riesgo. Por otro lado, el alcohol y las drogas también juegan un papel inhibitor en la percepción del riesgo. Por tanto, en las escuelas y en los centros de salud se debe poner énfasis en la influencia de éstos, en las conductas de riesgo sexual y de abuso sexual. Como se ha mencionado anteriormente, los mecanismos de riesgo son diferentes para las personas con historias en la infancia de abuso sexual, y por lo tanto las intervenciones educativas deben encaminarse a evitar la revictimización, particularmente en un contexto de pobreza, prostitución y drogas; y en estos casos se necesitará el asesoramiento especializado de expertos en psicología.<sup>164</sup>

No debemos olvidar que en las familias existe una variabilidad en la educación y en la información que transmiten a sus hijos e hijas sobre estos temas, ya que depende de la formación que ellos hayan recibido en su infancia y adolescencia. Los padres y madres a menudo carecen de conocimientos sobre el desarrollo sexual de sus hijos y están confundidos, ya que no tienen las habilidades o los conocimientos necesarios y preguntan a los profesionales sanitarios cómo abordar estos temas. Algunos no saben

si dejarlo en manos de las escuelas o simplemente no permitir que sus hijos tengan toda la información. Como hemos visto en el apartado anterior, la evidencia científica muestra que los jóvenes que han tenido respuestas a sus preguntas y que saben sobre sexo, se han iniciado más tarde en sus relaciones y han utilizado un método anticonceptivo o de barrera. El consejo a hijos e hijas es útil, pero dependiendo de la edad se deben dar unos mensajes específicos y con un lenguaje apropiado.

### Capítulo 3

## ***La formación y la actualización de las enfermeras obstétrico-ginecológicas***

### ***3.1 La evolución de la formación de las matronas***

Los estudios de matrona se han reestructurado con la evolución sanitaria y política. A principios del siglo XX, los estudios de matrona se cursaban durante dos años en centros oficiales (facultad de Medicina) y centros no oficiales.<sup>165</sup> La primera escuela de matronas de la que se tiene referencia legal fue de la Casa de Salud Santa Cristina de Madrid,<sup>166</sup> que aprobó su Reglamento en 1916; en octubre de 1931 esta maternidad quedó adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid.<sup>167</sup> Posteriormente, la Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944 estableció la unificación de las profesiones sanitarias. En el capítulo III del libro I de la Orden de 26 de noviembre de 1945 se habla de las funciones de las matronas siguiendo las directrices de la Ley Moyano.<sup>168</sup>

La profesión de matrona se mantuvo como carrera independiente hasta 1953 cuando, por Real Decreto de 4 de diciembre,<sup>169</sup> se unificaron los estudios de practicantes, enfermeras y matronas en un proyecto único y en un único título: el de ayudante técnico sanitario (ATS). Asimismo, se estableció la posibilidad de especialización. Este Real Decreto especificó una separación de género, por la cual los estudios femeninos se cursaban en régimen de internado. Para ejercer como matrona, se requería estar en posesión del título de ATS femenino y tener menos de 45 años.

En 1977, también por Real Decreto de 23 de julio,<sup>170</sup> se integraron los estudios de ATS en las escuelas universitarias de enfermería, donde se empezó a cursar la diplomatura en Enfermería. Con la desaparición del título impuesto en 1953, se produjo una vuelta al origen de la profesión, la de enfermería y no la de ayudante técnico.

A pesar de esta nueva denominación, que supuso un salto cualitativo en la profesión de enfermería, no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que se autorizó a los nuevos diplomados a seguir con las especialidades de los ATS. Seis años más tarde, en 1986, con la incorporación de España a la CEE, el Gobierno español adquirió el compromiso de adecuar el currículum de formación de las matronas según las directrices de la Comunidad Europea, ya que eran de obligado cumplimiento para todos los países que se adherían. En estas directrices se especificaron los requisitos para la homologación de diplomas, se llegó a una definición del ámbito de actuación de las matronas y se concretaron las actividades mínimas y los requisitos para los programas de formación.<sup>165</sup>

En 1987 se regularon en España las especialidades de diplomados en enfermería; así pues, se volvió a la creación de la especialidad de Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona), ajustándose a las exigencias de las directrices de la CEE. De esta forma quedaba derogado el anterior plan de estudios de matrona y cesaba la formación de matronas en España.<sup>165</sup>

Ante esta situación, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas presentó, el 11 de octubre de 1989, un recurso contra España por no haber adoptado en los plazos establecidos las disposiciones necesarias para ajustarse a las directrices relativas al acceso a las actividades de matrona y al ejercicio de éstas.<sup>165</sup> La implantación en el ordenamiento jurídico español de lo establecido en las Directrices del Consejo de las Comunidades Europeas se realizó mediante promulgación del Real Decreto de 28 de junio de 1991.<sup>171</sup> Con esta transposición se produjo una legislación específica para la profesión de matrona en España.

Después de 5 años de interrupción en la formación de matronas y mediante la Orden de 1 de junio, se aprobó en 1992 el programa de formación y se establecieron los requisitos mínimos de las unidades docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona).<sup>172</sup> La duración del programa formativo quedó fijada en dos años a tiempo completo. El acceso a la formación se estableció de forma similar al que estaba en vigor para todas las especialidades sanitarias, a través de un examen estatal y un baremo de puntuación. Las enfermeras y enfermeros que obtuvieron plaza realizaron la formación en distintos lugares del territorio del Estado español y pasaron a ser, durante ese periodo, enfermeros internos residentes (EIR). Este nuevo programa de formación pretendió asumir los nuevos retos que en materia de salud reproductiva y



sexual demandaba la población, en consonancia con los avances científicos y tecnológicos actuales.

La reglamentación en la formación de matronas sigue presentando diversos cambios a lo largo de estos últimos años, manteniendo su esencia como especialidad de enfermería y realizando el acceso de forma similar a la de todas las especialidades sanitarias. Anualmente se publica la convocatoria de las especialidades de enfermería, quedando constancia de los requisitos necesarios para acceder a las mismas.

En la actualidad, el programa de formación (posgrado) (EIR) de la especialidad de matrona quiere capacitar a la profesional para que alcance los siguientes objetivos:<sup>171</sup>

- ✘ Ofrecer una adecuada educación sanitaria a la mujer, la familia y la comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje en relación con el ciclo reproductivo, el climaterio y la sexualidad, y llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- ✘ Prestar una atención integral a la mujer enfocada a la promoción de la salud y la prevención y recuperación de las enfermedades a lo largo de su ciclo reproductivo.
- ✘ Prestar una atención integral al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, parto y puerperio, con la ayuda de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- ✘ Detectar precozmente los factores de riesgo, así como cualquier alteración de la normalidad en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, y también a lo largo del ciclo reproductivo de la mujer, con actividades de control, derivación y seguimiento de las mismas y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- ✘ Planificar, ejecutar y evaluar la atención de matrona en relación con la mujer y el recién nacido. Participar en las actividades docentes encaminadas a formar a la matrona, personal de enfermería y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- ✘ Colaborar en las actividades del equipo de salud.
- ✘ Gestionar y administrar en el ámbito de su especialidad los recursos existentes a nivel institucional, así como la organización de la atención prestada a la mujer y al recién nacido.
- ✘ Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional y, por tanto, del nivel de salud de la mujer, del recién nacido y de la familia.

El aprendizaje clínico se realiza bajo la tutela de las matronas. Al finalizar el programa de formación, la enfermera residente habrá cumplido por lo menos los requisitos mínimos establecidos en el artículo 27 de la Directiva 89/594/CEE 172 que modifica el apartado B del anexo de la Directiva 80/155/CEE173.

## 3.2 Formación continuada

Una vez que un profesional finaliza su educación universitaria o de especialista, debe actualizar, mantener y mejorar su competencia profesional; es lo que se denomina formación continuada. Los profesionales sanitarios especializados en salud sexual, afectiva y reproductiva (matronas, psicólogos y obstetra-ginecólogos) están inmersos en una sociedad que ha ido variando los conceptos de salud sexual, afectividad y reproducción. Tal como hemos visto en el apartado anterior, en los últimos años se han promulgado la Ley Orgánica de la Salud Sexual y Reproductiva en España y el Plan Estratégico del ASSIR en Cataluña, que promueven la ampliación de los conocimientos de los profesionales en este ámbito.

Al realizar la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con el objetivo de analizar la situación actual de la atención a la salud sexual en España, se obtuvo que la mayoría de las comunidades autónomas decían ofrecer formación de salud sexual y reproductiva a los profesionales de la salud, en especial en atención primaria. También se evidenció que la financiación para los programas de investigación y la innovación era escasa, y la evaluación de los programas, un aspecto pendiente que en pocas comunidades se llevaba a cabo.<sup>136,138</sup> Por tanto, dos objetivos de la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva están encaminados a reforzar la necesidad de formación, como se ha comentado en el segundo capítulo:<sup>138</sup>

- ✘ Aumentar la formación de profesionales en materia de salud sexual, desde un enfoque de derechos, holístico y de género.
- ✘ Fomentar la investigación, la innovación y las buenas prácticas que puedan contribuir a la mejora de la calidad en la atención a la salud sexual desde los enfoques anteriormente comentados.

Al igual como se ha descrito en el segundo capítulo cuando se citan las actividades formativas para profesionales, en el Plan Estratégico del ASSIR se asume que en ellas

hay que tener en cuenta las diferentes orientaciones sexuales de las personas (considerando la minoría sexual en igualdad de condiciones). Y también que los profesionales sanitarios deberían adquirir conocimientos sobre violencia de género y su diagnóstico precoz.<sup>153</sup>

Paralelamente, y tal como hemos expuesto en capítulos anteriores, la población y los profesionales sanitarios disponen de las tecnologías de la información que avanzan continuamente desde internet (webs, blog, chat, correo electrónico, etc.) y que facilitan al individuo tener toda la información a su alcance en el mismo instante en que lo precisa. Y a todo ello se le suma la generación de jóvenes que está impulsando el uso de estas nuevas tecnologías como modelo de socialización y de información. Por tanto, es evidente que las profesionales matronas son personas que deben reciclarse en estas nuevas herramientas y revisar continuamente la evidencia científica para poder informar, educar y asesorar adecuadamente a la población y, en especial, a los jóvenes en estos temas. Por otro lado, la formación adquirida se debe poder evaluar y debe garantizar el mantenimiento de la calidad del servicio que se ofrece a los jóvenes en la web y en toda la cartera de servicios de las matronas en el ASSIR y en los servicios materno-infantiles de los hospitales.

Cuando se revisan qué factores motivan el aprendizaje en las enfermeras vemos que son varios: la necesidad de aprender de acuerdo con la evidencia científica y de disponer de un conocimiento actualizado, el beneficio en el desarrollo personal y profesional, y también el hecho de que pueda repercutir en mejorar la calidad de la atención al paciente.<sup>174</sup>

Y cuando se exploran los factores que motivan a las enfermeras a realizar docencia aparecen:<sup>175</sup> la reciprocidad con sus compañeras, el colectivismo, el poder aumentar la plantilla de personal, el respeto, el altruismo y los avances en la tecnología.

Pero también existen barreras estructurales importantes en la formación de las enfermeras en algunos países, como la falta de financiación y de una planificación de estudios coherentes con su desarrollo profesional, como afirman las enfermeras africanas.<sup>176</sup> Asimismo, en diez estudios de investigación norteamericanos publicados entre los años 1990 y 2008 se observó que las enfermeras americanas referían el mismo problema en cuanto a los costes económicos de su formación, con el añadido de la incapacidad de disponer de tiempo libre en el trabajo para asistir a los cursos y la incompatibilidad con el cuidado de los hijos y las responsabilidades del hogar.<sup>177</sup> En

este estudio se destacaba que las enfermeras que ocupaban cargos de gestión realizaban más formación continuada que las enfermeras asistenciales.

Otros profesionales de la salud, como los farmacéuticos de Gran Bretaña, contaron que también existían barreras personales para realizar la formación, que podían consistir en dificultades en la comprensión de algunos temas, la obligatoriedad de llevar a cabo dicha formación y la falta de apoyo e interés; este colectivo consideraba importante reciclarse, pero a la práctica había poca aceptación y poco aprovechamiento de la formación.<sup>178</sup>

Tal y como se ha citado anteriormente, la formación mejora la atención a la población. Y en este sentido cabe destacar que en Cataluña existe la Fundación Avedis Donabedian<sup>179</sup> desde el año 1989, cuya misión es la de colaborar con profesionales, centros, administraciones públicas, organizaciones de ciudadanos y profesionales y otras instituciones públicas y privadas, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sanitarios y sociales que recibe la ciudadanía. Para esta fundación, la mejora de la calidad es una actitud profesional y científica que utiliza elementos de la teoría de la evaluación, de las ciencias de la gestión y de la atención y otras ciencias cuantitativas y cualitativas, para lograr que el trabajo de los profesionales sea cada vez de mayor calidad científica y técnica y que los usuarios reciban unos servicios adecuados a sus necesidades y deseos. En el periodo 2007-2010, una de sus líneas estratégicas fue la implicación y motivación de los profesionales como elemento de mejora de la atención.<sup>179</sup>

### ***3.3 Estrategias para aumentar los conocimientos en la formación continuada***

Según diversos estudios, una buena estrategia para aumentar los conocimientos de los profesionales reside en realizar cursos de reciclaje; con todo y con ello, ya hemos señalado que la motivación de los profesionales es esencial para realizar los cursos con aprovechamiento.<sup>180-183</sup>

Hay autores que afirman que las reuniones formativas y las sesiones didácticas por sí solas no pueden cambiar la práctica profesional<sup>182</sup> y resultan menos eficaces que los cursos de formación.<sup>182,184</sup> Cuando se revisan qué técnicas son las mejores para lograr

el cambio de los profesionales y al mismo tiempo mejorar la atención y los resultados de los pacientes, queda de manifiesto que son más eficaces las técnicas interactivas (auditoria / *feedback* / cursos / difusión y recordatorios) en comparación con las guías clínicas y los documentos escritos.<sup>185</sup> Los talleres interactivos pueden provocar grandes cambios en la práctica profesional,<sup>182</sup> pero a su vez también se ha remarcado que la existencia de protocolos de actuación y guías de práctica clínica son útiles a los profesionales en su práctica diaria para homogeneizar criterios y actuar con evidencia científica, y así garantizar a la población que sean tratados con equidad de acuerdo a los avances científicos.<sup>177</sup>

Una revisión realizada en el periodo comprendido entre 1999 y 2007 en Medline y Cinhal afirmaba que las intervenciones basadas en la práctica profesional pueden mejorar los resultados y los procesos de salud, pero que faltaban estudios para corroborarlo con metodologías similares. En la revisión habían estudios que evaluaban la eficacia recurriendo a diferentes metodologías: unos evaluaban reuniones diarias, otros reuniones mensuales, y también había estudios con reuniones de auditores externos para fomentar el trabajo en grupo. Esta revisión también indicaba la necesidad de realizar estudios con métodos cualitativos, para averiguar cómo las intervenciones pueden afectar a la mejora de la colaboración entre los profesionales, y este hecho cómo podía contribuir a los cambios en la práctica profesional.<sup>186</sup>

Se ha evidenciado que los programas de mejora que realizan intervenciones multidisciplinares en todo el equipo mejoran la calidad del servicio; no obstante, para mantenerse en el tiempo es fundamental ir reforzando los mensajes.<sup>187</sup> Cabe destacar que el buen clima de los equipos facilita los procesos innovadores, y ello es importante para la satisfacción de los pacientes y el personal sanitario.<sup>188</sup>

Respecto a la cuantía de los avances, Jawtvedt afirmaba, en la revisión de Cochrane hasta enero de 2004, que los cambios obtenidos en la formación continua, cuando eran eficaces, eran de pequeños a moderados.<sup>189</sup>

El mundo sanitario evoluciona y actualmente ha aparecido una nueva tendencia, en la que cada error sanitario cometido debe ser considerado como una oportunidad para prevenir el daño a futuros pacientes. Esta nueva cultura de la **seguridad del paciente** requiere la participación de todos los miembros del equipo de atención a la salud y la habilidad de trabajar conjuntamente para mejorar la calidad. La cultura de la seguridad se basa en el supuesto de que con el análisis de las fuentes de errores se pueden desarrollar señales centinela, que adviertan de la existencia de una amenaza en la

seguridad de los pacientes, y también de que se construyan redes de seguridad ayudándose de herramientas de ingeniería, o de informática, para mejorar la atención a la población en el ámbito de la salud.<sup>190</sup>

En el ámbito sanitario las **sociedades científicas** se preocupan por mejorar la actualización de los profesionales en temas novedosos y ofrecen protocolos, guías por internet y cursos de autoevaluación y reciclaje, de los que posteriormente extienden certificados.<sup>191</sup> Estas sociedades deben asegurar la **competencia** y puesta al día de sus profesionales mediante **autoevaluaciones continuadas**, personalizadas y flexibles. Pero no se puede obviar que es importante que los métodos de autoevaluación tengan una validación externa, para que éstos sean fiables. Hay asociaciones cuya formación actualizada queda plasmada en un certificado de seguridad, como es el caso de la Junta Americana de Higiene Industrial y el Consejo de Profesionales de la Seguridad. Estos profesionales, para mantener la puntuación necesaria que les garantice el certificado de seguridad, deben leer una revista que se edita mensualmente todos los meses del año. La revista contiene temas actualizados propios de su profesión y cada ejemplar lleva adjunta una hoja de preguntas, que debe ser contestada a lo largo del año en un mínimo de cuatro ocasiones y enviada a dicho Consejo para ser evaluada. El certificado se emite si se ha respondido adecuadamente al 70% de las preguntas.<sup>192</sup>

Cada sociedad científica tiene su idiosincrasia en cuanto a su formación continua. Los cirujanos americanos, por ejemplo, han establecido los Principios de Desarrollo Profesional Continuo (DPC), en que las actividades de desarrollo profesional deben estar integradas en la competencia básica del aprendizaje, que se sustenta en la práctica y la mejora (PBLI), y consisten en un ciclo de cinco pasos: identificar las áreas de mejora, participar en el aprendizaje, aplicar nuevos conocimientos, desarrollar las habilidades a la práctica y comprobar la mejora. La eficacia del DPC y PBLI debe ser evaluada objetivamente por su impacto en el aprendizaje, el rendimiento y los resultados de la atención al paciente.<sup>193</sup>

En España, a nivel de sociedades científicas de matronas existe la **Federación de las Asociaciones de Matronas Españolas (FAME)**<sup>194</sup> y, en Cataluña, la **Associació Catalana de Llevadores (ACLL)**.<sup>195</sup> La FAME realiza cursos y congresos de formación continuada conjuntamente con las asociaciones de matronas de las comunidades autónomas españolas, y también la ACLL imparte formación continuada presencial y emite los certificados correspondientes. Entre la formación que se ofrece cabe destacar la **Prueba de competencia clínica (ACOE)**,<sup>196</sup> que se puede realizar

anualmente y tiene el soporte de la Unidad Docente de Matronas de Cataluña.<sup>197</sup> Esta prueba consiste en la superación de situaciones similares representativas de la práctica que es propia a la matrona; es voluntaria, los resultados son confidenciales y acreditan la competencia de las profesionales que participan. Además, esta prueba es un mérito para la obtención de la acreditación para ser tutora de las matronas internas residentes del Instituto Catalán de la Salud.

Algunos autores apuntan que las **nuevas tecnologías** permitirán garantizar las competencias profesionales y mejorar el rendimiento en el sistema de salud, exigiendo la actualización de los profesionales y no siendo permisivos con los profesionales que no actúan con evidencia científica.<sup>198</sup> Otros investigadores indican que la formación continuada debería ser obligatoria con un número determinado de horas anuales en las profesiones sanitarias para garantizar el mejor cuidado de los pacientes. Miller (2008) planteó que la formación continuada y el manejo de las mejores prácticas eran necesarios para garantizar el mantenimiento de las competencias, y por ello consideraba que la investigación y la evaluación de los profesionales sanitarios debían ser planteadas por los estados como una prioridad nacional.<sup>199</sup> Sin duda alguna, la formación continuada necesita el apoyo institucional y recursos para poder gestionarse adecuadamente.<sup>200</sup> En este sentido, el Instituto Catalán de la Salud planifica anualmente el presupuesto económico que se puede invertir en formación continuada desde cada gerencia territorial y desde cada servicio de atención primaria, y a cada equipo territorial de ASSIR se le destina una parte proporcional para que gestione la formación que considere oportuna para sus profesionales. La formación continuada que organiza el ICS está acreditada y es gratuita para los profesionales.<sup>201</sup>

Es importante la formación de los profesionales en **economía sanitaria**, ya que resulta fundamental que sean conscientes de los costes clínicos que se derivan de su actuación. En este sentido, la American Nurses Association diseñó en 1994 la "Iniciativa de la Calidad de Enfermería", que consistía en una serie de actividades cuyo objetivo perseguía la rendición pública de las cuentas económicas de este colectivo y se basaba en el obligado y amplio conocimiento por parte de todas las enfermeras de los costes clínicos que se derivaban de su actividad, así como los resultados y la calidad obtenida. Esta asociación, además de mejorar la calidad de la atención sanitaria, tiene un papel activo en el Foro Nacional de Calidad Americano.<sup>202</sup>

Pero cabe destacar que uno de los requisitos primordiales de la formación continuada es la **mejora de la calidad de la asistencia** a la población, y este objetivo requerirá como elemento básico mejorar la habilidad interpersonal del profesional con el

paciente. Este hecho es clave para mejorar la atención a los usuarios y, en este sentido, cabe destacar el estudio realizado en 2007 en el Reino Unido entre médicos de familia y pacientes. En primer lugar, se observó que la comunicación del profesional con el paciente era básica, aparte de la evaluación de las competencias clínicas. El estudio consistía en un cuestionario que el paciente debía rellenar señalando, según su criterio, en qué debería mejorar el profesional en cuanto a la relación con él o su forma de interactuar. A los 3-6 meses después del estudio, los resultados llegaban al profesional y éste decidía si mejoraba según las indicaciones de sus pacientes o no. En profesionales jóvenes sí que hubo cambios según el cuestionario recibido, pero en profesionales de más experiencia no se produjo efecto alguno: esto pudo ser debido a que los que ya llevaban años de profesión y habían establecido una relación interpersonal con sus pacientes fruto de su experiencia no pretendían cambiar.

Los pacientes pueden juzgar la **calidad de la atención interpersonal** y la tecnología actual. Y aunque se ha demostrado que los profesionales sanitarios y los pacientes nunca se ponen de acuerdo respecto de lo que constituye la calidad técnica de la atención, sí que se puede argumentar que nadie está en mejores condiciones que los pacientes para juzgar la calidad de la interacción profesional sanitario-paciente. Kesten (2011) sugiere que se pueden realizar intervenciones efectivas en los profesionales para mejorar la habilidad interpersonal mediante ensayos prácticos de una semana de entrenamiento y que la retroalimentación de los compañeros puede ser útil para mejorar. Asimismo, también se pone de manifiesto que en nuevos estudios habrá que incluir a las enfermeras de los centros de atención primaria, ya que hasta ahora sólo se ha tenido en cuenta a los médicos.<sup>203</sup> También se considera que para conseguir habilidades en la comunicación, el juego de rol es una buena herramienta.<sup>204</sup>

También hemos mencionado el interés de los profesionales de la salud porque los cursos de actualización mejoren su bienestar personal. En este contexto, la formación continuada en la toma de decisiones éticas en enfermeras de familia americanas supuso una mejora del cuidado de la salud de los profesionales, puesto que enriqueció la comunicación con los pacientes y sus familias y redujo el estrés de las enfermeras provocado por el desgaste causado por los dilemas éticos.<sup>205</sup>

En el capítulo primero hemos visto lo fundamental que resulta que los profesionales conozcan las TIC y manejen estas nuevas herramientas tecnológicas para fomentar su uso de forma responsable, ya que puede ayudarles a relacionarse con la población. Internet es un escenario con múltiples herramientas útiles, como los agregadores de noticias, las alertas de Google, las redes sociales, etc. Utilizadas de forma adecuada,



las redes sociales pueden tener un buen fin; pero también conllevan riesgos que hay que conocer y controlar con responsabilidad. En esta línea, la asociación americana de enfermeras de familia desarrolló cursos como *Friending Facebook?*, sobre el uso de los medios de comunicación social adaptados a los profesionales de la salud.<sup>206</sup>

En consecuencia, en el entorno actual y de continua necesidad de actualización científica, hay estudios que recomiendan el *e-learning* para satisfacer las necesidades de educación continua de los profesionales.<sup>207</sup> Hoy en día la mayoría de sociedades científicas han creado sus propias webs para divulgar información clínica relevante y actualizada. Un ejemplo de ello es el caso de los cirujanos oncológicos de mama que crearon la web [www.cansortsurgeons.org](http://www.cansortsurgeons.org); sus administradores realizaron una encuesta de calidad a los profesionales y un 81% de ellos respondió que la recomendaría a otros profesionales. A través de esta web se desarrollaban cursos en línea y también se otorgaban créditos de formación continuada.<sup>208</sup>

La videoconferencia es también un recurso globalizador y de compartición de conocimientos entre los profesionales del mundo. Por ejemplo, la experiencia llevada a cabo entre enfermeras norteamericanas y rusas en que compartían talleres de formación a través de videoconferencia puede servir de modelo para la promoción conjunta de esfuerzos académicos.<sup>209</sup>

En países cuyo sistema de salud se está recuperando, la formación continuada virtual es un recurso muypreciado. En el caso de Kosovo, por ejemplo, el Ministerio de Salud de este país anunció el Programa de Telemática de Kosovo (TMPK) para llevar a cabo la gestión y la coordinación de la formación continuada de los profesionales de enfermería y medicina de familia de la nación. Así pues, en el año 2009 se expidieron 2.000 certificados a enfermeras y médicos de Kosovo, se llevaron a cabo 18 teleconsultas internacionales, 138 videoconferencias, conferencias y seminarios y hubo más de 9.000 visitantes en el TMK e-biblioteca. Por tanto, el estudio concluye que el TMPK ha sido un mecanismo eficaz para el modelo de formación continuada y sostenible para la reconstrucción del sistema sanitario de Kosovo y ha constituido todo un éxito en la oferta académica de enfermeras, médicos y otros profesionales que tenían acceso a la información electrónica.<sup>210</sup> Con todo, no hay que olvidar que existen escasos estudios sobre el análisis coste-beneficio y otras evaluaciones económicas de los programas de telemática y, en particular, de la formación continuada a través de este servicio.

Las **webs de autoformación** con módulos ofrecen a los profesionales la formación continuada desde el domicilio o el trabajo, con la comodidad de no tener que desplazarse. Al igual como hemos mencionado anteriormente, este tipo de webs se pueden combinar con videoconferencias.<sup>211</sup> Y en regiones rurales y países en desarrollo como en África subsahariana, la formación continuada a través de *e-learning* es una buena opción, incluso en zonas remotas como el Ártico.<sup>212,213</sup> Por supuesto, mejora con la opción de utilizar simuladores de pacientes informatizados.<sup>214</sup> Hoy en día, los equipos de simulación son una herramienta eficaz para poder evaluar las habilidades del equipo obstétrico, ya que permiten la evaluación cuantitativa de una intervención educativa.<sup>215</sup>

Varios estudios se han dedicado a analizar qué metodología es la óptima en la formación continuada, si el cara a cara en las clases presenciales o las webs, en que tanto el alumnado como el profesorado parten de la comodidad de no desplazarse del domicilio. Con todo y con ello, DiBiase (2000) subraya que la formación virtual exige un esfuerzo superior de concentración al alumno si se compara con el que se necesita en la enseñanza tradicional:<sup>216</sup> la enseñanza basada en la web requiere un número de horas de formación ligeramente inferior (10-12 horas menos) que en la enseñanza tradicional, sin embargo exige un mayor esfuerzo y más horas de preparación por parte del profesorado realizando contenidos, encuestas, trabajos y la evaluación; en resumen, el profesorado debe asumir más carga de trabajo.<sup>217</sup> Por tanto, está en proceso de estudio a qué estrategias hay que recurrir para impartir de forma eficiente los estudios en línea, cuáles son las mejores prácticas y qué controles de calidad se deben realizar, ya que las expectativas del consumidor para la educación en línea crecen día a día.<sup>218</sup> Los juegos de rol en línea son una nueva tendencia de exploración que también puede adaptarse a la formación continuada de los profesionales, ya que este escenario permite incluso la participación de un grupo de profesionales internacionales; éste fue el caso de la Fundación para la Promoción Internacional Médica, que en 2008 ideó este tipo de juego en línea.<sup>219</sup> Además, no hay que olvidar que el uso de estos recursos forma parte del cambio generacional para futuros estudios.<sup>220</sup>

La combinación de ejercicios de grupo, horas de estudio y programación interactiva es una opción a considerar, tal como se ha realizado en Norteamérica.<sup>221</sup>

### 3.4 Detección de las necesidades de formación

Antes de diseñar un curso de actualización, es preciso detectar las necesidades de formación; así, pueden tomarse decisiones correctas sobre la implantación de un programa de formación continuada, determinar su amplitud y alcance, y especificar los objetivos que mediante dicho programa deberían lograrse.

La identificación de las necesidades de formación se consigue con las siguientes acciones:

- ✘ Numerar el déficit de competencias, conocimientos, habilidades, etc., entre el momento actual y el que se desearía alcanzar.
- ✘ Identificar, en base a dicho déficit, las metas y objetivos formativos que deberían cubrirse con el programa.
- ✘ Priorizar los objetivos en función del contexto de trabajo.
- ✘ Proporcionar las claves para las decisiones en torno a qué medios y recursos se deberán aplicar en el diseño y desarrollo del programa formativo.

De acuerdo con su misión y como se ha comentado anteriormente, el Instituto Universitario Avedis Donabedian de la Universidad Autónoma de Barcelona desarrolla una línea de trabajo específicamente dedicada a proporcionar el apoyo necesario a cualquier organización de servicios de salud o sociales que quiera evaluar y mejorar la calidad de su práctica asistencial y establecer un plan de mejora a partir de una información válida, fiable y objetiva.<sup>179</sup> El apoyo se basa en la realización de proyectos o estudios que pretenden ayudar en la toma de decisiones, respondiendo a cuestiones como: “¿lo básico lo hacemos bien?”, “¿nuestros resultados son los esperables?”, “¿incorporamos la evidencia científica?” “¿somos capaces de seleccionar adecuadamente nuestros objetivos y nuestras metas?”, “¿conocemos nuestras carencias?”, “¿nuestros resultados alcanzan el estándar?”, “¿respondemos a las necesidades de nuestros clientes/usuarios?”. Cada plan o estudio de evaluación se diseña ajustándose a las necesidades específicas de la organización y a los motivos por los que se realiza el plan de mejora. Habitualmente requiere un análisis en profundidad de la situación de partida y sus antecedentes, y finaliza con la propuesta de un plan de actuación y las correspondientes recomendaciones para su aplicación, teniendo en cuenta las líneas estratégicas del centro y sus objetivos de gestión. Desde el año 1989, dicha organización otorga premios anualmente a la excelencia a la calidad en sanidad en centros hospitalarios, de primaria, de salud mental y adicciones,

atención socio-sanitaria y a las personas con dependencia, sociedades científicas, webs y servicios de integración asistencial.

### **3.5 Características de los programas de actualización**

Los programas de actualización deben tener unos objetivos claros y precisos, con una organización y una logística que permita que se cumpla el programa propuesto.<sup>222</sup> En la parte organizativa y en la logística se identifican los recursos humanos y materiales que serán necesarios, así como el número de participantes y cómo se adecuarán las actividades, según el tiempo de duración y los objetivos. En función de las necesidades detectadas en los profesionales o su entorno, habrá que desarrollar actividades que permitan la consecución de los objetivos propuestos y se deberá planificar la metodología de la evaluación posterior del programa.

### **3.6 Propuesta de evaluación de la formación realizada**

La evaluación propuesta es una actividad primordial en la planificación y la gestión de la formación continuada. Sobre el concepto de evaluación, históricamente se han formulado multitud de definiciones:

- ✘ Es un proceso sistemático y planificado de recogida de información, que necesita organizar sus elementos sistematizando sus fases de desarrollo, seleccionando los instrumentos adecuados y disponiendo de unos recursos para poder realizarlo.
- ✘ Implica un juicio de valor, que significa que no basta con recoger sistemáticamente la información, sino que ésta ha de valorarse para emitir un juicio a posteriori sobre el ítem de evaluación.
- ✘ Está orientada hacia la toma de decisiones. El proceso de evaluación debe tener una utilidad dirigida a la mejora de la práctica clínica.

Por tanto, se podría definir la evaluación como los procesos sistemáticos de obtención de información y de su uso para formular juicios que, a su vez, se utilizarán para tomar decisiones.

### 3.7. Tipos de evaluación

La bibliografía revisada afirma que no existe un modelo universal de evaluación de la formación continuada, pero que debemos prestar atención a cuatro partes de la evaluación:

#### a) Evaluación de la reacción

Permite valorar la opinión de los participantes sobre la consecución de los objetivos programados, la valoración de los cambios producidos, su satisfacción con la actividad, etc. Normalmente se lleva a cabo mediante una encuesta de opinión sobre la actividad docente. Es un indicador de satisfacción, que puede ayudar a valorar indirectamente si a juicio de los participantes se han conseguido los objetivos.

#### b) Evaluación del aprendizaje

Es la evaluación de los conocimientos, habilidades o competencias adquiridos por los participantes durante el curso. En formación continuada, este tipo de evaluación no es frecuente. Cuando se realiza la valoración de los cambios que se han efectuado en los participantes debe hacerse con los instrumentos adecuados. Si se quieren medir conocimientos, se puede conseguir a través de un test bien construido; pero si se quieren evaluar habilidades, se debe valorar al profesional desarrollando dicha habilidad, mediante una situación de prueba práctica. Y si se quieren evaluar competencias, tendría que observarse al profesional en el puesto de trabajo. Por otro lado, las herramientas de autoevaluación en la pre y posformación son eficaces para todas las disciplinas y todos los grupos.<sup>180</sup> En el proceso de formación, redactar planes de acción puede ser un instrumento útil para controlar el cambio de comportamiento en los profesionales a lo largo del tiempo.<sup>181</sup>

#### c) Evaluación de transferencia

Permite verificar los efectos producidos en el contexto particular del trabajo al que trata de responder el programa y debería provocar cambios en las prácticas de los profesionales. La evaluación de este aspecto debería ser crucial, pues si lo aprendido no se aplica al lugar del trabajo, podría deducirse que el programa de formación continuada ha fracasado.

#### d) Evaluación del impacto

Se refiere al análisis de los resultados en el trabajo y su repercusión en éste y en la sociedad. Desde esta óptica es relevante verificar:

- ✘ Cambios en los participantes en el programa docente en su contexto profesional y socio-laboral.
- ✘ Nivel de cambio en el contexto, más allá de los afectados por el programa (responsables, colegas, pacientes, etc.). Por ejemplo, en el estudio realizado en Sidney (Australia) en el marco de potenciación de la seguridad del paciente y la calidad en la atención en los equipos clínicos, las enfermeras gestoras utilizaron un método centrado en el paciente denominado "observación de la atención", para ayudar a centrar la atención del equipo en las áreas de mejora del entorno clínico. Y se obtuvo que los temas que surgieron estaban relacionados con el medio ambiente, la salud, la seguridad en el trabajo, la comunicación en el equipo, la práctica clínica y la atención en el paciente.<sup>223</sup>

Como se ha mencionado anteriormente en este mismo capítulo, los avances en formación de los profesionales deben repercutir en la mejora de la calidad de la atención sanitaria, así como en las investigaciones que se realicen en el entorno de la salud. La organización International Society for Quality of Life Research diseñó Squire, una herramienta con unas directrices para que los investigadores elaboren artículos sobre la mejora de la calidad en la atención sanitaria.<sup>224</sup> Es importante que la evaluación del impacto mida la mejora de la atención sanitaria, ya que ello repercute en la morbilidad, la mortalidad, la satisfacción del paciente y de los profesionales, la utilización de servicios, los costes y las diferencias en los diversos tipos de atención.<sup>225,226</sup>

En España existe la Sociedad Española de Calidad Asistencial y en Cataluña, la Sociedad Catalana de Calidad Asistencial que, junto con la International Society for Quality of Life Research, velan porque la formación que se realice en los profesionales sanitarios y la investigación que desarrollan repercutan en el aumento de la calidad de atención en los pacientes y su seguridad.<sup>226,227</sup>

Esta faceta de la evaluación de programas de formación continuada es de las más importantes, porque permite realmente verificar si el programa cumple o no las necesidades del contexto que pretendía satisfacer. La forma de evaluar la eficiencia del programa consiste en relacionar la inversión económica exigida por el curso y los

elementos implicados, junto con su rentabilidad y repercusión social. Y en consecuencia de su resultado habrá que adoptar decisiones sobre su optimización o rediseño, o bien su desaparición.

Un programa de formación será el mejor si para la misma efectividad (nivel de logro de objetivos) y la misma comprensividad (nivel de población afectada) tiene un coste menor. La formación continuada se justifica como inversión mediante este tipo de evaluación.

Hoy por hoy, esta evaluación es difícil que se realice en el medio sanitario de forma sistemática. No obstante, sí se lleva a cabo en el sector de la empresa privada, donde la formación continuada debe ser una inversión y debe resultar rentable.



*segunda parte*

# *marco empírico*



## Capítulo 4

# Planteamiento del problema objeto de estudio

### 4.1 Justificación

Recogiendo los diferentes aspectos desarrollados en los capítulos precedentes, que mencionan la disponibilidad, uso y eficacia de la información disponible en internet sobre salud sexual y reproductiva en los jóvenes (capítulo 1.2), los indicadores de edad de métodos de barrera y contraceptivos utilizados por los jóvenes (capítulo 2) y las políticas del gobierno y la Administración Pública de la Generalidad de Cataluña en las TIC y los profesionales (capítulo 1.4), el trabajo empírico se desarrolla a partir de la web *Sexe Joves*, creada por la Generalidad de Cataluña y el Instituto Catalán de la Salud (ICS) en el año 2003, con el objetivo general de dar respuesta a muchas de las cuestiones desarrolladas en los capítulos 1 y 2 en relación tanto con el uso y evolución de las TIC en la salud sexual y reproductiva como con el papel de la enfermera matrona en el desarrollo y aplicación de la cartera de servicios del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

Para enmarcar el problema objeto de estudio, describiremos en primer lugar el origen de la web *Sexe Joves* y posteriormente sus objetivos, su estructura y su funcionalidad.

#### Origen de la web *Sexe Joves*

Tras la publicación de la web corporativa de l'ICS en 2003, el Gabinete de Comunicación del ICS propuso a la responsable de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Àmbito Centro la idea de crear una web de salud sexual y reproductiva que fuese útil para los jóvenes. Para ello se revisó información bibliográfica y de páginas web ya existentes de internet relacionadas con la salud sexual de los jóvenes, se estudió qué temas interesaban a los jóvenes y se consultó a

los profesionales del ASSIR (matronas, psicólogos/as y ginecólogos/as) qué temas les consultaban con mayor frecuencia en la *Tarda Jove*. Una vez se obtuvieron cuáles eran los temas de interés de jóvenes y de profesionales, se elaboró el procedimiento de la web:

- ✖ Planteamiento y orientación adecuados.
- ✖ Diseño del árbol de contenidos básicos.
- ✖ Elaboración de un documento con la información de los contenidos que después se implantarían en la web.
- ✖ Validación de un documento de contenidos de la web conjuntamente con otros profesionales que trabajaban con jóvenes: del Departamento de Juventud de la Generalidad de Cataluña, del programa SIDA del Departamento de Sanidad, del Gabinete de Comunicación de los Servicios Centrales del ICS, de los equipos de atención primaria de las *Tardes Joves* de las unidades del ASSIR, y del Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Barcelona (CEJAS). Para realizar esta validación se celebró una sesión de trabajo en el centro de MIDAT Mutua de Cabriels, a la que asistieron 65 profesionales de las instituciones antes comentadas y en la que se llegó al consenso de los puntos fundamentales del documento.

El documento de contenidos de la web fue validado finalmente por un total de 153 jóvenes de nueve centros cuya relación y distribución se refleja en la tabla 2. Estos jóvenes expusieron sus puntos de vista sobre el texto y aportaron sugerencias.

<b>Tabla 2. Institutos y centros que validaron los contenidos de la web <i>Sexe Joves</i></b>		
<i>Instituto</i>	<i>Municipio</i>	<i>Nº de alumnos</i>
IES Emperador Carlos	Barcelona	10
Escola Municipal de Treball	Granollers	15
IES Josep Lladonosa	Lleida	17
Col·legi Jardí	Granollers	13
IES Gabriel Ferrater	Reus	19
IES Quercus	Manresa	17
Centre de Recursos Pedagògics Can Noè	Mataró	18
IES Sabadell	Sabadell	15
IES Carrasco Formiguera	Barcelona	29

Se realizó la propuesta de diseño de los contenidos (menú, herramientas y disposiciones de los contenidos) con la empresa Antaviana. Posteriormente se presentó el proyecto con el coste de su implementación a la responsable del Gabinete de Comunicación del Centro Corporativo del ICS y al director de la División de Atención Primaria del ICS, quienes dieron su conformidad para su ejecución. En mayo de 2006 aparece la web en internet. La figura 1 es una muestra de la portada de la web.

Figura 1. Portada de la página principal de la web *Sexe Joves*

The screenshot shows the homepage of the 'Sexe Joves' website. At the top, there are logos for 'Institut Català de la Salut' and 'Generalitat de Catalunya Departament de Salut'. Navigation links include 'Versió en Català', 'Diccionari de tèrmins', 'Web de interès', and 'Multimedia'. A search bar is located on the right. The main content area is divided into several sections: a large illustration of young people in a field, a 'Chatea con nosotros' section, an '¡Escribenos!' section, 'Centros y servicios', and 'El blog de SEXE JOVES'. On the left, a vertical menu lists 12 topics: 01 Afectividad, 02 Conocimiento de tu cuerpo, 03 El petting, 04 La primera vez, 05 La contracepción, 06 La contracepción de emergencia, 07 Embarazo, 08 Aborto, 09 Infecciones de transmisión sexual, 10 Abuso y agresión sexual, 11 El sexo y las drogas, and 12 El sexo virtual. On the right, a 'Noticias' section lists three news items from 2011, including 'La Paeria i l'Associació Anti-sida instal·len un punt d'informació sobre drogues i sexualitat a la Festa Major de la UdL', 'Treu-li suc a la sexualitat arriba a Sant Sadurní d'Anoia', and 'Els Mossos intervenen en quatre casos d'ablició a Girona durant el 2011'. A 'Grip A(H1N1)' logo is visible in the bottom right corner.

## 4.2 La web *Sexe Joves*: objetivos, estructura y funcionamiento

### a) Objetivos de la web

El objetivo general de la web es informar acerca de todos los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes entre 14 y 25 años, y favorecer cambios de conducta que los conduzcan a una autorresponsabilidad respecto a su sexualidad.

Los objetivos específicos son:

- ✘ Ofrecer información sobre sexualidad, afectividad y prevención de conductas de riesgo.
- ✘ Conocer qué piensan los jóvenes sobre salud sexual, afectiva y reproductiva.
- ✘ Incidir en la disminución del número de embarazos no deseados.
- ✘ Incidir en la disminución de las infecciones de transmisión sexual.
- ✘ Favorecer la accesibilidad de los jóvenes al sistema sanitario.
- ✘ Poner a su disposición una consulta virtual.

### b) Estructura de la web

La web está disponible en catalán y castellano y desde 2010 también en el lenguaje de signos, cuya traducción se coordinó con la Federación de Sordos de Cataluña (FESOCA). Asimismo, aumenta su usabilidad con la adaptación de los contenidos a la población con problemas visuales.

La estructura de la web está distribuida en 9 apartados: árbol de contenidos, dibujos y juegos interactivos, correo electrónico, chat, diccionario de términos, centros y servicios, multimedia, blog y noticias. Describiremos a continuación aspectos relevantes de cada apartado.

••• Primer apartado:

El **árbol de contenidos** de la web aparece en la parte izquierda de la portada o página principal y es el siguiente: "Afectividad", "Conocimiento de tu cuerpo", "El *petting*", "La primera vez", "La contracepción", "La contracepción de urgencia", "Embarazo", "Aborto", "Infecciones de transmisión sexual", "Abuso y agresión sexual", "El sexo y las drogas" y "El sexo virtual". Cada apartado incluye diversos subtemas que, en formato de pregunta-respuesta, describen los conocimientos que se deben adquirir.

**Figura 2.** Árbol de contenidos de la web *Sexe Joves*

<b>SEXE JOVES</b>	
01	<i>Afectividad</i>
02	<i>Conocimiento de tu cuerpo</i>
03	<i>El petting</i>
04	<i>La primera vez</i>
05	<i>La contracepción</i>
06	<i>La contracepción de urgencia</i>
07	<i>Embarazo</i>
08	<i>Aborto</i>
09	<i>Infecciones de transmisión sexual</i>
10	<i>Abuso y agresión sexual</i>
11	<i>El sexo y las drogas</i>
12	<i>El sexo virtual</i>

Tal como se puede observar en la figura 3, al final de cada tema se puede acceder a la versión de lenguaje de signos cliqueando sobre el icono de una mano. Cada versión muestra a un chico o una chica transmitiendo la información a través del lenguaje de signos (figura 4).

Figura 3. Símbolo del lenguaje de signos y de la adaptación a los discapacitados visuales

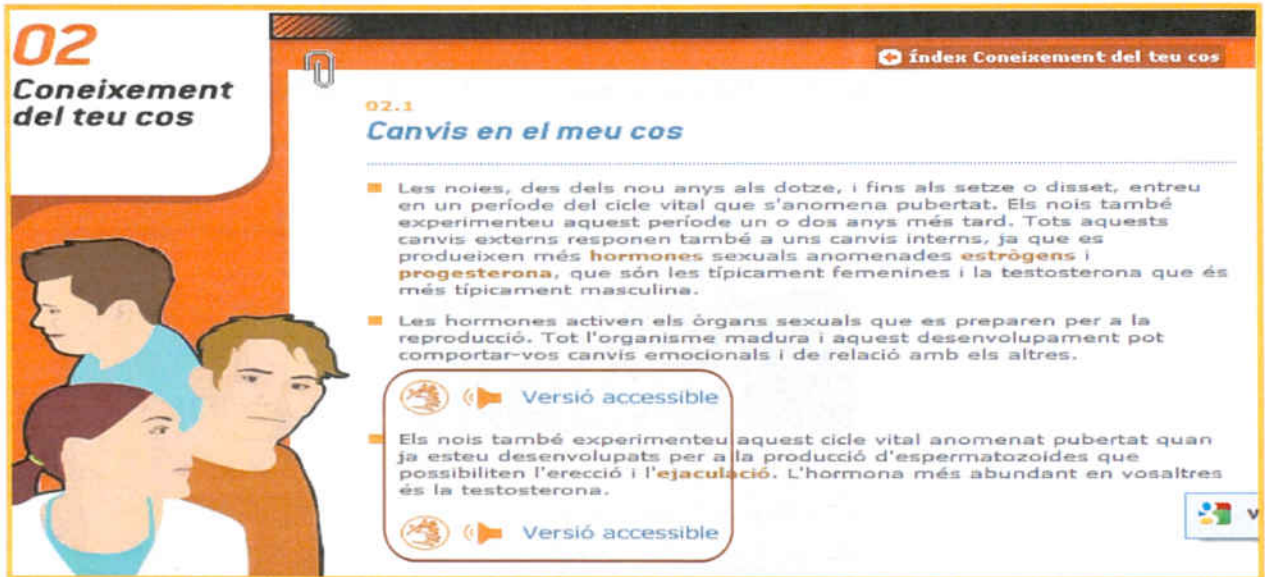


Figura 4. Vídeo en lenguaje de signos



## Segundo apartado:

Los **dibujos y juegos interactivos** están distribuidos a lo largo de cada apartado del árbol de contenidos para que resulte más ameno para los jóvenes. Desde el apartado "Conocimiento de tu cuerpo", por ejemplo, se puede acceder a subtemas como "La atracción", donde se pueden observar los banners que publicitan juegos interactivos en la parte derecha. Los juegos se titulan: "Aprende a conocer tu cuerpo", "El *petting*. Todos los secretos de las caricias", "La atracción. Sus secretos", "Juega. Aprende a decidir"; los jóvenes pueden enlazar a los banners y participar del juego (figura 5).

Figura 5. Banner de los juegos interactivos en la página de referencia

**La atracción**

- Antes de llegar a la pubertad o adolescencia, no hay sensaciones exclusivamente sexuales ni objetos o estímulos que tengan un significado claramente erótico sexual.
- Es a partir de la adolescencia, en relación a los cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, cuando se produce otro cambio: la orientación sexual.
- Los adolescentes comienzan a tener sensaciones a las cuales dais un significado puramente sexual, y determinados objetos externos son fuente de atracción. Es la etapa de la vida en la cual el deseo sexual llega al punto más alto. La orientación sexual comienza a consolidarse.
- Al hablar de orientación sexual, se hace referencia al tipo de objetos por los que los jóvenes os sentís atraídos sexualmente y hacia los cuales se orientará o dirigirá vuestro deseo sexual.
- Las formas de orientación sexual son: la **heterosexual**, la **homosexual** y la **bisexual**.
- Las personas heterosexuales se sienten atraídas por las personas del sexo opuesto, las homosexuales por las personas de su mismo sexo, y las bisexuales por las personas de los dos sexos.
- Actualmente, se piensa que, tanto la heterosexualidad como la homosexualidad y la bisexualidad, son alternativas diferentes del deseo sexual que no comportan ningún riesgo psíquico ni físico para la persona o para el grupo social.
- Los factores responsables de que una persona adopte una orientación heterosexual u homosexual siguen siendo desconocidos, pese a que parece ser que la orientación es anterior a las conductas, o sea que las personas (hombres - mujeres) tienen fantasías heterosexuales u homosexuales antes de tener experiencias sexuales. No se sabe qué es lo que determina que las fantasías sean de un tipo o de otro.

**Las cuestiones más frecuentes**

? **Me estoy haciendo un lío porque me gustan tanto los chicos como las chicas. ¿Eso les pasa a otras personas?**

**Me estoy haciendo un lío porque me gustan tanto los chicos como las chicas. ¿Eso les pasa a otras personas?**

No es extraño que te gusten tanto los chicos como las chicas. Las personas del mismo sexo te puedan agrandar por el hecho de compartir aficiones comunes, inquietudes, vivencias y emociones. También es posible que necesites experimentar con estas personas juegos de tipo sexual para conoceros mejor, a pesar de que eso no quiere decir que la atracción sea siempre sexual.

**Aprende a conocer tu cuerpo**

**El petting**  
Todos los secretos de las caricias

**La atracción**  
**Sus secretos**

LA PRIMERA VEZ  
**¡JUEGA!**  
**APRENDE A DECIDIR**

En la figura 6 aparecen dos ejemplos de juegos interactivos. El primero, "¿Qué es el *petting*?", enuncia diversos tipos de prácticas sexuales y el joven debe marcar las que considera *petting*, y al final aparece el número de respuestas correctas y cuáles han sido los fallos. En el caso del juego "Cuidado con los preservativos", se trata de conocer qué lugares son los adecuados para guardar los preservativos sin que se rompan o estén sujetos a condiciones climatológicas extremas. En este juego el joven con el cursor se sitúa en las distintas zonas de la habitación donde se pueden guardar los preservativos, y dependiendo del lugar, aparece si la zona escogida es correcta o incorrecta.

Figura 6. Juegos interactivos desplegados

ACTIVIDAD : EL "PETTING" cerrar

## ¿Qué es el "petting"?

¿Cuáles de estas prácticas sexuales son "petting"?

- Penetración anal
- Caricias en los pezones
- Masturbación
- Coito vaginal
- Caricia oral en la oreja
- Abrazos
- Un beso
- Sexo oral



1/8

**Penetración anal**

PREGUNTA NÚMERO **1**

LA CONTRACEPCIÓN cerrar

## ¡CUIDADO CON LOS PRESERVATIVOS!

En esta casa se pueden observar diferentes preservativos ubicados en determinados lugares. Conoce cuáles son los que podrás utilizar con tu pareja pasando el ratón por encima de cada uno.

En la sala de esta. 





### ••• Tercer apartado:

El apartado **Escríbenos** es la consulta virtual por correo electrónico (c.e.). El joven que desea realizar una consulta a través del correo electrónico cliquee en el banner de "Escríbenos" y aparece la pantalla de la figura 7, en la que el joven debe rellenar el campo de su dirección electrónica de forma obligatoria para poder recibir la respuesta del profesional. El resto de los campos son libres: edad, género, *nick*, provincia, lenguaje de signos, deficiencia visual y motivo de la consulta.

**Figura 7.** Página que visualiza el joven cuando escribe una consulta por correo electrónico

Portada > Formulario de consulta

**Escríbenos**

\* Contacta con nosotros para cualquier pregunta, duda, o sugerencia. O para explicarnos tu experiencia. Nuestros profesionales te responderán en un plazo de 24 horas.

Algunos de los campos del formulario son voluntarios, pero te agradeceremos que los rellenes para obtener datos que son de interés para mejorar nuestros servicios de salud. Consulta la [Info legal](#).

Asegúrate de poner la dirección electrónica si nos pides una respuesta.

Formulario de consulta

Nick  Edad

Dirección electrónica\*  Sexo  Hombre  Mujer

Provincia

Lenguaje de signos

Deficiencias visuales

Escribe tu consulta\*

Chatea con nosotros  
Escríbenos!  
Los Centros de salud  
El blog de SexuJoves

Tras enviar la consulta, aparece un mensaje de confirmación que avisa del envío de la respuesta antes de 24 horas (figura 8).

El administrador de la web es un técnico administrativo que visualiza todos los mensajes recibidos y los deriva a la profesional (matrona, psicóloga, obstetra-ginecóloga) que contesta los correos electrónicos. El administrador visualiza la pantalla que está en la parte inferior: cuando el mensaje está pendiente de respuesta, aparece el símbolo de un reloj y la palabra "Pendiente" con la fecha y la hora de envío. Cuando se ha enviado la respuesta, aparece como "Contestada", con la fecha y la hora del envío. Si la respuesta no se ha contestado antes de las 24 horas, también aparece una alarma encima del reloj (figura 9).

Figura 8. Respuesta que confirma que la web *Sexe Joves* ha recibido el mensaje del joven

The screenshot shows the 'Sexe Joves' website interface. At the top, there are navigation links for 'Institut Català de la Salut', 'Generalitat de Catalunya Departament de Salut', 'Versió en Català', 'Diccionari de tèrmines', 'Web de interès', 'Multimedia', and a search bar. The main header features the 'Sexe Joves' logo and a navigation menu with categories like 'Afectivitat', 'Conocimiento de tu cuerpo', 'El petting', 'La primera vez', 'La contracepció', 'La contracepció de emergència', 'Embarazo', 'Aborto', 'Infeccions de transmissió sexual', 'Abuso y agresión sexual', 'El sexo y las drogas', and 'El sexo virtual'. A central graphic shows a woman at a laptop with the text 'tu mensaje se ha recibido correctamente' and a green checkmark icon. Below this, two bullet points state: 'Antes de 24 horas, un profesional te enviara una respuesta.' and 'Muchas gracias por contactar con nosotros y esperamos que la web te resulte de utilidad.' A sidebar on the right contains links for 'Chatea con nosotros', 'Escribenos!', 'Los Centros de salud', and 'El blog de SexeJoves'. The footer includes copyright information: '© 2006-2007 Institut Català de la Salut - Info legal - Accesibilidad - Crèdits - Mapa web'.

Figura 9. Página visualizada por el administrador de los correos electrónicos pendientes de contestar

	Bon dia.Jo tinc un problema alhora de les relacions	[Redacted]@gmail.com	28-10-2011 14:24:11	Demetria Patricio Peña	Pendent 29-10-2011 14:24:11
	Hola, he acabado mi primer blister de pastillas an	[Redacted]@hotmail.com	02-11-2011 12:58:40	Cap expert assignat	Pendent 03-11-2011 12:58:40
	he llegit en l'apartat coneixement del teu cos, qu	[Redacted]@hotmail.com	01-01-2008 06:30:26	Equip festius	Contestada 02-01-2008 06:30:26

El profesional que contesta los correos electrónicos visualiza esta pantalla y responde el mensaje. Si en algún caso considera que lo debe derivar a otro profesional, lo retorna al administrador. Tal y como se explicará de forma más detallada en el apartado de "Funcionamiento de la web", las profesionales que realizan la consulta virtual son matronas en su mayoría y también psicólogas. No obstante, en alguna ocasión se ha derivado el caso de alguna patología compleja a obstetra-ginecólogas y a epidemiólogas del Instituto Catalán de Oncología.

Una vez que el profesional envía la respuesta, el joven recibe un mensaje a través del correo electrónico en el que aparece la respuesta y se le propone al joven que conteste libremente una encuesta de satisfacción (figura 10).

Figura 10. Formato de la respuesta recibida por el joven

**SEXEJOVES**  
www.sexejoves.gencat.cat

**Hem rebut la teva consulta amb el text:**

Quisiera saber dónde se pueden conseguir preservativos a buen precio. Gracias por atenderme. Chica.

**Aquesta és la resposta:**

Buenos dias Chica15,

Los preservativos los puedes conseguir normalmente en una farmacia o en una condonería. También te los podemos facilitar si vienes al Servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva más cercano a tu domicilio.

Un saludo.

Per a nosaltres és molt important millorar. Per això volem conèixer la teva opinió sobre la consulta virtual. **T'agraïrem que contestis una petita enquesta de satisfacció.**

Para nosotros es muy importante mejorar. Por este motivo queremos saber tu opinión sobre la consulta virtual. **Te agradeceremos que contestes una pequeña encuesta de satisfacción.**

**QUÈ EN PENSES ?**

Si us plau, **NO CONTESTIS AQUEST CORREU**. Si tens qualsevol dubte i ens vols tornar a escriure, pots fer-ho dient aquí. Escriu-nos; et responem en 24 hores.

**¿QUÉ PIENSAS ?**

Por favor, **NO CONTESTES ESTE CORREO**. Si tienes cualquier duda y nos quieres volver a escribir puedes hacerlo haciendo click aquí. Escríbenos; te respondemos en 24 horas.

**Otman El Idrissi Francisco. Administrador**  
PASSIR CENTRE

La encuesta de satisfacción del joven es una herramienta diseñada para evaluar el grado de complacencia y comodidad con las respuestas obtenidas y con los recursos de la web. El joven rellena voluntariamente un breve cuestionario de 6 ítems. La primera pregunta hace referencia a si la respuesta recibida ha resuelto sus dudas, y puede contestar con la alternativa dicotómica: Sí/No. La segunda pregunta solicita que valore del 0 al 10 la satisfacción de la respuesta elaborada por el profesional. La tercera pregunta requiere que valore del 0 al 10 los recursos de la web. La cuarta pregunta refiere si recomendaría la web a sus amigos/as. La quinta pregunta pretende saber cómo ha conocido la web con siete opciones: amigos/as, monitores de casal, internet, charlas/talleres en la escuela/instituto, enfermera de Salud y Escuela, profesionales de centros de atención primaria; escuela/instituto. Y la sexta pregunta es una invitación abierta a que el joven presente sus sugerencias para mejorar el servicio (figura 11).

Figura 11. Encuesta de satisfacción que rellena el joven

**Escríbenos**

Agradeceríamos que contestases esta encuesta anónima y confidencial para mejorar la consulta virtual. Muchas gracias.

**Encuesta de satisfacción**

1. ¿Ha resuelto tus dudas o problemas la contestación del profesional?  
 Sí  No

2. ¿Como valorarías del 0 al 10 la respuesta que obtuviste por parte del/la profesional?  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

3. Valora del 0 al 10 los recursos que has encontrado en la Web Jove.  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

4. ¿Recomendarías a tus amigos/as utilizar este servicio?  
 Sí  No

5. Nos has conocido por:  
 Amigos/os  Charlas/talleres en la Escuela/Instituto  
 Monitores/Casal  Enfermera de Salud y Escuela (Consulta Abierta en el IES)  
 Internet  Profesionales de Centros de Atención Primaria.

6. Sugerencias para mejorar el servicio.  
 La web la encuentro muy completa, gracias!

**Envía la encuesta**

☐☐☐ Cuarto apartado:

Cuando el joven entra en el apartado **Chatea con nosotros**, aparece la información del horario y los días del chat (figura 12). El chat es individual y personalizado en tiempo real: en el mismo instante en que se produce la conexión por internet se establece el diálogo entre el joven y el profesional. Las profesionales que atienden el chat son tres enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), cuatro días a la semana.

Figura 12. Pantalla de información del chat



**Chatea con nosotros**

- En este espacio puedes dialogar con nosotros en tiempo real.
- No dudes en hacerlo en caso de que no hayas encontrado alguna información o bien necesites alguna aclaración de manera personalizada.
- Sólo tienes que clicar encima del mensaje de ayuda y te atenderá uno de nuestros operadores.
- En caso de que el sistema no sea operativo en este momento, puedes dejar tu mensaje y nos pondremos en contacto contigo tan pronto como sea posible.
- A partir del lunes día 14 de Septiembre, los días y horarios del servicio de chat, son los siguientes:

**Lunes: tarde de 19 - 21 horas.**

**Martes: tarde de 18 - 21 horas.**

**Miércoles: tarde de 19 - 21 horas.**

**Jueves: tarde de 18 - 21 horas.**

**ENVIAR**

**Política de privacidad**

Tus datos personales y médicos reciben un tratamiento confidencial y no son utilizados con ninguna otra finalidad que no sea la derivada de la

El chat se realiza por escrito y se graba (figura 13) para evaluar posteriormente los temas consultados y la respuesta del profesional. También se puede realizar oralmente y por cámara web, pero los jóvenes prefieren mantener el anonimato y la confidencialidad en el domicilio y acostumbran a descartar esta opción.

Figura 13. Chat por escrito

**TOOD meeting** CONFIGURACIÓN | ESTADÍSTICAS | AYUDA | SALIR

**USUARIOS**

Identificador	Operador	Tiempo Web	Página Actual	Tiempo Página	Tiempo Espera
83.247.136.48	tardajove	2 min	www.tardajove.net	2 min	0 min 5 seg

0 1 0 TOTAL 1 OPERADORES 1

**Chat Usuario** | **Chat Interno**

10:32 Yo: hola, bon dia  
 10:33 voldria fer una consulta  
 10:33 que he de fer si per accident es trenca el preservatiu?  
 10:34 Yo: En aquest cas has d'anar al centre mes proper per tal que en donguin la pindola de l'endemà  
 10:34 i es gratu?ta o s'ha de pagar?  
 10:34 Yo: no et faran pagar res, no tindras problema.

**Info** | **Guía** | **Navegación** | **WebCam** | **Visualizar** | **Operador**

Conexión		Historico	
IP	83.247.136.48	Nº Visitas	1
Red	GENCAT-RA-GPA	Última visita	unknowed
País IP	ES	1ª visita	Today
Idioma	Spanish	Último op	unknowed
Descrip	Remote Acces Gover	Havegación	
<b>Equipo</b>		Referen	http://www.sexejoves.ge
Navegador	Internet Explorer	P. CLave	
Sist operativo	vWin32	P. Actual	www.tardajove.net

Quinto apartado:

El **diccionario de términos** describe el significado de los términos de lenguaje científico utilizado para explicar los diferentes apartados. Está ordenado de la A a la Z (figura 14). Se puede acudir al diccionario de términos directamente, pero también puede pasarse el cursor por encima de la palabra destacada y automáticamente aparece su significado en un cuadro de texto flotante (figura 15).

Figura 14. Diccionario de términos

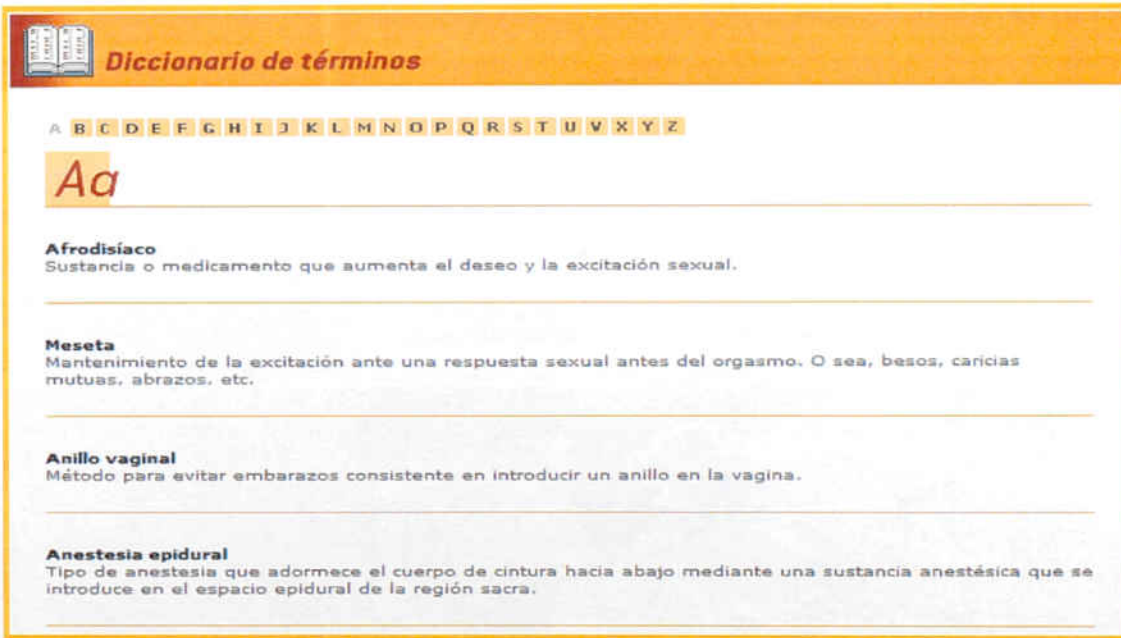


Figura 15. Ejemplo de la aparición del significado, con el cursor situado encima de la palabra

**La atracción**

- Antes de llegar a la pubertad o adolescencia, no hay sensaciones exclusivamente sexuales ni objetos o estímulos que tengan un significado claramente erótico sexual.
- Es a partir de la adolescencia, en relación a los cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, cuando se produce otro cambio: la orientación sexual.
- Los adolescentes comenzáis a tener sensaciones a las cuales dais un significado puramente sexual, y determinados objetos externos son fuente de atracción. Es la etapa de la vida en la cual el deseo sexual llega al punto más alto. La orientación sexual comienza a consolidarse.
- Al hablar de orientación sexual, se hace referencia al tipo de objetos por los que los jóvenes os sentís atraídos sexualmente y hacia los cuales se orientará o dirigirá vuestro deseo sexual.
- Las formas de orientación sexual son: la **heterosexual**, la **homosexual** y la **bisexual**.
- Las personas heterosexuales se sienten atraídas opuesto, las homosexuales por las personas de su mismo sexo y las bisexuales por las personas de los dos sexos.
- Actualmente, se piensa que, tanto la heterosexualidad como la homosexualidad y la bisexualidad, son alternativas diferentes del deseo sexual que no comportan ningún riesgo psíquico ni físico para la persona o para el grupo social.

Persona que siente atracción sexual hacia personas del sexo opuesto.

Aprende a conocer tu cuerpo

El petting  
Todos los secretos de las caricias

La atracción  
Sus secretos

¡JUEGA!  
APRENDE DECIDIR

☐☐☐ Sexto apartado:

En **Centros y servicios** aparece una relación de las direcciones, teléfonos y municipios de los centros de salud, hospitales, unidades de atención a la salud sexual y reproductiva, centros de interrupción voluntaria del embarazo y unidades de infecciones de transmisión sexual de Cataluña (figura 16). Y en el listado de las unidades de ASSIR, además se muestra la cartera de servicios que realizan los profesionales de ASSIR y los días de visita de la *Tarda Jove*.

Figura 16. Pantalla de centros y servicios de atención primaria



Si el joven desconoce el domicilio del centro de salud más cercano, cliqueando en el banner de "Centros de salud" le aparecerá un pequeño formulario donde tras incluir su dirección y localidad aparecerá en la pantalla su centro de salud de referencia más cercano.



Figura 17. Formulario para averiguar el centro de atención primaria de referencia

http://www.sexejoves.gencat.cat/ics\_webjove/es/centres\_CAP\_cerca.html

**Centres de salut**

**Centres d'Atenció Primària**

Introduïu les dades del vostre domicili; tots els camps són obligatoris.  
Quan cerqueu el centre entrareu a la pàgina web de l'Institut Català de la Salut.

**Adreça**

(Introduïu només el nom. Per ex.: Pelai, Maragall, etc.)

**Número**

**Localitat**

**Buscar el centro**

### ••• Séptimo apartado:

El apartado de **multimedia** es un repositorio que actualmente incluye tres vídeos en los que se promueve el uso del preservativo en parejas heterosexuales y homosexuales.

Figura 18. Pantalla de multimedia

**Multimedia**

Cuando haces sexo con alguien, lo haces con su pasado

Los Centros de salud  
El blog de SexeJove

AIDS  
Video clip "baby - baby"

AIDS  
Video clip "Sugar baby love"

Comunitat de Catalunya  
SIDA  
AMB LA SIDA FEM LA NOSTRA FEIN

Videos más recientes

⋮ ⋮ ⋮ Octavo apartado:

El **blog** está estructurado en diversas temáticas para facilitar que el joven pueda realizar sus aportaciones. Las temáticas son las siguientes:

- ✖ El amor o el enamoramiento (en este apartado se recomienda que escriban una historia personal o un cuento)
- ✖ Cómo practicar el *petting*
- ✖ La primera vez
- ✖ Crees que hay una edad obligatoria para empezar a tener relaciones sexuales
- ✖ Qué piensas de una chica o un chico que tiene mucha experiencia, y tú poca
- ✖ El uso de los preservativos
- ✖ El contagio de enfermedades de transmisión sexual
- ✖ La anticoncepción de urgencia

Al inicio del blog aparecen las pautas de participación. En ellas se especifica que los comentarios deben ser pertinentes con los temas propios de la web, que tienen que ser respetuosos y no ofender a la dignidad de las personas y que no se pueden dar teléfonos ni direcciones ni hacer publicidad (figura 19).

Las aportaciones de los jóvenes pasan primero por el filtro del administrador. Si el comentario se adecúa a las pautas de la participación, se añade a las intervenciones. Cuando el joven escribe un comentario en el blog, recibe una nota con el comentario que se revisará y, si sigue las pautas mencionadas anteriormente, aparecerá en la página del blog en 24 horas. Dos profesionales sanitarios elaboran dos veces por semana las respuestas a las preguntas que los jóvenes formulan en el blog y que posteriormente son publicadas por el administrador. En la figura 20 se pueden observar los comentarios de un joven y del profesional sanitario.

Figura 19. Pautas de participación del blog

**SEXE JOVES**  
www.sexejoves.gencat.cat

## Pautes de participació

### Pautes per millorar l'entorn de participació al bloc de Sexe Joves

Des de l'any 2007, el web Sexe Joves ofereix com a nova eina de comunicació entre els joves el bloc. Aquesta opció ofereix una forma més accessible i participativa als joves per expressar-vos temes de salut sexual i reproductiva.

L'objectiu és compartir informació sobre els temes que tracta el web, de manera que pugueu participar amb les vostres opinions, experiències o dubtes en referència al tema que es tracta.

Aquest espai està obert a totes les aportacions dels usuaris que visiteu el web. Per tal de facilitar un entorn participatiu i constructiu, us demanem que els comentaris que hi feu segueixin aquests principis:

- Que no desvirtuin ni s'allunyïn del tema que es tracta en l'apartat en qüestió.
- Que siguin respectuosos, afavoreixin un bon clima i no ofenguin ni atemptin contra la dignitat i la sensibilitat d'altres persones.
- Que no continguin dades personals ni informació publicitària.

Si teniu noves idees i voleu proposar-les com a nous temes per tractar al bloc, ens podeu fer arribar els vostres suggeriments.

Tot comentari passarà per un filtre a través del qual l'administrador farà la seva corresponent aprovació. Ens reservem el dret a eliminar qualsevol contingut que creiem que no compleix amb aquestes pautes.

Us agraïm el vostre interès i us animem a participar al bloc Sexe Joves.

**cercar**

#### Planes / Páginas

- ☰ Pautes de participació

#### Categories / Categorías

- ☰ Abús, assetjament i agressió sexual (2)
- ☰ Amor o enamorament? (1)
- ☰ El "petting" (1)
- ☰ General (1)
- ☰ Infeccions de transmissió sexual (1)
- ☰ L'avortament (1)
- ☰ La contracepció (1)
- ☰ La contracepció d'emergència (1)
- ☰ La primera vegada (1)

#### Arxius / Archivos

- ☰ Març 2009

Figura 20. Ejemplo de los comentarios realizados por los jóvenes en el blog

14/03/2011 - 0:58

luz232 ha dit:

yo si creo en el amor !

ahora estoy saliendo con un chico que es muy cariñoso.Yo sabía hace mucho que yo le gustaba pero nose no me fije en el y en tres meses me di cuenta de que realmente me quería.Nunca había conocido a alguien que estuviera tanto tiempo enamorado de alguien y ese alguien ignorandole al final me enamoré de él y llevamos un tiempo juntos . (L) lo quiero muchísimo !

22/02/2011 - 18:28

professional sanitari ha dit:

Hola Jessica.














En ocasions quan se'ns planteja alguna cosa per primera vegada el fet de sentir-te en desavantatge, el fet de sentir-te que ets l'única,,,,,et pot fer sentir indecisa, insegura.

El fet de parlar de sexe,,,,,per por de ser menys que ningú, per ganas de ser el millor , per provocar l'atenció dels demes,,,,,la gent pot exagerar en les seves vivències sexuals. No dic amb això que algun dels teus amics no hagi pogut iniciar relacions sexuals, segur que algun si, però que tot i com indiques en el teu mail,,,,,ens fa pensar que les xifres no s'ajusten a les ultimes estadístiques sobre el tema. Per a la teva informació t'he de dir que la mitjana d'edat d'inici de les relacions sexuals és més tardana , seria a partir dels 16a . T'indico aquestes xifres perquè sàpigues que el que ha ocorregut en el teu grup no és habitual, i que hi ha mes joves que com el teu cas, encara no han iniciat les relacions sexuals. Quan has de iniciar les relacions sexuals? , no podem

## Noveno apartado

En el apartado de **Noticias**, una matrona actualiza periódicamente las noticias de diferentes medios de comunicación digitales (*El país*, *El periódico*, *El mundo*, la Organización Mundial de la Salud) y de distintas webs de noticias sobre salud a través de la selección de noticias de temáticas propias.

Figura 21. Selección de noticias

Gestió RSS de Notícies		
Sou a: <a href="#">Portada</a> + <a href="#">Selector Notícies RSS</a>		 Actualitzar Notícies
Lista (7)		
Llegir la notícia		
	Títol	Creació
<b>HUUBS - Sexualitat</b>		
 • <input type="checkbox"/>	La preso encara és una eina socialment perillosa	Thu, 31 May 2007 03:54:06 +0100
 • <input type="checkbox"/>	Caixaforum acull la primera retrospectiva dedicada a langlès William Hogarth	Wed, 30 May 2007 13:50:56 +0100
 • <input checked="" type="checkbox"/>	Per a un tractament integral de l'abús sexual infantil	Tue, 29 May 2007 09:46:07 +0100
 • <input type="checkbox"/>	"Sexe: saps què fan els adolescents?"	Tue, 08 May 2007 20:49:32 +0100
<b>El País - Salud</b>		
 • <input type="checkbox"/>	La prevención es la clave	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	El Puerta de Hierro extirpó un pecho a una mujer sin su consentimiento	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	Sanidade estudia cambiar el sistema para entrar en lista de espera	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	El fármaco que sacudió África	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	"La Antártida podría ser el origen de toda la fauna marina"	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	Computación y medicamentos, los dos primeros programas estratégicos	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	"Promesas incumplidas" o "verdades a medias"	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200
 • <input type="checkbox"/>	Osakidetza se reúne hoy con las centrales con ánimo de llegar a un acuerdo	Wed, 06 Jun 2007 00:00:00 +0200

Una vez seleccionadas las noticias que se consideran más interesantes, aparece la actualización en el banner de la parte derecha de la portada principal de la web.

Figura 22. Publicación de las noticias en la portada

The screenshot shows the homepage of the 'Sexe Joves' website. At the top, there are logos for 'Institut Català de la Salut' and 'Generalitat de Catalunya Departament de Salut'. Navigation buttons include 'Diccionari de termes', 'webs d'interès', 'Multimèdia', and a search bar labeled 'cerqua'. The main navigation bar features sections: 'Xateja amb nosaltres', 'Escriu-nos! et responem en 24 hores!', 'Centres i serveis', and 'El bloc de SEXE JOVES'. A vertical menu on the left lists topics such as 'Afectivitat i sexualitat', 'Coneixement del teu cos', 'El "petting"', 'La primera vegada', 'La contracepció', 'La contracepció d'emergència', 'L'embaràs', 'L'avortament', 'Infeccions de transmissió sexual', and 'L'abús, l'assetjament'. The central banner displays a colorful illustration of a diverse group of young people. On the right, a 'Notícies' sidebar lists three news items from 04/10/2007: 'Prueba ADN del VPH detecta antes lesiones vinculadas con cáncer...', 'El Consell Comarcal fa arribar propostes d'activitats als alumnes i centres de Secundària del Pla d'Urgell', and 'Educació sexual'. A 'Llegiu més' link is also present.

### c) Funcionamiento de la web










Tres grupos de recursos humanos son los responsables del funcionamiento de la web: el comité editorial, los profesionales que atienden la consulta virtual (correo electrónico, chat y blog) y el administrador.

El **comité editorial** de la web está constituido por un equipo multidisciplinar formado por diez matronas, dos psicólogas, una ginecóloga, el administrador de la web, una técnica del Gabinete de Comunicación y una técnica de asuntos asistenciales del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Las funciones del comité editorial son:

- ✘ Actualizar la web.
- ✘ Evaluar la consulta electrónica, el chat, el blog y el funcionamiento global de la web.
- ✘ Facilitar el trabajo de los profesionales que atienden el correo electrónico y el chat mediante repositorios (consejos, protocolos) y automatización de firmas, entre otros recursos (figura 23).
- ✘ Organizar cursos de actualización para los profesionales que trabajan en la web.
- ✘ Realizar reuniones con grupos y asociaciones interesados en la mejora de la salud sexual y reproductiva de la población, como la Asociación de Padres y Madres de Gays y Lesbianas, el Casal Lambda, etc.

**Figura 23.** Repositorio de los profesionales de la consulta electrónica

The screenshot shows a web interface titled "Repositori". At the top, there is a breadcrumb trail: "Sou a: Portada → Utilitats → Repositori". To the right, there is a "Crear registre" button. Below the breadcrumb, there is a search bar with the text "Repositori (3)" and a "Cercar" button. Underneath, there are three action icons: "Veure", "Editar", and "Eliminar". The main content is a table with the following columns: "Títol", "Creació", and "Estat".

	Títol	Creació	Estat
   <input type="checkbox"/>	Consells per les respostes dels correus electrònics	31-05-2007	Actiu
   <input type="checkbox"/>	Ja teniu el corrector de català incorporat a les respostes dels correus	07-05-2007	Actiu
   <input type="checkbox"/>	No cal signar els correus electrònics	04-05-2007	Actiu

At the bottom of the table, there are navigation links: "Anterior", "1 de 1 - 1", and "Següent". Below the table, there is a confirmation message: "Confirmació d'eliminació" with a trash icon, a checkbox, and a red arrow icon.

Los profesionales que atienden la consulta virtual elaborando las respuestas del correo electrónico son 60 personas en total: 52 matronas, una enfermera, cuatro psicólogas y dos ginecólogas. Los profesionales están organizados en turnos de mañana y tarde de lunes a viernes, y los fines de semana y festivos funcionan con guardias de 24 horas. Este servicio funciona los 365 días del año. El correo electrónico se contesta antes de 24 horas. Todos los contenidos de las preguntas y las respuestas de los correos electrónicos quedan archivados y el administrador los selecciona mensualmente para su posterior evaluación.

Las funciones de los profesionales que atienden el correo electrónico son:

- ✦ Responder los correos electrónicos en un plazo de tiempo no superior a las 24 horas.
- ✦ Realizar los cursos de actualización ofrecidos por el comité editorial para obtener conocimientos actuales en los diferentes temas relacionados con la web.
- ✦ Utilizar la normativa recomendada en las respuestas.

**Figura 24.** Normativa recomendada en las respuestas de los profesionales

**Normativa recomendada para el profesional en las respuestas del correo electrónico:**

- *Saludar citando por el nombre o el nick al joven*
- *Dar una respuesta clara y con lenguaje coloquial*
- *Contestar en el mismo idioma de la pregunta*
- *No utilizar siglas, si no se ha especificado anteriormente su equivalencia en palabras*
- *En el caso de no saber responder la respuesta, derivar al administrador*
- *Invitar siempre a volver escribir si se tienen más dudas*
- *Y enlazar a sitios de la web que contengan temas relacionados con la pregunta del joven, para ayudar a clarificar la respuesta*



Tres matronas se ocupan de atender el chat por escrito cuatro días por semana (una mañana y tres tardes). Los días festivos y en el mes de agosto el servicio permanece cerrado. Los contenidos de las preguntas y las respuestas del chat quedan grabados y archivados y son evaluados mensualmente del mismo modo que los correos electrónicos. Los profesionales siguen la misma normativa en las conversaciones a través del chat que consta en la figura 24.

El blog está supervisado por el administrador, que acepta o rechaza los comentarios de los jóvenes según cumplan los criterios de publicación, tal como se ha señalado anteriormente. Dos veces por semana, dos matronas revisan los comentarios publicados y realizan aportaciones de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, precedidas por una introducción en el blog del tipo “el profesional sanitario ha dicho ...”.

El administrador es un técnico administrativo al cargo de las siguientes funciones:

- \* Revisar diariamente los correos electrónicos recibidos y enviarlos a los profesionales asignados.
- \* Revisar que se contesten antes de las 24 horas.
- \* Recordar y adjudicar las guardias de fin de semana y de los días festivos a los profesionales.
- \* Distribuir los correos según el perfil profesional más adecuado (matrona o psicóloga).
- \* Clasificar diariamente las consultas por temas.
- \* Elaborar la estadística mensual de la web a través de los datos que suministra la web del ICS y a través de una hoja de recogida de datos manual para la consulta virtual.
- \* Revisar diariamente las aportaciones del blog, filtrar la publicación de los comentarios, derivarlos al profesional sanitario si hay alguna pregunta para contestar y publicarlos posteriormente.
- \* Insertar enlaces y vídeos de interés propuestos por el grupo editorial.

Una vez que se ha descrito la web *Sexe Joves* y reflejado el trabajo que hay detrás de ella, nos planteamos la investigación empírica para dar respuesta a algunas preguntas que guían nuestro interés:

1. ¿Se está utilizando? ¿Cuándo se usa? ¿Qué perfil tiene la población que la usa? Es necesario saber si funciona según lo previsto.
2. Es necesario saber si los profesionales, fundamentalmente enfermeras matronas que están gestionando los espacios interactivos, están dando respuestas adecuadas.
3. Es necesario actualizar los conocimientos de los profesionales según los avances científicos y de la sociedad.

## Planteamiento del problema de estudio

Por todo ello hemos planteado un estudio estructurado en tres fases:

- ✖ Primera fase: conocer el uso de la web y la satisfacción de los jóvenes.
- ✖ Segunda fase: valorar la calidad de las respuestas de los profesionales en la consulta virtual.
- ✖ Tercera fase: evaluar un programa de formación para aumentar los conocimientos de las matronas y mejorar con ello la calidad de las respuestas de los profesionales en la consulta virtual.

## Capítulo 5

## Objetivos, hipótesis y desarrollo del estudio

### 5.1 Objetivos generales y específicos

Los objetivos generales de esta tesis son los siguientes:

- × Analizar el uso de la página web *Sexe Joves*.
- × Analizar las respuestas de los correos electrónicos elaboradas por los profesionales.
- × Evaluar la efectividad de un programa de formación en relación con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las matronas que atienden el correo electrónico de la web *Sexe Joves*.

Los objetivos generales se concretan en los **objetivos específicos** siguientes:

- × Contabilizar el número de visitas y describir los contenidos visitados de la página web *Sexe Joves*.
- × Analizar si existen diferencias en los contenidos visitados por los jóvenes según el idioma de la consulta.
- × Analizar si hay diferencias en los temas de las consultas efectuadas por los jóvenes según el género, la edad y la provincia de residencia.
- × Identificar los temas sobre los cuáles los jóvenes realizan aportaciones en el blog.
- × Analizar la satisfacción de los jóvenes en cuanto a la calidad de las respuestas recibidas.
- × Explorar la concordancia entre los evaluadores de los correos electrónicos.
- × Valorar la calidad del contenido de las respuestas elaboradas por los profesionales.
- × Conocer la satisfacción de los profesionales que han asistido al curso de formación continuada.
- × Comparar los conocimientos de las matronas antes y después del programa de formación.

## 5.2 Hipótesis

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

- × El análisis de la web *Sexe Joves* permitirá conocer los temas que interesan a los jóvenes que visualizan la página, su perfil socio-demográfico, los contenidos por los cuales acceden a la consulta electrónica y la valoración que hacen de la respuesta de los profesionales.
- × La exploración de los contenidos de las respuestas a los correos electrónicos permitirá la valoración de la calidad de las mismas.
- × La actualización en contenidos sobre salud sexual y reproductiva mejorará los conocimientos de las matronas que atienden la consulta virtual (correo electrónico) de la web *Sexe Joves*.

## 5.3 Desarrollo del estudio

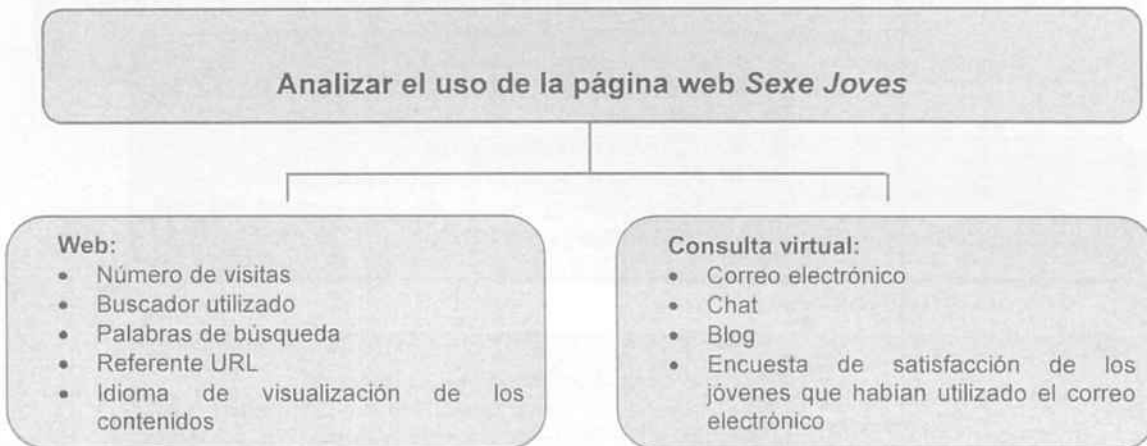
El estudio se ha dividido en tres fases que siguen un hilo conductor.

••• La primera fase (figura 25) plantea como objetivo general analizar el uso de la página web *Sexe Joves*. Para ello se realizó un diseño descriptivo que analizaba:

a) **descriptores básicos del uso global de la web:** el número de visitas a la web, el buscador utilizado, las palabras de búsqueda, la dirección de la página web que se ha visitado para llegar a la web (referente URL) y el idioma de visualización de los contenidos del web (castellano, catalán y lenguaje de signos);

b) **servicios de interacción con los jóvenes o consulta virtual:** correo electrónico, chat y blog. Se realizó una encuesta de satisfacción a los jóvenes que utilizaban el correo electrónico con el fin de valorar las respuestas recibidas de los profesionales y su opinión sobre los recursos de la web. A partir de este análisis se detectó la importancia de evaluar la calidad de las respuestas de las matronas que atendían la consulta virtual.

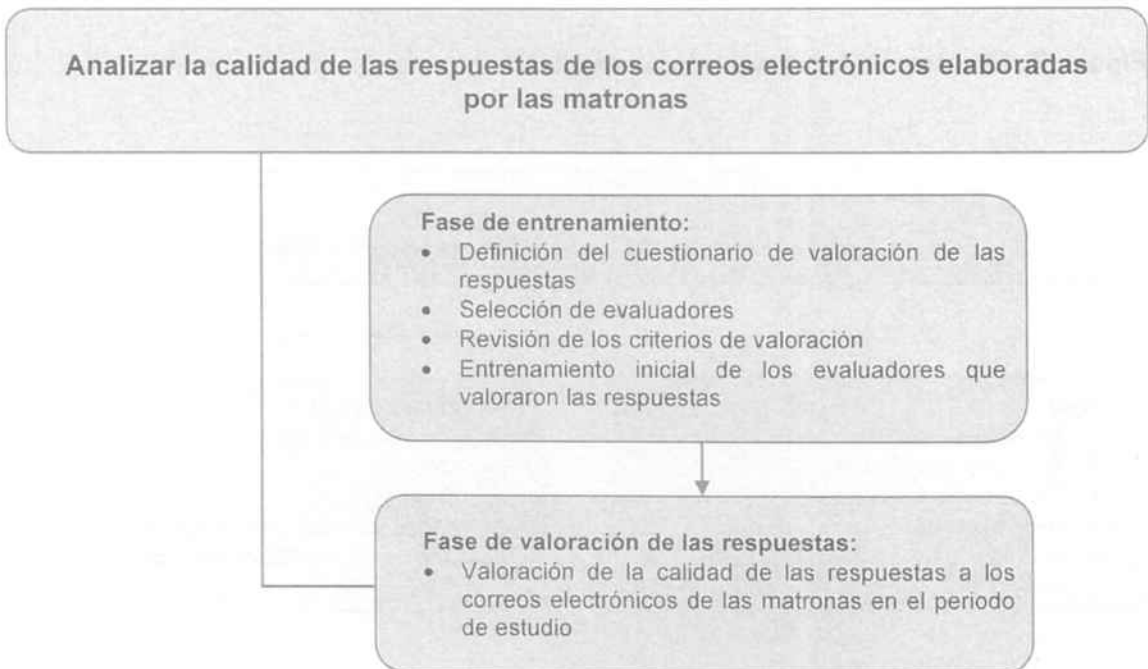
**Figura 25.** Esquema de la primera fase del estudio



Por este motivo, la **segunda fase** del estudio (figura 26) tuvo como objetivo general analizar la calidad de las respuestas a los correos electrónicos elaboradas por las matronas, y se diseñó para ello un estudio descriptivo analítico.

En primer lugar se definió un cuestionario para valorar la calidad de las respuestas de los correos electrónicos (c.e.) y se procedió a seleccionar a los profesionales que realizarían la evaluación de las respuestas de los correos electrónicos de las matronas. El grupo de evaluadores estuvo constituido por diez profesionales, miembros del equipo del comité editorial de la web (citados en el capítulo 4), y a través de ellos se consensuaron los criterios de valoración de los ítems del cuestionario y se estudió la concordancia observada interobservador de los evaluadores con 25 c.e. idénticos distribuidos a cada uno de los evaluadores. Una vez finalizada la fase de entrenamiento de los evaluadores, se valoraron 548 respuestas de las matronas que atendían el correo electrónico en el periodo de estudio y se pudo detectar el nivel de calidad de mismas.

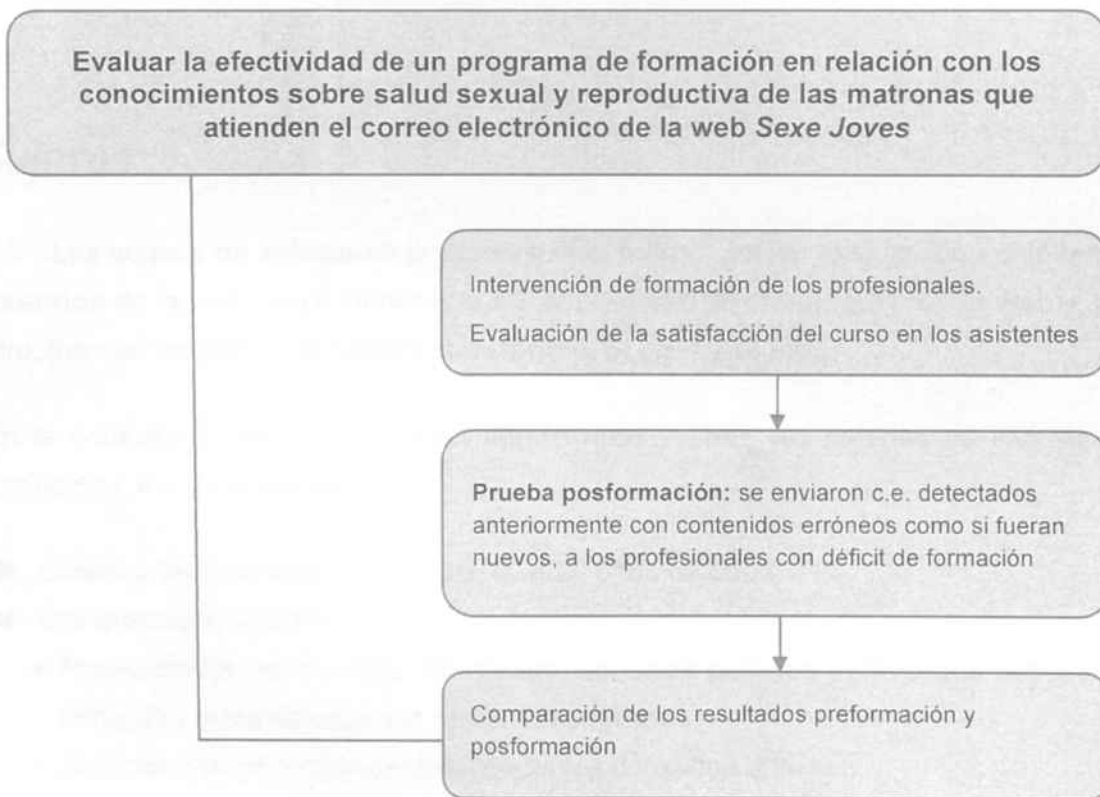
**Figura 26.** Esquema de la segunda fase del estudio



••• A consecuencia de detectarse respuestas con contenidos que se debían mejorar se planteó la **tercera fase** del estudio (figura 27), cuyo objetivo general fue evaluar la efectividad de un programa de formación en relación con los conocimientos sobre salud afectiva, sexual y reproductiva de las matronas que respondían los correos electrónicos de la web *Sexe Joves*. Para ello se llevó a cabo un diseño cuasi experimental. Se decidió realizar una intervención de formación a los profesionales de la web de 12 horas de duración, cuyos contenidos trataban sobre los temas acerca de los cuales algunos profesionales tenían déficit de conocimientos.

Una vez realizado el curso, se evaluó la satisfacción de los asistentes y se diseñó una prueba posformación que consistió en enviar los correos que se habían detectado como erróneos antes de realizar el curso a los profesionales que habían participado en el curso como si fueran consultas nuevas de jóvenes. Los profesionales analizados eran aquellos en los que se había detectado que debían mejorar los conocimientos. Posteriormente y para observar la eficacia de la intervención, se evaluaron los ítems del cuestionario mediante una evaluadora y se compararon ambos resultados (pre y posformación).

**Figura 27.** Esquema de la tercera fase del estudio



## Capítulo 6

# Metodología

### 6.1 Diseño

En la primera fase del estudio se elaboró un **diseño descriptivo** de la web *Sexe Joves*, cuya estructura y contenidos han sido descritos en el capítulo 4.

Durante la fase 2 del estudio se realizó un **diseño descriptivo analítico**.

Y en la fase 3 se diseñó un **estudio cuasi experimental pre y posformación**.

### 6.2 Sujetos

Los sujetos de estudio en la primera fase fueron, por un lado, todos los **jóvenes usuarios de la web *Sexe Joves* que durante el año 2010 visualizaron la web** y, por otro, los que **utilizaron el correo electrónico, el chat y el blog**.

En la consulta a través del **correo electrónico y chat**, los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- × Criterios de inclusión: jóvenes de 14 a 25 años de edad.
- × Criterios de exclusión:
  - Profesionales de la salud, educación, servicios públicos y ONG que plantearon consultas profesionales por correo electrónico.
  - Jóvenes con comentarios desagradables o insultos a la web.
  - Jóvenes que consultaban temas que no tenían relación con la salud sexual y reproductiva.
  - Jóvenes que consultaban en idiomas que no eran ni castellano ni catalán.



- ✘ En el **blog** los criterios de exclusión fueron:
  - Aportaciones de alguna organización.
  - Jóvenes con comentarios desagradables o insultos a la web.
  - Jóvenes que consultaban temas que no tenían relación con la salud sexual y reproductiva.
- ✘ El criterio de inclusión de la edad en el blog no se pudo identificar, por tanto no se utilizó este criterio.

El tamaño de la muestra estuvo constituido por 326.164 visitas en la web, 1.659 correos electrónicos, 40 chats y 272 comentarios en el blog.

⋮ En la fase 2, los sujetos del estudio fueron las **respuestas de las cincuenta matronas que respondieron los correos electrónicos de la web Sexe Joves**.

- ✘ Criterios de inclusión: profesionales matronas que contestaban más de cinco correos electrónicos al mes.
- ✘ Criterios de exclusión:
  - Profesionales matronas que contestaban menos de cinco correos electrónicos al mes.
  - Profesionales que estaban en el grupo de evaluadores.

El número total de respuestas de correo electrónico realizadas por las matronas fue de  $n = 548$ .

⋮ En la fase 3, los sujetos de estudio fueron las **trece matronas que realizaron el curso de formación de actualización de la consulta virtual**.

- ✘ Criterios de inclusión: profesionales matronas que realizaron el curso de formación con un nivel deficitario de contenido científico detectado en el periodo de estudio.

El número total de respuestas del correo electrónico realizadas por los profesionales posformación fue  $n = 115$  (nueve correos electrónicos distribuidos a cada una de las trece matronas).

## 6.3 Variables

••• En la fase 1, las variables objeto de estudio se agruparon en dos bloques: las variables de la web y las variables de la consulta virtual.

Las variables de la web fueron:

- × Número de visitas en la web
- × Buscador utilizado
- × Palabras de búsqueda
- × La dirección de la página web que se ha visitado para llegar a la web (referente URL)
- × Número de visualizaciones según los contenidos visitados en la web en catalán, castellano y en lenguaje de signos. Los contenidos están clasificados en los siguientes apartados: "Afectividad", "Conocimiento de tu cuerpo", "El *petting*", "La primera vez", "La contracepción", "La contracepción de urgencia", "Embarazo", "Aborto", "Infecciones de transmisión sexual", "Abuso y agresión sexual", "El sexo y las drogas", "El sexo virtual", "Centros y servicios", "Escríbenos", "Chatea con nosotros", "Blog", "Multimedia", "Diccionario de términos" y "Webs de interés".

Las variables de la consulta virtual fueron:

- × Número de correos electrónicos y de chat a nivel mensual y total.
- × Características socio-demográficas de los jóvenes que consultaban mediante el correo electrónico:
  - Edad (en años)
  - Género (mujer/hombre)
  - Provincia y comunidad de procedencia del correo electrónico
- × Número de aportaciones del apartado del blog clasificadas en las siguientes categorías:
  - Sobre la primera vez
  - Amor o enamoramiento
  - ¿Cómo practicas el *petting*?
  - El contagio, ¿y tú qué haces para evitarlo?
  - La pastilla del día siguiente
  - Abuso y acoso sexual

✗ Temas consultados por correo electrónico. Se clasificaron en las siguientes categorías:

- Abuso y agresión sexual
- Aborto
- Conocimiento de tu cuerpo
- Contracepción de urgencia
- Varios temas ( $\geq 3$  temas)
- Embarazo
- Homosexualidad
- Infecciones de transmisión sexual. ITS (otras)
- ITS y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- ITS y el virus del papiloma humano (VPH)
- Afectividad
- La afectividad y la sexualidad (homosexualidad)
- La contracepción
- La primera vez
- Organización
- Patologías
- El *petting*
- Psicopatologías (adicción)
- Psicopatologías (otras)
- Psicopatologías (disfunción eréctil)
- Psicopatologías (eyaculación precoz)
- El sexo y las drogas
- El sexo virtual
- Vacunas
- Vaginismo

✗ Satisfacción del joven respecto a la respuesta por correo electrónico. Una vez el joven recibía la respuesta de la matrona por correo electrónico, se le proponía que contestase voluntariamente una encuesta para valorar su grado de satisfacción. Para ello se elaboró un cuestionario con cinco preguntas: la primera y la tercera tenían respuestas cerradas, de tipo dicotómico, la segunda pregunta tenía una escala de valores numéricos, la cuarta pregunta contaba con respuestas acotadas en diferentes opciones y, por último, una pregunta abierta.

Las preguntas eran las siguientes:

- *La respuesta del profesional ha resuelto tus dudas o problemas:* Sí/No
- *Valora la cantidad de información recibida en una escala del 0 al 10 (siendo el valor 0 ninguna información y el valor 10 el máximo de información)*
- *Recomendarías la web a tus amigos/as:* Sí/No
- *Señala el medio a través del cual has conocido la web: amigos/as; charlas/talleres en la escuela/instituto; monitores/casal; enfermeras de Salud y Escuela (consulta abierta en el IES); internet; profesionales de centros de atención primaria; escuela/instituto*
- *Sugerencias para mejorar el servicio*

• • • En la fase 2 se mostraron nueve variables que hacían referencia a la calidad de las respuestas de los profesionales que contestaban los correos electrónicos:

### 1. Contenido científico (valoración en una escala del 1 al 4):

- 1 Erróneo
- 2 Regular
- 3 Bien
- 4 Muy bien

### 2. Respuesta completa / incompleta

- Completa: además de la respuesta a la duda del joven, el profesional añadió un mensaje de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, recomendó el uso de los preservativos e informó de cuándo se debía utilizar la anticoncepción de urgencia.
- Incompleta: el profesional respondió a la duda del joven sin mensaje de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

### 3. Calidez en la respuesta: Sí/No

- Sí: el profesional saludó al joven y le ha agradeció que confiara en la web, o bien le comentó que era una buena idea utilizar la web para consultar sus dudas.
- No: el profesional no realizó ninguna de las referencias mencionadas anteriormente y se limitó a responder la consulta.

### 4. Invita a volver escribir: Sí/No

- Sí: el profesional añadió la invitación a volver a escribir si el joven tenía más dudas.
- No: el profesional no comentó en la respuesta que si el joven tenía más dudas volviera a escribir.

### 5. Uso de siglas: Sí/No

- Sí: el profesional utilizó siglas.
- No: el profesional no utilizó siglas o bien si las utilizó aclaró a que términos se refería.

## 6. Lenguaje claro y sencillo: Sí/No

- Sí: los términos utilizados y la explicación del profesional eran comprensibles para el joven. En el caso de haber utilizado terminología sanitaria, se especificó entre paréntesis su significado.
- No: la terminología utilizada y la explicación del profesional no fueron consideradas apropiadas para la correcta comprensión del joven.

## 7. Duración de la respuesta: escueta, adecuada, extensa

- Escueta: explicación de la respuesta breve o corta.
- Adecuada: explicación que respondía a lo que solicitaba el joven con una extensión que no era corta ni se excedía en información.
- Extensa: explicación de larga duración y que se excedía en la información solicitada por la consulta.

## 8. Respuesta bien estructurada

### ✕ Saludo: Sí/No

- Sí: *Hola, bienvenida...*
- No: contestó la pregunta sin previo saludo.

### ✕ Introducción: Sí/No

- Sí: el profesional introdujo brevemente el tema de la consulta o bien contestó *Respecto a tu consulta* y siguió con la respuesta.
- No: el profesional no contestó lo mencionado anteriormente antes de responder la pregunta del joven.

### ✕ Resolución de la pregunta: Sí/No

- Sí: el profesional respondió el motivo de la consulta.
- No: el profesional no entendió bien la pregunta y no respondió a lo que el joven preguntaba, o bien se extendió en la introducción y olvidó remarcar la respuesta.

### ✕ Despedida: Sí/No

- Sí: la respuesta fue: *Cordialmente, Un abrazo, Hasta otra consulta, Ya sabes dónde nos puedes escribir...*
- No: el profesional no añadió ninguna de las frases mencionadas anteriormente al finalizar la respuesta.

### 9. Temas o contenidos de la consulta. Se clasificaron en:

- Abuso y agresión sexual
- Aborto
- Conocimiento de tu cuerpo
- Contracepción de urgencia
- Varios temas (≥3 temas)
- Embarazo
- Homosexualidad
- Infecciones de transmisión sexual. ITS (otras)
- ITS y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- ITS y el virus del papiloma humano (VPH)
- Afectividad
- La afectividad y la sexualidad (homosexualidad)
- La contracepción
- La primera vez
- Organización
- Patologías
- El *petting*
- Psicopatologías (adicción)
- Psicopatologías (otras)
- Psicopatologías (disfunción eréctil)
- Psicopatologías (eyaculación precoz)
- El sexo y las drogas
- El sexo virtual
- Vacunas
- Vaginismo

••• En la fase 3, la **variable independiente** estuvo constituida por un curso de formación continuada de doce horas cuya temática fue la salud afectiva, sexual y reproductiva y cuyos contenidos se detallan posteriormente. La **variable dependiente** fue la calidad de las respuestas de los correos electrónicos, contemplando las ocho variables citadas anteriormente: contenido científico: *error, regular, bien y muy bien*; respuesta completa/incompleta; calidez en la repuesta; invita a volver escribir; uso de siglas; lenguaje claro y sencillo; duración de la respuesta y estructura.

También se evaluaron variables referidas a la satisfacción de los profesionales con el curso recibido, agrupadas en seis dimensiones: organización del curso, materiales didácticos, objetivos y contenidos, metodología, aplicabilidad y valoración general de la actividad formativa.



## 6.4 Instrumentos para la recogida de datos

Los indicadores de las variables de la web en la fase 1 se extrajeron a través de la herramienta **WebTrends** del Instituto Catalán de la Salud. En el caso del correo electrónico, se utilizaron encuestas para las variables socio-demográficas de los jóvenes, los temas consultados y las provincias de procedencia de los mensajes, así como del número de correos electrónicos y chats según el mes del año y las aportaciones de los jóvenes al blog. Para evaluar la satisfacción de los jóvenes, se utilizó una hoja de entrada de datos, con el programa Excel.

La recogida de información del contenido de las respuestas de los profesionales en la fase 2 se realizó a través de un **cuestionario** que recogía las nueve variables descritas anteriormente con respuestas dicotómicas y de respuesta múltiple. El cuestionario al completo se adjunta en el anexo 2. Se encargaron de cumplimentarlo diez profesionales evaluadores. Mensualmente se volcaron los datos de las variables en el programa Excel.

Finalmente en la fase 3, la recogida de información del contenido de las respuestas de los profesionales (posformación) se realizó a través de la misma plantilla del **cuestionario** de datos utilizada en la fase 2 y que cumplimentó un evaluador en la posformación y duró dos meses. Mensualmente se volcaron los datos de las variables en el programa Excel.

Asimismo, se elaboró una **encuesta** para evaluar las variables referidas a la satisfacción con el curso recibido (ver anexo 4). Se plantearon 18 preguntas que contemplaban las seis dimensiones descritas anteriormente (organización del curso, materiales didácticos, objetivos y contenidos, metodología, aplicabilidad y valoración general de la actividad formativa) y se evaluaron con una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 correspondía a "nada satisfactorio" y 6 a "totalmente satisfactorio". Se incluyó en todas las preguntas una opción "NV" - no válida.

## 6.5 Procedimiento

••• En la fase 1 se diseñó la **encuesta específica** y la **tabla para la recogida de datos** de las variables del correo electrónico, el chat y el blog y para las variables relacionadas con el grado de satisfacción de los jóvenes. Los indicadores de la web se obtuvieron de la aplicación WebTrends del Instituto Catalán de la Salud, como se ha mencionado en el apartado de instrumentos.

A continuación se realizó una prueba piloto de un mes de duración para comprobar si todos los instrumentos funcionaban correctamente (la encuesta y la tabla) para la recogida de datos de la web, del correo electrónico, del chat, del blog y del grado de satisfacción. Por último, se obtuvieron los datos de la web, del correo electrónico, del chat, del blog y de la satisfacción del joven, y se registró en la tabla de datos. Y mensualmente se realizó el seguimiento y la recogida de los indicadores mencionados anteriormente.

••• Posteriormente, en la fase 2, para realizar la validación de una herramienta para la valoración de la calidad de las respuestas de las matronas en la consulta electrónica, se diseñó el **cuestionario** descrito en el apartado de instrumentos. Se seleccionó un grupo de **diez expertos** de entre los miembros del comité editorial de la web *Sexe Joves* cuya misión fue la de consensuar e informar de los criterios que debían regir en la evaluación de las variables del correo electrónico. Las características de estos evaluadores se muestran en la tabla 3. Destacamos que la media de edad de los diez evaluadores era de 47 años (DE 9,45) y la media en años de ejercicio profesional, de 27,7 años (DE 10,33). Todos los evaluadores trabajaban en el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva repartidos por toda Cataluña y contaban con experiencia en consultas juveniles: tres trabajaban en el ASSIR de Sabadell, dos en el ASSIR de Reus-Tarragona, una en el ASSIR de Girona, una en el ASSIR de Cerdanyola, uno en el ASSIR de Badalona, una en el ASSIR Granollers y la última trabajaba en el ASSIR de Torrebonica.



<b>Evaluador</b>	<b>Profesión</b>	<b>Edad (años)</b>	<b>Género</b>	<b>Años de profesión</b>	<b>Centro de trabajo. ASSIR</b>	<b>Experiencia en consulta joven / Experiencia en correo electrónico</b>
1	Matrona	35	Masculino	11	Badalona	Sí/Sí
2	Matrona	57	Femenino	30	Cerdanyola	Sí/Sí
3	Obstetra-ginecóloga	50	Femenino	23	Sabadell	Sí/No
4	Matrona	52	Femenino	26	Granollers	Sí/Sí
5	Psicóloga	35	femenino	10	Sabadell	Sí/ Sí
6	Matrona	46	femenino	25	Tarragona	Sí/No
7	Matrona	58	Femenino	31	Sabadell	Sí/Sí
8	Matrona	49	Femenino	26	Torrebonica	Sí/Sí
9	Matrona	30	Femenino	5	Tarragona	Sí/Sí
10	Matrona	58	Femenino	30	Girona	Sí/Sí

*Media de edad: 47 años*

*Media de años de profesión: 27,7*

Se realizó una prueba de entrenamiento con 25 correos electrónicos idénticos para cada uno de los diez profesionales evaluadores con el fin de analizar la validez y la fiabilidad del cuestionario.

Se analizó la concordancia interobservador mediante el coeficiente de concordancia Kappa. Este coeficiente mide el grado de acuerdo (por encima del azar) entre dos observaciones. Sin embargo, este coeficiente presenta una limitación muy importante cuando la prevalencia de alguna de las categorías de los ítems evaluados es muy alta, hecho que ocurrió en este estudio con los ítems "Lenguaje claro y sencillo" y "Saludos", que presentaron un acuerdo muy alto (concordancia observada del 93,3% y del 96,8% respectivamente).<sup>228</sup> Y por este motivo nos vimos obligados a utilizar la concordancia observada, ya que no disponemos de ninguna herramienta mejor para valorar el grado de acuerdo. El cálculo de la concordancia se hizo por parejas de evaluadores (E1E2, E1E3, y así sucesivamente con todos los evaluadores) y se obtuvieron 45 combinaciones de todas las parejas de los evaluadores. Por tanto, las frecuencias de concordancia que resultaron se dividieron por la N total y se obtuvo el porcentaje de concordancia en las 45 combinaciones. La proporción de acuerdos observados es la que se refleja en la tabla 4.

Tabla 4. Resumen descriptivo de los porcentajes de concordancia observados en cada uno de los ítems del cuestionario

	N		Media %	D. típ.	Mín. %	Máx. %	Percentiles		
	V	P					25	50	75
Contenido científico	45	0	42,24%	12,15	16,7%	79,2%	34,65	40,00	50,85
Volver escribir <sup>a</sup>	45	0	72,71%	15,50	20,0%	100,0%	61,50	68,40	86,90
Uso de siglas	45	0	87,52%	6,58	72,7%	100,0%	82,95	87,50	93,50
Lenguaje claro y sencillo <sup>y</sup>	45	0	93,30%	4,71	81,8%	100,0%	90,00	95,00	96,00
Duración respuesta	45	0	82,15%	8,49	64,0%	95,4%	75,95	83,40	89,75
Respuesta completa	45	0	62,14%	12,16	35,0%	84,0%	52,00	63,20	71,20
Emisión juicio	45	0	86,96%	6,52	72,7%	100,0%	82,55	87,50	91,70
Calidez respuesta	45	0	67,73%	17,76	32,0%	96,0%	53,55	70,80	81,70
Estructura respuesta:									
<b>Saludo</b>	45	0	96,84%	3,70	87,5%	100,0%	94,85	100,0	100,0
<b>Introducción</b>	45	0	73,54%	12,61	42,1%	100,0%	63,45	73,90	84,0
<b>Resolución</b>	45	0	75,05%	20,59	0,9%	100,0%	60,45	81,80	91,70
<b>Despedida</b>	45	0	84,59%	13,47	47,8%	100,0%	80,90	88,50	95,0

V = válidos; P = perdidos; Media; D. típ. = Desviación típica; Min. = mínimo; Máx. = máximo; Percentiles 25, 50, 75

La tabla 4 refleja que los ítems con una concordancia observada alta tuvieron una media de:

- ✗ lenguaje claro y sencillo: 93,3%
- ✗ uso de siglas: 87,52%
- ✗ emisión de juicio: 86,96%
- ✗ duración de la respuesta: 82,15%
- ✗ volver a escribir: 72,71%

Seguían la estructura de la respuesta en un porcentaje elevado los siguientes ítems:

- ✗ saludo: 96,84%
- ✗ despedida: 84,59%
- ✗ resolución: 75,05%,
- ✗ introducción: 73,05%

El porcentaje de concordancia observada más baja fue:

- ✘ contenido científico: 42,24%

Hubo una concordancia moderada en:

- ✘ respuesta completa: 62,14%
- ✘ calidez en la respuesta: 67,73%

Los evaluadores manifestaron que el ítem de emisión de juicio, a pesar de tener una concordancia observada de 86,96%, era excesivamente subjetivo y estaba sujeto a interpretaciones personales; al no sentirse cómodos con esta pregunta propusieron su eliminación del cuestionario. En cuanto a la discrepancia del contenido científico, se realizaron sesiones de debate y puesta en común de conocimientos para intentar unificar criterios.

A continuación se procedió a iniciar la evaluación de la calidad de las respuestas de las matronas a los correos electrónicos recibidos. Se seleccionaron las respuestas de los profesionales a 548 consultas efectuadas durante seis meses, durante la primera y la última semana de cada mes del periodo que comprendía: marzo, abril, mayo, junio, julio, septiembre y noviembre del año 2010.

Los 548 correos electrónicos se distribuyeron entre los diez evaluadores. El periodo con la cifra más elevada de correos fue la última semana de mayo con el 23% (126), seguida por el 15,7% (86) al inicio de junio y el 10,6 % (58) a principios de septiembre. Y el menor porcentaje (1,5%) correspondió a la última semana de noviembre, con 8 correos (tabla 5).

Tabla 5. Periodo de los correos electrónicos evaluados		
Mes	Correo electrónico	%
Marzo inicial	42	7,7%
Marzo final	37	6,8%
Abril inicial	27	4,9%
Abril final	46	8,4%
Mayo inicial	31	5,7%
Mayo final	126	23%
Junio inicial	86	15,7%
Julio inicial	48	8,8%
Septiembre inicial	58	10,6%
Septiembre final	38	6,9%
Noviembre final	8	1,5%
No cumplimentado	1	0,2%
<b>Total</b>	<b>548</b>	<b>100%</b>

Los evaluadores analizaron la calidad de las respuestas realizadas a través del cuestionario y se destacaron los aspectos en los que se deberían mejorar las respuestas de los profesionales.

••• Finalmente, en la fase 3, se realizó una intervención para mejorar la calidad de las respuestas, que consistió en diseñar un curso de doce horas donde constaban los contenidos que se habían evaluado y cuyo contenido científico era erróneo. El curso tenía los contenidos siguientes: afectividad con las diversas orientaciones sexuales, actualización en contracepción y contracepción de urgencia, prevención de las infecciones de transmisión sexual, y la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva (citada en el capítulo 2). En el anexo 3 se expone el programa del curso.

Los profesores del curso fueron tres de los profesionales evaluadores y cuatro profesores externos (un experto en ITS, una experta en VIH, una experta en afectividad en minorías sexuales y un experto en transgénero).

Realizaron el curso 30 profesionales en enero del año 2011. Y al finalizar el curso se realizó una evaluación de la reacción, como se ha citado anteriormente en el capítulo 3 y que consistió en una encuesta de evaluación para conocer la opinión de los participantes de la organización, el material didáctico, los objetivos, los contenidos, la metodología, la aplicación a la práctica y la evaluación global del curso. El cuestionario se adjunta en el anexo 4.

Para evaluar la efectividad de la intervención, se realizó la prueba de posformación a trece profesionales que cumplían los criterios de inclusión.

Se seleccionaron los correos electrónicos que en la fase 2 (preformación) se habían detectado con respuestas erróneas. Y se realizó de la siguiente manera:

- ✘ En la posformación, a cada uno de los profesionales que realizó el curso de formación, y que tenía inicialmente algún déficit de formación, se le distribuyeron nueve correos electrónicos, de los trece cuya respuesta fue considerada errónea en la preformación (se despreciaron cuatro correos electrónicos porque prácticamente se repetía la misma consulta), como si fueran consultas nuevas desde nuevas direcciones electrónicas creadas mediante el Hotmail.
- ✘ Los profesionales conocían que se realizaría la posevaluación del curso. Se distribuyeron nueve correos electrónicos a cada matrona: ocho correos electrónicos erróneos no contestados previamente por el profesional y uno erróneo contestado previamente por la matrona.

El motivo de esta distribución fue que el correo electrónico erróneo previo contestado por el profesional quedara disimulado entre los demás. Con ello se pretendía evitar, por un lado, que se identificara el correo electrónico erróneo contestado anteriormente y, por otro, que la matrona consultara directamente los correos electrónicos que había contestado con anterioridad en el repositorio anexo al apartado del correo electrónico de la web *Sexe Joves*.

## 6.6 Análisis de los datos

Las variables cualitativas se resumen con sus frecuencias absoluta y relativa. Las variables cuantitativas con su media y desviación estándar o con su mediana y cuartiles 1 y 3 en el caso de no ajustarse a una distribución normal.

- • • En la primera fase del análisis de la página web y de la consulta virtual se realizó un análisis descriptivo de los datos.

- • • En la segunda fase se realizó un análisis de la concordancia interobservador de los ítems del cuestionario de valoración de la calidad de las respuestas de los profesionales y se realizó un análisis descriptivo de los mismos.

- • • En la tercera fase se compararon los porcentajes de los ítems de valoración de la calidad de las respuestas de los profesionales mediante las pruebas de Ji Cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher, en función de las condiciones de aplicación. Todos los análisis se efectuaron con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 18.0. El nivel de significación utilizado en todos los contrastes fue de  $p \leq 0,050$ .

## Capítulo 7

# Resultados

A continuación presentaremos los resultados por cada fase. Los resultados en la primera fase corresponden al análisis de las variables de la página web y de la consulta virtual; en la segunda fase, al análisis de la calidad de las respuestas de los profesionales y, en la tercera fase, corresponden al análisis comparativo de las respuestas de los profesionales pre y posformación.

### 7.1 Resultados del análisis de las variables de la página web y de la consulta virtual

#### • • • Resultados de la página web

##### a) Número de visitas en la web

El número de visitas en el año 2010 fue de  $n = 326.164$ , con una media de 27.180 visitas mensuales y 405 visitas diarias.

##### b) Buscador utilizado

El mayor número de visitas realizadas en un año procedieron del buscador *Google Spain* con  $n = 70.300$  visitas (54,78%), seguido de *Google México* con  $n = 15.829$  (12,34%) y de *Google.com* con  $n = 15.296$  visitas (11,92%) entre los primeros puestos (tabla 6).

Tabla 6. Buscador utilizado para acceder a la web *Sexe Joves*

Buscador utilizado	Visitas	
	N	%
Google Spain	70.300	54,78%
Google México	15.829	12,34%
Google.com	15.296	11,92%
Google Colombia	4.381	3,41%
Google Perú	4.381	3,41%
Google Perú	4.381	2,61%
Google Venezuela	3.011	2,35%
Google Ecuador	1.604	1,25%
Bing	1.595	1,24%
Google Argentina	1.052	0,82%
Google El Salvador	777	0,61%
Google Guatemala	764	0,60%
Google Canadá	728	0,57%
Google Costa Rica	656	0,51%
Google Rep. Dominicana	651	0,51%
Google Bolivia	563	0,44%
Google Uruguay	549	0,43%
Google Puerto Rico	494	0,38%
Google Honduras	293	0,23%
Google Paraguay	280	0,22%
Otros	1.773	1,38%
<b>Total</b>	<b>128.320</b>	<b>100%</b>

### c) Palabras de búsqueda

Las palabras de búsqueda fueron semejantes en todos los buscadores. Si comparamos los dos más utilizados (*Google Spain* y *Google México*), se observa que las primeras palabras fueron semejantes, lo único que varía ligeramente es el orden en *Google Spain* y *Google México*. Por ejemplo, en *Google Spain* se obtuvo "petting" n = 10.731 (15,26%), "primera vez" n = 4.847 (6,89%), y en *Google México* se obtuvo

"petting" n = 715 (4,50%), "sexo virtual" n = 426 (2,64%), y "la primera vez" n = 413 (2,60%) (tabla 7).

Buscadores y palabras de búsqueda	Número de visitas	
	N	%
<b>1. Google Spain</b>	<b>70.300</b>	<b>100%</b>
"petting"	10.731	15,26%
primera vez	4.847	6,89%
la primera vez	3.820	5,43%
sexo primera vez	776	1,10%
peting, una t	775	1,10%
resto de palabras	49.351	70,20%
<b>2. Google México</b>	<b>15.866</b>	<b>100%</b>
"petting"	715	4,50%
sexo virtual	426	2,64%
la primera vez	413	2,60%
sexo primera vez	399	2,51%
primera vez	374	2,35%
resto de palabras	13.539	85,33%

#### d) Referente URL

El referente hace alusión a la dirección (URL) de la página web que se visita para llegar a la web. Las visitas comportan una serie de acciones que empiezan cuando un usuario visita su primera página desde el servidor y termina cuando el visitante abandona el sitio o permanece inactivo más allá del límite de tiempo de inactividad. El límite de inactividad predeterminado de tiempo es de treinta minutos.

Considerando las veinte primeras búsquedas, se pudo observar en los tres primeros puestos: [www.google.es/search](http://www.google.es/search), con n = 41.246 visitas (16,36%); [www.google.es/url](http://www.google.es/url) con n = 26.742 visitas (10,61%), y <http://www.sexejoves.gencat.cat/>, con n = 18.090 visitas (7,18%) (tabla 8).



Tabla 8. Referente URL		
URL	Visitantes	
	N	%
1. <a href="http://www.google.es/search">www.google.es/search</a>	41.246	16,36%
2. <a href="http://www.google.es/url">www.google.es/url</a>	26.742	10,61%
3. <a href="http://www.sexejoves.gencat.cat/">www.sexejoves.gencat.cat/</a>	18.090	7,18%
4. <a href="http://www.sexejoves.gencat.net/ics_webjove/AppPHP/index.php">www.sexejoves.gencat.net/ics_webjove/AppPHP/index.php</a>	9.546	3,79%
5. <a href="http://www.google.com.mx/search">www.google.com.mx/search</a>	8.781	3,48%
6. <a href="http://www.edu365.cat/salut/index.htm">www.edu365.cat/salut/index.htm</a>	8.668	3,44%
7. <a href="http://www.google.com/search">www.google.com/search</a>	6.507	2,58%
8. <a href="http://www.google.com.mx/url">www.google.com.mx/url</a>	6.267	2,49%
9. <a href="http://www.sexejoves.gencat.net/">www.sexejoves.gencat.net/</a>	4.761	1,89%
10. <a href="http://www.search.conduit.com/Results.aspx">www.search.conduit.com/Results.aspx</a>	4.544	1,80%
11. <a href="http://www.abc.es/20100604/sociedad-/sexo-generalitat-20100604.1252.html">www.abc.es/20100604/sociedad-/sexo-generalitat-20100604.1252.html</a>	4.143	1,64%
12. <a href="http://www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php">www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php</a>	4.048	1,61%
13. <a href="http://www.facebook.com/l.php">www.facebook.com/l.php</a>	2.975	1,18%
14. <a href="http://www.google.com.ar/search">www.google.com.ar/search</a>	2.878	1,14%
15. <a href="http://www.google.com.ar/url">www.google.com.ar/url</a>	2.747	1,09%
16. <a href="http://www.intereconomia.com/blog/toda-hora/web-porno-marina-geli-debe-ser-denunciada-a-los-juzgados">www.intereconomia.com/blog/toda-hora/web-porno-marina-geli-debe-ser-denunciada-a-los-juzgados</a>	2.735	1,09%
17. <a href="http://www.google.com.pe/search">www.google.com.pe/search</a>	2.383	0,95%
18. <a href="http://www.yosoymadresoltera.com/el-enamoramiento-el-amor-y-la-amistad-en-los-adolescentes">www.yosoymadresoltera.com/el-enamoramiento-el-amor-y-la-amistad-en-los-adolescentes</a>	2.259	0,90%
19. <a href="http://www.google.com.co/url">www.google.com.co/url</a>	2.227	0,88%
20. <a href="http://www.google.com/url">www.google.com /url</a>	2.045	0,81%
<b>Total de las 20 primeras búsquedas URL</b>	<b>163.592</b>	<b>64,9%</b>
Resto de URL	88.472	35,1%
<b>Total</b>	<b>252.064</b>	<b>100%</b>

### e) Visitas de los contenidos de la web según el idioma de navegación: catalán, castellano y lenguaje de signos

Al contabilizar exclusivamente las visitas al árbol de contenidos (citados en el punto 4.2. en la figura 2), en catalán y en castellano las diferencias disminuyeron ( $n = 421.296$  y  $n = 376.643$ , respectivamente). Llama la atención que la mayoría de las visitas a la web en un 84,6% ( $n = 862.085$ ) fueron al árbol de contenidos.

Las secciones que incluyen un asterisco en la tabla sólo se contabilizaron en catalán: "Centros y servicios", "Escríbenos", "Chatea con nosotros", "Blog", "Multimedia", "Diccionario de términos" y "Webs de interés". Estas secciones fueron visitadas en un total de  $n = 86.189$  y el "Blog" tuvo el 61,6% ( $n = 53.161$ ) de visitas, seguido por "Multimedia" 15,82% ( $n = 13.640$ ).

Contenidos	Catalán		Castellano		Lenguaje de signos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Afectividad</b>	58.454	58,39%	32.078	32,04%	9.561	9,55%	100.093	100%
<b>Conocimiento de tu cuerpo</b>	54.847	50,40%	43.724	40,18%	10.248	9,41%	108.819	100%
<b>El <i>petting</i></b>	73.234	44,62%	78.285	47,70%	12.588	7,65%	164.107	100%
<b>La primera vez</b>	55.094	25,22%	81.676	37,38%	13.091	5,99%	218.446	100%
<b>La contracepción</b>	31.256	53,44%	23.538	40,24%	3.687	6,30%	58.481	100%
<b>La contracepción de urgencia</b>	18.003	52,37%	15.206	44,23%	1.164	3,38%	34.373	100%
<b>Embarazo</b>	19.441	56,40%	13.679	39,68%	1.349	3,91%	34.469	100%
<b>Aborto</b>	19.460	54,25%	15.335	42,75%	1.070	2,98%	35.865	100%
<b>ITS</b>	18.934	79,16%	3.638	15,21%	1.344	5,61%	23.916	100%
<b>Abuso y agresión sexual</b>	18.984	45,76%	18.828	45,38%	3.673	8,85%	41.485	100%
<b>El sexo y las drogas</b>	19.072	49,76%	17.383	45,35%	1.872	4,88%	38.327	100%
<b>El sexo virtual</b>	34.517	47,74%	33.273	46,02%	4.499	6,22%	72.289	100%
<b>Total de visitas del árbol de contenidos</b>	<b>421.296</b>	<b>48,86%</b>	<b>376.643</b>	<b>43,68%</b>	<b>64.146</b>	<b>7,4%</b>	<b>862.085</b>	<b>100%</b>

Secciones	Catalán						Total	
	N	%					N	%
<b>*Centros y servicios</b>	6.101	100%					6.101	100%
<b>*Escribenos</b>	4.429	100%					4.429	100%
<b>*Chatea con nosotros</b>	5.203	100%					5.203	100%
<b>*Blog</b>	53.161	100%					53.161	100%
<b>*Multimedia</b>	13.640	100%					13.640	100%
<b>*Diccionario de términos</b>	3.655	100%					3.655	100%
<b>*Webs de interés</b>	1.298	100%					1.298	100%
<b>Total de visitas en las secciones</b>	<b>86.189</b>	<b>100%</b>					<b>86.189</b>	<b>100%</b>

Contenidos y secciones visitadas en la web	Catalán		Castellano		Lenguaje de signos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>508.783</b>	<b>49,9%</b>			<b>64.146</b>	<b>6,3</b>	<b>1.018.157</b>	<b>100%</b>

En la tabla 10 se pueden apreciar los siete temas más consultados del árbol de contenidos globalmente y por idioma. Resulta significativo que fueran los mismos, aunque el orden varió según el idioma de navegación. En el séptimo se observó que en las visitas en castellano, en lenguaje de signos y en el total destacaba el tema del abuso y agresión sexual, exceptuando en catalán que fue el aborto.

Tabla 10. Contenidos más visitados del árbol de la página principal de la web *Sexe Joves*

	Global		Catalán		Castellano		Lenguaje de signos	
	Contenido	N	Contenido	N	Contenido	N	Contenido	N
<b>1</b>	La primera vez	218.446	El <i>petting</i>	73.234	La primera vez	81.676	La primera vez	13.091
<b>2</b>	El <i>petting</i>	164.107	Afectividad	58.454	El <i>petting</i>	78.285	El <i>petting</i>	12.588
<b>3</b>	Conocimiento de tu cuerpo	108.819	La primera vez	55.094	Conocimiento de tu cuerpo	43.724	Conocimiento de tu cuerpo	10.248
<b>4</b>	Afectividad y la sexualidad	100.093	Conocimiento de tu cuerpo	54.847	El sexo virtual	33.273	Afectividad	9.561
<b>5</b>	El sexo virtual	72.289	El sexo virtual	34.517	Afectividad	32.078	El sexo virtual	4.499
<b>6</b>	La contracepción	58.481	La contracepción	31.256	La contracepción	23.538	La contracepción	3.687
<b>7</b>	<b>Abuso y agresión sexual</b>	<b>41.185</b>	<b>Aborto</b>	<b>19.460</b>	<b>Abuso y agresión sexual</b>	<b>18.828</b>	<b>Abuso y agresión sexual</b>	<b>3.673</b>

## Resultados de la consulta virtual

a) El número total de consultas a través del correo electrónico y el chat contabilizadas en el periodo de estudio fue de  $n = 1.667$  en los 12 meses del año. De éstas, el 97,6% ( $n = 1.627$ ) fueron correos electrónicos y el 2,4% ( $n = 40$ ) fueron chats (tabla 11). El mayor número de correos electrónicos se registró en junio ( $n = 185$ ) y el menor, en septiembre ( $n = 113$ ). Respecto al chat, el mayor número correspondió a los meses de junio y diciembre con un  $n = 6$ . En agosto el servicio de chat estaba cerrado y por tanto fue 0.

Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentaje de correo electrónico y chat por mes

Mes	Consulta virtual					
	Correo electrónico		Chat		Total	
	N	%	N	%	N	%
Enero	141	98,6%	2	1,4%	143	100%
Febrero	123	97,6%	3	2,4%	126	100%
Marzo	134	96,4%	5	3,6%	139	100%
Abril	130	96,3%	5	3,7%	135	100%
Mayo	117	97,5%	3	2,5%	120	100%
Junio	185	96,9%	6	3,1%	191	100%
Julio	143	97,3%	4	2,7%	147	100%
Agosto	133	100%	0	0%	133	100%
Septiembre	113	96,6%	4	3,4%	117	100%
Octubre	139	99,3%	1	0,7%	140	100%
Noviembre	127	99,2%	1	0,8%	128	100%
Diciembre	142	95,9%	6	4,1%	148	100%
<b>Total</b>	<b>1.627</b>	<b>97,6%</b>	<b>40</b>	<b>2,4%</b>	<b>1.667</b>	<b>100%</b>

## b) Características socio-demográficas de los jóvenes que realizaban la consulta virtual (correo electrónico y chat)

El número de consultas virtuales fue de  $n = 1.667$ , de las cuales sólo aportaron información de género y edad  $n = 1.659$ . La media de edad fue de  $\bar{X} = 17,68$  años, la desviación típica de 2,822 con una edad mínima de 14 años y una máxima de 25 años (tabla 12).

En la consulta virtual el género femenino fue superior al masculino:  $n = 1.292$  y  $n = 367$  respectivamente. La media de edad femenina fue de  $\bar{X}=17,59$ , semejante a la masculina, que fue de  $\bar{X}=17,97$ . Y el mínimo y el máximo de edad fue el mismo para ambos géneros de 14 y 25 años respectivamente (tabla 12).

Edad						Intervalo de confianza para la media de 95%			
Género	N	%	Media	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior	Mín.	Máx.
<b>Mujer</b>	1.292	77,5%	17,59	2,77017	0,07707	17,4456	17,7479	14,00	25,00
<b>Hombre</b>	367	22%	17,97	2,98531	0,15583	17,6718	18,2846	14,00	25,00
<b>Total</b>	<b>1.659</b>	<b>100%</b>	<b>17,68</b>	<b>2,82270</b>	<b>0,06930</b>	<b>17,5452</b>	<b>17,8171</b>	<b>14,00</b>	<b>25,00</b>

Mín. = mínimo; Máx. = máximo

La distribución de los correos electrónicos y chat por género y edad se pueden observar en la tabla 13. El mayor número de correos electrónicos se registró en la edad de 16 años para el género femenino ( $n = 226$ ) y en la de 17 años ( $n = 72$ ) en el género masculino. El menor número de correos electrónicos correspondió a la edad de 24 años ( $n = 15$ ) y a los 23 años ( $n = 8$ ) respectivamente. En lo concerniente al chat, el mayor número se situó con  $n = 8$  a los 16 años en el género femenino y  $n = 5$  a los 14 años en el género masculino, y el menor número de chat se observó en los 21 y 22 años en ambos géneros con  $n = 0$ .

Edad/Consulta virtual	Femenino		Masculino		Total
	N	%	N	%	
<b>14 años</b>	<b>125</b>	<b>74,40%</b>	<b>43</b>	<b>25,59%</b>	<b>168</b>
c.e.	121	76,1%	38	23,9%	159
chat	4	44,4%	5	55,6%	9
<b>15 años</b>	<b>193</b>	<b>85,39%</b>	<b>33</b>	<b>14,60%</b>	<b>226</b>
c.e.	188	86,2%	30	13,8%	218
chat	5	62,5%	3	37,5%	8
<b>16 años</b>	<b>234</b>	<b>83,27%</b>	<b>47</b>	<b>16,72%</b>	<b>281</b>
c.e.	226	83,1%	46	16,9%	272
chat	8	88,9%	1	11,1%	9
<b>Total 14-16 años</b>	<b>552</b>	<b>81,77%</b>	<b>123</b>	<b>22,28%</b>	<b>675</b>

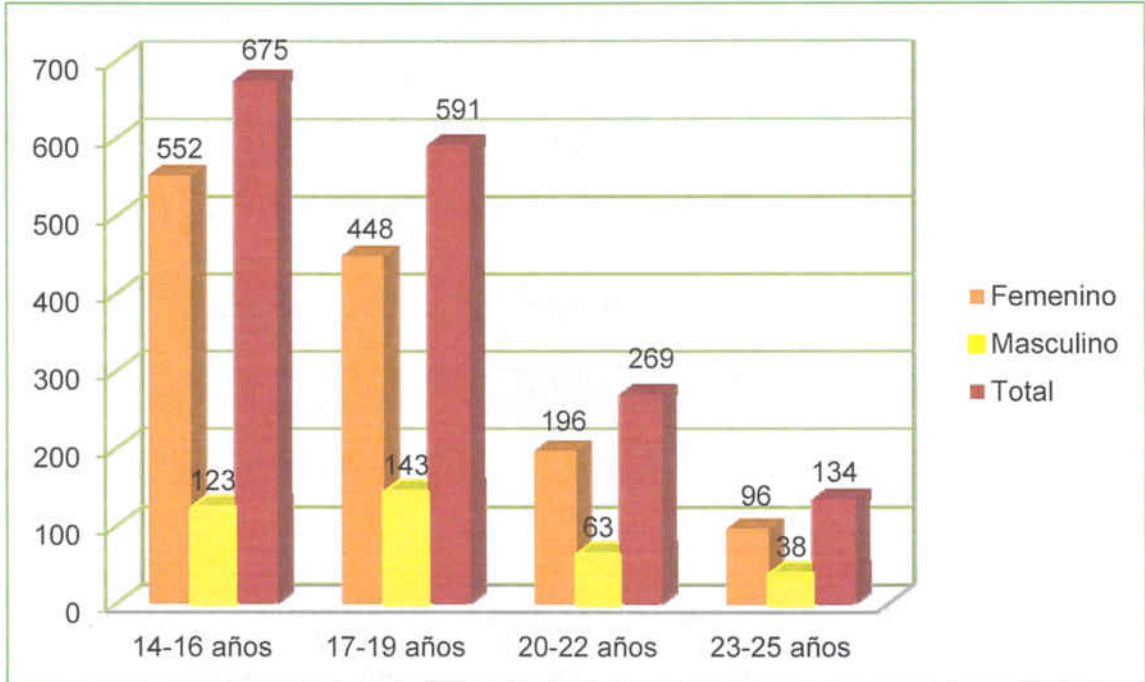
Edad/Consulta virtual	Femenino		Masculino		Total
	N	%	N	%	
<b>17 años</b>	<b>203</b>	<b>73,81%</b>	<b>72</b>	<b>26,18%</b>	<b>275</b>
c.e.	199	73,7%	71	26,3%	270
chat	4	80,0%	1	20,0%	5
<b>18 años</b>	<b>141</b>	<b>75,40%</b>	<b>46</b>	<b>24,59%</b>	<b>187</b>
c.e.	140	75,3%	46	24,7%	186
chat	1	100,0%	0	0%	1
<b>19 años</b>	<b>104</b>	<b>80,62%</b>	<b>25</b>	<b>19,37%</b>	<b>129</b>
c.e.	103	80,5%	25	19,5%	128
chat	1	100,0%	0	0%	1
<b>Total 17-19 años</b>	<b>448</b>	<b>75,8%</b>	<b>143</b>	<b>24,2%</b>	<b>591</b>
<b>20 años</b>	<b>80</b>	<b>70,79%</b>	<b>33</b>	<b>29,20%</b>	<b>113</b>
c.e.	80	71,4%	32	28,6%	112
chat	0	,0%	1	100,0%	1
<b>21 años</b>	<b>65</b>	<b>75,58%</b>	<b>21</b>	<b>24,41%</b>	<b>86</b>
c.e.	65	75,6%	21	24,4%	86
chat	0	,0%	0	0%	0
<b>22 años</b>	<b>51</b>	<b>85%</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>	<b>60</b>
c.e.	51	85%	9	15%	60
chat	0	,0%	0	0%	0
<b>Total 20-22 años</b>	<b>196</b>	<b>75,7%</b>	<b>63</b>	<b>24,3%</b>	<b>259</b>
<b>23 años</b>	<b>45</b>	<b>84,90%</b>	<b>8</b>	<b>15,09%</b>	<b>53</b>
c.e.	44	84,6%	8	15,4%	52
chat	1	100,0%	0	0%	1
<b>24 años</b>	<b>16</b>	<b>59,255%</b>	<b>11</b>	<b>40,74%</b>	<b>27</b>
c.e.	15	60%	10	40%	25
chat	1	50%	1	50%	2
<b>25 años</b>	<b>35</b>	<b>64,81%</b>	<b>19</b>	<b>35,18%</b>	<b>54</b>
c.e.	33	63,5%	19	36,5%	52
chat	2	100,0%	0	0%	2
<b>Total 23-25 años</b>	<b>96</b>	<b>71,6%</b>	<b>38</b>	<b>28,4%</b>	<b>134</b>
<b>Total</b>	<b>1.292</b>	<b>77,87%</b>	<b>367</b>	<b>22,12%</b>	<b>1.659</b>

Los resultados por grupos de edad mostraron que, en global, el mayor número de consultas virtuales se situó en el grupo de 14-16 años con  $n = 675$  (40,68%), seguido del grupo de 17-19 años con  $n = 591$  (35,62%). Y el menor porcentaje se registró en el intervalo de 23-25 años con  $n = 134$  (8,07%) de consulta virtual (figura 29).

Por géneros, el femenino tuvo un porcentaje superior en el intervalo de edad de 14 a 16 años  $n = 552$  (42,72%) y el masculino en el de 17 a 19 años  $n = 143$  (38,96%). Y el grupo de 23 a 25 años fue el de menor porcentaje de correos electrónicos en los dos

grupos, distribuidos en  $n = 96$  (7,43%) para el género femenino y  $n = 38$  (10,35%) para el masculino (tabla 13 y figura 28).

**Figura 28.** Distribución de la consulta virtual (c.e. y chat) por género y grupo de edad (agrupados en cuatro categorías)

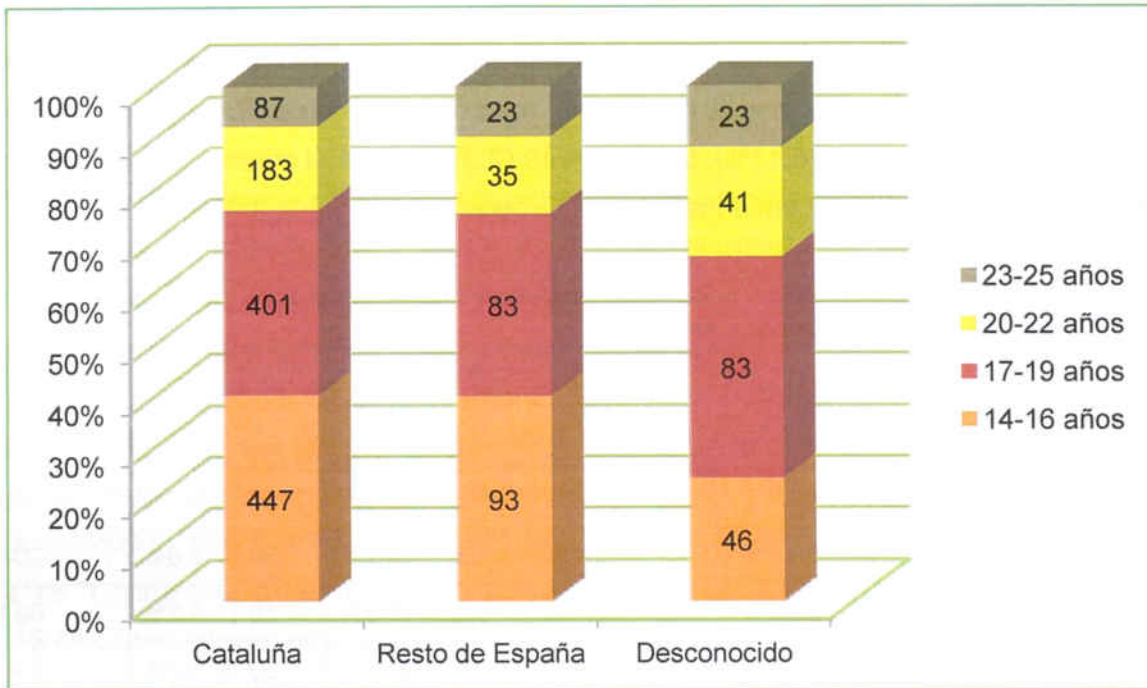


### Procedencia de los correos electrónicos

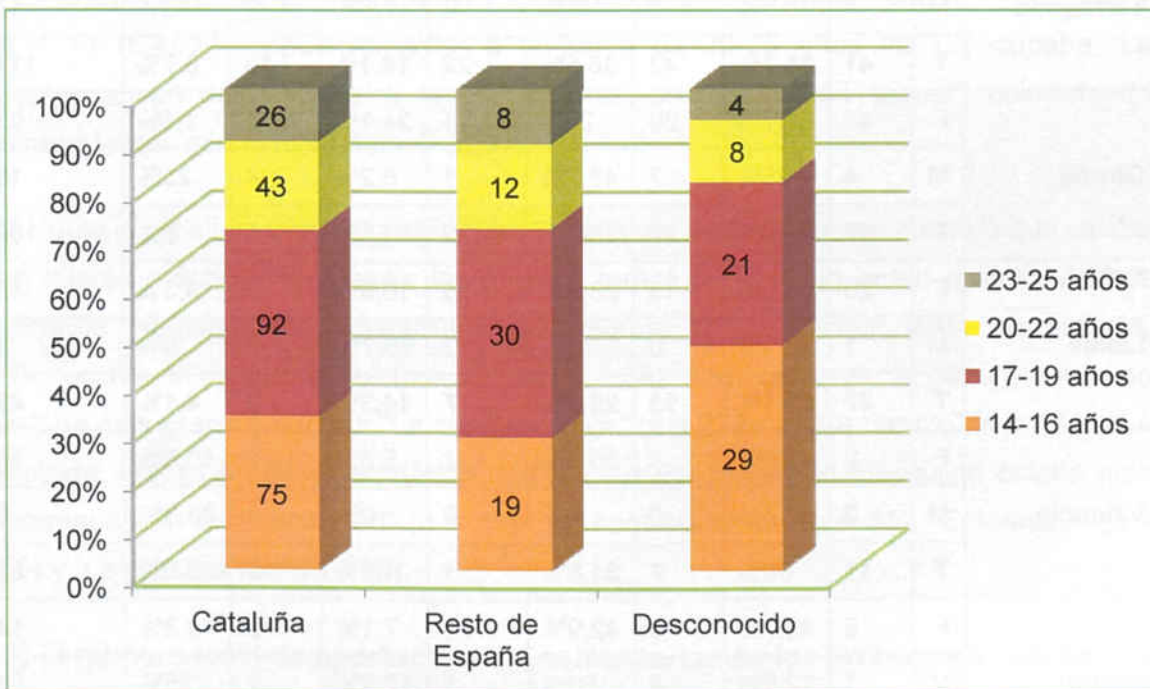
Sabemos del lugar de procedencia en el caso de los correos electrónicos pero no a través del chat. El resultado fue de  $n = 1.612$ , ya que en 15 de los 1.627 correos electrónicos no constaba la procedencia. El mayor número se situó en Cataluña con un total de  $n = 1.122$  (69,6%), en tanto que los del resto de España fueron  $n = 183$  (11,35%). Se registraron  $n = 307$  (19,04%) de origen desconocido.

Los resultados de la distribución de los correos por género femenino y procedencia mostraron que el grupo más numeroso se situaba en los 14-16 años en Cataluña con  $n = 372$  (figura 29). Los resultados detallados de todas las provincias se encuentran en el anexo 5. En cuanto a la procedencia de los correos electrónicos y el género masculino, se pudo observar que el grupo mayoritario tanto en Cataluña como en el resto de España se situaba en los 17-19 años con  $n = 92$  y  $n = 30$  casos, respectivamente (figura 30).

**Figura 29.** Procedencia de los correos electrónicos del género femenino por grupos de edad en cuatro categorías



**Figura 30.** Procedencia de los correos electrónicos del género masculino por grupos de edad en cuatro categorías





Destacamos en la tabla 14 las seis provincias que tuvieron un mayor número de correos electrónicos y añadimos también los de origen desconocido por su elevada frecuencia. Como se puede observar, el mayor número de correos electrónicos correspondió a la provincia de Barcelona con  $n = 853$  (51,4%), seguido por los de procedencia desconocida,  $n = 307$  (18,53%), y a continuación por Tarragona  $n = 117$  (6,89%), Girona  $n = 103$  (6,11%), Lleida  $n = 49$  (2,3%), y con el mismo número Madrid y Valencia  $n = 22$  (1,31%) entre los más numerosos.

Tabla 14. Provincias con mayor número de correos electrónicos según género (F/M) y edad (en 4 categorías) y total (T)

Provincia	G	Edad								
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	N
Barcelona	F	264	40,7%	242	37,3%	93	14,3%	50	7,7%	649
	M	68	33,3%	77	37,7%	39	19,1%	20	9,8%	204
	T	<b>332</b>	<b>38,9%</b>	<b>319</b>	<b>37,4%</b>	<b>132</b>	<b>15,5%</b>	<b>70</b>	<b>8,2%</b>	<b>853</b>
Desconocido	F	106	43,3%	86	35,1%	33	13,5%	20	8,2%	245
	M	29	46,8%	21	33,9%	8	12,9%	4	6,5%	62
	T	<b>135</b>	<b>44%</b>	<b>107</b>	<b>34,9%</b>	<b>41</b>	<b>13,4%</b>	<b>24</b>	<b>7,8%</b>	<b>307</b>
Tarragona	F	37	37%	34	34%	21	21%	8	8%	100
	M	4	23,5%	8	47%	3	17,6%	2	13%	17
	T	<b>41</b>	<b>35,7%</b>	<b>42</b>	<b>36,5%</b>	<b>22</b>	<b>19,1%</b>	<b>10</b>	<b>8,7%</b>	<b>117</b>
Girona	F	45	51,7%	20	23%	21	24,1%	1	1,1%	87
	M	4	25%	7	43,7%	1	6,2%	4	25%	16
	T	<b>47</b>	<b>46,5%</b>	<b>27</b>	<b>26,7%</b>	<b>22</b>	<b>21,8%</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>	<b>103</b>
Lleida	F	26	56,5%	13	28,3%	5	10,9%	2	4,3%	46
	M	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3
	T	<b>27</b>	<b>55,1%</b>	<b>13</b>	<b>26,5%</b>	<b>7</b>	<b>14,3%</b>	<b>2</b>	<b>4,1%</b>	<b>49</b>
Valencia	F	9	47,4%	7	36,8%	1	5,3%	2	10,5%	19
	M	2	66,7%	0	0%	0	0%	1	33,3%	3
	T	<b>11</b>	<b>50%</b>	<b>7</b>	<b>31,8%</b>	<b>1</b>	<b>4,5%</b>	<b>3</b>	<b>13,6%</b>	<b>22</b>
Madrid	F	5	35,7%	6	42,9%	1	7,1%	2	14,3%	14
	M	1	12,5%	4	50%	1	12,5%	2	25%	8
	T	<b>6</b>	<b>27,2%</b>	<b>10</b>	<b>45,4%</b>	<b>2</b>	<b>9,0%</b>	<b>4</b>	<b>18,1%</b>	<b>22</b>

c) Los resultados globales de los temas consultados en los correos electrónicos y chat se adjuntan en el anexo 6. Los temas más consultados fueron: "Conocimiento de tu cuerpo",  $n = 365$  (22,4%); "La contracepción",  $n = 307$  (18,8%); "Embarazo",  $n = 198$ ; (12,15%); "Afectividad",  $n = 142$  (8,71%) y "La primera vez",  $n = 124$  (7,6%).

Por edades, los temas consultados fueron similares pero en distinto orden. Los grupos de edad de 17-19 años, 20-22 años y 23-25 años coincidieron en los temas de interés, como se expone a continuación. En primer lugar, en la franja de edad de 14-16 años, el tema más consultado fue "Conocimiento de tu cuerpo" con  $n = 81$  (11,91%); en el grupo de 17-19 años, 20-22 años y de 23-25 años fueron "La contracepción", con  $n = 129$  (21,97%),  $n = 79$  (30,73%) y  $n = 30$  (24%) respectivamente. El tema que ocupaba el segundo lugar según las diferentes franjas de edad fue en los 14-16 años "Afectividad", con  $n = 70$  (10,76%); en el grupo de 17-19 años, 20-22 años y 23-25 años "Conocimiento de tu cuerpo", con  $n = 124$  (21,12%),  $n = 39$  (15,17%) y  $n = 21$  (16,8%) respectivamente. En tercer lugar, el tema más consultado en los 14-16 años, con  $n = 76$  (11,51%), fue "La primera vez"; el resto de los grupos de edad también coincidieron en la temática del "Embarazo" con  $n = 88$  (14,9%) en el grupo de 17-19 años,  $n = 25$  (9,7%) en el de 20-22 años y  $n = 16$  (12,8%) en la franja de 23-25 años. En cuarta posición, al grupo de 14-16 años les interesaba el "Embarazo",  $n = 69$  (10,45%), y al grupo de 17-19 años y 20-22 años la "Afectividad", con  $n = 45$  (7,6%) y  $n = 14$  (5,44%) respectivamente; a la franja de 23-25 años les preocupaba "La contracepción de urgencia" y las "Infecciones de transmisión sexual", coincidiendo ambos temas con la misma  $n = 7$  (5,6%).

Al igual que con la edad, al analizar los resultados por géneros se observó que existía un interés prácticamente hacia los mismos temas pero en un orden distinto. Ambos géneros (femenino y masculino) coincidieron en el primer tema de interés, "Conocimiento de tu cuerpo" ( $n = 276$  vs.  $n = 89$ ). Seguidamente, el género femenino estaba más preocupado por "La contracepción" ( $n = 272$ ), el "Embarazo" ( $n = 164$ ), "La primera vez" ( $n = 104$ ) y la "Afectividad" ( $n = 103$ ). El género masculino estaba más interesado en la "Afectividad" ( $n = 39$ ), "La contracepción" ( $n = 35$ ), "Embarazo" ( $n = 34$ ) y "La primera vez" ( $n = 20$ ).

d) El número total de aportaciones o comentarios de los jóvenes en cuanto a la sección del blog fue de  $n = 272$ . Los temas comentados, así como la distribución según frecuencias y porcentajes, se muestran en la tabla 15. Destacamos que los tres temas con más comentarios fueron "La primera vez", con  $n = 104$  (38,2%)

comentarios, seguidos de la pregunta “¿Cómo practicas el *petting*?”, con  $n = 74$  (27,2%), y el “Amor o enamoramiento” con  $n = 48$  (17,6%).

Uso, acosoTemas	N	%
Sobre la primera vez	104	38,2%
¿Cómo practicas el <i>petting</i> ?	74	27,2%
Amor o enamoramiento. Cuentos	48	17,6%
La pastilla del día siguiente	28	10,3%
El contagio ¿y tú qué haces para evitarlo?	9	3,3%
Abuso y acoso sexual	9	3,3%
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100%</b>

e) Los resultados relacionados con las respuestas recibidas por correo electrónico por los jóvenes fueron los siguientes:

✘ En cuanto a la resolución de las dudas del joven

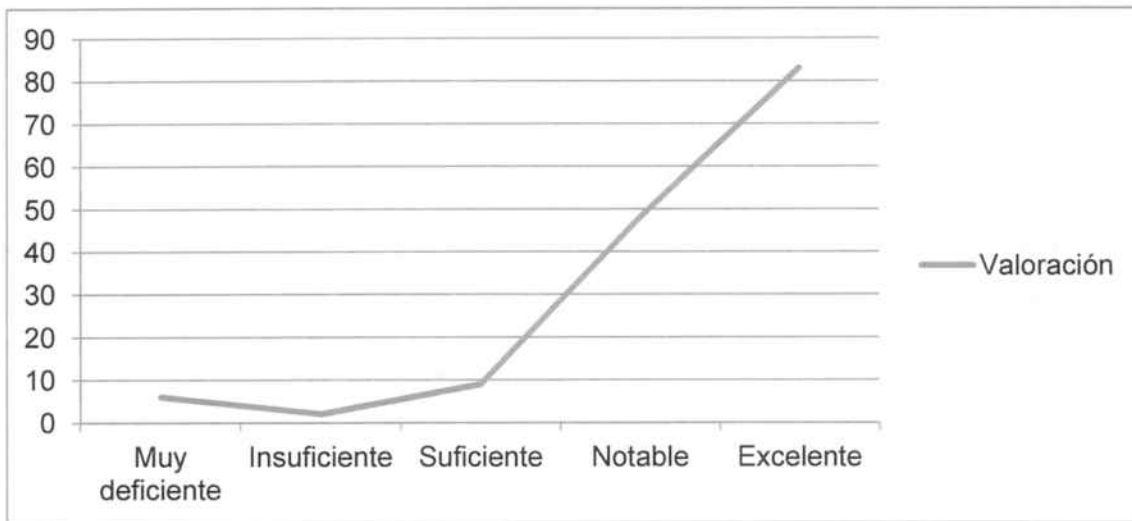
Se obtuvieron 148 encuestas contestadas, de las cuales  $n = 133$  (91,09%) indicaban que las respuestas habían resuelto sus dudas, en tanto que  $n = 13$  señalaron que no.

✘ En cuanto a la valoración de la respuesta del profesional

Como se puede observar en la figura 31, de las 148 respuestas obtenidas y con las siguientes puntuaciones agrupadas en listados de dos puntos, se valoraron de 7 a 10 puntos (*notable - excelente*) el 88,51% de ellas, según el baremo especificado a continuación:

- *Muy deficiente* (0-2 puntos): 6 (4,05%)
- *Insuficiente* (3- 4 puntos): 2 (1,35%)
- *Suficiente* (5-6 puntos): 9 (6,08%)
- *Notable* (7-8 puntos): 48 (32,43%)
- *Excelente* (9-10 puntos): 83 (56,08%)

Los jóvenes valoraron con un 0  $n = 4$  (2,70%) encuestas y con un 10,  $n = 83$  (36,48%) respuestas.

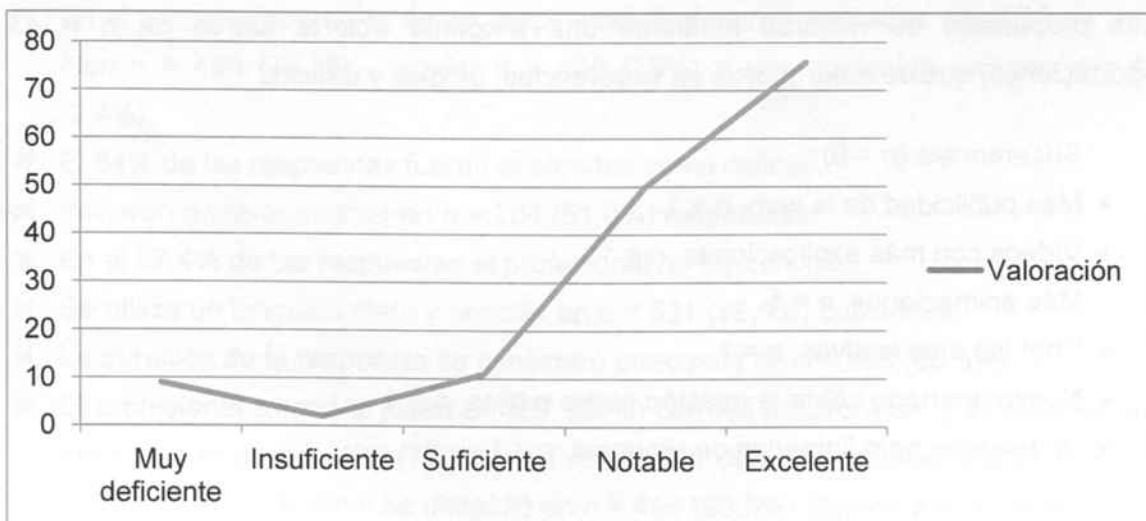
**Figura 31.** Valoración de la respuesta del profesional

✘ En cuanto a la valoración de los recursos de la web

Los resultados de la valoración de 148 respuestas de los recursos de la web *Sexe Joves* en una escala del 1 al 10 fueron los siguientes:

- *Muy deficiente* (0-2 puntos): 9 (6,08%)
- *Insuficiente* (3- 4 puntos): 2 (1,35%)
- *Suficiente* (5-6 puntos): 11 (7,43%)
- *Notable* (7-8 puntos): 50 (33,78%)
- *Excelente* (9-10 puntos): 76 (51,35%)

Los jóvenes valoraron con un 0 los recursos de la web  $n = 6$  (4,05%) encuestas y con un 10,  $n = 43$  (22,97%). En la figura 32 se puede apreciar que la valoración de los recursos fue puntuada de notable y excelente en 126 ocasiones del total de 148.

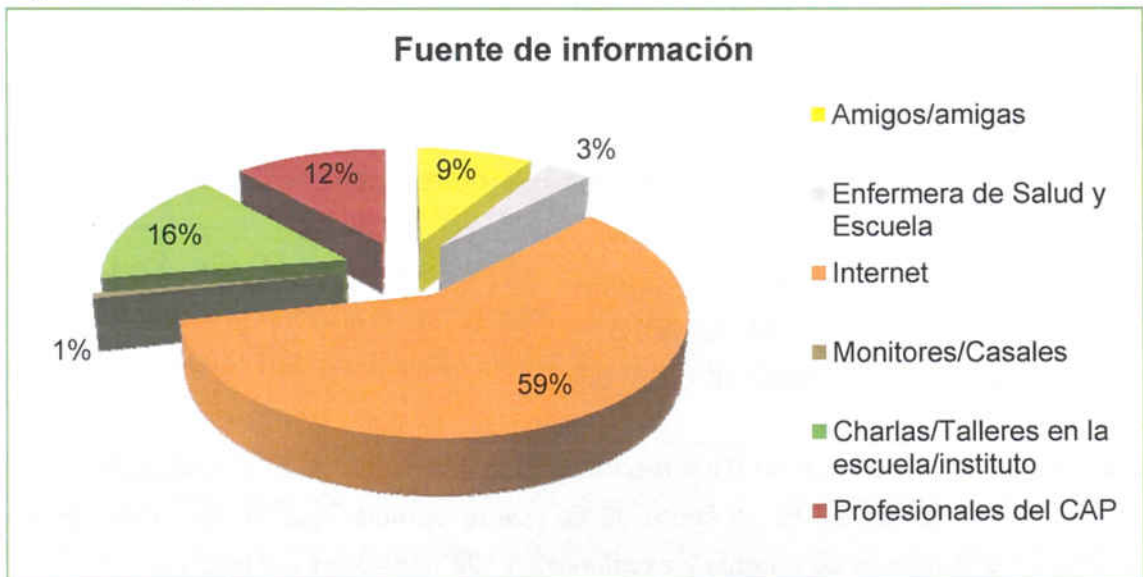
**Figura 32.** Valoración de los recursos de la web

✘ En cuanto a la **recomendación del servicio del correo electrónico** a sus conocidos A la pregunta de si recomendarían el servicio a sus amigos/as, en su mayoría contestaron afirmativamente  $n = 140$  (96,55%), en tanto que no lo recomendaban  $n = 5$  (3,44%) jóvenes.

✘ En cuanto al **origen de la información de la web**

A la pregunta de cómo habían conocido la web, las 145 respuestas recibidas se distribuyeron como se aprecia en la figura 33. Cabe destacar que la principal fuente de información fue internet en  $n = 86$  (59,31%) ocasiones, seguido de las charlas/talleres en la escuela/instituto  $n = 23$  (15,86%), y de los profesionales de los centros de atención primaria  $n = 17$  (11,72%) veces.

Figura 33. Origen de la información de la web



✘ Los **comentarios** de los jóvenes para mejorar la web

Las propuestas de mejoras mediante una pregunta abierta fueron de  $n = 43$  aportaciones, que se reagruparon en sugerencias, elogios y déficits.

**Sugerencias** ( $n = 6$ ):

- Más publicidad de la web,  $n = 1$
- Vídeos con más explicaciones,  $n = 1$
- Más animaciones,  $n = 1$
- Chat los días festivos,  $n = 1$
- Nuevo apartado sobre la relación padre e hijos,  $n = 1$
- Un teléfono para llamadas de urgencia,  $n = 1$

Elogios (n = 28):

- Ninguna mejora ya que la web está bien, n = 18
- Excelente la celeridad en las respuestas, n = 3
- Agradecimiento por la respuesta, n = 2
- Lo mejor de la web es la consulta electrónica, n = 1
- Respuestas muy claras y concisas, n = 3
- Los profesionales son muy buenos, n = 1

Déficits (n = 11):

- Tardar más de 24 horas, n = 2
- El profesional no tiene suficientes conocimientos, n = 2
- Le faltaba a la respuesta una opinión concreta para que el joven pudiera tomar una decisión, n = 2
- Les gustaría que hubiesen más comentarios de los jóvenes, n = 1
- Comentar más ampliamente los riesgos del sexo virtual, n = 1
- Contestar en catalán, y el joven no comprendía el idioma, n = 1

## 7.2 Resultados del análisis de la calidad de las respuestas de los profesionales (preformación)

A continuación se presentan los resultados de la calidad de las respuestas de la segunda fase del estudio. Los resultados por cada ítem de n = 548 respuestas (tabla 16) fueron los siguientes:

- × En el contenido científico de las respuestas destacaron valoradas como *bien* y *muy bien* n = 409 (74,7%), *regular* n = 126 (23%) y con contenido *erróneo* n = 13 (2,4%).
- × El 84% de las respuestas fueron evaluadas como cálidas.
- × Invitaron a volver escribir en n = 284 (51,8%) respuestas.
- × En el 97,4% de las respuestas el profesional no utilizó siglas.
- × Se utilizó un lenguaje claro y sencillo en n = 531 (96,9%) ocasiones.
- × La duración de la respuesta se consideró *adecuada* en n = 358 (65,3%).
- × El profesional *saludó* al joven en 537 (98%) correos electrónicos, y se elaboró una *introducción* en n = 423 (77,2%). La *resolución* de la consulta se dio en n = 482 (88,1%) y el profesional se *despidió* en n = 496 (90,5%) correos electrónicos.

Tabla 16. Resultados de la calidad de las respuestas según las diferentes dimensiones evaluadas en la preformación. N= 548

Respuestas	Valoración	N	%
<b>Contenido científico</b>	Erróneo	13	2,4%
	Regular	126	23%
	Bien	316	57,7%
	Muy bien	93	17%
<b>Calidez de la respuesta</b>	No	85	15,5%
	Sí	463	84,5%
<b>Invita a volver escribir</b>	No	263	48%
	Sí	284	51,8%
	Total	547	99,8%
	No cumplimentado	1	0,2%
<b>Uso de siglas</b>	No	534	97,4%
	Sí	14	2,6%
<b>Lenguaje claro y sencillo</b>	No	17	3,1%
	Sí	531	96,9%
<b>Duración de la respuesta</b>	Escueta	178	32,5%
	Adecuada	358	65,3%
	Larga	12	2,2%
<b>Estructura de la respuesta</b>			
<b>Saludos</b>	No	11	2%
	Sí	537	98%
<b>Introducción</b>	No	125	22,8%
	Sí	423	77,2%
<b>Resolución</b>	No	65	11,9%
	Sí	482	88,1%
	No cumplimentada	1	0,2%
<b>Despedida</b>	No	51	9,3%
	Sí	496	90,5%
	No cumplimentada	1	0,2%
<b>Total</b>		<b>548</b>	<b>100%</b>

Respecto a los temas más consultados en el periodo de estudio cabe destacar: "Conocimiento de tu cuerpo", n = 110 (20,1%); "La contracepción", n = 108 (19,7%); "Afectividad", n = 60 (10,9%) y "La primera vez", n = 46 (8,4%), coincidiendo con la

mayoría de los temas consultados en los contenidos más visitados de la página de la web (tabla 17).

Tabla 17. Temas de las respuestas de los correos electrónicos valorados en la preformación. N = 548		
Temas	N	%
Afectividad y sexualidad	60	10,9%
Homosexualidad	4	0,7%
Conocimiento del cuerpo	110	20,1%
El <i>petting</i>	15	2,7%
La primera vez	46	8,4%
La contracepción	108	19,7%
La contracepción de urgencia	36	6,6%
Embarazo	55	10%
Aborto	10	1,8%
ITS	13	2,4%
ITS y VIH	8	1,5%
ITS y VPH	3	0,5%
Vacunas	2	0,4%
Abuso y agresión sexual	2	0,4%
Sexo y drogas	2	0,4%
Patología ginecológica	13	2,4%
Organización	6	1,1%
Psicopatologías (eyaculación precoz)	10	1,8%
Psicopatologías (disfunción eréctil)	1	0,2%
Psicopatologías (otras)	3	0,5%
Vaginismo	5	0,9%
Otras	26	4,7%
Total	538	98,2%
Sin tema	10	1,8%
Total	548	100%



En cuanto a la valoración del contenido científico (*error, regular, bien y muy bien*) según los diferentes temas consultados en los correos electrónicos, se obtuvo que las respuestas con un contenido científico calificado como *bien y muy bien* en un porcentaje total de 100% eran los expuestos en la tabla 18: "El *petting*" (n = 15), "ITS y VPH" (n = 3), "Vacunas" (n = 2), "Abuso y agresión sexual" (n = 2) y "El sexo y las drogas" (n = 2).

Por otra parte, se valoraron como *regular* los siguientes temas: "Psicopatologías (disfunción eréctil)", n = 1 (100%); "Psicopatologías (otras)", n = 3 (100%); "Vaginismo", n = 4 (80%); "Organización", n = 3 (50%) y "Embarazo", n = 18 (32,7%) entre otros.

Por último, los contenidos con mayor porcentaje de *erróneo* fueron: "Homosexualidad", n = 1 (20%); "Afectividad", n = 3 (5%); "La contracepción de urgencia", n = 1 (2,8%); "ITS y VIH", n = 2 (2,5%); "Aborto", n = 2 (2%); "La contracepción", n = 2 (1,9%) y "Conocimiento de tu cuerpo", n = 2 (1,8%).

Tabla 18. Contenido científico de los correos electrónicos (erróneo, regular, bien, muy bien) según los temas consultados en la preformación

Contenido científico / Temas	Erróneo		Regular		Bien		Muy bien		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Afectividad	3	5%	16	26,7%	23	38,3%	18	30%	60	100%
Homosexualidad	1	20%	0	0%	3	60%	1	20%	5	100%
Conocimiento de tu cuerpo	2	1,8%	20	18,2%	68	61,8%	20	18,2%	110	100%
El <i>petting</i>	0	0%	0	0%	14	93,3%	1	6,7%	15	100%
La primera vez	0	0%	10	21,7%	22	47,8%	14	30,4%	46	100%
La contracepción	2	1,9%	2	19,4%	73	67,6%	12	11,1%	108	100%
Contracepción de urgencia	1	2,8%	11	30,6%	21	58,3%	3	8,3%	36	100%
Embarazo	0	0%	18	32,7%	29	52,7%	8	14,5%	55	100%
Aborto	2	2%	3	30%	5	50%	0	0%	10	100%
ITS	0	0%	3	23,1%	7	53,8%	3	23,1%	13	100%
ITS y VIH	2	2,5%	1	12,5%	5	62,5%	0	0%	8	100%
ITS y VPH	0	0%	0	0%	2	66,7%	1	33,3%	3	100%
Vacunas	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Abuso y agresión sexual	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%

Contenido científico / Temas	Erróneo		Regular		Bien		Muy bien		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>El sexo y las drogas</b>	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
<b>Patología ginecológica</b>	0	0%	2	15,4%	8	61,5%	3	23,1%	13	100%
<b>Organización</b>	0	0%	3	50%	3	50%	0	0%	6	100%
<b>Psicopatologías (eyaculación precoz)</b>	0	0%	3	30%	5	50%	2	20%	10	100%
<b>Psicopatologías (disfunción eréctil)</b>	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
<b>Psicopatologías (otras)</b>	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
<b>Vaginismo</b>	0	0%	4	80%	0	0%	1	20%	5	100%
<b>Otras</b>	0	0%	2	7,7%	19	73,1%	5	19,2%	26	100%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>2,2%</b>	<b>121</b>	<b>22,5%</b>	<b>312</b>	<b>58%</b>	<b>93</b>	<b>17,3%</b>	<b>538</b>	<b>100%</b>

Se observa una relación entre el contenido científico y el resto de indicadores, ya que cabe destacar que cuando el ítem del contenido científico se consideraba *erróneo* y *regular* se alcanzaban porcentajes superiores al resto en cuanto a la respuesta *incompleta*,  $n = 12$  (92,3%); duración *escueta*,  $n = 13$  (100%); no aparecía la *introducción*,  $n = 11$  (84,6%); no había *resolución*,  $n = 9$  (69,2%); no invitaban a *volver a escribir*,  $n = 10$  (76,9%), y no se había elaborado una *despedida*,  $n = 6$  (46,2%). Y además las respuestas no fueron *cálidas*  $n = 12$  (92,3%) (tabla 19).

A diferencia de estos resultados, y cuando el contenido científico era clasificado *muy bien* y *bien*, los porcentajes eran elevados en cuanto a la respuesta *completa*, con  $n = 90$  (96,8%) y  $n = 264$  (83,5%), y a duración *adecuada* de la respuesta, con  $n = 84$  (90,3%) y  $n = 246$  (77,8%), respectivamente. En estos casos también la estructura de la respuesta estaba bien elaborada: se observaron porcentajes muy elevados en *saludos* [ $n = 93$  (100%) y 309 (97,8%)], *introducción* [ $n = 93$  (100%) y 263 (83,2%)], *resolución* [ $n = 93$  (100%) y 304 (96,2%)] y *despedida* [ $n = 89$  (95,7%) y 302 (95,6%)], respectivamente. También se invitó a *volver a escribir* [ $n = 75$  (80,6%) y 167 (52,6%)] y el *lenguaje fue claro y sencillo* [ $n = 92$  (98,9%) y 314 (99,4%)] y la respuesta fue *cálida* [ $n = 92$  (98,9%) y 291 (92,1%)] respectivamente (tabla 19).

Tabla 19. Contenido científico en relación con otros indicadores de la calidad de las respuestas en la preformación

Contenido científico / otros indicadores		Error		Regular		Bien		Muy bien	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Respuesta</b>	Incompleta	12	92,3%	109	86,5%	52	16,5%	3	3,2%
	Completa	1	7,7%	17	13,5%	264	83,5%	90	96,8%
<b>Duración de la respuesta</b>	Escueta	13	100%	95	75,4%	66	20,9%	4	4,3%
	Adecuada	0	0%	28	2,2%	246	77,8%	84	90,3%
	Larga	0	0%	3	2,4%	4	1,3%	5	5,4%
<b>Estructura respuesta</b>									
<b>Saludos</b>	No	1	7,7%	3	2,4%	7	2,2%	11	2%
	Sí	12	92,3%	123	97,6%	309	97,8%	93	100%
<b>Introducción</b>	No	11	84,6%	61	48,4%	53	16,8%	0	0%
	Sí	2	15,4%	65	51,6%	263	83,2%	93	100%
<b>Resolución</b>	No	9	69,2%	44	35,2%	12	3,8%	0	0%
	Sí	4	30,8%	81	64,8%	304	96,2%	93	100%
<b>Despedida</b>	No	6	46,2%	27	21,6%	14	4,4%	4	4,3%
	Sí	7	53,8%	98	78,4%	302	95,6%	89	95,7%
<b>Invita a volver a escribir</b>	No	10	76,9%	86	68,6%	149	47,2%	18	19,4%
	Sí	3	23,1%	39	31,2%	167	52,6%	75	80,6%
<b>Lenguaje claro y sencillo</b>	No	2	15,4%	12	9,5%	2	0,6%	1	1,1%
	Sí	11	84,6%	114	90,5%	314	99,4%	92	98,9%
<b>Calidez en la respuesta</b>	No	12	92,3%	47	37,3%	25	7,9%	1	1,1%
	Sí	1	7,7%	79	62,7%	291	92,1%	92	98,9%

### 7.3 Análisis comparativo de las respuestas de los profesionales pre y posformación

Con los resultados obtenidos en la fase 2 del estudio se realizó una comparación de la preformación con la posformación. Se analizaron las respuestas a los nueve correos electrónicos distribuidos a cada uno de los trece profesionales que hicieron la formación, con un total de  $n = 117$ , pero dos correos electrónicos no se contestaron y se obtuvo  $n = 115$  resultados de las respuestas en la posformación (tabla 20):

- ✗ El contenido científico de los correos posintervención fueron valorados como *muy bien y bien*  $n = 108$  (93,9%) y *regular*  $n = 7$  (6,1%).
- ✗ Las respuestas fueron *completas* en  $n = 103$  (89,6%) e *incompletas* en  $n = 12$  (10,4%).
- ✗ Se consideró que había *calidez* en la respuesta en  $n = 112$  (97,4%).
- ✗ Invitaron a volver escribir en  $n = 94$  (81,7%) de los correos contestados.
- ✗ No utilizaron siglas en  $n = 103$  (89,6%) respuestas.
- ✗ El 100% de los correos tuvieron un lenguaje claro y sencillo.
- ✗ El 88,7% ( $n = 102$ ) de las respuestas tenían una duración *adecuada*, y sólo un 10,4% ( $n = 12$ ) *escueta*.
- ✗ En cuanto a la estructura de la respuesta, el 100% *saludaron*, el 97,4% ( $n = 112$ ) realizaron una *introducción*, el 97,4% ( $n = 112$ ) desarrollaron la *resolución* y el 98,3% ( $n = 113$ ) utilizaron la *despedida*.

Tabla 20. Resultados de la calidad de las respuestas según las diferentes dimensiones evaluadas en la posformación. N = 115

		N	%
Contenido científico	Error	0	0%
	Regular	7	6,1%
	Bien	66	57,4%
	Muy bien	42	36,5%
Respuesta	Incompleta	12	10,4%
	Completa	103	89,6%
Calidez de la respuesta	No	3	2,6%
	Sí	112	97,4%
Invita a volver a escribir	No	21	18,3%
	Sí	94	81,7%
Uso de siglas	No	103	89,6%
	Sí	12	10,4%
Lenguaje claro y sencillo	No	0	0%
	Sí	115	100%
Duración de la respuesta	Escueta	12	10,4%
	Adecuada	102	88,7%
	Larga	1	0,9%

Estructura respuesta		N	%
Saludos	No	0	0%
	Sí	115	100%
Introducción	No	3	2,6%
	Sí	112	97,4%
Resolución	No	3	2,6%
	Sí	112	97,4%
Despedida	No	2	1,7%
	Sí	113	8,3%
Tema	Afectividad	26	22,6%
	La contracepción	26	22,6%
	Conocimiento de tu cuerpo	13	11,3%
	Embarazo	13	11,3%
	Contracepción de urgencia	12	10,4%
	ITS y VIH	12	10,4%
	Patología ginecológica	3	2,6%
<b>Total</b>		<b>115</b>	<b>100%</b>

Al realizar el análisis de comparación pre y posformación (tabla 21), se observó que los ítems que obtuvieron cambios relevantes fueron los siguientes:

- ✗ Respecto al contenido científico, se obtuvo que en la preformación hubo un 80% de contenidos *erróneos* y en la posformación ninguno *erróneo* ( $p < 0,001$ ), *regular* un 6,1% ( $p < 0,001$ ), *bien* un 57,4% ( $p < 0,001$ ) y *muy bien* un 36,5% ( $p < 0,001$ ).
- ✗ La respuesta *completa* pasó de un 7,7% antes de la formación a un 89,6% ( $p < 0,001$ ) después.
- ✗ La calidez de la respuesta cambió de un 7,7% en la preformación a 97,4% ( $p < 0,001$ ) en la posformación.
- ✗ El invitar a volver a escribir pasó de un 23,1% en la preformación a un 81,7% ( $p < 0,001$ ) en la posformación.
- ✗ La duración *escueta* de la respuesta en la preformación fue del 100% y en la posformación de un 10,4% ( $p < 0,001$ ).
- ✗ Redactaron la *introducción* el 97,4% ( $p < 0,001$ ) en la posformación y un 15,4% en la preformación; hubo *resolución* en un 97,4% ( $p < 0,001$ ) en la posformación y en la

preformación un 30,8%, y se *despidieron* el 98,3% en la posformación ( $p < 0,001$ ) y en la preformación el 53,8%.

- ✗ El lenguaje claro y sencillo pasó de 84,6% antes de la formación a 100% ( $p = 0,009$ ) después.
- ✗ Los ítems que no obtuvieron cambios relevantes fueron el uso de siglas, que en la preformación era 0% y en la posformación pasó a un 10,4% ( $p = 0,665$ ), y saludos, que en antes era de 92,3% y después del 100% ( $p = 0,102$ ).

Los resultados de la evaluación de la satisfacción de los treinta participantes del curso de actualización de la web *Sexe Joves* demostraron que fue altamente satisfactoria, dado que en una escala de valoración del 1 al 6 la nota media global del curso fue de  $\bar{X} = 5,09$ . El resto de los indicadores también fueron bien valorados, como se puede apreciar a continuación, a excepción del material didáctico que se entregó posteriormente al curso por correo electrónico:

- ✗ Organización del curso:  $\bar{X} = 5,16$
- ✗ Materiales didácticos entregados en el curso: no se pudieron valorar, ya que se enviaron posteriormente por correo electrónico
- ✗ Objetivos y contenidos:  $\bar{X} = 5,44$
- ✗ Metodología:  $\bar{X} = 5,57$
- ✗ Aplicabilidad a la práctica:  $\bar{X} = 5,82$
- ✗ Evaluación global:  $\bar{X} = 5,48$

Tabla 21. Comparativa de los resultados de las respuestas consideradas erróneas en la preformación y en la posformación

		Preformación N = 13		Posformación N = 115		p	$\chi^2$	gl
		N	%	N	%			
Contenido científico	Erróneo	13	100%	0	0%	p<0,001	128	3
	Regular	0	0%	7	6,1%			
	Bien	0	0%	66	57,4			
	Muy bien	0	0%	42	36,5%			
Respuesta	Incompleta	12	92,3%	12	10,4%	p<0,001	51,39	1
	Completa	1	7,7%	103	89,6%			
Calidez de la respuesta	No	12	92,3%	3	2,6%	p<0,001	90,84	1
	Sí	1	7,7%	112	97,4%			
Invita a volver a escribir	No	10	76,9%	21	18,3%	p<0,001	21,09	1
	Sí	3	23,1%	94	81,7%			



		Preformación N = 13		Posformación N = 115		p	$\chi^2$	gl
		N	%	N	%			
<b>Uso de siglas</b>	No	13	100%	103	89,6%	p=0,665	0,116	1
	Sí	0	0%	12	10,4%			
<b>Lenguaje claro y sencillo</b>	No	2	15,4%	0	0%	p=0,009	17,97	1
	Sí	11	84,6%	115	100%			
<b>Duración respuesta</b>	Escueta	13	100%	12	10,4%	p<0,001	59,61	2
	Adecuada	0	0%	102	88,7%			
	Larga	0	0%	1	0,9%			
<b>Estructura respuesta</b>								
<b>Saludos</b>	No	1	7,7%	0	0%	p=0,102	8,92	1
	Sí	12	92,3%	115	100%			
<b>Introducción</b>	No	11	84,6%	3	2,6%	p<0,001	80,63	1
	Sí	2	15,4%	112	97,4%			
<b>Resolución</b>	No	9	69,2%	3	2,6%	p<0,001	61,02	1
	Sí	4	30,8%	112	97,4%			
<b>Despedida</b>	No	6	46,2%	2	1,7%	p<0,001	39,32	1
	Sí	7	53,8%	113	98,3%			

p = valor de p,  $\chi^2$  = Ji cuadrado, gl = grados de libertad

## Aspectos éticos del estudio

El proyecto se presentó a la Comisión de Ética del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol del Instituto Catalán de la Salud para solicitar el permiso y la conformidad del estudio. Según lo establecido en la política de privacidad y confidencialidad del ICS sobre el tratamiento de los datos personales, los datos tanto de los jóvenes como de los profesionales que realizaron la consulta virtual de la web mantendrán el anonimato y la confidencialidad y no serán publicados.

Al inicio del curso de formación se informó a las profesionales que se realizaría una prueba posformación para valorar el aprendizaje y se solicitó su consentimiento informado.

## Capítulo 8

# Discusión de los resultados

Una vez que hemos demostrado que la web que nos ocupa es una herramienta que pretende ser útil para informar a los jóvenes sobre temas de salud sexual y reproductiva, presentamos la discusión de los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos generales planteados.

### 8.1 Discusión sobre el uso de la página web *Sexe Joves*

#### a) La web

⋮⋮⋮ De acuerdo con los resultados presentados, el número de visitas a la web (n = 326.164) se duplicó con respecto al 2009.<sup>84,144</sup> Estos resultados se explican por la aparición de la web en prensa en el año 2010 con la consiguiente publicidad. El buscador más utilizado fue *Google Spain* (n = 70.300), seguido a distancia por *Google México* (n = 15.829), lo que pone de manifiesto se accedió mayormente desde España y que empezaba a conocerse en Sudamérica. El estudio IESE<sup>5</sup> también coincidió en que el 23% de los jóvenes catalanes utilizaba como página de inicio *Google*.

⋮⋮⋮ El hecho de que las palabras de búsqueda predominantes en *Google Spain* hayan sido "*petting*" (n = 10.731) y "la primera vez" (n = 4.847) indica que el usuario de la web tiene un perfil de edad muy joven, que la utiliza para adquirir más información sobre afectividad y sexualidad y para saber más sobre el inicio de las relaciones sexuales. Así pues, en algunos casos podrían ser jóvenes que no han iniciado sus relaciones sexuales y utilizan la web para asesorarse y prevenir tanto embarazos no deseados como enfermedades de transmisión sexual. También la palabra de



búsqueda “*petting*” pudo estar asociada a los jóvenes que acudían a los talleres de afectividad que realizaban matronas y enfermeras en las escuelas e institutos y que tras escuchar por primera vez esta palabra en la sesión formativa desearon ampliar la información consultando la web. Ésta sería una línea que convendría explorar especialmente si se quisiera evaluar el impacto de estas intervenciones.

La URL <http://www.google.es/search> fue el punto de partida para llegar hasta la web en el mayor número de casos (n = 41.246). Por tanto, se evidenció que el joven no conocía la dirección de la web como primera opción, sino que a través de las palabras de búsqueda llegaba a la web.

••• El total de visualizaciones de la web según los contenidos y secciones visitadas ha sido muy elevado (n = 1.018.157) y su porcentaje de uso en catalán (n = 508.783) fue superior que en castellano (n = 376.643) y en el lenguaje de signos (n = 64.146). Estos datos demuestran que los jóvenes están interesados en la búsqueda de información sobre salud afectiva, sexual y reproductiva, en línea con los resultados obtenidos por la Sociedad de Información Española, en la que se manifestó que los jóvenes españoles buscan información sobre salud con una media de un 42%, cifra superior a la media europea (35%).<sup>3</sup>

••• Los contenidos más visitados en la web en su totalidad eran semejantes en catalán, castellano y en el lenguaje de signos: “La primera vez” (n = 218.446), “El *petting*” (n = 164.107), “Conocimiento de tu cuerpo” (n = 108.819), “Afectividad” (n = 100.093), “El sexo virtual” (n = 72.289), “La contracepción” (54.481) y “Abuso y agresión sexual” (n = 41.485). Estos resultados coincidieron con otros estudios realizados, donde se evidenció el interés por los mismos temas.<sup>15</sup> Todo ello reafirmó que la web fue visualizada por un perfil de joven inexperto en estos temas y que quería obtener más información. Sorprendió observar que “El sexo virtual” era un apartado que despertaba curiosidad en los jóvenes. Este hecho se valoró positivamente, ya que los estudios recomiendan que los jóvenes conozcan y utilicen webs con información verídica para evitar que adquieran conocimientos que no sean auténticos ni responsables y puedan sufrir engaños de personas sin escrúpulos, puesto que ya hemos indicado que internet es un medio utilizado ampliamente para obtener acceso a la pornografía y a la red telemática de contactos.<sup>72</sup>

••• En los resultados también destacaba el hecho de que el tema del “Abuso y agresión sexual” en el lenguaje de signos, en castellano y en el total ocupaba el séptimo puesto más visualizado coincidiendo con el estudio de Spencer (2005), que

describió que el grupo de población con discapacidad sensorial tenía un mayor riesgo de violencia física y abuso emocional e indicó que hay que realizar prevención desde la infancia en este grupo más vulnerable.<sup>122</sup> Estos resultados nos obligan a mejorar los contenidos de la sección de la web que comentan el abuso y la agresión sexual, ya que los ejemplos citados en este apartado se refieren exclusivamente a la violencia de género y no tratan específicamente los riesgos de los adolescentes y jóvenes con alguna discapacidad.

⋮⋮⋮ La literatura sobre webs y sexualidad y discapacidad es nula.<sup>48</sup> Los jóvenes con discapacidades auditivas que aprenden a leer fuentes escritas pueden acceder a webs, foros etc. y a toda la información escrita, pero los jóvenes que utilizan el lenguaje de signos tienen unas limitaciones importantes en nuestra sociedad y necesitan webs adaptadas con traductores a este tipo de lenguaje. Existen algunos estudios que manifestaron que el nivel de conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH en este colectivo era muy deficitario.<sup>51</sup> Consecuentemente, las webs dirigidas a estos jóvenes deberían disponer de un árbol de contenidos sobre salud afectiva, sexual y reproductiva y de una consulta virtual con traductores en lenguajes de signos.

⋮⋮⋮ El blog fue una sección muy útil ( $n = 53.161$ ), puesto que los jóvenes querían conocer las opiniones y las experiencias de su grupo de iguales. En estudios en redes sociales, los adolescentes han demostrado que intercambian información de comportamientos de riesgo,<sup>59</sup> comportamiento sexual, uso de sustancias y violencia. Que las redes sociales hablen de sexo seguro se asocia a una mayor probabilidad de sexo seguro.<sup>60-62</sup> Por tanto, el desarrollo de servicios de salud sexual con intervenciones en las redes sociales en línea podrá reducir las conductas sexuales de riesgo y promover que realicen consultas virtuales sobre infecciones de transmisión sexual y VIH.

## b) La consulta virtual

⋮⋮⋮ El número de consultas virtuales del periodo de estudio fue  $n = 1.667$ . Por tanto, el uso de este servicio demuestra que los jóvenes están interesados en realizar preguntas a un profesional a través de este canal y recibir una respuesta individualizada.<sup>13</sup>

⋮⋮⋮ La demanda de la consulta virtual por género y edad coincidió con los resultados de otros estudios de consultas virtuales. Se dio en un porcentaje más elevado en el

género femenino (n = 1.292) frente al masculino (n = 367) y las mujeres fueron las que utilizaron la consulta virtual a edad más temprana (14-16 años) que los hombres (17-19 años).<sup>21,22</sup> En el género femenino, la edad de 16 años fue la más frecuente en las consultas virtuales (n = 234), y en el género masculino fue la de 17 años (n = 72).

••• En la consulta virtual, el número de correos electrónicos (n = 1.627) fue más elevado que el de chats (n = 40). El motivo de estos resultados fue que la oferta horaria del chat era más reducida (tres días por la tarde y una mañana). En cambio el correo electrónico se ofertó todos los días del año, las 24 horas, incluidos los fines de semana y festivos. El chat ha sido considerado el medio por excelencia para establecer relaciones con otras personas. Así se demostró en el estudio IESE, en donde el 60% de los jóvenes lo utilizaban para hacer nuevos amigos.<sup>5</sup>

••• Barcelona fue la provincia de donde procedía el mayor número de correos electrónicos (n = 853), ya que también es el sector sanitario con más densidad de población joven. La comunidad con un porcentaje más elevado (69,6%) de correos electrónicos fue Cataluña (n = 1.122); en el resto de España el porcentaje fue de 11,35% (n = 183).

••• En ambos géneros los temas más consultados, al igual que en otros estudios,<sup>14,15</sup> fueron los mismos pero en distinto orden: "Conocimiento de tu cuerpo" (n = 365), "La contracepción" (n = 307), "Embarazo" (n = 198), "Afectividad" (n = 142) y "La primera vez" (n = 124). Sorprendió observar que si a ambos géneros les preocupaban los mismos temas, no se correspondió con un aumento de demandas por parte del género masculino.

••• Se evidenció en el grupo de edades más tempranas (14-16 años) el interés sobre "Conocimiento de tu cuerpo" (n = 81), "Afectividad" (n = 70), "La primera vez" (n = 76), y también que eran conscientes del riesgo de "Embarazo" (n = 69) en las relaciones sin protección ("La contracepción" n = 69).

En el grupo jóvenes de 17-19 años se produjo un cambio en la priorización de los temas que más les interesaban, dado que en primera posición se encontraba "La contracepción" (n = 129), lo que indicaba que en algunos casos las relaciones sexuales se habían iniciado. Por otro lado, manifestaron alguna duda por el método que habían utilizado y también preocupación por un posible embarazo (n = 88), y persistía la falta de conocimientos sobre "Conocimiento de tu cuerpo" (n = 124) y "Afectividad" (n = 45), entre otros.

En edades superiores (20-22 años y 23-25 años) se mantenía la preocupación sobre el método utilizado en las relaciones sexuales (“La contracepción” 79 vs. 30), seguían con las dudas sobre el “Conocimiento de tu cuerpo” (39 vs. 21) y la preocupación por un posible “Embarazo” (25 vs. 16). Y en cuarta posición quedó “Afectividad” para el grupo de 20-22 años (n = 14); y “La contracepción de urgencia” (n = 7) e “Infecciones de transmisión sexual” (n = 7) en el grupo de 23-25 años. Wynn (2005, 2009), en dos estudios, identificó a través de los correos electrónicos enviados a una web de anticoncepción de urgencia que existían conceptos erróneos sobre la salud sexual y reproductiva y afirmó que estos errores podían tener varias fuentes posibles: programas de educación sexual en pro de la abstinencia, proliferación de webs con contenidos sanitarios erróneos o pocos claros (confusión en torno a la anticoncepción hormonal como método de barrera) y terminología confusa utilizada en las campañas de salud pública (confusión de la anticoncepción de urgencia con la interrupción voluntaria del embarazo realizada con tratamiento farmacológico).<sup>23,24</sup> Por ello, el hecho de que la web *Sexe Joves* contenga información sobre estos temas y la confirmación que los jóvenes la consultan son un buen indicador para realizar prevención y promoción de la salud afectiva, sexual y reproductiva en nuestro país.

••• Mimiaga et al. (2010) señalaron que las webs sobre salud afectiva y sexual eran útiles para la prevención del VIH en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres<sup>37</sup> y también para las jóvenes lesbianas y gays que vivían en zonas rurales.<sup>42-44</sup> Mustanski et al. (2011), en un estudio cualitativo de hombres de 18 a 24 años que tenían relaciones sexuales con hombres, identificó que internet llenaba el vacío de una deficiente educación sexual y que las conexiones con la comunidad gay les proporcionó el apoyo que necesitaron durante el proceso de “salida del armario”, pero también les expuso a mensajes homofóbicos.<sup>36</sup>

••• En las encuestas de satisfacción de los jóvenes llamó la atención la escasa respuesta recibida. Pero este hecho se puede interpretar en sentido positivo y concluir que, una vez el joven ha recibido una respuesta correcta y ha solucionado sus dudas, ya ha sido suficiente para él o ella. Y de las 148 respuestas obtenidas en la encuesta de satisfacción, mayoritariamente respondieron que el profesional resolvió sus dudas con una alta valoración por parte del joven, con puntuaciones de notable a sobresaliente. Los recursos de la web también fueron puntuados entre notable y excelente.

••• La consulta electrónica les satisfacía en un 96,55% (n = 140), ya que la mayoría recomendarían utilizar el servicio a sus amigos/as. La consulta virtual mediante el

correo electrónico realizada por profesionales de la salud ha sido considerada como un buen recurso para solucionar las dudas y problemas de los jóvenes en numerosos estudios, tanto desde el punto de vista de los profesionales como de los jóvenes, ya que garantiza que se proporciona una información veraz y científica alejada de muchas de las informaciones que circulan por internet sin rigor científico.<sup>11-13,18,19,22</sup>

••• El hecho que llamó la atención fue que la mitad de los jóvenes (n = 86) conocieron la web a través de internet y menos de una cuarta parte (n = 23) a través de las charlas/talleres en las escuelas. Los profesionales de atención primaria ocupaban el tercer lugar como fuente de información de la web para los jóvenes (n = 17). El uso de internet es frecuente en la población, aunque los profesionales sanitarios pueden no ser conscientes de ello; en este contexto, sería óptimo que se habituaran a preguntar a sus usuarios acerca de si consultan internet para proporcionarles así webs de información verídica.<sup>66</sup> En el estudio realizado por Santana et al. en 2007, el 33,9% de los ciudadanos de siete países europeos habían recurrido a internet para buscar información de salud.<sup>67</sup> Este estudio mostraba que los ciudadanos europeos estaban utilizando la información de salud que recibían a través de internet para apoyar su decisión sobre si necesitaban una visita médica, prepararse para ella y evaluar sus resultados. Y el perfil de la persona que buscaba información de salud era alguien menor de 25 años, consumidor de tecnología y que participaba en foros de salud y enfermedades.

••• Sorprendió que tan solo cinco jóvenes conocieran la web a través de la consulta abierta de Salud y Escuela. Este hecho plantea si las enfermeras de este programa conocen la existencia de esta web de ayuda para los temas de afectividad y pone de manifiesto que habría que incrementar su difusión entre este grupo de profesionales. Se debería estudiar mejorar la difusión de la web entre los jóvenes a través de escuelas, institutos, ciclos de formación, universidades, centros juveniles y centros sanitarios; aunque anteriormente se ha mencionado que los jóvenes conocen la existencia de la web a través de internet, se tendría que profundizar en este aspecto. El uso de internet conlleva situaciones relativamente nuevas y complejas relacionadas con la seguridad y la privacidad de los adolescentes y adultos jóvenes, y es crucial que los docentes y las enfermeras recomienden webs educativas con información verídica y con opciones de privacidad, para proteger a los estudiantes y evitar acosos y amenazas.<sup>71</sup>

••• Las propuestas de mejora fueron interesantes, entre las cuales la sugerencia de un teléfono para llamadas de urgencia, al igual que se recoge en otros estudios.<sup>13</sup> Por

tanto, cabe mencionar que *Sanitat Respon*, del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, es un buen complemento para la web y hay que informar a los jóvenes de la opción de utilizar este servicio.<sup>82</sup> La ampliación del chat a los días festivos también podría ser útil; y las propuestas de ampliar los contenidos de la web y las animaciones también pueden ser consideradas para un futuro.

••• El correo electrónico obtuvo un porcentaje superior de uso que el chat, ya que la oferta horaria de éste último era inferior.

••• Los temas con más aportaciones en la sección del blog giraron en torno a la primera experiencia sexual (104 casos) y a cómo les gustaba practicar el *petting* con la pareja (74 entradas). Hay que tener en cuenta que el blog es el quinto apartado más visualizado de la web, como ya hemos mencionado anteriormente. El estudio de Hollenbaugh<sup>63</sup> concluyó a través de una encuesta realizada en línea que los siete motivos por los que tienen éxito los blogs son porque ayudan, informan, se establecen conexiones sociales entre las personas que participan, son una forma de pasar el tiempo y una plataforma de exhibicionismo, se puede consultar el archivo de las opiniones, impulsan la organización y, finalmente, porque favorecen una retroalimentación entre los profesionales y los usuarios. Todos los motivos de éxito del blog que se han mencionado anteriormente se han identificado en nuestro estudio y están reflejados en algunas de las categorías y la organización interna del blog de la web.

••• Respecto a la utilidad de la web y la consulta virtual, debemos mencionar a Bailey (2010), que realizó una revisión sobre las intervenciones interactivas electrónicas (IIE) sobre la salud sexual y reproductiva y finalizó afirmando que estas fueron efectivas en personas heterosexuales sexualmente activas de diferentes edades (especialmente en jóvenes en edad escolar y en universitarios) y con hombres que tenían relaciones sexuales con hombres.<sup>74</sup> También señaló que la tecnología evoluciona y hoy en día los usuarios de la red descargan su propio contenido e interactúan entre ellos de forma independiente. Los objetivos de estas webs son los de conseguir que sus internautas aumenten los conocimientos y promover una conducta sexual más segura y autorresponsable. Para poder evaluarlas serán necesarios estudios de ensayos con poder estadístico para analizar los resultados, y no hay que olvidar que también se deben valorar los efectos potencialmente adversos y la relación coste/efectividad. Las IIE son factibles en países de ingresos altos, pero se necesitarán pruebas de la efectividad de las intervenciones a nivel global y con variedad de participantes que incluyan todos los grupos, por ejemplo mujeres que

tienen relaciones sexuales con mujeres y grupos de edad más avanzada. También se necesitarán más pruebas sobre si las IIE son tan o más efectivas que las intervenciones directas en los individuos y si la combinación de ambas es más efectiva que una de ellas sola. Será útil realizar ensayos que comprueben si las IIE pueden complementar de forma útil la educación sexual de la escuela o de los servicios clínicos de salud sexual. Y no se debe olvidar que la participación de los jóvenes y de la población es fundamental para garantizar que las intervenciones satisfagan sus necesidades, preferencias y sean atractivas para ellos y ellas.

### Limitaciones de esta parte del estudio

- ✘ Algunos jóvenes pudieron falsear sus datos personales y algunos no rellenaron los datos voluntarios.
- ✘ Al clasificar los temas de las consultas virtuales, hubo casos que presentaron dificultades, ya que a veces los jóvenes preguntaban por distintos temas en un mismo correo electrónico.

## 8.2 Discusión sobre la calidad de las respuestas de los profesionales

⋮⋮⋮ La selección de diez evaluadores que formaban parte del comité editorial fue útil para consensuar las preguntas del cuestionario de valoración, por su experiencia profesional en el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva y en la web *Sexe Joves*.

Una vez finalizado el entrenamiento de los evaluadores se debía estudiar la concordancia interobservador, mediante el coeficiente de concordancia Kappa. Sin embargo, este coeficiente presentó un condicionamiento importante cuando la prevalencia de alguna de las categorías de los ítems evaluados era muy alta<sup>228</sup> (Lenguaje claro y sencillo y *Saludos* con una concordancia observada del 93,3% y del 96,8%, respectivamente). Y por este motivo nos vimos obligados a utilizar la concordancia observada, ya que no disponíamos de ninguna herramienta mejor para valorar el grado de acuerdo. Y al analizarse la concordancia observada

interobservador, se puso de manifiesto que los correos electrónicos que contenían varias preguntas dificultaron su valoración y que había algunos ítems de interpretación subjetiva a pesar de homogenizar los criterios entre los evaluadores. Esta penalización se reflejó en tres ítems: contenido científico, respuesta completa e incompleta y calidez en la respuesta. La primera (contenido científico) obtuvo una concordancia observada inferior al 50% y la segunda (respuesta *completa* e *incompleta*) fue de 62,14%, ya que en estos ítems se reflejaba la habilidad de respuesta a todas las preguntas formuladas por el joven; en el caso de que el correo electrónico planteara varias preguntas, se observó que el profesional podía responder de distintas formas el correo electrónico: por ejemplo, podía responder por orden específicamente cada pregunta planteada, o bien dando una respuesta amplia que englobara todos los temas. Este hecho, como se ha comentado anteriormente, dificultó la valoración de los evaluadores, ya que en algunos casos podía suceder que el profesional se extendiera en algún tema más profundamente que en otros, o simplemente el profesional podía olvidarse de alguna pregunta realizada por el joven, y al final en estos correos electrónicos era difícil valorar como *bien* o *muy bien* el ítem del contenido científico, o si la respuesta era *completa/incompleta*. Por su parte, la calidez en la respuesta se consideró un ítem poco objetivo (67,73% de acuerdo) pero importante en la valoración de las respuestas, ya que era una señal de empatía del profesional respecto al joven.

••• La emisión de juicio fue considerada por los evaluadores como un indicador que provocaba una gran discrepancia a la hora de su evaluación y se decidió suprimirlo del estudio.

••• Los ítems que presentaron un acuerdo muy elevado fueron los que por sus características estaban menos influenciados por los factores que se han descrito anteriormente que penalizaron, destacando con un porcentaje superior al 70% de concordancia observada: lenguaje claro y sencillo, uso de siglas, duración de la respuesta, volver a escribir y el seguimiento de la estructura de la respuesta.

••• Respecto a la evaluación de la calidad de las respuestas de los profesionales sanitarios, el cuestionario permitió detectar un porcentaje de respuestas valoradas con un contenido científico de *bien* y *muy bien* de 74,7%, *regular* 23% y un porcentaje menor de un 2,4% con contenido científico *erróneo*. Las temáticas catalogadas como *bien* y *muy bien* fueron principalmente: "El *petting*", "Infecciones de transmisión sexual y virus del papiloma humano", "Vacunas", "Abuso y agresión sexual" y "El sexo y las drogas", entre otros. Y los temas considerados *erróneos*, fueron los siguientes: "Homosexualidad", "Afectividad", "La contracepción de urgencia", "Infecciones de



transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana”, “Aborto”, “La contracepción” y “Conocimiento de tu cuerpo”.

••• La existencia de protocolos de actuación del Departamento de Salud y del Instituto Catalán de la Salud<sup>145-154</sup> y también de guías de práctica clínica es útil para homogeneizar los criterios de los profesionales y actuar con evidencia científica. En algunos de los temas mencionados anteriormente no existían guías o protocolos en el marco del Departamento de Salud, con lo que poca formación se puede impartir al respecto. En el caso del protocolo de la interrupción voluntaria del embarazo, se había editado la primera redacción provisional hacía seis meses y, lógicamente, había profesionales que no habían tenido tiempo de actualizar sus conocimientos.<sup>145</sup>

••• Cuando en el estudio de los correos electrónicos el contenido científico era *erróneo*, coincidía que también había un porcentaje elevado de valoraciones deficitarias en cuanto a la respuesta *incompleta*, duración *escueta*, no aparecía la *introducción*, no había *resolución*, no se invitaba a volver a escribir, y no se *despedían*. El lenguaje no fue claro y sencillo y las respuestas no fueron cálidas.

Por el contrario, cuando los correos electrónicos eran valorados con un contenido científico *bien* y *muy bien*, el resto de los ítems también estaban bien valorados, demostrando que cuando el profesional dominaba el tema elaboraba bien las respuestas, con seguridad, con una estructura adecuada e invitando a volver escribir. En cambio, cuando el conocimiento científico del profesional era menor, no sabía responder, se sentía inseguro y, por tanto, no estructuraba una respuesta correctamente, y al no conocer el tema, no invitaba a volver escribir, con lo cual el joven obtenía una respuesta incorrecta.

••• Desde algunos estudios se apunta que cada error sanitario cometido debe ser considerado como una oportunidad para prevenir el daño en ocasiones futuras y que analizando las fuentes de errores se deberían desarrollar señales centinelas, para detectarlos y intentar prevenirlos.<sup>190</sup> Por lo tanto, esta tesis doctoral nos ha mostrado que la evaluación de la calidad de los correos electrónicos es una potente herramienta de detección de la seguridad en la consulta virtual, ya que permite garantizar el control de calidad de las respuestas de los correos electrónicos de los profesionales.

## Limitaciones de esta parte del estudio

- ✘ Los profesionales evaluadores intentaron homogeneizar criterios para validar el cuestionario, pero en los ítems de contenido científico y duración de la respuesta hubo una mala concordancia.
- ✘ El aumento del número de evaluadores pudo provocar que hubiera más discordancia en ítems más subjetivos.
- ✘ Las consultas realizadas por los jóvenes que contenían varias preguntas se tendrían que haber eliminado del estudio, ya que pudieron penalizar la concordancia entre observadores.
- ✘ Dos de las limitaciones planteadas a las matronas fueron, por un lado, la dificultad ante correos electrónicos redactados de forma muy escueta y con abreviaturas difíciles de descifrar, con un lenguaje similar al de un SMS; por otro lado, en otras ocasiones la limitación venía impuesta por ser una intervención excesivamente larga y con muchas preguntas.

## 8.3 Discusión sobre la efectividad de un programa de formación a las matronas

⋮⋮⋮ En Cataluña<sup>227</sup> y en España<sup>226</sup> existen sociedades de calidad asistencial que, junto con la International Society for Quality of Life Research,<sup>223</sup> garantizan que la formación y la investigación que lleven a cabo los profesionales sanitarios repercuta en el aumento de la calidad de atención a los pacientes y su seguridad. Por consiguiente las matronas, en su cartera de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva del Instituto Catalán de la Salud, deben seguir estos principios de calidad asistencial.

⋮⋮⋮ No hay que olvidar que algunos investigadores indican que la formación continuada de los profesionales sanitarios debería ser obligatoria con un número determinado de horas anuales para garantizar el mejor cuidado de los pacientes.<sup>193</sup>

⋮⋮⋮ Como se ha mencionado en la discusión del objetivo 2, es necesario considerar cada error sanitario cometido como una oportunidad para prevenir el daño a futuros pacientes. Esto es lo que se denomina una nueva cultura de la seguridad del paciente y requiere la participación de los miembros del equipo de atención a la salud y la

habilidad de trabajar conjuntamente para la mejora de la calidad.<sup>190</sup> Por tanto, se consideró útil, una vez detectados los temas con algún déficit de actualización en algunos profesionales, desarrollar un curso de formación continuada que abarcara algunos de los contenidos que se habían detectado deficitarios: la afectividad, el conocimiento del cuerpo, las infecciones de transmisión sexual y VIH, la homosexualidad, la contracepción, la contracepción de urgencia y la interrupción voluntaria del embarazo.

••• En los cursos es importante tener unos objetivos claros y precisos con una organización y una logística que permita que se cumpla el programa propuesto.<sup>219</sup> Con estas premisas, se organizó un curso de doce horas que se detalla en el anexo 3, en el que intervinieron seis docentes expertos en los temas mencionados anteriormente. Los objetivos del programa de formación fueron: aumentar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden la consulta virtual a través de la página *www.sexejoves.gencat.cat* sobre temas de orientación sexual, identidad sexual, genitalidad masculina, anticoncepción y la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. El curso se ofreció a todos los profesionales que trabajan en la web *Sexe Joves* y se inscribieron el 50% de los que prestaban este servicio. Este hecho confirma que es esencial la motivación del profesional para realizar los cursos y que éstos sean con aprovechamiento.<sup>185</sup>

••• Las investigaciones muestran que las sesiones didácticas por sí solas no pueden cambiar la práctica profesional.<sup>182</sup> Por este motivo se decidió realizar un curso con técnicas interactivas: vídeos, diapositivas y sesiones interactivas seguidas de discusiones con el objetivo de resolver dudas. Las técnicas interactivas utilizadas fueron eficaces para lograr el cambio de los profesionales y al mismo tiempo mejorar la atención y los resultados.<sup>185</sup>

••• La satisfacción de los participantes del curso fue elevada, con una nota media global de 5,09 sobre 6. La valoración de la aplicabilidad práctica fue de 5,82.

••• En el proceso formativo fue útil desarrollar un plan de evaluación para constatar el cambio de comportamiento de los profesionales en la respuesta electrónica y, en definitiva, confirmar la efectividad del curso.<sup>181</sup> La prueba de posformación de enviar los correos simulando nuevas consultas de jóvenes fue eficaz, puesto que los resultados de la evaluación confirmaron que la intervención de la formación continuada fue adecuada. La comparación de los resultados preformación y posformación demostró que los profesionales que realizaron el curso habían aumentado los

conocimientos, puesto que contestaron los correos problemáticos sin ningún error y mejoraron en todos los ítems menos en la variable de uso de siglas. También mejoró la actitud de las matronas, ya que se detectó un gran aumento en la calidez de las respuestas y en la invitación a volver a escribir. Este resultado contrasta con la revisión de Jamtvedt (2006)<sup>189</sup> sobre efectividad de los cursos formativos de la Cochrane realizada hasta enero del año 2004, en el que describía que los cambios que se podían obtener en los cursos formativos eran de escasa o moderada eficacia.

••• Los estudios también nos advierten que para mantener la calidad de un servicio se requiere monitorizar los resultados, detectar los fallos y puntos débiles y realizar intervenciones de mejora: organizativas y de formación continua.<sup>187,190</sup> Y que una vez se han detectado las fuentes de errores, se deberán desarrollar señales centinelas, como se ha comentado en la discusión de la fase 2. A raíz de los resultados de este objetivo es importante la evaluación que mensualmente lleva a cabo el comité editorial sobre el contenido científico de las respuestas de los correos electrónicos y la notificación de los resultados de estas evaluaciones a los profesionales que atienden la consulta virtual. Cuando se detecten respuestas con contenido científico erróneo, aparte de notificarlo al profesional, sería adecuado retornar la respuesta correcta o ampliada al joven. A través de la monitorización de la calidad de las respuestas se detectarán las intervenciones de mejora que se deberán llevar a cabo de forma periódica.

••• Bailey (2010) afirma que las intervenciones interactivas electrónicas (IIE) pueden ser útiles como refuerzo educacional de los profesores y los profesionales de la salud si van acompañados de evaluaciones rigurosas;<sup>74</sup> por tanto, ésta sería una línea a trabajar en la web *Sexe Joves* en un futuro.

••• El buen clima del equipo de profesionales y la motivación pueden facilitar el proceso innovador. Hay que tener muy presentes estos factores, ya que sin duda alguna repercuten en la satisfacción de los profesionales sanitarios.<sup>188</sup>

••• Las matronas que atienden los correos electrónicos pueden tener dilemas éticos, especialmente en algunas conductas de riesgo de los jóvenes. En este sentido la formación continuada en la toma de decisiones éticas puede producir una mejora del cuidado de la salud de los profesionales, mejorar la comunicación con los usuarios y reducir el estrés producido por este tipo de dilemas.<sup>204</sup>

••• En el curso que se realizó, además de la actualización de conocimientos, se abordó el tema de cómo expresarse de manera adecuada en el entorno de la consulta electrónica. Se remarcó el uso responsable de las nuevas tecnologías para relacionarse con los jóvenes, ya que internet y las redes sociales utilizadas convenientemente pueden tener un buen fin, pero es un medio que también tiene riesgos que hay que conocer y controlar con responsabilidad.<sup>205</sup>

••• Las nuevas tecnologías como el *e-learning* facilitan la accesibilidad a la globalización y a los rápidos avances científicos a un gran número de profesionales en regiones rurales y países en desarrollo.<sup>213</sup> Por este motivo, tal y como se ha descrito en el capítulo que trata sobre el funcionamiento de la web *Sexe Joves*, los contenidos científicos se actualizan sistemáticamente según los avances científicos, y los profesionales sanitarios del correo electrónico disponen en el repositorio de la web de los últimos protocolos o guías clínicas actualizadas para garantizar que la información que se proporciona sea veraz y actual.

La técnica de la videoconferencia y los cursos en línea han ido en aumento con las TIC, ya que permiten extender la formación a gran número de profesionales sin la necesidad de desplazarse del domicilio o del centro de trabajo e incluso son adaptables a los horarios de los profesionales. Mediante la formación a través de videoconferencia se ha garantizado la actualización periódica a profesionales de medicina de familia y enfermería en países en desarrollo, en países en periodo de posguerra y en países avanzados.<sup>209</sup> Sin embargo, existe una falta de estudios sobre el coste-beneficio y otras evaluaciones económicas de los programas de formación telemática, aunque los autores las recomiendan como técnicas complementarias de aprendizaje y muy accesibles a las nuevas generaciones.<sup>209</sup> El uso de las TIC en la formación continuada requiere un aumento de la carga de trabajo para el docente y mayor esfuerzo de concentración que en la enseñanza tradicional por parte del profesional que participa, como se ha mencionado anteriormente en la parte conceptual.<sup>205-207</sup> Para realizar el programa de formación de los profesionales de la web *Sexe Joves* no se utilizó la videoconferencia, a pesar de que los profesionales que atienden la consulta electrónica procedían de diferentes provincias de Cataluña y tenían que desplazarse a Barcelona. En nuestro caso se valoró altamente importante la interacción de los profesionales y el trabajo grupal en una aula que estaba en la sede del Casal Lambda, la asociación de gays-lesbianas, transgénero y transidentidad de Barcelona. El encuentro presencial fue útil a los profesionales, ya que además de interactuar entre ellos conocieron el funcionamiento y los recursos de esta asociación. La utilización de la videoconferencia y de cursos virtuales son nuevas

líneas a explorar en el futuro con vistas a próximos proyectos formativos para los profesionales de la web *Sexe Joves*.

••• En el tercer capítulo se menciona que la evaluación de la formación continuada puede ser de diferentes tipos. En nuestro caso se realizó una evaluación del impacto y del aprendizaje con resultados positivos; sin embargo no pudimos realizar la evaluación de la satisfacción percibida en los jóvenes, ya que se repitieron los correos inicialmente considerados como erróneos simulando a correos electrónicos nuevos.<sup>219</sup>

••• Finalmente, se debe tener en cuenta que para poder gestionar adecuadamente la formación continuada de las matronas es necesario el apoyo de las sociedades científicas como la Federación de Asociaciones de Matronas de España,<sup>194</sup> de la Asociación Catalana de Matronas,<sup>200</sup> de la Unidad Docente de Matronas de Cataluña<sup>195</sup>, del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona<sup>96</sup> y de sociedades académicas como la Sociedad Catalana de Sexología,<sup>229</sup> la Sociedad Catalana de Anticoncepción,<sup>230</sup> entre otras, e instituciones como el Instituto Catalán de la Salud y la Generalidad de Cataluña. Por otro lado, es importante que desde el Gobierno de la Generalidad de Cataluña se vele por la actualización científica de los profesionales tanto a nivel teórico como práctico y se recomienden autoevaluaciones continuadas, personalizadas y flexibles mediante una validación externa con un examen fiable.<sup>192</sup> Desde los gobiernos de los países se deben preocupar de la formación continuada de los profesionales sanitarios para garantizar una buena asistencia a toda la ciudadanía.<sup>193</sup>

## Limitaciones de esta parte del estudio

- ✗ Los profesionales con criterios de inclusión pudieron reconocer los correos electrónicos que habían respondido de forma deficitaria con anterioridad mediante el archivo de los correos electrónicos recibidos y contestados que se encontraba en el repositorio y en consecuencia intentar mejorar el redactado de la respuesta. Por este motivo no se evaluó un solo correo electrónico deficitario por cada profesional en la posformación, sino que se valoraron los nueve correos electrónicos erróneos por cada uno de los profesionales con déficit de información en la preformación.

## Capítulo 9

# Conclusiones

A continuación presentamos las conclusiones que hacen referencia a los tres objetivos generales de nuestro estudio.

En relación con el primer objetivo, **analizar el uso de la web *Sexe Joves***, los resultados hallados permiten presentar las siguientes conclusiones:

- El elevado número de visitas que se registraron en la web demuestra que *Sexe Joves* es una herramienta que los jóvenes utilizan para obtener información sobre temas de salud sexual y reproductiva.
- Los contenidos más visualizados de la página web *Sexe Joves* fueron: “La primera vez”, “El *petting*”, “Conocimiento de tu cuerpo”, “Afectividad”, “El sexo virtual”, “La contracepción” y “Abuso y agresión sexual”.
- El tipo de contenidos visitados fueron los mismos para los tres idiomas existentes: catalán, castellano y lenguaje de signos. Sólo variaron en el orden de frecuencia de consulta.
- Se apreció que destacaba con una frecuencia moderadamente elevada la visualización del “Abuso y agresión sexual” en el idioma castellano, el lenguaje de signos y en el total de contenidos visualizados. Esto nos advirtió que hay que prestar atención a este aspecto en la infancia y adolescencia, y en especial en el colectivo de discapacitados sensoriales, reforzando la prevención con el fin de evitar y detectar estas situaciones desde la familia, la escuela y los profesionales sanitarios.

••• El blog fue una sección muy visitada. Los jóvenes estaban interesados en conocer las opiniones y las experiencias de sus iguales y destacaron las aportaciones realizadas en “La primera vez” y “El *petting*”.

••• El uso de la consulta virtual por género y edad fue superior en el género femenino, que consultaba en edades más precoces (14-16 años) que en el género masculino, que utilizaba este servicio en menor número y en edades más avanzadas (17-19 años).

••• A los dos géneros les preocuparon las mismas temáticas pero en distinto orden. En las edades más tempranas (14-16 años), en ambos géneros había mayor interés por los temas de “Conocimiento de tu cuerpo”, “Afectividad”, “La primera vez” y “Embarazo”. Y en edades superiores (17 - 25 años) se consultaban de forma mayoritaria los temas de “La contracepción”, “Conocimiento de tu cuerpo”, “Embarazo”, “Afectividad”, “La contracepción de urgencia” e “Infecciones de transmisión sexual”.

••• Barcelona fue la provincia de procedencia con mayor número de correos electrónicos.

••• En la evaluación del grado de satisfacción de los jóvenes con la consulta virtual, con las respuestas recibidas a través de la consulta virtual y con la web en general, el nivel de valoración obtenido fue de notable a excelente, y la mayoría recomendaría el servicio a sus amigos y amigas. Los profesionales resolvieron de forma mayoritaria las dudas planteadas.

••• El conocimiento que los jóvenes tenían de la web se consiguió por varias vías: principalmente a través de internet, seguido por las charlas/talleres en la escuela/instituto, los profesionales de atención primaria, los amigos/amigas, las enfermeras de Salud y Escuela y los monitores/casales.

En relación con el segundo objetivo, **analizar las respuestas de los correos electrónicos elaboradas por los profesionales**, las conclusiones son las siguientes:

••• Se detectó un porcentaje muy elevado de respuestas valoradas con un contenido científico de *bien* y *muy bien* (75%). El porcentaje de respuestas de correo electrónico con contenido *erróneo* fue bajo (2,4%). Las temáticas que correspondían al grupo de



contenidos *erróneos* fueron: "Homosexualidad", "Afectividad", "La contracepción de urgencia", "ITS y VIH", "Aborto", "La contracepción", y "Conocimiento de tu cuerpo".

Los correos electrónicos con contenido científico *erróneo* presentaban porcentajes superiores en cuanto a respuestas *incompletas*, a diferencia de los correos electrónicos con un contenido científico valorado como *bien* y *muy bien*, en cuyo caso el resto de los ítems también estaban muy bien valorados.

En cuanto al tercer objetivo, **evaluar la efectividad de un programa de formación en relación con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las matronas que atienden el correo electrónico de la web *Sexe Joves***, se puede concluir que:

Las matronas evaluaron con una alta satisfacción la intervención realizada. El curso de formación para matronas fue efectivo, ya que logró incrementar la calidad de las respuestas de los correos electrónicos.

Para mantener el nivel de calidad de la consulta virtual de la web *Sexe Joves* es útil realizar intervenciones formativas periódicas a los profesionales que la atienden.

## *Propuestas y aplicabilidad*

### • • • Respecto a la **Administración Pública**

Desde un punto de vista sanitario y político, es importante que la sanidad pública disponga en su cartera de servicios de canales de internet interactivos (consulta electrónica, chat y blog) con información sobre salud sexual y reproductiva y otros temas sanitarios, que sea veraz y científica y esté dirigida por profesionales sanitarios. Las webs con estas características proporcionarán información segura y soluciones profesionales a los problemas planteados por los jóvenes, y a la población en general.

### • • • Respecto a la **práctica asistencial**

Los profesionales de la salud deben conocer, formarse e incluir en su práctica asistencial el uso de las TIC y especialmente de los servicios interactivos. En numerosas ocasiones, internet facilita que la población o el profesional no tengan que desplazarse de su domicilio o de su centro de trabajo para programar o realizar una visita asistencial. Y en consultas sobre afectividad, infecciones de transmisión sexual/VIH, sexualidad, violencia de género, etc., proporciona anonimato, evitando el contacto cara a cara de la persona interesada con el profesional, ya que todavía hoy por hoy a algunas personas les cuesta abordar estos temas con facilidad.

### • • • Respecto a la **investigación**

Sería útil realizar estudios cualitativos de la adaptación del profesional sanitario al uso de la consulta electrónica en su cartera de servicios.

Igualmente, hace falta seguir investigando fórmulas tanto para aumentar la captación del género masculino en la consulta virtual como para lograr que se valide el

cuestionario de evaluación de la calidad de la consulta virtual y la concordancia intraobservador.

### ••• Respecto a los jóvenes y a la población

Hemos visto que, todavía hoy, los conocimientos adquiridos en las familias y en las escuelas respecto a la formación en salud sexual y reproductiva son deficitarios. Por tanto, es necesario realizar programas para aumentar los conocimientos sobre estos temas y para evitar los abusos, el acoso y la agresión sexual en los grupos más vulnerables: niños/niñas, discapacitados y mujeres.

## Bibliografía

<sup>1</sup> Bennett S, Maton K, Kervin L. The digital natives debate: A critical review of the evidence. Br J Educ Tec. 2008; 39 (5): 775-786.

<sup>2</sup> Morduchowicz R. El capital cultural de los jóvenes. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de España; 2004.

<sup>3</sup> Sociedad de la Información en España Madrid. Fundación Telefónica. Madrid, 2011 [En línea, fecha de acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://e-libros.fundacion.telefonica.com/sie11/aplicacion\\_sie/ParteA/datos](http://e-libros.fundacion.telefonica.com/sie11/aplicacion_sie/ParteA/datos)

<sup>4</sup> Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI. Perfil socio-demográfico de los internautas. Madrid, 2010 [En línea, fecha de acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/perfil\\_sociodemografico\\_de\\_los\\_internautas\\_analisis\\_de\\_datos\\_ine\\_2011.pdf](http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/perfil_sociodemografico_de_los_internautas_analisis_de_datos_ine_2011.pdf)

<sup>5</sup> Valor J, Sieber S. Uso y actitud de los jóvenes hacia Internet y la telefonía móvil. [En línea]. Versión 2.2. Estudios de ebecenter. 2004. [Fecha de acceso 17 de mayo de 2012]. URL en disponible en: <http://infojove.caib.es/usojovenesinternetymovil.pdf>

<sup>6</sup> Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado. Escuela 2.0. Madrid. [En línea, fecha de acceso 3 de mayo de 2012]. URL en disponible en: <http://www.ite.educacion.es/es/escuela-20>

<sup>7</sup> Goold PC, Ward M, Carlin EM. Internet can be used to improve sexual health awareness in the Web-wise young people? J Fam Plann Reprod Health Care. 2003 Jan; 29 (1):28-30.

<sup>8</sup> Keller S. Servicios de Salud para los adultos jóvenes. Family Health International FHI. Carolina del Norte. 1997 [En línea, fecha de acceso 25 de junio de 2012]; 17(2). Disponible en: [http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17\\_2/nt1725.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_2/nt1725.htm)

<sup>9</sup> Fondo de Población de Naciones Unidas. Hallazgos de Evaluación. Agosto 1999 [En línea, fecha de acceso 2 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/monitoring/pdf/n-issue26sp.pdf>

<sup>10</sup> Jones RK, Biddlecom AE. The internet is filling the void of information on sexual health for teenagers? An exploratory study. J Health Commun. 2011 Feb; 16 (2): 112-23.

<sup>11</sup> Nwagwu WE. The Internet as a source of reproductive health information among adolescent girls in an urban city in Nigeria. BMC Public Health. 2007 Dec 20; 7: 354.

<sup>12</sup> Bauer JC. Sixties soul in the wireless personal computer: go ask alice. J Healthc Inf Manag. 2005 Fall; 19 (4): 6-8.

<sup>13</sup> Miguel I, et al. Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud. Aten Primaria.2011; doi: 10.1016/j.aprim.2010.01.019.

<sup>14</sup> Gilbert L, Temby J, Rogers S. Evaluation a teen STD prevention Web site. J. Adolesc Health. 2005 Sep; 37 (3):236-42.

<sup>15</sup> Junco E, Martín C, García A, Pastor F. Salud sexual y reproductiva a través de Internet. Análisis de una Web dirigida a jóvenes y adolescentes. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51 (8): 445-52.

<sup>16</sup> Observatorio del videojuego y de la animación. Universidad Europea de Madrid. 2003 [En línea, fecha de acceso 4 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://observatoriovideojuegos.wordpress.com/centros-de-investigacion-internacionales/>

<sup>17</sup> Sheldon D, Fields W, Marrero A, Little A, Pannell M, Morg an JH. Internet Chat Rooms: Connecting With a New Generation of Young men of Color Risk for HIV Infection Who have Sex With other Men. J Assoc Nurses AIDS Care. 2006 Nov-Dec; 17 (6):53-60.

- <sup>18</sup> Chao Lou-hua, Quan Zhao, Er-Gao Sheng. Can the Internet Be us effectively to Provide Sex Education to Young People in China? *J Adolesc Health*.2006 Nov; 39 (5): 720-8. Epub 2006 Jul 10.
- <sup>19</sup> Bull S, Nabemmezi D, Birungi R, Kiwanuka J, Ibarra M. Cyber-Senga: Ugandan youth preferences for content in an Internet-delivered comprehensive sexuality education programmed. *East Afr J Public Health*. 2010 Mar; 7 (1):58-63.
- <sup>20</sup> Smerecnik C, Schaalma H, Gerjo K, Meijer S, Poelman J. An exploratory study of Muslim adolescents' views on sexuality: Implications for sex education and prevention. *BMC Public Health*. 2010 Sep 5; 10: 533. Published online 2010 September 5. doi: 10.1186/1471-2458-10-533.
- <sup>21</sup> Percheski C, Hargittai E. In seeking health information in the digital age. *J Am Coll Health*. 2011 April; 59 (5): 379-86
- <sup>22</sup> Delgado HM, Austin SB. Can media promote responsible sexual behaviours among adolescents and young adults? *Curr Opin Pediatr*.2007 Aug; 19 (4):405-10
- <sup>23</sup> Wynn LL, Foster AM, Trusell J. Can I get pregnant from oral sex? Sexual health misconception in e-mails to a reproductive health website. *Contraception*. 2009 Feb; 79 (2):91-7.
- <sup>24</sup> Wynn LL, Trusell J. The morning after on the Internet: usage of and questions to the emergency contraception website. *Contraception*.2005 Jul; 72 (1):5-13
- <sup>25</sup> Wynn LL, Foster AM, Trusell J. Would you say you had unprotected sex if...? Sexual health language in emails to a reproductive health website. *Cult Health Sex*.2010 Jun; 12 (5): 499-514.
- <sup>26</sup> Ybarra ML, Kiwanuka J, Emenyonu N, Bangsberg DR. Internet use among Ugandan adolescents: implications for HIV intervention. *PLoS Med*. 2006 Nov; 3(11):e433.
- <sup>27</sup> Gainer E, Sollet C, Ullman M, Lévy D, Ulmann A. Surfing on the morning after: analysis of an emergency contraception website. *Contraception*. 2003 Mar;67 (3):195-9.
- <sup>28</sup> Rubin AG, Gold MA, Kim Y, Schwarz EB. Use of Emergency Contraception by US Teens: Effect of Access on Promptness of Use and Satisfaction. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011 Oct; 24(5):286-90.

- <sup>29</sup> Wu J, Gipson T, Chin N, Wynn LL, Clelend K, Morrison C, et al. Women seeking emergency contraceptive pills by using the internet. *Obstet Gynecol.* 2007 Jul; 110 (1):44-52
- <sup>30</sup> Foster AM, Wynn L, Rouhana A, Polis C, Trussell J. Reproductive health, the Arab world and the internet: usage patterns of an Arabic-language emergency contraception web site. *Contraception.* 2005 Aug; 72(2):130-7.
- <sup>31</sup> Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B, Circo E. Childhood Abuse and Mental Health Indicators among Ethnically Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Adults. *J Consult Clin Psychol.* 2010 August; 78(4): 459–68.
- <sup>32</sup> Hightow-Weidman LB, Fowler B, Kibe J, Mc Coy R, Pike E, Calabria M, et al. HealthMpowerment.org: development of a theory-based HIV/STI website for Young black MSM. *AIDS Educ Prev.* 2011 Feb; 23 (1):1-12.
- <sup>33</sup> Zheng JD, Pang L, Xu J, Rou KM, Xiao D, Wu ZY. Study on the prevalence of HIV and AIDS-related risky sexual behaviours among male university students who have sex with men in Beijing, China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2011 Apr; 32 (4):337-40.
- <sup>34</sup> Woodward CL, Roedling S, Edwards SG, Armstrong A, Richens J. Computer-assisted survey of attitudes to HIV and sexually transmissible infection partner notification in HIV-positive men who have sex with men. *Sex Health.* 2010 Dec; 7(4): 460-2.
- <sup>35</sup> Balán I, Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Remien R. Intentional Condom less Anal Intercourse Among Latino MSM Who Meet Sexual Partners on the Internet. *AIDS Educ Prev.* 2009 February; 21(1): 14–24.
- <sup>36</sup> Mustanski B, Lyons T, García SC. Internet use and sexual health of young men who have sex with men: a mixed-methods study. *Arch Sex Behav.* 2011 Apr; 40(2):289-300.
- <sup>37</sup> Mimiaga MJ, Reisner SL, Goldhammer H, Tetu AM, Belanoff C, Mayer KH. Sources of human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease information and responses to prevention messages among Massachusetts men who have sex with men. *Am J Health Promot.* 2010 Jan-Feb; 24(3):170-7.

- <sup>38</sup> Moskowitz DA, Melton D, Owczarzak J. Power ON: the use of instant message counselling and the Internet to facilitate HIV/STD education and prevention. *Patient Educ Couns.* 2009 Oct; 77(1):20-6.
- <sup>39</sup> Cox P, McNair R. Risk reduction as an accepted framework for safer-sex promotion among women who have sex with women. *Sex Health.* 2009 Mar; 6(1):15-8.
- <sup>40</sup> Hooper S, Rosser BS, Horvath K, Oakes M, Danilenko G. An Online Needs Assessment of a Virtual Community: What Men who use the Internet to seek Sex with Men want in Internet-based HIV Prevention. *AIDS Behav.* 2008 November; 12(6): 867-875.
- <sup>41</sup> Reisner SL, Perkovich B, Mimiaga MJ. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmit who have sex with no transgender men. *AIDS Patient Care STDS.* 2010 Aug; 24(8):501-13.
- <sup>42</sup> Kamano S. Entering the lesbian world in Japan: debut stories. *J Lesbian Stud.* 2005; 9(1-2):11-30.
- <sup>43</sup> Williams M, Bowen A, Ei S. An evaluation of the experiences of rural MSM who accessed an online HIV/AIDS health promotion intervention. *Health Promot Pract.* 2010 Jul; 11(4):474-82.
- <sup>44</sup> Edwards J. Invisibility, safety and psycho-social distress among same-sex attracted women in rural South Australia. *Rural Remote Health.* 2005 Jan-Mar; 5(1):343.
- <sup>45</sup> Crowley MS. "how r u??? Lesbian and bi-identified youth on MySpace". *J Lesbian Stud.* 2010; 14(1):52-60.
- <sup>46</sup> Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27(4):238-43.
- <sup>47</sup> McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Jan-Feb; 35(1):13-23.
- <sup>48</sup> DISCAPNET. El portal de la discapacidad. Fundación Once-Fondo Europeo de desarrollo regional. Madrid, 2011 [En línea, fecha de acceso 6 de octubre de 2011]. Disponible en:



[http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/educacion/educacion\\_sexual/Paginas/Falsascreenencias.aspx](http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/educacion/educacion_sexual/Paginas/Falsascreenencias.aspx)

- <sup>49</sup> Noble H. Improving the experience of deaf students in higher education. *Br J Nurs*. 2010 Jul 8-21;19(13):851-4.
- <sup>50</sup> Rydberg E, Gellerstedt LC, Danermark B. The position of the deaf in the Swedish labor market. *Am Ann Deaf*. 2010 Spring; 155(1):68-77.
- <sup>51</sup> Woodroffe T, Gorenflo DW, Meador HE, Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS Care*. 1998 Jun; 10(3):377-86.
- <sup>52</sup> Joseph JM, Sawyer R, Desmond S. Sexual knowledge, behavior and sources of information among deaf and hard of hearing college students. *Am Ann Deaf*. 1995 Oct; 140(4):338-45.
- <sup>53</sup> Bezerra CP, Pagliuca LM. The experience of sexuality by visually impaired adolescents. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Sep; 44(3):578-83.
- <sup>54</sup> Moura GR, Pedro EN. Visually impaired teenagers: perceptions on sexuality. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 Mar-Apr; 14(2):220-6.
- <sup>55</sup> Falguera G. Siendo accesibles. XV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación sexual. Alicante. Octubre 2010 [En línea, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en:  
<http://www.flashes.net/Tr%EDptico%20XV%20CLASES%20mayo%202010.pdf>
- <sup>56</sup> Riehle TH, Lichter P, Giudice NA. An indoor navigation system to support the visually impaired. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2008; 2008:4435-8.
- <sup>57</sup> Rastogi R, Pawluk DT, Ketchum JM. Issues of using tactile mice by individuals who are blind and visually impaired. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*. 2010 Jun; 18(3):311-8.
- <sup>58</sup> Moreno MA, Parks MR, Zimmerman FJ, Brito TE, Christakis DA. Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents: prevalence and associations. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009 Jan; 163(1):27-34.

- <sup>59</sup> Moreno MA, Swanson MJ, Royer H, Roberts LJ. Sexexpectations: male college students' views about displayed sexual references on females' social networking web sites. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011 Apr; 24(2):85-9.
- <sup>60</sup> Braun-Courville DK, Rojas M. Exposure to sexually explicit Web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. 2009 Aug; 45(2):156-62.
- <sup>61</sup> Rice E. People. *Public Health Rep*. 2010 Jul-Aug; 125(4): 588–595.
- <sup>62</sup> Young S, Rice E. Online Social Networking Technologies, HIV Knowledge, and Sexual Risk and Testing Behaviors Among Homeless Youth. *AIDS Behav*. 2011 February; 15(2): 253–260.
- <sup>63</sup> Hollenbaugh EE. Motives for maintaining personal journal blogs. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2011 Jan-Feb; 14(1-2):13-20. Epub 2010 May 26.
- <sup>64</sup> Owens SL, Arora N, Quinn N, Peeling RW, Holmes KK, Gaydos CA. Utilising the internet to test for sexually transmitted infections: results of a survey and accuracy testing. *Sex Transm Infect*. 2010 Apr; 86(2): 112-6.
- <sup>65</sup> Meyer KL, Ahlers-Schmidt CR, Harris KR, Seiler SM. Information STI testing available to teens on the Internet: what's missing? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011 Apr; 24 (2): e17-9. Epub 2011 Jan 22.
- <sup>66</sup> Russ H, Giveon SM, Catarivas MG, Yaphe J. The effect of the Internet on the patient-doctor relationship from the patient's perspective: a survey from primary care. *Isr Med Assoc J*. 2011 Apr; 13(4):220-4.
- <sup>67</sup> Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M, Chronaki CE, Prokosch HU, Wynn R. Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. *BMC Fam Pract*. 2011 Apr 16; 12:20.
- <sup>68</sup> Dumaij AC, Tijssen EC. On-line health companion contact among chronically ill in the Netherlands. *Health Technol (Berl)*. 2011 Aug; 1(1):5-23.
- <sup>69</sup> van Deursen AJ, van Dijk JA. Internet skills performance tests: are people ready for eHealth? *J Med Internet Res*. 2011 Apr 29; 13(2):e35.
- <sup>70</sup> Wen KY, Kreps G, Zhu F, Miller S. Consumers perceptions about and use of the internet for personal health records and health information exchange: analysis of the

2007 Health Information National Trends Survey. J Med Internet Res. 2010 Dec 18; 12(4):e73.

<sup>71</sup> Dowdell EB, Burgess AW, Flores JR. Original research: online social networking patterns among adolescents, young adults, and sexual offenders. Am J Nurs. 2011 Jul; 111(7):28-36; quiz 37-8.

<sup>72</sup> Noll J, Shenk C, Barnes J, Putnam F. Childhood Abuse, Avatar Choices, and Other Risk Factors Associated With Internet-Initiated Victimization of Adolescent Girls. Pediatrics. 2009 June; 123 (6).

<sup>73</sup> Magee JC, Bigelow L, Dehaan S, Mustanski BS. Sexual Health Information Seeking Online: A Mixed-Methods Study among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Young People. Salud Educ Behav 2012 Jun; 39 (3):276-89. Epub 2011 Abr 13.

<sup>74</sup> Bailey J, Murray E, Rait G, Mercer C, Morris R, Peacock R, et al. Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Sep 8 ;( 9).

<sup>75</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Tecnologia, Innovació, Salut (TicSalut). Barcelona, 2009 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://www.gencat.cat/salut/ticsalut/html/ca/dir1771/amapadetendencias2009.pdf>

<sup>76</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Fundació TicSalut*. Barcelona. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://www.gencat.cat/salut/ticsalut/html/ca/dir2537/doc26907.html>

<sup>77</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Evaluación de la calidad de la Salud (AIAQS). Barcelona. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir368/doc7790.html>

<sup>78</sup> REgionNs of Europe WorkINg toGether for HEALTH (RENEWINGHEALTH). Bruselas, 2007 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://www.renewinghealth.eu/project-overview>

<sup>79</sup> The Next Web (TNW) Australia: "Australian state government promises iPad for doctors". Londres, 2012. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://thenextweb.com/au/2010/11/09/australian-state-government-promises-ipads-for-doctors/>

<sup>80</sup> Junta de Andalucía: Informarse.essalud. Granada, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.informarseessalud.org/>

<sup>81</sup> Generalitat de Catalunya. CatSalut. "Programació de visites" Servei Català de la Salut. Barcelona, 2002 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <https://www10.gencat.cat/pis/catsalut/cawpk940>

<sup>82</sup> Generalitat de Catalunya. Sanitat Respon CatSalut. "SanitatRespon". Barcelona, 2012. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat\\_24h.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_24h.htm)

<sup>83</sup> Institut Català d'Oncologia. ICO24, *ICONEWS* núm. 88. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.iconcologia.net/catala/professionals/publicacions/iconews/iconews88.pdf>

<sup>84</sup> Institut Català de la Salut. Web Sexe Joves. Barcelona, 2011 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.sexejoves.gencat.net/ics\\_webjove/AppPHP/](http://www.sexejoves.gencat.net/ics_webjove/AppPHP/)

<sup>85</sup> Institut Català de la Salut. *Skype* para atender a las gestantes en el puerperio. Barcelona, 2011 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://eui.hsjdbcn.org/es/noticias/matronas-ics-hacen-seguimiento-mujeres-que-acaban-de-dar-a-luz-traves-de-Internet>

<sup>86</sup> Skype. *Skype* en los hospitales. Londres, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://blogs.skype.com/es/2010/07/maternity\\_wards.html](http://blogs.skype.com/es/2010/07/maternity_wards.html)

<sup>87</sup> Ley 41/2002 de Autonomía del paciente Boletín Oficial del Estado. "Ley 41/2002". [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188)

<sup>88</sup> Llei 11/2007 d'accés electrònic dels ciutadans als serveis públics. Boletín Oficial del Estado "Ley 11/2007". [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2007-12352](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2007-12352)

<sup>89</sup> European Commission. Cordis. ICT Work Programme 2011-12. Bruselas, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://ftp.cordis.europea.eu/pub/fp7/ict/docs/ict-wp-2011-12\\_en.pdf](http://ftp.cordis.europea.eu/pub/fp7/ict/docs/ict-wp-2011-12_en.pdf)

<sup>90</sup> Bluetooth. New York, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.bluetooth.com/English/Pages/default.aspx>

<sup>91</sup> World Health Organization (WHO). Alma-Ata Declaration, 1978. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

<sup>92</sup> Manifiesto de Abla. Almería, 2010 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.salud20.es/manifiesto/>

<sup>93</sup> Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.hsjdbcn.org/>

<sup>94</sup> Institut Català de la Salut. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 12 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.facebook.com/icscat>

<sup>95</sup> Institut Català de la Salut. Call Center. El uso de redes sociales aumenta la satisfacción del cliente. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.callcenternoticias.com/mas-noticias/18130/El-uso-de-redes-sociales-aumenta-la-satisfacción-del-cliente>

<sup>96</sup> Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Infermera Virtual. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/ca-es/home.html>

<sup>97</sup> MassLive.com. Ground-breaking ceremony planned for Massachusetts Green High Performance Computer Center in Holyoke". New England. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.masslive.com/news/index.ssf/2010/10/ground-breaking\\_ceremony\\_plan.html](http://www.masslive.com/news/index.ssf/2010/10/ground-breaking_ceremony_plan.html)

<sup>98</sup> Instituto Nacional de Empleo. Madrid, 2012 [En línea, fecha de acceso 8 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)

<sup>99</sup> Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=444&V0=2&V1=5&VA=2009&x=7&y=8>

<sup>100</sup> Generalitat de Catalunya. Nota de premsa. La natalitat a Catalunya l'any 2010. IDESCAT. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/cat/idescat/serveis/premsa/NPnaix2010.pdf>

<sup>101</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Programa de Salut Maternoinfantil. Document Executiu. Indicadors de Salut Maternoinfantil. Barcelona, 2010 [En línea, fecha de acceso 8 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2057/indicamaternoexecutiu.pdf>

<sup>102</sup> Gobierno de España. Ministerio de Educación. Datos y cifras. Curso escolar 2010-2011. Madrid, 2012 [En línea, fecha de acceso 8 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/estadisticas/indicadorespublicaciones/datoscifras/datoscifrasweb.pdf?documentId=0901e72b8053c5a2>

<sup>103</sup> FAROS. Sant Joan de Déu. L'adolescent i el seu entorn en el segle XXI. Instantània d'una dècada. Esplugues de Llobregat. 2011; p.27.

<sup>104</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. GPC- ITS-2009. Barcelona, 2009 [En línea, fecha de acceso 8 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2094/guiamai2009.pdf>

<sup>105</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les infeccions de transmissió sexual i sida de Catalunya CEEISCAT. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.ceeiscat.cat/documents/newsletter ITS.pdf>

<sup>106</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les infeccions de transmissió sexual i sida de Catalunya CEEISCAT. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.ceeiscat.cat/documents/2011\\_2n\\_semestre\\_VIH\\_SIDA.pdf](http://www.ceeiscat.cat/documents/2011_2n_semestre_VIH_SIDA.pdf)

<sup>107</sup> Encuesta Bayer Schering Pharma. Encuesta de Anticoncepción en España. [En línea, fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presentacion.pdf>

<sup>108</sup> Encuesta Bayer Schering Pharma. Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española. [En línea, fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presentacionj.pdf>

<sup>109</sup> Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud 2009. Madrid, 2009 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:

[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5\\_presentacion\\_ResultadosENSS\\_16dic09.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf)

<sup>110</sup> Miret M, Rodés A, Valverde G, Geli M, Casabona J. Risk behaviors related with infection by human immunodeficiency virus among adolescent students in Catalonia. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Gac Sanit. 1997 Mar-Apr; 11(2):66-73.

<sup>111</sup> Connor J, Gray A, Kypri K. Drinking history, current drinking and problematic sexual experiences among university students. Department of Preventive and Social Medicine, University of Otago and Injury Prevention Research Unit, University of Otago, New Zealand. Aust N Z J Public Health. 2010 Oct; 34(5):487-94.

<sup>112</sup> Talley AE, Sher KJ, Littlefield AK. Sexual orientation and substance use trajectories in emerging adulthood. University of Missouri and the Midwest Alcoholism Research Center, Columbia, MO65201, USA. Addiction. 2010 Jul; 105(7):1235-45.

<sup>113</sup> Doyle A, Ross D, Maganja K, Baisley K, Masesa C, Andreasen A, et al. MEMA kwa Vijana Trial Study Group. Long-Term Biological and Behavioural Impact of an Adolescent Sexual Health Intervention in Tanzania: Follow-up Survey of the Community-Based MEMA kwa Vijana Trial. PLoS Med. 2010 June; 7(6).

<sup>114</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. L'anticoncepció d'emergència amb levonorgestrel a la xarxa sanitària de Catalunya. Barcelona, 2004 [En línea, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/anticoncepcio.pdf>

<sup>115</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Consell de Col·legis Farmacèutics a Catalunya. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.elglobal.net/DocumentacionPdf/ProtocoloPDD.pdf>

<sup>116</sup> Maharaj P, Rogan M. Missing opportunities for preventing unwanted pregnancy: a qualitative study of emergency contraception. J Fam Plann Reprod Health Care. 2011 Apr; 37(2):89-96.

<sup>117</sup> Ros C, Miret M, Rué M. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. Gac Sanit. 2009 Nov-Dic; 23 (6).

<sup>118</sup> Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention . Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr; 18 (2).

<sup>119</sup> Yapici G, Oner S, Kurt AO, Sasmaz T, Bugdayci R. Knowledge of emergency contraception among women aged 15-49 years in Mersin, Turkey. J Reprod Med. 2011 May-Jun; 56 (5-6):204-10.

<sup>120</sup> Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad - Área de Igualdad. Ficha estadística de víctimas mortales por violencia de género. Madrid, 2012 [En línea, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en:  
<http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244656633338&ssbinary=true>

<sup>121</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació / Salut Pública. Estudis en l'àmbit de la salut. Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4rt d' ESO a Catalunya. Curs escolar 2005-2006. Barcelona [En línea, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2060/34eso.pdf>

<sup>122</sup> Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, baco C, Logan S. Condiciones de discapacidad y el registro de niños el abuso y la negligencia un estudio de base poblacional. Pediatría 2005 Sep; 116 (3): 609-13.

<sup>123</sup> Barnett S, Klein JD, Pollard RQ , Samar V, Schlehofer D, Starr M, et al. Community Participatory Research With Deaf Sign Language Users to Identify Health Inequities. Am J Public Health. 2011 Oct 20.

<sup>124</sup> Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijf E, van Leerdam F, Hirasing R, Crijnen A. Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a Randomised Controlled Trial of the Nurse Family Partnership in Dutch preventive health care. BMC Public Health. 2011 Oct 21; 11(1):823.





<sup>125</sup> Hart SN, Glaser D. Psychological maltreatment - Maltreatment of the mind: A catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being. *Child Abuse Negl.* 2011 Oct 18.

<sup>126</sup> Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the national violent death reporting system. *Obstet Gynecol.* 2011 Nov; 118(5):1056-63.

<sup>127</sup> Ajuntament de Rubí. Premi Ferran Salsas i Roig. Abús sexual en la infància i l'adolescència: Efectes a llarg termini en la salut sexual i reproductiva i les relacions afectives i sexuals de les dones adultes. [En línia, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.rubi.cat/perfil/rubi/recursos/recursos/24885ajrub.pdf>

<sup>128</sup> Pereda N, Polo P, Grau N, Navales N, Martínez M. Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista d'Estudis de la Violència.* 2007;1:1-18.

<sup>129</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Judicials i Formació Especialitzada. El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, com i per què. Barcelona. Departament de Justícia. 2000.

<sup>130</sup> Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives.* 2001; 33 (5):206-11.

<sup>131</sup> Diez PM, Siptz AM, Anda RF, Williamson DF, McMahon PM, Santelli JS, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA.* 1999; 282:1359-64.

<sup>132</sup> Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71 (3):575-86.

<sup>133</sup> Dililla D. Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clin Psychol Rev.* 2001; 21 (4):553-76.

<sup>134</sup> Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect.* 2004; 28 (11): 1133-51.

<sup>135</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos. [En línea, fecha de acceso 8 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

<sup>136</sup> El llamamiento del Parlamento Europeo sobre “la salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia”. Diciembre 2003. Informes estratégicos “La UE y el SSPA” nº 4. [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PUR9oX7PPz4J:www.easp.es/web/documentos/InformesOSE/00009948documento.pdf+El+Parlamento+Europeo+aprob%C3%B3+la+resoluci%C3%B3n+2001/2128\(INI\)&hl=es&gl=es&pid=bl&srcid=ADGEEsijwGcHyRTax8bi4jfkS0FiFPzVS9Q0ZMkKx3GGNtM-qr4N4tpTpTnSwEoNnd-exA0yY9hLwAvpFfptcWC922JCLCX9LQjXE0vrWAZslrUxtRDe4P-Mg4ixBhTwZXdEWGfF4jig&sig=AHIEtbTFUjiCRgMS\\_0n\\_ilGg57rBLm2w3g](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PUR9oX7PPz4J:www.easp.es/web/documentos/InformesOSE/00009948documento.pdf+El+Parlamento+Europeo+aprob%C3%B3+la+resoluci%C3%B3n+2001/2128(INI)&hl=es&gl=es&pid=bl&srcid=ADGEEsijwGcHyRTax8bi4jfkS0FiFPzVS9Q0ZMkKx3GGNtM-qr4N4tpTpTnSwEoNnd-exA0yY9hLwAvpFfptcWC922JCLCX9LQjXE0vrWAZslrUxtRDe4P-Mg4ixBhTwZXdEWGfF4jig&sig=AHIEtbTFUjiCRgMS_0n_ilGg57rBLm2w3g)

<sup>137</sup> Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2010 [En línea, fecha de acceso 8 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/ENSSSR.pdf>

<sup>138</sup> De la Cruz C, Fernández MA, Bataller V. Atender y Educar la sexualidad desde la consulta de pediatría. UNAF. Madrid; 2008.

<sup>139</sup> Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DOGC núm. 4132 - 13/05/2004 (pág. 9.027). [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.gencat.cat/diari\\_c/4132/04114036.htm](http://www.gencat.cat/diari_c/4132/04114036.htm)

<sup>140</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Barcelona, 2008 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/plaestra2008.pdf>

<sup>141</sup> Institut Català de la Salut. Cartera de Serveis del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. Barcelona; 1997.

<sup>142</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. Barcelona, 2008 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <https://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir3442/pesalrepr.pdf>

<sup>143</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa Salut i Escola. Guia d'implantació. 1ª ed. Barcelona, diciembre 2008 [En línea, fecha de acceso 5 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/psie2006.pdf>

<sup>144</sup> Falguera G. El web: Sexe Joves. III Congreso Nacional de la Associació Catalana de Llevadores-FAME. Girona, 2008 [En línea, fecha de acceso 2 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/desalut/pdf/collut.pdf>

<sup>145</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de la Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) farmacològica. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Barcelona, 2011 [En línea, fecha de acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols i recomanacions/10 interrupcio voluntaria de lembaras/documents/ivefarma2011.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols%20i%20recomanacions/10%20interrupcio%20voluntaria%20de%20lembaras/documents/ivefarma2011.pdf)

<sup>146</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 2ª ed. Barcelona, agosto 2005 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes de salut/Salut maternoinfantil/docs/protseguir2006.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes%20de%20salut/Salut%20maternoinfantil/docs/protseguir2006.pdf)

<sup>147</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part. Barcelona, marzo 2007 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes de salut/Salut maternoinfantil/docs/part2007.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes%20de%20salut/Salut%20maternoinfantil/docs/part2007.pdf)

<sup>148</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Salut Pública. Protocol Chagas. Protocol de cribatge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus nadons. Barcelona, enero 2010 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes de salut/Salut maternoinfantil/docs/protchagas2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes%20de%20salut/Salut%20maternoinfantil/docs/protchagas2010.pdf)

<sup>149</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol del diagnòstic prenatal. Barcelona, diciembre 2008 [En línea, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes de salut/Salut maternoinfantil/docs/diagprenfetcatcomp.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes%20de%20salut/Salut%20maternoinfantil/docs/diagprenfetcatcomp.pdf)

- <sup>150</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Educació maternal: Preparació per al naixement. Barcelona, 2011 [En línia, fecha de acceso 9 de junio de 2011]. Disponible en:  
[http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_63148\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_31730.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_63148_FICHERO_NOTICIA_31730.pdf)
- <sup>151</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i de Seguretat Social. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona, agosto 2003 [En línia, fecha de acceso 7 de mayo de 2012]. Disponible en:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Salut\\_maternoinfantil/docs/protpart.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/docs/protpart.pdf)
- <sup>152</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de les activitats preventives per al cribatge del càncer de cèrvix uterí. Barcelona, 2010 [En línia, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/protocolcanceruteri2010.pdf>
- <sup>153</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Salut Pública. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Barcelona, 2010 [En línia, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dirnada515/abordatge.pdf>
- <sup>154</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa Salut i Escola. Orientacions per a l'educació afectiva i sexual a segon cicle d'ESO. 1ª ed. Abril 2006. [En línia, fecha de acceso 2 de octubre de 2011]. Disponible en:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2060/sansex.pdf>
- <sup>155</sup> Goldman JD. An exploration in health education of an integrated theoretical basis for sexuality education pedagogies for young people. *Health Educ Res.* 2011 Jun; 26(3):526-41.
- <sup>156</sup> Bokken L, van Dalen J, Rethans JJ. The case of "Miss Jacobs": adolescent simulated patients and the quality of their role playing, feedback, and personal impact. *Simul Healthc.* 2010 Dec; 5(6):315-9.
- <sup>157</sup> Diputación de Málaga. Àrea de Juventud y Deportes. Libro Blanco sobre la Educación Sexual de Málaga. Málaga [En línia, fecha de acceso 9 de octubre de 2011]. Disponible en:  
<http://www.institutodesexologia.org/LibroBlancoEducacionSexual.pdf>
- <sup>158</sup> J ara Rascón J, Alonso Sandoica E. Ethic evaluation of sexual health programs on adolescence. *Cuad Bioet.* 2011 Jan-Apr; 22(74):77-91.

- <sup>159</sup> Wakley G. Helping parents with sex education. *J Fam Health Care*. 2011 Mar-Apr; 21(2):30-3.
- <sup>160</sup> Arcand JL, Wouabe ED. Teacher training and HIV/AIDS prevention in West Africa: regression discontinuity design evidence from the Cameroon. *Health Econ*. 2010 Sep; 19 Suppl: 36-54.
- <sup>161</sup> Sánchez E, Honrubia M, Chacón MD. Guía básica d'educació afectivosexual per a persones amb discapacitat visual. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2007: 135-36.
- <sup>162</sup> Molero F, Ortega P, Ponte M, Pujols J, Sánchez C. *Sexo Joven*. Barcelona: Marge Books; 2007: 165-69.
- <sup>163</sup> Esmail S, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(14):1148-55.
- <sup>164</sup> Mosack KE, Randolph ME, Dickson-Gomez J, Abbott M, Smith E, Weeks MR. Sexual risk-taking among high-risk urban women with and without histories of childhood sexual abuse: mediating effects of contextual factors. *J Child Sex Abus*. 2010 Jan; 19(1):43-61.
- <sup>165</sup> Asociación Navarra de Matronas. Serrano I. La formación de la matrona a lo largo de la historia. Pamplona. 2002.
- <sup>166</sup> Terré Rull C. Anexo a la edición española. La matrona en España. Historia de una profesión. En Towler J. Bramall J. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Masson. Barcelona, 1997: 273-83.
- <sup>167</sup> Valle Racero, J.I. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Profesión*, 9, 2002: 28-35.
- <sup>168</sup> García Martínez MJ. Fichas Bibliográficas para la Historia de la Enfermería. Ficha nº 6. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, nº 3-4, 1996/97: 87.
- <sup>169</sup> Real Decreto 4 de diciembre de 1953. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la secretaria del gobierno. [En línea, fecha de acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en:  
[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1988-16027](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1988-16027)

<sup>170</sup> Real Decreto de 23 de julio de 1977. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la secretaria del gobierno. [En línea, fecha de acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/29/pdfs/A45901-45913.pdf>

<sup>171</sup> Real Decreto de 28 de junio de 1991. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaria del Gobierno. [En línea, fecha de acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.ua.es/oia/es/legisla/rd1017\\_1991.htm](http://www.ua.es/oia/es/legisla/rd1017_1991.htm)

<sup>172</sup> Orden de 1 de junio de 1992. Artículo 27 de la Directiva 89/594/CEE. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaria del Gobierno. [En línea, fecha de acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1992-12549](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1992-12549)

<sup>173</sup> Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la secretaria del gobierno. [En línea, fecha de acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1992-12549](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1992-12549)

<sup>174</sup> Nalle MA, Wyatt TH, Myers CR. Continuing education needs of nurses in a voluntary continuing nursing education state. *J Contin Educ Nurs*. 2010 Mar;41(3):107-15.

<sup>175</sup> Cortad KF, Hara N. An online listserv for nurse practitioners: a viable venue for continuous nursing professional development? *Nurse Educ Today*. 2008 May; 28(4):450-7.

<sup>176</sup> Thomson MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (2):CD003030.

<sup>177</sup> Rolley JX, Salamonson Y, Dennison CR, Davidson PM. Nursing care practices following a percutaneous coronary intervention: results of a survey of Australian and New Zealand cardiovascular nurses. *J Cardiovasc Nursing*. 2010 Jan-Feb; 25 (1):75-84.

<sup>178</sup> Donyai P, Herbert RZ, Denicolo PM, Alexander AM. British pharmacy professionals beliefs and participation in continuing professional development: a review of the literature. *Int J Pharm Pract*. 2011 Oct; 19(5): 290-317.

<sup>179</sup> Avedis Donavedian. Instituto Universitario de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.fadq.org/Investigaci%C3%B3n/tabid/56/Default.aspx>

- <sup>180</sup> Smith JD, O'Dea K, McDermott R, Schmidt B, Connors C. Educating to improve population health outcomes in chronic disease: an innovative workforce initiative across remote, rural and Indigenous communities in northern Australia. *Rural Remote Health*. 2006 Jul-Sep; 6(3):606.
- <sup>181</sup> Rodriguez E, Marquett R, Hinton L, McBride M, Gallagher-Thompson D. The impact of education on care practices: an exploratory study of the influence of "action plans" on the behavior of health professionals. *Int Psychogeriatr*. 2010 Sep; 22(6):897-908.
- <sup>182</sup> Thomson MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (2).
- <sup>183</sup> Mason J, Wood J, Freemantle N. Designing evaluations of interventions to change professional practice. *Journal of Health Services Research Policy*. 1999;4; 2; 106-111.
- <sup>184</sup> Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD003030.
- <sup>185</sup> Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol assessing health care*. Summer 2005; 21 (3):380-5.
- <sup>186</sup> Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8; (3).
- <sup>187</sup> Gregory J, Robling M, Bennert K, Channon S, Cohen D, Crowne E, et al. Development and evaluation by a cluster randomised trial of a psychosocial intervention in children and teenagers experiencing diabetes: the DEPICTED study. *Health Technol Assess*. 2011 Aug; 15(29):1-202.
- <sup>188</sup> Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, Grimm J, Bubner T, Amoroso C, et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *Int J Qual Health Care*. 2007 Jun; 19 (3):164-9.

<sup>189</sup> Jamtvedt G , Kristoffersen MA, O'Brien AD, Oxman . Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Biblioteca Cochrane Plus, 2006 19 de abril, (2): CD000259.

<sup>190</sup> Elston DM, Stratman E, Johnson-Jahangir H, Watson A, Swiggum S, Hanke CW. Patient safety: Part II. Opportunities for improvement in patient safety. J Am Acad Dermatol. 2009 Aug; 61(2):193-205; quiz 206.

<sup>191</sup> Lazorick S, Crowe VL, Dolins JC, Lannon CM. Structured intervention utilizing state professional societies to foster quality improvement in practice. J Contin Educ Health Prof. 2008 Summer; 28(3):131-9.

<sup>192</sup> Pierce JT. Continuing education-"the action level"®. J Occup Environ Hyg. 2011 Nov; 8(11):D123-4.

<sup>193</sup> Sachdeva AK. The new paradigm of continuing education in surgery. Arch Surg. 2005 Mar; 140(3):264-9.

<sup>194</sup> Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). 2012 [En línea, fecha de acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en:  
<http://www.federacion-matronas.org/actividades-cientificas>

<sup>195</sup> Associació Catalana de Llevadores (ACLL). Barcelona, 2012 [En línea, fecha de acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en:  
<http://www.llevadores.cat/html/frame/frame.htm>

<sup>196</sup> Universitat de Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Unitat Docent de Llevadores. [En línea, fecha de acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en:  
[http://www.csi.cat/media/upload/arxiu/professionals/docencia/guies\\_residents/guia\\_docent\\_LLIR.PDF](http://www.csi.cat/media/upload/arxiu/professionals/docencia/guies_residents/guia_docent_LLIR.PDF)

<sup>197</sup> Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? BMC Health Serv Res. 2008; 8: 179.

<sup>198</sup> Bellande BJ, Winicur ZM, Cox KM. Commentary: Urgently needed: a safe place for self-assessment on the path to maintaining competence and improving performance. Acad Med. 2010 Jan; 85(1):16-8.



- <sup>199</sup> Miller S, Thompson J, Mazmanian P, Aparicio A, Davis D, Spivey S, Kahn N. Continuing medical education, professional development, and requirements for medical licensure: a white paper of the Conjoint Committee on Continuing Medical Education. *J Contin Educ Health Prof.* 2008 Spring;28 (2):95-8.
- <sup>200</sup> Randle J, Clarke M. Infection control nurses' perceptions of the Code of Hygiene. *J Nurs Manag.* 2011 Mar; 19(2):218-25.
- <sup>201</sup> Real Decreto del 10 de marzo de 2012. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaria del Gobierno. [En línea, fecha de acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en:  
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/03/10/pdfs/BOE-A-2012-3412.pdf>
- <sup>202</sup> Gallagher RM. National quality efforts: what continuing and staff development educators need to know. *J Contin Educ Nurs.* 2005 Jan-Feb; 36(1):39-45.
- <sup>203</sup> Kesten KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ.* 2011 Feb; 50(2):79-87.
- <sup>204</sup> Bicking C . Empowering nurses to participate in ethical decision-making at the bedside. *J Contin Educ Nursing.* 2011 Jan; 42 (1):19-24;
- <sup>205</sup> George DR."Friending Facebook?" A minicourse on the use of social media by health professionals. *J Contin Educ Health Prof.* 2011 Summer; 31(3):215-9.
- <sup>206</sup> Wahl SE, Latayan MB. Nursing Education Innovation: Using e-Learning Technology to Meet Learners' Needs. *J Contin Educ Nurs.* 2011 Nov; 42(11):483-4.
- <sup>207</sup> Shiovitz S, Gay A, Morris A, Graff JJ, Katz SJ, Hawley ST. Dissemination of Quality-of-Care Research Findings to Breast Oncology Surgeons. *J Oncol Pract.* 2011 Jul; 7(4):257-62.
- <sup>208</sup> Driever MJ, Perfiljeva G, Callister LC, McGivern S. Creating a context for professional dialogue between United States and Russian nurses: design of an international conference. *J Contin Educ Nurs.* 2005 Jul-Aug; 36(4):168-74.
- <sup>209</sup> Latifi K , Lecaj I , Bekteshi F , Dasho E , Doarn CR , Merrell RC , et al. . Cost-Benefit Analysis on the Use of Telemedicine Program of Kosova for Continuous Medical Education: A Sustainable and Efficient Model to Rebuild Medical Systems in Developing Countries. *Telemed JE Health.* 2011 Oct 19.

<sup>210</sup> Wallen GR, Cusack G, Parada S, Miller-Davis C, et al. Evaluating a hybrid web-based basic genetics course for health professionals. *Nurse Educ Today*. 2011 Aug; 31(6):638-42.

<sup>211</sup> Mitton C, Dionne F, Masucci L, Wong S, Law S. Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: a review of the literature. *Int J Circumpolar Health*. 2011 Oct 26:0.

<sup>212</sup> Bagayoko CO, Anne A, Fieschi M, Geissbuhler A. Can ICTs Contribute to the Efficiency and Provide Equitable Access to the Health Care System in Sub-Saharan Africa? The Mali Experience. *Yearb Med Inform*. 2011; 6(1):33-8.

<sup>213</sup> Bediang G, Bagayoko CO, Raetzo MA, Geissbuhler A. Relevance and usability of a computerized patient simulator for continuous medical education of isolated care professionals in sub-saharan Africa. *Stud Health Technol Inform*. 2011; 169:666-70.

<sup>214</sup> Morgan P, Tregunno D, Pittini R, Tarshis J, Regehr G, DeSousa S et al. Determination of the psychometric properties of a behavioural marking system for obstetrical team training using high-fidelity simulation. *Qual Saf BMJ*. 2011 Oct 12.

<sup>215</sup> DiBiase D. Is distance education teaching more work or less work? *American Journal of Distance Education*. 2000; 14(3):6-20v

<sup>216</sup> Katherine M Andersen, Melissa D Avery. Faculty Teaching Time: A Comparison of Web-Based and Face-to-Face Graduate Nursing Courses. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2008 January 1; 5(1).

<sup>217</sup> Parker EB, Howland LC. Strategies to manage the time demands of online teaching. *Source. Nurse Educ*. 2006 Nov-Dec;31 (6):270-4.

<sup>218</sup> Billings DM, Skiba DJ, Connors HR. Best practices in Web-based courses: generational differences across undergraduate and graduate nursing students. *J Prof Nurs*. 2005 Mar-Apr;21 (2):126-33.

<sup>219</sup> Mora JR. Evaluación de la calidad percibida de un programa de formación continuada por la metodología SERVQUAL-FOR. *Nure Investigación*, nº 2, febrero 2004 [Fecha de acceso 10 de septiembre de 2010]. Disponible en:

[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_USUARIO/Proyectos\\_Imagenes/proyecto2.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/proyecto2.pdf)

<sup>220</sup> Tofade TS, Foushee LL, Chou SY, Eckel SF, Caiola SM. Evaluation of a condensed training program to introduce the process of continuing professional development. *J Pharm Pract.* 2010 Dec; 23(6):560-9.

<sup>221</sup> Ladhani Z, Chhatwal J, Vyas R, Iqbal M, Tan C, Diserens D. Online role-playing for faculty development. *Clin Teach.* 2011 Mar;8(1):31-6.

<sup>222</sup> Ferguson L, Calvert J, Davie M, Fallon M, Fred N, Gersbach V, Sinclair L. Clinical leadership: using observations of care to focus risk management and quality improvement activities in the clinical setting. *Contemp Nurse.* 2007 Apr; 24(2):212-24.

<sup>223</sup> International Society for Quality of Life Research. [Extraído el 4 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.isoqol.org/>

<sup>224</sup> Stevens D. SQUIRE after one year. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 322.

<sup>225</sup> Squire Directrices para la Excelencia de la Información. Mejoramiento de la calidad. [Extraído el 4 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.squire-statement.org/guidelines>

<sup>226</sup> Sociedad Española de Calidad Asistencial. [Extraído el 4 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.secalidad.org/>

<sup>227</sup> Societat Catalana de Qualitat Assistencial. [Extraído el 4 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.academia.cat/Portal/academia/>

<sup>228</sup> Latour J, Abaira V, Cabello J, López J. Las mediciones clínicas en cardiología: validez y errores de medición. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50:117-128

<sup>229</sup> Societat Catalana de Sexologia. Barcelona, 2012. Disponible en: <http://www.academia.cat/sexologia>

<sup>230</sup> Societat Catalana d'Anticoncepció. Barcelona, 2012. Disponible en: <http://webs.academia.cat/societats>

## *Difusión de la investigación*

Durante la elaboración de esta investigación y hasta la fecha actual, varios de los resultados obtenidos se han ido difundiendo a través de ponencias, comunicaciones y pósters de la web *Sexe Joves* presentados en jornadas y congresos nacionales e internacionales.

### **Ponencias**

Falguera G, Guix D, Soteras P, León C, Costa D, Lluch T. Utilització del web *Sexe Joves* i l'accés a la consulta virtual sobre salut sexual i reproductiva. Jornada de Benchmarking del Grup ICS. Barcelona, 26 de abril de 2010.

Falguera G. Programa on line de sexualidad en adolescentes en Cataluña. IV Jornadas de Matronas de Murcia. 18 de noviembre 2010.

### **Comunicaciones**

Falguera G, Soteras P, Guix D, León C, Abella M, Abajo S. ¿Qué temas consultan los jóvenes internautas en el web [www.sexejoves.gencat.cat](http://www.sexejoves.gencat.cat)? I Congreso de la Asociación Balear de Comares conjuntamente con la FAME. Congreso Nacional, Palma de Mallorca, 22-25 abril 2009.

Falguera G, Soteras P, Guix D, Abella M, Lluch T, Toran P, López E. Utilización de la web *Sexe Joves* y acceso a la consulta virtual sobre salud sexual y reproductiva. X Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza, 24-26 de marzo de 2010.

León C, Falguera G, El-Idrissi O, Soteras P, Guix D, Abajo S. Web Sexejoves.gencat.cat: una herramienta renovada. Siendo accesibles. I Congreso de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana conjuntamente con la FAME. Valencia, 6-7 de mayo de 2010.

Falguera G, Crespo N, León C, Meimoun F, Miralpeix G, Vendrell M. Web Sexejoves: Acercándonos al joven con necesidades especiales "jóvenes sordos y sordo ciegos". X Congrés de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. St. Benet de Bages, 10 -11 de junio de 2010.

Falguera G. Proyecto Sexe Joves: gencat.cat. XV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Alicante, 21-23 de octubre de 2010.

Falguera G. ¿Conocen los jóvenes usuarios de la Tarde Joven la web sexe.joves.gencat.cat? XV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Alicante, 21-23 de octubre 2010.

Falguera G, León C, Soteras P, Barnes E, Sombrero I, Manresa J, Torres T, Lluch T. Estrategia para potenciar la información sobre salud sexual, reproductiva y afectiva en los jóvenes. Investen. Burgos, 9-12 de noviembre de 2010.

Falguera G. Working to improve focus on sexual and reproductive health of youth: web "young sex". Instituto catalán de la Salud. Spain. ICM 29th Triennial Congress. Durban South Africa. 19-23 junio 2011.

## Pósters

Falguera G. Creación de una página web sobre la salud sexual y reproductiva en el Instituto Catalán de la Salud - 2006. Congreso Nacional de Informática Médica, INFORMED 2006. Murcia, 14-16 de noviembre de 2006.

Falguera G. L'administració de la web Sexe Joves. IV Jornada d'Administratiu Sanitaris de l'ICS. Girona, 11 de junio de 2010.

Guix D, Falguera G, León C, López E, Meimoun F, Abella M, Vila M <sup>a</sup>J. Web sexejoves: Approaching the youth with special needs "deaf and deaf and blind youth". Global Congress of Maternal and Infant Health. Barcelona, 22-26 de septiembre de 2010. Premio al mejor póster.

Falguera G. Adaptació al llenguatge de signes de la web *sejoves.gencat.cat*. Jornada d'Infermeria a la comarca del Vallès Oriental. Granollers, 10 de junio de 2011.

León C, Falguera G, Costa D, Sombrero I, Morell S, March G. Consulta virtual en salud sexual y reproductiva de jóvenes: qué, cómo, dónde... Congreso Asociación Castellano-Leonesa de matronas conjuntamente con FAME. Burgos, 20-22 octubre de 2011.

## Publicaciones

Están previstos tres artículos para divulgar los resultados de esta tesis.

- ✘ En el primer artículo se divulgarán los resultados de la primera fase del estudio, relativos al análisis del uso de la web *Sexe Joves* y al grado de satisfacción de los usuarios con la web. Se prevé su publicación en la revista *Contraception*.
- ✘ En el segundo artículo se divulgarán los resultados del análisis de la calidad de las respuestas de las matronas a los correos electrónicos recibidos en la consulta virtual de la web. Se prevé su publicación en la revista *Midwifery*.
- ✘ En el tercer artículo se divulgarán los resultados de la evaluación de la efectividad de un programa de formación continuada dirigido a matronas sobre temas de salud sexual y reproductiva. Se prevee su publicación en la revista *Nurse Education Today*.

## Glosario

**Abusos sexuales en la infancia.** Tocamientos de un adulto en el cuerpo del niño/niña sin su consentimiento; el hecho de obligar a un menor a tocar sexualmente a alguien; intentos de tener una relación sexual sin su consentimiento, y mantenimiento de relaciones sexuales sin su consentimiento.

**Administrador de la web Sexe Joves.** Técnico administrativo que realiza las actividades de soporte: organización, turnos de trabajo de los profesionales que realizan la consulta virtual (correo electrónico, chat y blog), distribución y archivo de los correos electrónicos.

**Agencia de Información y Evaluación en Calidad de Salud de Cataluña.** Entidad de la Generalidad de Cataluña que pretende facilitar las prácticas de participación en la información y orientar a los centros, los profesionales de la salud y la Administración Local, con una perspectiva en la que la ciudadanía disponga de la información y los medios para ser el centro del sistema de la salud.

**Anticoncepción de urgencia.** Fármacos que se utilizan para evitar un embarazo después de una relación coital sin protección o fallo del método habitual. Los plazos máximos de administración son de 72 a 120 horas, dependiendo del fármaco.

**Barebacking.** Relaciones sexuales sin utilizar métodos de barrera.

**Carpeta personal de salud.** Historia clínica informatizada individual, compartida por centros de primaria y hospitales, que debe de poder ofrecer a la población servicios de valor añadido, como por ejemplo información y consejos para mantener una adecuada salud.

**Chat.** Conversación a través de internet por escrito o a través de una cámara, entre una o más de una persona. Para que se establezca la comunicación, en algunos casos se requiere permiso para ser aceptado. Algunos ejemplos de comunicación por chat son Messenger y Skype.

**Ciudadano experto.** Ciudadano/a que establece relación y asesora a través de internet a otras personas que tienen la misma problemática de salud que él. Previamente se ha formado y adquirido conocimientos sanitarios sobre su problema de salud.

**Cloud computing u ordenador con nube.** Permite ofrecer servicios TIC sin necesidad de saber a qué maquinaria en concreto se conecta, ya que el concepto radica en que la maquinaria y el programa asociado no son considerados entes absolutos, sino que quedan detrás de una capa de abstracción.

**Comité editorial de la web.** Está constituido por un equipo multidisciplinar que dirige la web, formado por diez matronas, dos psicólogas, una ginecóloga, el administrador de la web, una técnica de comunicación y una técnica de asuntos asistenciales del Instituto Catalán de la Salud.

**Concordancia observada.** Procedimiento para determinar la concordancia entre observadores. Consiste en comparar las opiniones entre dos personas.

**Consejo reproductivo.** Incluye la siguiente cartera de servicios: consejo afectivo-sexual, consejo y atención de los métodos anticonceptivos (métodos barrera, hormonales, mecánicos, definitivos y otros, y la interrupción voluntaria del embarazo), consejo preconcepcional, consejo y diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, y consejo de dificultades en la fertilidad/esterilidad.

**Consulta virtual de la web Sexe Joves.** Se refiere a la consulta a través de la web que realizan los profesionales que trabajan en ella, mediante correo electrónico, chat y el blog.

**Curso de autoevaluación en línea.** En el ámbito sanitario existen cursos en línea de formación dirigidos a profesionales y en los que, una vez se han volcado los contenidos, el usuario puede valorar los conocimientos adquiridos. Una vez superada la prueba, se extiende el certificado de la realización del curso.



**Discapacidad sensorial.** Tipo de discapacidad que incluye la visual y la auditiva y otras discapacidades relacionadas con los sentidos.

**e-clínico.** En el contexto digital, profesional sanitario que realiza atención sanitaria a través del correo electrónico y aporta sus conocimientos y consejos al paciente o usuario.

**Encuesta de Anticoncepción Daphne-Bayer Schering.** Encuesta a mujeres hasta 35 años sobre la utilización de métodos de barrera y anticonceptivos, realizada por los expertos de la Sociedad Española de Anticoncepción bajo los auspicios de la empresa Bayer Schering. Esta encuesta se lleva a cabo anualmente en España desde el año 2009.

**Enfermero interno residente en enfermería obstétrico-ginecológica.** Desde 1992 existe un nuevo programa de formación para las enfermeras que deseen ejercer como matrona, que asume los nuevos retos que en materia de salud reproductiva y sexual demanda la población en consonancia con los avances científicos y tecnológicos actuales. En Cataluña se denominan *llevadores internes residents* (LLIR).

**e-paciente.** Modelo de gestión de la salud centrado en la población. El ciudadano/a es corresponsable de las decisiones que se tomen y adquiere un criterio en su proceso de salud. Toma el control de su estado de salud y pide y aporta información, pero no cuestiona la interpretación de un informe clínico o de unas determinaciones de laboratorio. El círculo será completo cuando tanto la población como los clínicos asuman la igualdad; la relación a partir de estos momentos será de iguales, e internet y las redes sociales actuarán como un factor igualador y aglutinador por afinidades.

**eSalud (eHealth).** Aplicación de las TIC al cuidado de la salud, desde el diagnóstico hasta el seguimiento de los pacientes, incluyendo la gestión de las instituciones implicadas en estas actividades. En el caso de la ciudadanía, les proporciona información, diagnósticos alternativos, etc. Y en el caso de los profesionales, se relaciona con una mejora en el acceso a la información (revistas y asociaciones profesionales), con la prescripción electrónica y la accesibilidad a la historia clínica informatizada.

**Estrategia Nacional de la Salud Sexual y Reproductiva.** Tiene como objetivos: promover una atención en la salud sexual con calidad, igualdad y visión de género, teniendo en cuenta la población más vulnerable y la diversidad; mejorar la accesibilidad a la anticoncepción con financiación pública, y la prevención, diagnóstico

y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS); financiar programas y servicios de salud sexual (Ley Orgánica 2/2010)<sup>138</sup> y aumentar la formación de profesionales y la investigación, en materia de salud sexual, desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

**European Patients Smart Open Services (epSOS).** Proyecto europeo que tiene como misión facilitar la interoperabilidad entre sistemas europeos de historia clínica digital y de receta electrónica, lo que servirá para facilitar la continuidad asistencial en el caso de movilidad de los ciudadanos y mejorará la calidad asistencial recibida fuera del país de residencia.

**Evaluación de la reacción.** Tipo de evaluación de un programa formativo que valora la opinión de los participantes de un curso sobre la consecución de los objetivos programados, la valoración de los cambios producidos, su satisfacción con la actividad, etc.

**Evaluación de transferencia.** Tipo de evaluación de un programa formativo que permite verificar los efectos que un curso produce en el contexto particular del trabajo al que trata de responder el programa y los cambios que debería conllevar en las prácticas de los profesionales.

**Evaluación del aprendizaje.** Tipo de evaluación de un programa formativo que trata de evaluar los conocimientos, habilidades o competencias adquiridos por los participantes durante un curso.

**Evaluación del impacto.** Tipo de evaluación de un programa formativo que analiza los resultados de un curso en el trabajo y su repercusión en éste y en la sociedad.

**Evaluadores del estudio.** Los diez profesionales del comité editorial de la web que participaron en el estudio valorando las respuestas de los correos electrónicos en la preformación. Ellos formaban un equipo multidisciplinar constituido por ocho matronas, una psicóloga y una obstetra-ginecóloga.

**Formación complementaria / continuada.** Cursos de actualización para aumentar los conocimientos de los profesionales. Es una buena estrategia, sin embargo la motivación de los participantes es esencial para que éstos tengan éxito. La actualización de los profesionales mejora la calidad de la asistencia de la población.

**Grupos de orientación sexual minoritarios.** Expresión utilizada para denominar a gays, lesbianas, bisexuales y transgénero.

**iSalud.** Sistema de personalización de los servicios sanitarios con las TIC, consistente en una atención sanitaria más individualizada, una adaptación de los servicios de la información sanitaria a las características de la población, la participación del paciente en el cuidado de su salud, la inmediatez en el acceso a la información y a los servicios, y una mayor seguridad en la asistencia y en las intervenciones.

**Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.** Tiene como objetivo general promover una atención de calidad con servicios accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral, autónoma, diversa, igualitaria, placentera, responsable, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género queden garantizados.

**Método anticonceptivo o método contraceptivo.** Método que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales heterosexuales. Contribuye a la prevención de embarazos no deseados y embarazos en la adolescencia.

**Método de barrera.** Método anticonceptivo que impide la entrada del esperma al útero (preservativos masculinos y femeninos y diafragma) y previene la transmisión de infecciones de transmisión sexual y VIH (preservativos masculinos y femeninos, diafragma, barrera de látex).

**mHealth.** Modelo de atención sanitaria en línea que integra la combinación del estilo de vida con la gestión de la salud/enfermedad.

**Monógamo sucesivo.** Persona cuyas relaciones amorosas/sexuales duran un periodo corto de tiempo pero se suceden de forma continua.

**Nativo digital.** Joven de hoy en día, que ha crecido con internet y que pertenece una generación que utiliza exhaustivamente internet.

**Plan estratégico de las Soluciones Integrales en las Tecnologías de la Información y Comunicación.** En el Departamento de Salud catalán y en el marco del Plan SITIC, se han desarrollado proyectos de TIC aplicados a la salud: historia

clínica compartida de Cataluña (HC3), la carpeta personal de salud, el Plan de Digitalización de la Imagen Médica, la telemedicina y teleasistencia y la receta electrónica (Rec@t).

**Plan estratégico nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva en Cataluña.** Programa cuyo objetivo consiste en promover, impulsar, coordinar y llevar a cabo las actividades de atención integral a la mujer, a su pareja y a los jóvenes en los aspectos relativos a la orientación y la planificación familiar, el control del embarazo, la educación maternal, el embarazo, el parto, el posparto y el resto de estados fisiológicos y patológicos directamente relacionados con su salud sexual y reproductiva, desde la infancia a la vejez.

**Profesionales que realizan la consulta virtual de la web *Sexe Joves*.** Equipo multidisciplinar que elabora las respuestas del correo electrónico (52 matronas, una enfermera, cuatro psicólogas y dos obstetra-ginecólogas), atienden el chat (tres matronas) y el blog (dos matronas).

**Programa Europeo Escuela 2.0.** Programa cuyo objetivo es la dotación de equipos informáticos a las escuelas.

**Programa Salud y Escuela.** Programa en el que las enfermeras de los centros de salud de atención primaria en Cataluña acuden a institutos para realizar una consulta abierta con el objetivo de detectar situaciones y conductas de riesgo de los jóvenes que cursan ESO.

**Redes sociales de internet.** Estructuras sociales virtuales que permiten a las personas establecer contactos. Algunos de los más conocidos por la población son Twitter, Facebook, Youtube, MySpace, Second life y Avatar, entre otros.

**Renewing Health Project.** Proyecto sobre telemática para la asistencia domiciliaria a pacientes crónicos que sufren patologías como la diabetes o problemas cardiovasculares y respiratorios. Se enmarca dentro del Programa de Competitividad e Innovación en las políticas en materia de TIC de la Unión Europea.

**Sanidad electrónica.** Recurso en internet para solicitar visitas a profesionales sanitarios y consultar los datos de la historia clínica electrónica personal.

**Seguridad del paciente.** La cultura de la seguridad se basa en el supuesto de que a raíz del análisis de las fuentes de errores se pueden desarrollar señales centinela, que

avisen cuando exista una amenaza en la seguridad de los pacientes. Asimismo, hay que construir redes de seguridad mediante herramientas de ingeniería, o de informática, para mejorar la atención a la población en el ámbito de la salud.

**Smartphone.** Herramienta con nueva tecnología que permite a las personas utilizar internet, telefonía móvil y otros accesorios en un mismo dispositivo.

**Tableta.** Herramienta con nueva tecnología que permite a las personas utilizar internet y otros accesorios en un mismo dispositivo.

**TicSalut.** Entidad de la Generalidad de Cataluña que pretende facilitar las prácticas de participación en la información y orientar a los centros, los profesionales de la salud y la Administración Local, con una perspectiva en la que la ciudadanía disponga de la información y los medios para ser el centro del sistema de la salud.

**Violencia de género.** También denominada violencia machista por el Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista, entiende el machismo como la imposición de un modelo de masculinidad que busca instaurar conductas de dominio, control y abuso de poder de los hombres sobre las mujeres.

**Web Sexe Joves.** Web del Instituto Catalán de la Salud y la Generalidad de Cataluña cuyo objetivo general es informar sobre todos los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes entre 14 y 25 años, y favorecer cambios de conducta que los guíen a una autorresponsabilidad respecto a su sexualidad.

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

## *Abreviaciones y siglas*

**ACLL** Associació Catalana de Llevadores

**ACOE** Prueba de competencia clínica

**AIAQS** Agencia de Información y Evaluación en Calidad de Salud

**c.e.** Correo electrónico

**CEEISCAT** Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida

**CEJAS** Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad

**EAP** Equipos de atención primaria

**EIR** Enfermeros internos residentes

**ENSS** Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

**epSOS** - European Patients Smart Open Services

**ESO** Educación Secundaria Obligatoria

**FAME** Federación de las Asociaciones de Matronas Españolas

**FESOCA** Federación de Sordos de Cataluña

**HC3** Historia clínica compartida de Cataluña

**IDESCAT** Instituto de Estadística de Cataluña

**IES** Instituto de Estudios Secundarios

**IIE** Intervenciones interactivas electrónicas

**INE** Instituto Nacional de Empleo

**ITS** Infecciones de transmisión sexual

**IVE** Interrupción voluntaria del embarazo

**LGBT** Lesbianas, gays, bisexuales y transgénero

**MMS** Sistema de mensajería multimedia

**NHS** National Health Service

**ONG** Organización no gubernamental

**PASSIR** Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

**PSiE** Programa Salud y Escuela

**SISO** Sistema de Información Sanitaria de Osona

**SITIC** Soluciones Integrales en las Tecnologías de la Información y Comunicación

**SMS** Sistema de mensajes cortos de texto: *short message service*

**TIC** Tecnologías de la información y la comunicación

**URL** Dirección de la página web (localizador) que se ha visitado para llegar a la web

**VIH** Virus de la inmunodeficiencia humana

**VPH** Virus del papiloma humano

# Índice de tablas y figuras

## Índice de tablas

**Tabla 1.** Programa Escuela 2.0. Dotación informática para el curso 2010-2011. Ministerio de Educación

**Tabla 2.** Institutos y centros que validaron los contenidos de la web *Sexe Joves*

**Tabla 3.** Características de los evaluadores

**Tabla 4.** Resumen descriptivo de los porcentajes de concordancia observados en cada uno de los ítems del cuestionario

**Tabla 5.** Periodo de los correos electrónicos evaluados

**Tabla 6.** Buscador utilizado para visitar la web *Sexe Joves*

**Tabla 7.** Buscadores y palabras de búsqueda de la web *Sexe Joves* en 2010

**Tabla 8.** Referente URL

**Tabla 9.** Contenidos y secciones visitadas en la web *Sexe Joves* en diferentes idiomas y globalmente

**Tabla 10.** Contenidos más visitados del árbol de la página principal de la web *Sexe Joves*

**Tabla 11.** Distribución de frecuencias y porcentaje de correo electrónico y chat por mes

**Tabla 12.** Media, desviación típica e intervalo de confianza de la consulta virtual (correo electrónico y chat) por género y edad

**Tabla 13.** Distribución de la consulta virtual (correo electrónico y chat) por género y edad



**Tabla 14.** Provincias con mayor número de correos electrónicos según género (F/ M) y edad (en 4 categorías) y total (T)

**Tabla 15.** Distribución de frecuencias y porcentajes de los comentarios del blog

**Tabla 16.** Resultados de la calidad de las respuesta según las diferentes dimensiones evaluadas en la preformación. N = 548

**Tabla 17.** Temas de la respuestas de los c.e. valorados en la preformación. N = 548

**Tabla 18.** Contenido científico de los correos electrónicos (error, regular, bien, muy bien) según los temas consultados en la preformación

**Tabla 19.** Contenido científico en relación con otros indicadores de la calidad de las respuestas en la preformación

**Tabla 20.** Resultados de la calidad de las respuestas según las diferentes dimensiones evaluadas en la posformación. N = 115

**Tabla 21.** Comparativa de los resultados de las respuestas consideradas erróneas en la preformación y en la posformación

## Índice de figuras

Figura 1. Portada de la página principal de la web *Sexe Joves*

Figura 2. Árbol de contenidos de la web *Sexe Joves*

Figura 3. Símbolo de lenguaje de signos y de la adaptación a los discapacitados visuales

Figura 4. Vídeo en lenguaje de signos

Figura 5. Banner de los juegos interactivos en la página de referencia

Figura 6. Juegos interactivos desplegados

Figura 7. Página que visualiza el joven cuando escribe una consulta por correo electrónico

Figura 8. Respuesta que confirma que el web *Sexe Joves* ha recibido el mensaje

Figura 9. Página visualizada por el administrador de los correos electrónicos que están pendientes de contestar

Figura 24. Normativa recomendada en las respuestas de los profesionales

Figura 25. Esquema de la primera fase del estudio

Figura 26. Esquema de la segunda fase del estudio

Figura 27. Esquema de la tercera fase del estudio

Figura 28. Distribución de la consulta virtual (c.e. y chat) por género y grupo de edad (agrupados en cuatro categorías)

Figura 29. Procedencia de los correos electrónicos del género femenino por grupos de edad en cuatro categorías

Figura 30. Procedencia de los correos electrónicos del género masculino por grupos de edad en cuatro categorías

Figura 31. Valoración de la respuesta del profesional

Figura 32. Valoración de los recursos de la web

Figura 33. Origen de la información de la web

## Anexos

### **Anexo 1. Páginas web con contenidos sobre salud sexual y reproductiva nacionales e internacionales**

Algaraiia sexológica. Granada: [www.informacionsexual.com/](http://www.informacionsexual.com/)

Associació Cristiana de Gais i Lesbianes: [www.acgil.org/](http://www.acgil.org/)

Casal Lambda. Centro Asociativo de Gays y Lesbianas de Barcelona:

[www.lambdaweb.org/primer6.htm](http://www.lambdaweb.org/primer6.htm)

Católicas por el derecho a decidir: [www.catolicas.com.ar/](http://www.catolicas.com.ar/)

Centro Joven de Atención e Información de Albacete: [www.asexorate.org/](http://www.asexorate.org/)

Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona:

[www.centrejove.org/info\\_cjas/cjas\\_consulta\\_online.php](http://www.centrejove.org/info_cjas/cjas_consulta_online.php)

Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid:

[www.centrojoven.org/quees.htm](http://www.centrojoven.org/quees.htm)

COGAM Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid:

[www.cogam.org](http://www.cogam.org)

Columbia Health: [goaskalice.columbia.edu/](http://goaskalice.columbia.edu/)

Confederación Española de Lesbianas: [www.colegaweb.org/](http://www.colegaweb.org/)

Coordinadora Gai-Lesbiana (Barcelona): [www.cogailes.org/](http://www.cogailes.org/)

Critical Path AIDS Project: [www.critpath.org](http://www.critpath.org)

Fundación Terras: [www.terras.edu.ar/](http://www.terras.edu.ar/)

Derechos humanos: [www.un.org/es/documents/udhr/](http://www.un.org/es/documents/udhr/)

Asociación Catalana para la Infancia Maltratada: [www.ecpat-esp.org](http://www.ecpat-esp.org)



El punto de vista del Vaticano: [www.vatican.va/](http://www.vatican.va/)

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar: [www.mexfam.org.mx/](http://www.mexfam.org.mx/)

Gais Positius: [www.gaispositius.org/GL\\_ESPc.html](http://www.gaispositius.org/GL_ESPc.html)

GYLDA: Gays y Lesbianas (Logroño): [www.gylda.org/](http://www.gylda.org/)

Human Life International: [www.hli.org/](http://www.hli.org/)En caché - Similares

Igualdad de gays y lesbianas: [www.fundaciontriangulo.org/](http://www.fundaciontriangulo.org/)

Instituto Andaluz de la Juventud: [www.yaperollama.com/](http://www.yaperollama.com/)

Institut Balear de la Dona: [infosex.caib.es/index.htm](http://infosex.caib.es/index.htm)

Institut Català de la Salut i Generalitat de Catalunya: [www.sexejoves.gencat.cat](http://www.sexejoves.gencat.cat)

Instituto de Sexología de Barcelona: [www.sexologobarcelona.net/](http://www.sexologobarcelona.net/)

Instituto Navarro de la Juventud:

[www.navarra.es/home\\_es/Temas/Juventud/Informacion/Nos+queremos+nos+cuidamos/Servicio+de+informacion+y+educacion+sexual+para+jovenes/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Juventud/Informacion/Nos+queremos+nos+cuidamos/Servicio+de+informacion+y+educacion+sexual+para+jovenes/)

International Society for Sexual Medicine: [www.issm.info/](http://www.issm.info/)

M University of Michigan Health System: [www.med.umich.edu/yourchild/topics/](http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/)

Mujeres en red: [www.nodo50.org/mujeresred/](http://www.nodo50.org/mujeresred/)

OMS: [www.who.int/es](http://www.who.int/es)

NOS Asociación Andaluza de Lesbianas y Gais: [www.asociacionnos.org/](http://www.asociacionnos.org/)

Problemática sexual de los adolescentes españoles:

[www.adolescentes.euroresidentes.com/](http://www.adolescentes.euroresidentes.com/)

Profeminist y Hombres: [www.europrofem.org/](http://www.europrofem.org/)

Prous Science: [www.prous.com](http://www.prous.com)

Psicología y sexología: [www.espill.org/master-sexologia.html](http://www.espill.org/master-sexologia.html)

San Francisco AIDS Foundation: [www.sfaf.org](http://www.sfaf.org)

Scarleteen sex education for the real world: [www.scarleteen.com](http://www.scarleteen.com)

Sexualidad responsable: [www.sexualidad-responsable.es/](http://www.sexualidad-responsable.es/)

Sida-Studi (ONG): [www.sidastudi.org/](http://www.sidastudi.org/)

¿Sirve la educación sexual?: [www.educar.org](http://www.educar.org)

Stop-SIDA: [www.stopsida.org/](http://www.stopsida.org/)

TeenSource. Sexual Health Info for Youth to Encourage Informed Decision Making:  
[www.teensource.org/pages/](http://www.teensource.org/pages/)

The European Society of Contraception and Reproductive Health: [www.esrch.eu/](http://www.esrch.eu/)

## **Anexo 2. Cuestionario de valoración de la calidad de las respuestas de los profesionales que contestaban los correos electrónicos**

### **1. Contenido científico (valoración en una escala del 1 al 4):**

- 1 Errónea
- 2 Regular
- 3 Bien
- 4 Muy bien

### **2. Respuesta completa / incompleta**

- Completa: además de la respuesta a la duda del joven, el profesional añadió un mensaje de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, recomendó el uso de los preservativos e informó de cuándo se debía utilizar la anticoncepción de urgencia.
- Incompleta: el profesional respondió a la duda del joven sin mensaje de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

### **3. Calidez en la respuesta: Sí/No**

- Sí: el profesional saludó al joven y le ha agradeció que confiara en la web, o bien le comentó que era una buena idea utilizar la web para consultar sus dudas.
- No: el profesional no realizó ninguna de las referencias mencionadas anteriormente y se limitó a responder la consulta.

### **4. Invita a volver escribir: Sí/No**

- Sí: el profesional añadió la invitación a volver a escribir si el joven tenía más dudas.
- No: el profesional no comentó en la respuesta que si el joven tenía más dudas volviera a escribir.

### **5. Uso de siglas: Sí/No**

- Sí: el profesional utilizó siglas.
- No: el profesional no utilizó siglas o bien si las utilizó aclaró a que términos se refería.

## 6. Lenguaje claro y sencillo: Sí/No

- Sí: los términos utilizados y la explicación del profesional eran comprensibles para el joven. En el caso de haber utilizado terminología sanitaria, se especificó entre paréntesis su significado.
- No: la terminología utilizada y la explicación del profesional no fueron consideradas apropiadas para la correcta comprensión del joven.

## 7. Duración de la respuesta: escueta, adecuada, extensa

- Escueta: explicación de la respuesta breve o corta.
- Adecuada: explicación que respondía a lo que solicitaba el joven con una extensión que no era corta ni se excedía en información.
- Extensa: explicación de larga duración y que se excedía en la información solicitada por la consulta.

## 8. Respuesta bien estructurada

### × Saludo: Sí/No

- Sí: *Hola, bienvenida...*
- No: contestó la pregunta sin previo saludo.

### × Introducción: Sí/No

- Sí: el profesional introdujo brevemente el tema de la consulta o bien contestó *Respecto a tu consulta* y siguió con la respuesta.
- No: el profesional no contestó lo mencionado anteriormente antes de responder la pregunta del joven.

### × Resolución de la pregunta: Sí/No

- Sí: el profesional respondió al motivo de la consulta.
- No: el profesional no entendió bien la pregunta y no respondió a lo que el joven preguntaba, o bien se extendió en la introducción y olvidó remarcar la respuesta.

### × Despedida: Sí/No

- Sí: la respuesta fue: *Cordialmente, Un abrazo, Hasta otra consulta, Ya sabes dónde nos puedes escribir...*
- No: el profesional no añadió ninguna de las frases mencionadas anteriormente al finalizar la respuesta.

9. Temas o contenidos de la consulta. Se clasificaron en:

- Abuso y agresión sexual
- Aborto
- Conocimiento de tu cuerpo
- Contracepción de urgencia
- Varios temas ( $\geq 3$  temas)
- Embarazo
- Homosexualidad
- Infecciones de transmisión sexual. ITS (otras)
- ITS y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- ITS y el virus del papiloma humano (VPH)
- Afectividad
- La afectividad y la sexualidad (homosexualidad)
- Contracepción
- La primera vez
- Organización
- Patologías
- El *petting*
- Psicopatologías (adicción)
- Psicopatologías (otras)
- Psicopatologías (disfunción eréctil)
- Psicopatologías (eyaculación precoz)
- El sexo y las drogas
- El sexo virtual
- Vacunas
- Vaginismo



## Anexo 3. Curso de formación en actualización de salud sexual y reproductiva

### CURSO DE ACTUALIZACIÓN DEL WEB *SEXE JOVES*

Instituto Catalán de la Salud. Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

#### Objetivos

Aumentar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden la consulta virtual a través de la página *www.sexejoves.gencat.cat* sobre temas de orientación sexual, identidad sexual, genitalidad masculina, anticoncepción y la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

#### Metodología

Todos los temas se inician con una explicación teórica acompañada de ejemplos y en algunos casos se visionan fragmentos de películas.

#### Docentes

- × Sílvia Morell, psicóloga del Casal Lambda
- × Miquel Missé, sociólogo. Autor i compilador del libro *El género desordenado*
- × Lorna Lean, médico y máster en Terapia Sexual y de la Pareja. Colaboradora del Servicio Psicológico del Casal y del Centro ACAS
- × Diego Piñero, investigador del trabajo *Experiències d'assetjament escolar homofòbic, lesbofòbic i bifòbic*
- × Martí Valls, médico de familia de la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual Drassanes
- × Amèlia Acera, ginecóloga del ASSIR Cerdanyola
- × Gemma Falguera, responsable del ASSIR Catalunya Central y Metropolitana Nord (Vallès Occidental i Vallès Oriental)

## Destinatarios

Profesionales que atienden la consulta virtual del web *Sexe Joves*: matronas, profesionales de ginecología, enfermería y psicología del ASSIR.

## Dirección del curso

Gemma Falguera

## Coordinación y secretaría

Fàtima Meimoun

## Fechas

Martes 25 de enero de 2011, de 9.00 a 19.00 horas

Jueves 27 de enero de 2011, de 9.00 a 19.00 horas

## Duración

15 horas

## Lugar

Sede del Casal Lambda

C/ Verdaguer i Callís, 10 (delante del Palacio de la Música)

08003 Barcelona

933 195 550

## Cómo llegar

Metro Urquinaona

## Inscripciones

Por correo electrónico, enviando la hoja de inscripción cumplimentada a Fàtima Meimoun: [fmeimoun.cc.ics@gencat.cat](mailto:fmeimoun.cc.ics@gencat.cat)

## Programa

Martes 25 de enero de 2011, de 09.00 a 19 00h

- × 9 - 11 h Sílvia Morell, psicóloga del Casal Lambda
  - Introducción. La construcción de la orientación sexual y la identidad. El continuo de Kinsey y la parrilla de Klein
  - Teorías explicativas sobre la orientación
  - Terapias de salvación o reparativas
  - Videos: *Els Salvadors*, de producción propia
  - El proceso de *coming out* relacionado con el desarrollo afectivo-sexual. Diferentes modelos
  - Películas recomendadas *GRAZY2* y *Fucking amal*
  
- × 11 - 12 h Sílvia Morell, psicòloga del Casal Lambda
  - La transexualidad y su diagnóstico. El transgenerismo
  - Películas: *Mi vida en rosa* y *Desayuno en Plutón*
  - El protocolo de actuación de la hormonación y la reasignación quirúrgica
  - Videos de producción propia: *Més enllà del gènere* y *Vides de gènere*
  
- × 12 - 13 h Miquel Missé, sociólogo. Autor y compilador de *El género desordenado*
  - La identidad sexual y de género. Diversas teorías. La transfobia.
  
- × 13 - 14 h Dra. Lorna Lean, médica y máster en Terapia Sexual y de Pareja, colaboradora del Servicio Psicológico del Casal y del Centre ACAS
  - Prevención de enfermedades de transmisión sexual en chicas y chicos
  
- × 13 - 14 h Comida
  
- × 15 - 16 h Sílvia Morell, psicóloga del Casal Lambda
  - Las relaciones sexuales entre chicos. Estereotipos de práctica sexual (activo, pasivo, versátil) relacionados con el rol. El mito de la promiscuidad.
  - Las relaciones sexuales entre chicas. Estereotipos de la práctica sexual (ejemplo: penetración)
  
- × 16 - 17 h Diego Piñero, investigador del trabajo *Experiències d'assetjament escolar homofòbic, lesbofòbic i bifòbic*
  - Generalidades sobre la homofobia. El *bullying* homofóbico en la escuela. Consecuencias psicológicas
  - Película: *Get rea*.

- × 17 - 19 h Silvia Morell, psicóloga del Casal Lambda
  - La gestión de la diferencia. Problemas que pueden aparecer: la homofobia interiorizada, baja autoestima, ansiedad, conductas autodestructivas, aislamiento social, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, etc.
  - Cómo decirlo a los padres. La reacción de la familia ante la revelación de la homosexualidad del hijo/hija. (Tríptico de la Asociación de Padres)

Jueves 27 de enero de 2011, de 09.00 a 19 00h

- × 9 - 10.30 h Martí Valls, médico de familia de la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual Drassanes
  - Genitalidad de los hombres
- × 10.30 - 11 h Café
- × 11 - 12.30 h Amèlia Acera, ginecóloga del ASSIR Cerdanyola
  - Dudas y preguntas sobre anticoncepción
- × 12.30 - 14 h Amèlia Acera, ginecóloga del ASSIR Cerdanyola
  - Anticoncepción de urgencia
- × 14 -15 h Comida
- × 15 - 17 h Gemma Falguera, responsable del ASSIR Catalunya Central y Metropolitana Nord (Vallès Occidental i Vallès Oriental)
  - Ley del aborto. Dudas y preguntas.
- × 17 - 17.30 h Descanso
- × 17.30 - 19 h Gemma Falguera, responsable del ASSIR Catalunya Central y Metropolitana Nord (Vallès Occidental i Vallès Oriental)
  - Novedades del web

## Anexo 4. Cuestionario de evaluación de la satisfacción de los participantes del curso

Instituto Catalán de la Salud. Cuestionario de satisfacción de actividades formativas

### Valoración de la acción formativa

El cuestionario es anónimo, tiene como objetivo detectar el nivel de satisfacción de la actividad formativa y será de utilidad para evaluar y mejorar el programa. La encuesta tiene unas preguntas con unos ítems a valorar del 1 al 6. Al final de la encuesta podréis escribir vuestras aportaciones o comentarios. Muchas gracias por vuestra colaboración.

Por favor, responde las preguntas marcando con una cruz la casilla correspondiente, con una valoración de *totalmente en desacuerdo* (1) a *totalmente de acuerdo* (6). Marca con "nv" cuando el ítem no sea valorable.

<b>Organización</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NV</b>
1. El centro ha proporcionado todos los servicios / materiales necesarios							
2. Los servicios / materiales han sido suficientes y adecuados							
3. Las condiciones del aula y ambientales son adecuadas							

<b>Materiales didácticos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NV</b>
4. El contenido del material está bien estructurado y presentado							
5. El material suministrado proporciona ayuda para el seguimiento de la acción							

<b>Objetivos y contenidos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NV</b>
6. Los objetivos de la acción formativa están claramente definidos							
7. Los contenidos impartidos son coherentes con los objetivos							
8. Los contenidos impartidos han sido claros y estructurados							
9. Los objetivos de la acción formativa se adquieren adecuadamente							

<b>Metodología</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NV</b>
10. La metodología empleada es la más adecuada para conseguir los objetivos							
11. La teoría y la práctica contribuyen eficazmente al aprendizaje							

<b>Aplicabilidad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NV</b>
12. Los conocimientos adquiridos son aplicables a mi lugar de trabajo							
13. Los conocimientos adquiridos son útiles para mi desarrollo profesional							

<b>Valoración general de la acción formativa</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NV</b>
14. La duración de la acción formativa es suficiente							
15. La acción formativa ha satisfecho mis expectativas							
16. La participación en esta acción formativa ha sido activa							
17. Mi grado de satisfacción global con la acción formativa ha sido positiva							
18. Recomendaría esta acción formativa a una compañera							

Comentarios:

## Anexo 5. Procedencia de los correos electrónicos según provincia, género y edad

Número de correos electrónicos por provincias, género (G) y edad (agrupados en cuatro categorías)										
Provincias	G	Edad								Total
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
A Coruña	F	2	50%	1	25%	1	25%	0	0%	4
	M	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
Alicante	F	4	50%	2	25%	1	12,5%	1	12,5%	8
	M	2	25%	2	25%	2	25%	2	25%	8
Álava	F	2	50%	1	25%	1	25%	0	0%	4
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Albacete	F	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Almería	F	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%	3
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Asturias	F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	M	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2
Ávila	F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	M	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1
Badajoz	F	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Barcelona	F	264	40,7%	242	37,3%	93	14,3%	50	7,7%	649
	M	68	33,3%	77	37,7%	39	19,1%	20	9,8%	204
Burgos	F	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Cáceres	F	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%	3
	M	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
Cádiz	F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

Provincias	G	Edad								Total
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Castellón	F	2	40%	1	20%	1	20%	1	20%	5
	M	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1
Ceuta	F	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Ciudad Real	F	4	50%	2	25%	1	12,5%	1	12,5%	8
	M	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
Cuenca	F	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Córdoba	F	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	4
	M	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%	3
Desconocida	F	106	43,3%	86	35,1%	33	13,5%	20	8,2%	245
	M	29	46,8%	21	33,9%	8	12,9%	4	6,5%	62
Girona	F	45	51,7%	20	23%	21	24,1%	1	1,1%	87
	M	2	14,3%	7	50%	1	7,1%	4	28,6%	14
Granada	F	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Guadalajara	F	4	33,3%	3	25%	3	25%	2	16,6%	12
	M	2	33,3%	3	50%	1	16,6%	0	0%	6
Guipúzcoa	F	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
	M	2	40%	2	40%	1	20%	0	0%	5
Huelva	F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Huesca	F	2	75%	0	0%	0	0%	1	25%	3
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Islas Baleares	F	6	33,3%	5	27,7%	4	22,2%	3	16,6%	18
	M	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%	3
Jaén	F	2	33,3%	2	33,3%	1	16,6%	1	16,6%	6
	M	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1



Provincias	G	Edad								Total
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
La Rioja	F	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
	M	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
Las Palmas	F	2	75%	1	25%	0	0%	0	0%	3
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Lugo	F	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Lleida	F	26	56,5%	13	28,3%	5	10,9%	2	4,3%	46
	M	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3
León	F	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
	M	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1
Madrid	F	5	35,7%	6	42,9%	1	7,1%	2	14,3%	14
	M	1	12,5%	4	50%	1	12,5%	2	25%	8
Málaga	F	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	2
	M	3	42,8%	2	28,5%	1	14,2%	1	14,2%	7
Murcia	F	2	50%	1	25%	1	25%	0	0%	4
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2
Navarra	F	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Ourense	F	1	50%	0	0%	1	50%	0	0%	2
	M	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1
Sta Cruz de Tenerife	F	3	75%	1	25%	0	0%	0	0%	4
	M	0	0%	2	50%	1	25%	1	25%	4
Sevilla	F	2	75%	1	25%	0	0%	0	0%	3
	M	0	0%	3	75%	0	0%	1	25%	4
Soria	F	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Tarragona	F	37	37%	34	34%	1	21%	8	8%	100
	M	4	26,7%	8	53,3%	1	6,7%	2	13%	15

Provincias	G	Edad								Total
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Teruel	F	0	0%	2	75%	1	25%	0	0%	3
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Toledo	F	1	25%	2	75%	0	0%	0	0%	3
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Valencia	F	9	47,4%	7	36,8%	1	5,3%	2	10,5%	19
	M	2	66,7%	0	0%	0	0%	1	33,3%	3
Valladolid	F	3	75%	1	25%	0	0%	0	0%	4
	M	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
Vizcaya	F	4	80%	1	20%	0	0%	0	0%	5
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Zaragoza	F	1	25%	1	50%	1	25%	0	0%	4
	M	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%	4
<b>Total</b>		<b>675</b>		<b>579</b>		<b>239</b>		<b>134</b>		

## Anexo 6. Temas consultados en los correos electrónicos y el chat según el género y la edad

Temas consultados en los correos electrónicos y el chat según el género (G) y la edad (agrupada en cuatro categorías)											
Temas	G	Edad									
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abuso y agresión sexual	F	4	66,6%	1	16,6%	0	0%	1	16,6%	6	100%
	M	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2	100%
Aborto	F	11	37,9%	6	20,6%	8	27,5%	4	13,7%	29	100%
	M	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
Conocimiento de tu cuerpo	F	36	49,2%	94	34%	32	11,5%	14	5%	276	100%
	M	45	50,5%	30	33,7%	7	7,8%	7	7,8%	89	100%
Contracepción de urgencia	F	23	31%	34	45,9%	11	14,8%	6	8,1%	74	100%
	M	1	10%	5	50%	3	30%	1	10%	10	100%
Varios temas	F	54	51,4%	35	33,3%	16	15,2%	10	9,5%	105	100%
	M	8	47%	4	23,5%	3	17,6%	2	11,7%	17	100%
Embarazo	F	65	39,6%	68	41,4%	19	11,5%	12	7,3%	164	100%
	M	4	11,7%	20	58,8%	6	17,6%	4	11,7%	34	100%
Homosexualidad	F	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%	5	100%
	M	4	57,1%	2	28,5%	1	14,2%	0	0%	7	100%
ITS (otras)	F	8	36,3%	7	31,8%	3	13,6%	4	18,1%	22	100%
	M	5	35,7%	2	14,2%	4	28,5%	3	21,4%	14	100%
ITS (VIH)	F	4	44,4%	2	22,2%	2	22,2%	1	11,1%	9	100%
	M	1	12,5%	0	0%	5	62,5%	2	25%	8	100%
ITS (VPH)	F	1	50%	0	0%	1	50%	0	0%	2	100%
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
Afectividad	F	65	63,1%	28	27,1%	9	8,7%	1	0,9%	103	100%
	M	5	38,4%	17	43,5%	5	12,8%	2	5,1%	39	100%

Temas	G	Edad									
		14-16 años		17-19 años		20-22 años		23-25 años		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
La afectividad y la sexualidad (homosexualidad)	F	2	75%	1	25%	0	0%	0	0%	3	100%
	M	0	0%	3	60%	0	0%	2	40%	5	100%
La contracepción	F	58	21,3%	113	41,5%	74	27,2%	27	9,9%	272	100%
	M	11	31,4%	16	45,7%	5	14,2%	3	8,5%	35	100%
La primera vez	F	67	64,4%	22	21,1%	10	9,6%	5	4,8%	104	100%
	M	9	45%	6	30%	5	25%	0	0%	20	100%
Organización	F	4	33,3%	2	16,6%	3	25%	3	25%	12	100%
	M	3	75%	0	0%	1	25%	0	0%	4	100%
Patologías	F	12	31,6%	20	52,6%	2	5,2%	4	10,5%	38	100%
	M	5	41,7%	4	41,6%	2	16,6%	0	0%	12	100%
El peeting	F	12	66,7%	5	27,7%	1	5,5%	0	0%	18	100%
	M	1	9%	4	54%	4	36,3%	0	0%	11	100%
Psicopatología (adicción)	F	1	25%	2	75%	0	0%	0	0%	3	100%
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
Psicopatología (otras)	F	3	50%	1	16,6%	0	0%	2	33,3%	6	100%
	M	1	4,3%	3	42,8%	1	14,2%	2	28,5%	7	100%
Psicopatología (disfunción eréctil)	F	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	5	100%
	M	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
Psicopatología (eyaculación precoz)	F	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
	M	5	26,3%	5	26,3%	8	42,1%	1	5,2%	19	100%
El sexo y las drogas	F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	M	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
El sexo virtual	F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	M	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	100%
Vacunas	F	3	50%	3	50%	0	0%	0	0%	6	100%
	M	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Vaginismo	F	5	55,5%	3	33,3%	0	0%	1	11,1%	9	100%
	M	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
<b>Total</b>		<b>660</b>	<b>40,5%</b>	<b>587</b>	<b>36,0%</b>	<b>257</b>	<b>15,7%</b>	<b>125</b>	<b>7,6%</b>	<b>1.627</b>	<b>100%</b>

## Anexo 7. Autorización para la reproducción de imágenes del web Sexe Joves



Gran Via de les Corts Catalanes, 587  
08007 Barcelona  
Telèfon 93 482 41 00  
Telefax 93 482 45 25

L'Institut Català de la Salut cedeix el dret de poder reproduir les imatges del [www.sexejoves.gencat.cat](http://www.sexejoves.gencat.cat) a la doctoranda Gemma Falguera Puig de la Universitat de Barcelona, per la seva tesi: "Análisis del uso de la web Sexe Joves y evaluación de una estrategia de mejora de la consulta virtual, basada en la formación complementaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) que gestionan la web ". Així com es considera interessant l'estudi per aquesta institució.



Dr. Jaume Benavent Areu  
Director Adjunt d'Afers Assistencials  
Institut Català de la Salut

Barcelona, 21 de setembre de 2012

