

## SALUD SEXUAL

Jueves 6 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula 2 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Gloria Pérez

### 213. USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN SEXO, ORIGEN Y CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

L. Vall-Ilosera, M. Serra, L. Serra, M. Sáez, C. Saurina

GRECS (Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut), Grupo 51 del CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** Determinar la existencia de diferencias en el uso de los métodos de planificación familiar según sexo, estado de salud, lugar de nacimiento y condiciones socioeconómicas de los usuarios de los Servicios de Salud de Cataluña.

**Métodos:** Datos procedentes de un cuestionario ad-hoc (validado y con registro de la propiedad intelectual n.º 02/2010/2833) elaborado después de una fase cualitativa de entrevistas individuales. Cuestionario administrado a 1.090 usuarios de los servicios de salud públicos por método point transect sampling en centros sanitarios de Girona (ABS Salt y Hospital Santa Caterina), Baix Empordà (Hospital Palamòs y ABS Palafrugell), Barcelona (Hospital Mar, ABS Raval Sur, ABS Vila Olímpica y ABS Besòs) y Lleida (Hospital Arnau de Vilanova, ABS Rambla Ferran y ABS Eixample). Consideramos, como variable dependiente, el uso (o no uso) de métodos de planificación familiar. Como factores explicativos, variables demográficas, socioeconómicas y de estado de salud. Las relaciones entre la variable dependiente y las explicativas, realizadas con contrastes bivariantes-pruebas chi-cuadrado. Para determinar el efecto de las variables explicativas sobre la variable dependiente dicotómica realizamos un análisis de regresión logística.

**Resultados:** Para los 1.090 usuarios analizados (74,5% autóctonos y 25,5% extranjeros) observamos un mayor uso de los métodos de planificación familiar en individuos con mayores niveles de estudios (OR = 2,2 para estudios secundarios y OR = 2,29 para estudios superiores respecto a estudios primarios completos o incompletos) y que no padecen enfermedades crónicas (OR = 1,63 respecto los que sí las sufren). Detectamos un menor uso de dichos métodos en usuarios procedentes de

África (OR = 0,64) y de Asia (OR = 0,38) y un mayor uso en los pacientes procedentes de América (OR = 1,6) respecto a los usuarios autóctonos. Detectamos que las mujeres usan el DIU, la píldora y métodos definitivos mientras que los hombres utilizan más el preservativo. También son los autóctonos los que más usan los métodos definitivos respecto a los inmigrantes, que utilizan más los métodos tradicionales y la píldora.

**Conclusiones:** La utilización de métodos de planificación familiar está relacionada positivamente con un mayor nivel de estudios y con un mejor estado de salud. Factores como el sexo, el nivel de ingresos y la salud autopercebida no parecen tener influencia en dicha utilización. Por otra parte, el hecho de ser autóctono o proceder del Centro/Suramérica supone una mayor probabilidad de utilización que para los africanos y los asiáticos.

Financiación: FIS 07/0156.

### 215. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

C. Folch<sup>a</sup>, J. Casabona<sup>a</sup>, C. Sanclemente<sup>b</sup>, V. González<sup>a,c</sup>, Grupo HIVITS-TS

<sup>a</sup>CEEISCAT; <sup>b</sup>Àmbit Prevenció; <sup>c</sup>Servicio de Microbiología, HUGTiP.

**Antecedentes/Objetivos:** La monitorización conductual en mujeres trabajadoras del sexo (TS) en Cataluña se inició en 2005 como parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ITS (CEEISCAT/DG Salud Pública). El objetivo de este estudio es describir y comparar según país de origen los principales indicadores de salud sexual y reproductiva en TS reclutadas en Cataluña en 2009.

**Métodos:** Estudio transversal mediante un cuestionario anónimo (periodo de referencia: últimos 6 meses). Una muestra de conveniencia de 400 mujeres se seleccionó estratificando por comunidad autónoma y país de origen (46 españolas, 124 latinoamericanas, 121 de países del Este de Europa y 109 africanas). Se recogieron muestras de fluido oral y orina para determinar prevalencia de VIH y de NG/CT, respectivamente.

**Resultados:** De las 400 mujeres, un 35,8% se reclutó en clubs, un 37,3% en la calle y un 27% en pisos. La edad media de las mujeres fue de 30 años, siendo las de Europa del este y africanas las más jóvenes (27 y 28 años, respectivamente). El 81,2% de las mujeres había estado embarazada en alguna ocasión, porcentaje mayor para las españolas (89,1%). La prevalencia de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) fue del 53,5%, siendo las del Este las que presentaban las mayores prevalencias (64,5%). El 80,3% afirmaba realizarse revisiones ginecológicas anuales, porcentaje menor en el caso de las africanas (66%). Las españolas y las latinas fueron las que menos usaban de forma consistente el preservativo con los clientes (91,7 y 86,1%, respectivamente). Entre las que tenían pareja estable (54,5%), el 8% declaró usar siempre el preservativo, sin diferencias por país. El 63,2% de las mujeres había accedido a servicios sanitarios en los últimos 6 meses (sin diferencias por país) y el 51,9% a servicios sociales, porcentaje menor entre las del Este de Europa (38%). La prevalencia de VIH en las muestras de fluido oral fue de 2,5% (10,9% entre las españolas). La prevalencia de CT y NG en orina fue de 4 y 0,3%, respectivamente, sin diferencias por país.

**Conclusiones:** La elevada prevalencia de IVE, junto con el uso infrecuente del preservativo en las relaciones privadas, plantea interrogantes sobre la utilización adecuada de los procedimientos anticonceptivos por parte de estas mujeres. Las mujeres del Este de Europa, por su juventud, elevada frecuencia de IVE y menor acceso a servicios sociales, presentan una mayor vulnerabilidad social y sanitaria. La mayor prevalencia del VIH entre las mujeres españolas podría relacionarse con un mayor uso de drogas inyectadas entre este subgrupo de TS.

### 309. REDISEÑO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES MEDIANTE PROCESO COMUNITARIO

O. Juárez<sup>a</sup>, E. Díez<sup>a</sup>, M.I. Pasarín<sup>a</sup>, M. Petit<sup>a</sup>, L. Egea<sup>a</sup>, P. Ramos<sup>a</sup>, Grupo de Trabajo<sup>a,j</sup>

<sup>a</sup>Agencia de Salud Pública de Barcelona; <sup>b</sup>UAB; <sup>c</sup>ASSIR ICS; <sup>d</sup>ASSIR IMAS; <sup>e</sup>P. Salut i Escola; <sup>f</sup>Joventut, Ajuntament de Barcelona; <sup>g</sup>CJAS; <sup>h</sup>PPAS, D. Salut., G. Catalunya; <sup>i</sup>INCLOU; <sup>j</sup>AIE Consorci d'Educació de Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** Actualizar y coordinar los contenidos y el formato de dos programas de educación afectivosexual, el PRESSEC (1996), dirigido a estudiantes de 4.º de secundaria y el Parlem Clar (2002), de educación por iguales dirigido a alumnado de 1.º de bachillerato o de ciclos formativos

**Métodos:** Durante el curso 2009-2010 se recogieron sugerencias de mejora de diversas fuentes: a) cuestionarios del profesorado participante de 2004 a 2009, b) grupos de discusión de dirección y profesorado, c) entrevistas individuales a profesorado y jóvenes educadores participantes en 2009-2010. Un grupo de trabajo de profesionales de 12 recursos supervisó el proceso.

**Resultados:** Se recogió la opinión de 10 directivos/as de centros, 62 profesores/as, 14 jóvenes educadores/as y 79 alumnos/as mediante grupos de discusión y 550 autoinformes de profesorado. Entre las sugerencias destacaron la mejora del diseño y el formato, la oferta de material para el alumnado, la incorporación de la diversidad sexual y cultural, la formación del profesorado y su actualización periódica, la importancia de completar todas las actividades propuestas para el aula y el conjunto de la escuela, el seguimiento y apoyo por los equipos de salud comunitaria del barrio, la inclusión de un abanico de casos para trabajar situaciones actuales y diversas, la oferta de diversos itinerarios de intervención y la oferta de actividades para todo el centro.

**Conclusiones:** El proceso es largo pero permite recoger información amplia del profesorado, dirección y alumnado. Se ha incorporado la mayor parte de sugerencias, y algunas, como el tratamiento de la diversidad sexual, se han beneficiado de una discusión y posición colegiada del grupo de trabajo. Actualmente aplican el programa en 80 centros, 125 profesores/as y 4.750 alumnos/as.

### 504. ¿QUÉ QUIEREN SABER ADOLESCENTES Y JÓVENES SOBRE SEXUALIDAD EN ANDALUCÍA?

O. Leralta Piñán, C. Lineros González, G. Maroto Navarro

Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** No existe una información actualizada a nivel de Andalucía sobre qué importancia tiene el tema de la sexualidad para adolescentes y jóvenes respecto a otros temas relacionados con la salud, así como qué cuestiones dentro del campo de la sexualidad ponen de relevancia. Forma Joven es una estrategia de salud intersectorial andaluza para la promoción de entornos y conductas saludables entre adolescentes y jóvenes. Se pone a su disposición espacios de asesoría individualizada por donde profesionales de la salud les apoyan en la elección de las opciones más saludables y les ayudan a desarrollar habilidades personales que faciliten la toma de decisiones. Utilizando como marco de partida Forma Joven, se plantea este trabajo con el objetivo de conocer cuántos adolescentes y jóvenes en Andalucía consultan sobre sexualidad y relaciones afectivas, y sobre qué temas específicos manifiestan interés.

**Métodos:** Se utilizará el sistema informático de Registro de Actividad del programa. Éste contempla un total de 167.375 andaluces entre 12 y 20 años, que tuvieron acceso durante 2009-2010 a alguno de los 778 Puntos Forma Joven existentes en ese periodo. Se realiza un análisis

descriptivo de la distribución geográfica, por sexo y edad, del porcentaje de consultas y actividades sobre sexualidad y tipo de cuestiones específicas planteadas.

**Resultados:** Ha consultado en asesorías individuales un total de 25.167 jóvenes y adolescentes (60% chicas y 40% chicos, 68% de Andalucía Occidental y 32% de Andalucía Oriental). Del total de consultas realizadas sobre salud (sexualidad y relaciones afectivas, estilos de vida, adicciones, salud mental y convivencia), el 56% fue sobre sexualidad (4.817 de 8.589 consultas). Los principales motivos de consulta están relacionados con anticoncepción y embarazo.

**Conclusiones:** A jóvenes y adolescentes les interesa más la sexualidad que otros campos de la salud. Siguen destacando en las consultas aspectos de riesgo relacionados con la sexualidad que reflejan un conceptualización muy biologizada de la salud, frente a un enfoque más integral que incorpora los aspectos más afectivos y relacionales. Hacen falta registros más exhaustivos y cualitativos que recojan información sobre aspectos como la toma de decisiones y relaciones de género. También sería relevante disponer de información sobre la utilización de los materiales de apoyo en las asesorías para valorar si resulta apropiada de acuerdo a un enfoque integral de la sexualidad, y si hace falta reforzar la formación de los y las profesionales que trabajan con este colectivo.

### 679. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO

E. Castellanos Torres<sup>a,b</sup>, C. Álvarez-Dardet<sup>a,c</sup>, D. Ruiz-Muñoz<sup>c,d</sup>, G. Pérez<sup>c,d,e</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Alicante; <sup>b</sup>Femtopía Consulting; <sup>c</sup>CIBERESP; <sup>d</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona; <sup>e</sup>Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** Uno de los aspectos más relevantes de la salud sexual es la satisfacción sexual. Existen investigaciones que relacionan la satisfacción sexual con la salud autopercebida y con las disfunciones sexuales pero aún es muy escasa la investigación que asocia la satisfacción sexual y la salud autopercebida con la reproducción social y la posición socioeconómica desde la perspectiva de género. **Objetivos:** Describir las desigualdades de género y de posición socioeconómica en la satisfacción sexual teniendo en cuenta la salud autopercebida en hombres y mujeres en España en 2009.

**Métodos:** Estudio transversal en población residente en España de 16 años y más. La fuente de información fue la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009, desarrollada por el Observatorio de Salud de las Mujeres (MSPSI), junto con el CIS. Se seleccionó a los hombres (n = 3.951) y las mujeres (n = 3.433) que habían tenido relaciones sexuales alguna (RS) alguna vez. La variable dependiente fue haber sentido satisfacción después de las RS en los últimos 12 meses. Las explicativas fueron: sexo declarado, edad, nivel de estudios, clase social, compartir tareas domésticas, dedicar tiempo a cuidarse, colaborar económicamente en el mantenimiento familiar, cuidar menores de 15 años, salud autopercebida en los últimos 12 meses, gusto por aumentar o disminuir las RS. Se obtuvieron los OR crudos y ajustados y los intervalos de confianza al 95% mediante modelos de regresión logística. Todos los análisis se realizaron separando hombres y mujeres.

**Resultados:** En las mujeres, la satisfacción sexual muestra una disminución progresiva y significativa a partir de los 45 años: las mujeres de 45 a 64 años (ORa = 0,48) y las mayores de 65 años (ORa = 0,19) presentan menor satisfacción sexual que las de 16-29 años. En los hombres, la satisfacción sexual se mantiene estable en todas las edades. Las mujeres de clase social no manual parecen estar más satisfechas (ORa = 1,57) que las de clase manual. Entre los hombres no hay diferencias de clase. La contribución económica a la familia se relacio-

na con la satisfacción sexual en ellos (ORa = 1,52) y en ellas (ORa = 1,36) y también se relaciona con dedicar tiempo a cuidarse en ellas (ORa = 2,31). Ajustado por edad y clase social, la buena salud autopercebida continúa asociada con la satisfacción sexual en ellas (ORa = 1,97) y ellos (ORa = 1,57).

**Conclusiones:** Las desigualdades de género y de posición socioeconómica se reproducen en la satisfacción sexual de la población española. Los resultados de nuestro estudio sustentan la definición de salud sexual de la OMS.

Financiación: Financiado en parte por la encomienda del MSPSI (2010) con el CIBERESP (contrato EXT0005).

## 759. CONDUCTAS SEXUALES ASOCIADAS A LA SÍFILIS EN HSH QUE ACUDEN AL CIPS DE ALICANTE

M. Calatayud<sup>a</sup>, E. Navarrete<sup>a,b</sup>, N. Brufal<sup>a</sup>, E. Fernández<sup>c</sup>, J. Belda<sup>c</sup>, M. García de la Hera<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Universidad Miguel Hernández; <sup>b</sup>CIBERESP; <sup>c</sup>Centro de Información y Prevención del Sida (CIPS), Alicante.

**Antecedentes/Objetivos:** Los últimos años se ha visto un aumento de la sífilis en España debido a los cambios en el comportamiento sexual. Analizamos las conductas de riesgo para la sífilis en HSH que acuden en primera visita al Centro de Información y Prevención del Sida (CIPS) de Alicante desde 1997 a 2009.

**Métodos:** Estudio descriptivo con componentes analíticos de los HSH que acuden al CIPS de Alicante en primera visita a demandar la prueba del VIH y sífilis, entre 1997 y 2009. A todos se les realizaron pruebas serológicas (VIH, sífilis, HC y HB). Se recogieron variables sociodemográficas, de conducta: uso de condón y n.º de parejas y resultado serológico de VIH y sífilis. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de regresión logística para evaluar los factores asociados con la presencia de sífilis. La medida de asociación usada fue la *odds ratio* y su intervalo de confianza al 95% (OR, IC 95%).

**Resultados:** 1.678 HSH acudieron al CIPS en primera visita (1997-2009). La mediana de edad fue de 31 años IQ (25-37). El 22% son inmigrantes, el 20% tiene menos de estudios primarios o primarios, el 34% tiene estudios secundarios y universitarios el 22%. El porcentaje de sífilis diagnosticada en primera visita fue 4,1%. La proporción de casos de sífilis fue mayor en el grupo de edad de 25-34 años (42,3%), entre los españoles (73,2%) y los que tenían estudios universitarios (38,9%). La probabilidad de tener sífilis fue mayor en los sujetos de 25-44 años (OR 2,41; 0,92-6,29) y en los mayores de 44 años (OR 2,89; 1,02-8,14), comparados con los menores de 25 años. Las personas con estudios secundarios y universitarios tienen menos riesgo (OR 0,58; 0,32-1,08) y (OR 0,85; 0,48-1,53) respectivamente comparado con los que no tienen estudios/solo estudios primarios. Las relaciones sexuales anales sin protección (OR 2,61; 1,31-5,21), tener relaciones múltiples (OR 1,31; 0,57-1,62) y una serología positiva frente al VIH (OR 1,83; 1,01-3,29) se asoció a un mayor riesgo de infección por sífilis. En el análisis multivariante mantiene el riesgo de infección en los hombres de mayor edad (OR 2,60; 0,79-8,5), tener relaciones múltiples (OR 1,85; 0,42-8,01) y tener infección por VIH (OR 1,31; 0,79-2,17).

**Conclusiones:** En este estudio, las relaciones sexuales sin protección y las relaciones múltiples fueron un riesgo para la sífilis en HSH. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de nuevas intervenciones o mejorar los programas preventivos de educación y facilitar el acceso a la atención de HSH.