

Promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia desde atención primaria de salud

Promotion, prevention, detection and intervention in sexual health and sexual and gender based violence in children and adolescents from primary health care

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

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

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

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

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

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

RESUMEN

Objetivo: Analizar las actividades que los profesionales sanitarios de atención primaria realizan en salud sexual y ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia, además de los factores asociados en la realización. **Diseño:** Estudio multicéntrico observacional transversal. **Material y método:** Han participado 499 profesionales de Atención Primaria: medicina de familia, pediatría, enfermería y matronas de 41 Centros de Salud de la ciudad de Valencia. Las variables se han recogido

Aceptado: 5/6/14

Correspondencia: Dr. Felipe Hurtado Murillo.

Centro de Salud Sexual y Reproductiva.

Centro de Salud "Fuente San Luis".

C/ Arabista Ambrosio Huici, 30.

46013 – Valencia.

Correo electrónico: hurtado_fel@gva.es

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: editorialmedica@editorialmedica.com

mediante un cuestionario autoaplicado y anónimo con dos versiones, una para profesionales de medicina (medicina de familia y pediatría) y otra para profesionales de enfermería (enfermera y matrona). **Resultados:** En la forma habitual de proceder ante la demanda, detección o sospecha, los profesionales médicos superan a los de enfermería, en cambio, en la práctica preventiva habitual sucede lo contrario y son sobre todo las matronas las que destacan ($p < 0,001$). Todos los profesionales destacan como principales dificultades para la intervención en salud sexual en infancia y adolescencia: la falta de tiempo en consulta, la insuficiente formación y no contar con equipo multidisciplinar. **Conclusión:** Realizar actividades de promoción, prevención y detección de posibles conductas y situaciones de riesgo frente a la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia, permitiría, sin duda, una intervención sanitaria más eficaz, pero se evidencia la necesidad de aplicar medidas correctoras sobre las principales dificultades detectadas en los profesionales de atención primaria de salud.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2014; 31; 35-46 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Palabras clave: *Salud sexual, Infancia, Adolescencia, Violencia sexual y de género, Atención primaria de salud.*

SUMMARY

Objective: Analyze the activities performed by primary care health professionals in sexual health and sexual and gender based violence in childhood and adolescence, and the factors associated with the production. **Design:** multicenter study observational cross. **Material and Method:** Have taken part 499 professionals in primary care: family medicine, pediatrics, nursing and midwives of 41 health centers of the city of Valencia. The variables were collected through a self-administered and anonymous questionnaire with two versions, one for medical professionals (family medicine and pediatrics) and one for nurses (nurse and midwife). **Results:** In the usual way to proceed against demand, detection or suspicion, doctors outnumber nurses, but in routine preventive practice the opposite occurs and are mostly midwives most notably ($p < 0.001$). All professionals stand out as major difficulties in sexual health intervention in childhood and adolescence: lack of time in consultation, insufficient training and not having multidisciplinary team. **Conclusion:** Make activities for promotion, prevention and detection of possible behaviors and risk situations against sexual and gender based violence in childhood and adolescence, would, without doubt, a more effective health intervention, but highlights the need for corrective action on the main difficulties encountered in the primary health care.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2014; 31; 35-46 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Key words: *Sexual health, Children, Adolescents, Sexual and gender based violence, Primary health care.*

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil es un problema serio, insidioso y persistente de proporciones epidémicas que afecta a las/los menores de todos los países del mundo. Por las cifras que se manejan, se considera que afecta del 2 al 62 % de las mujeres y del 3 al 16 % de los hombres, pero las tasas con exactitud son difíciles de precisar debido a que los/las menores, con mucha frecuencia, ocultan sus experiencias de abuso durante meses y años, fundamentalmente debido a que la mayor parte de las veces el abusador es un familiar (1-4).

Está documentado que en los casos de severo abuso sexual las consecuencias sanitarias y sociales asociadas pueden ser graves y frecuentes: infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, consumo temprano de alcohol y dro-

gas, promiscuidad sexual, intentos de suicidio y autolesiones, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño entre otros no menos importantes (2, 5-8).

Investigaciones realizadas con médicos de familia (9, 10) indican que encuentran impedimentos en la atención de pacientes, que han experimentado hechos traumáticos como el abuso psíquico o sexual en adultos o en niños, debido a que sienten que necesitan un entrenamiento especializado adicional tanto para la detección como para el tratamiento, pero que dada la alta prevalencia y las consecuencias sobre el desarrollo infantil tanto los médicos de familia como otros profesionales sanitarios deberían de estar al tanto en su prevención y erradicación (11).

Respecto a los/las pediatras, los resultados de las investiga-

ciones (12, 13), mostraron que estaban conformes con atender como parte de un equipo multidisciplinar, a los niños/as en la protección de todo tipo de maltrato, pero si se les proveía del adecuado entrenamiento y apoyo.

La violencia en las relaciones de pareja es un problema serio y preocupante en las sociedades occidentales. En estudios con parejas adolescentes, se han encontrado datos que indican que para un grupo significativo de jóvenes, estas experiencias amorosas iniciales pueden encerrar una dinámica de violencia frecuentemente mutua, en referencia a la violencia física y psicológica (14-16), ahora bien, respecto a las agresiones de naturaleza sexual, los chicos en sus relaciones de pareja cometen más este tipo de actos que las chicas (17). Las mujeres adolescentes que han tenido una relación de pareja con violencia sexual, tienen más probabilidad de mostrar conductas sexuales de riesgo (infecciones de transmisión sexual, uso inconsistente del condón, miedo a negociar el uso del mismo y a hablar de la prevención del embarazo) y enfermizas actitudes, creencias y normas (18). Asimismo, hay una asociación entre la existencia de violencia sexual hacia las mujeres en las relaciones íntimas y la manifestación de problemas en la salud mental, tales como síntomas depresivos, ideación e intentos de suicidio, consumo de alcohol y drogas (19).

Por lo expuesto en la literatura revisada sobre datos epidemiológicos en salud sexual y ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia, es necesario mejorar la labor asistencial en promoción, prevención, detección e intervención de los profesionales sanitarios de atención primaria, tanto porque son la puerta de entrada en el sistema sanitario público como porque por sus características pueden de forma privilegiada tener un seguimiento cercano y longitudinal de la población que atienden. Es por ello que el objetivo del estudio ha consistido en analizar las actividades que los profesionales sanitarios de atención primaria de Valencia realizan en salud sexual y ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia, además de los factores asociados en la realización.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos de estudio

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

Instrumento de medida

Todas las variables se han recogido mediante un cuestiona-

rio autoaplicado, con una versión para los profesionales de la medicina (pediatras y médicos/as de familia y otra para los profesionales de enfermería (enfermera/o y matrona/o (anexo I).

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

Procedimiento

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

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

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

Análisis de datos

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

Cuestionario de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva en niñez y adolescencia

Centro de Salud: _____ Departamento de salud nº _____

Especialidad médica: Pediatría () Medicina de Familia ()

Especialidad enfermería: Enfermera/o () Matrona/o ()

Fecha: _____

1. Como práctica habitual de tu protocolo de consulta ¿Realizas actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva del/la niño/a, adolescente?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- SI () Si es si, especifica donde, con quien/es y que realizas _____
 NO ()

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo I (continuación)

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

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

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

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

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

- Suelo intervenir () Derivo al especialista ()

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

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

RESULTADOS

Actividades preventivas ante abusos sexuales

Los datos sobre actividades de prevención en relación a abusos sexuales se muestran en las tablas 1a y b. Los resultados (tabla 1b) indican que de forma habitual se realizan con tasas muy bajas por ambos grupos de profesionales (4,7 % de los médicos y 6,2 % de los enfermería), ahora bien, ante signos de sospecha y ante demandas o quejas ambos

TABLA 1a

Realización de actividades preventivas ante abusos sexuales en niñez y adolescencia (comparación entre tipos de profesionales)

	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2	p
Respuesta	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	8	(3,6)	5	(8,9)	9	(5,0)	4	(13,3)	18,810	0,002
2	29	(13,1)	10	(17,9)	21	(11,7)	5	(16,7)		
3	47	(21,2)	8	(14,3)	65	(36,3)	8	(26,7)		
4	51	(23,0)	9	(16,1)	25	(14,0)	2	(6,7)		
5	80	(36,0)	19	(33,9)	55	(30,7)	8	(26,7)		
6	7	(3,2)	5	(8,9)	4	(2,2)	3	(10,0)		

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

TABLA 1b

Realización de actividades preventivas ante abusos sexuales en niñez y adolescencia (comparación entre grupos)

	Medicina		Enfermería		χ^2	p
Respuesta	N	(%)	N	(%)		
1	13	(4,7)	13	(6,2)	18,810	0,002
2	39	(14,0)	26	(12,4)		
3	55	(19,8)	73	(34,9)		
4	60	(21,6)	27	(12,9)		
5	99	(35,4)	63	(30,1)		
6	12	(4,3)	7	(3,3)		

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

grupos elevan sus frecuencias de actividad, destacando los profesionales de medicina (61,3 %); enfermería, por su parte, ante estas dos situaciones también eleva la tasa de actuación hasta un 46,3 % y las diferencias encontradas entre ambos grupos alcanzan cotas de significación estadística ($\chi^2= 18,810$; $p<0,005$).

Analizando los datos de los cuatro tipos de profesionales (tabla 1a), no hay ninguno que destaque de forma signifi-

cativa en la práctica preventiva habitual. Ahora bien, todos elevan de forma significativa su tasa de actuación ante demandas y signos de sospecha, destacando médicos de familia (62,2 %), le siguen pediatras (58,9 %), enfermeras (46,9 %) y matronas (43,4 %).

Actividades preventivas frente a violencia de género

En las tablas 2a y 2b podemos ver los datos relativos a la actividad preventiva frente a la violencia de género en adolescentes.

Los resultados muestran diferencias de actividad estadísticamente significativas (tabla 2b) entre médicos/as y enfermeras/os ($\chi^2=32,561$; $p<0,001$). Son los profesionales de

enfermería lo que en mayor proporción realizan siempre actividad de prevención (18 % frente a 7,3 %). Ahora bien ante demandas o quejas y signos de sospecha se invierten las tasas, siendo los profesionales médicos los que superan a los de enfermería (44,1 % frente a 27 %).

Diferenciando por tipo de profesional (tabla 2a), destacan las matronas en cuanto a práctica preventiva habitual ya que casi duplican a las enfermeras (30 % frente 15,9 %) y superan de forma destacada a médicos de familia (7,6 %) y pediatras (5,9 %). En cambio, en la actividad preventiva ante demandas y signos de sospecha, pediatras y médicos de familia (49 % y 44,5 %) duplican prácticamente a enfermeras y matronas (27,7 % y 23,3 %).

Actividades de prevención ante disfunciones sexuales y parafilias

Respecto a las actividades de prevención en disfunciones sexuales y parafilias. Los datos reflejados en la tabla 3b vuelven a poner de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas, entre la labor realizada por profesionales de la medicina y de la enfermería ($\chi^2=26,720$; $p<0,001$).

En este apartado, similar a lo que pasaba con la prevención de abusos sexuales, las tasas de los que hacen siempre esta actividad son mínimas (2,7 % para médicos/as y 5,6 % para enfermeros/as). Ahora bien, cuando valoramos la actividad preventiva ante demandas o quejas y signos de sospecha son los/as médicos/as (40,9 %) los que superan a los/as enfermeros/as (24,4 %).

Vuelven a ser las matronas son las que más realizan siempre esta actividad preventiva (17,2 %), les siguen enfermeras

TABLA 2 a

Realización de actividades de prevención frente a violencia de género en adolescentes (comparación entre tipos de profesionales)

	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	16	(7,6)	3	(5,9)	27	(15,9)	9	(30,0)	32,561	0,000
2	55	(26,1)	12	(23,5)	39	(22,9)	10	(33,3)		
3	46	(21,8)	11	(21,6)	57	(33,5)	4	(13,3)		
4	52	(24,6)	7	(13,7)	10	(5,9)	3	(10,0)		
5	37	(17,5)	17	(33,3)	35	(20,6)	4	(13,3)		
6	5	(2,4)	1	(2,0)	2	(1,2)	0	(0,0)		

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

TABLA 2 b

Realización de actividades de prevención frente a violencia de género en adolescentes (comparación entre grupos)

Respuesta	Medicina		Enfermería		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)		
1	19	(7,3)	36	(18,0)	32,561	0,000
2	67	(25,6)	49	(24,5)		
3	57	(21,8)	61	(30,5)		
4	59	(22,5)	13	(6,5)		
5	54	(19,3)	39	(19,5)		
6	6	(2,3)	2	(1,0)		

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

TABLA 3 b

Realización de actividades preventivas en disfunciones sexuales y parafilias en adolescentes (comparación entre grupos)

Respuesta	Medicina		Enfermería		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)		
1	7	(2,7)	11	(5,6)	26,720	0,000
2	45	(17,2)	21	(10,7)		
3	102	(39,1)	117	(59,4)		
4	57	(21,8)	23	(11,7)		
5	45	(17,2)	23	(11,7)		
6	5	(1,9)	2	(1,0)		

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

(3,6 %) y médicos de familia (2,7 %), no habiendo ningún pediatra que realice siempre esta actividad preventiva (tabla 3a).

TABLA 3 a

Realización de actividades preventivas en disfunciones sexuales y parafilias en adolescentes (comparación entre tipos de profesionales)

Respuesta	Médico de Familia		Pediatra		Enfermera		Matrona		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	7	(3,3)	0	(0,0)	6	(3,6)	5	(17,2)	26,720	0,000
2	41	(19,5)	4	(7,8)	15	(8,9)	6	(20,7)		
3	73	(34,8)	29	(56,9)	107	(63,7)	10	(34,5)		
4	50	(23,8)	7	(13,7)	18	(10,7)	5	(17,2)		
5	36	(17,1)	9	(17,6)	21	(12,5)	2	(6,9)		
6	3	(1,4)	2	(3,9)	1	(0,6)	1	(3,4)		

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

Se reiteran los resultados descritos en las actividades preventivas previas, ante demandas o quejas y signos de sospecha, médicos de familia y pediatras (42,3 % y 35,2 %) superan a matronas y enfermeras (27,5 % y 23,8 %).

Forma habitual de proceder ante la detección o demanda

Los resultados con respecto a la forma habitual de proceder, ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual en violencia sexual y de género, aparecen reflejados en las tablas 4a y 4b.

Los profesionales médicos superan a los de enfermería en intervención (tabla 4b) ya que el 59,2 % lo hace siempre y

TABLA 4 a

Forma habitual de proceder ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual, violencia sexual y/o de género (comparación entre tipos de profesionales)

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

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

TABLA 4 b

Forma habitual de proceder ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual, violencia sexual y/o de género (comparación entre grupos)

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

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

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

En esta actividad destacan los médicos de familia con tasas del 56,4 %, seguidos de pediatras (45,1 %), matronas (36,7 %) y enfermeras con tasas del 31,2 % (tabla 4a).

Dificultades de los y las profesionales para realizar sus actividades en salud sexual ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia

Finalmente en las tablas 5a y 5b aparecen los resultados sobre las mayores dificultades que, los diferentes tipos de profesionales de atención primaria de salud, tienen ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia.

Las principales dificultades (tabla 5b) para ambos grupos son coincidentes, siendo la primera la “falta de tiempo en consulta” (80,4 % para médicos y 53,4 % para enfermería), alcanzando diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=41,336$; $p<0,001$). En la segunda, “insuficiente formación”, ambos bajan las tasas (48,6 % para medicina y 41,6 % para enfermería) pero no muestran diferencias significativas.

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

Aquí se diferencian las matronas que destacan el no tener equipo multidisciplinar como la segunda mayor dificultad (tabla 5a).

TABLA 5 a

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

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

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

TABLA 5 b

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

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

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

La cuarta dificultad para médicos se refiere tanto a “no disponer de medios” como a “falta de demanda o queja” que representa la opinión del 31,4 % de los mismos. Para enfermería supone la tercera y sexta dificultad respectivamente con tasas del 37,4 % y 26 %. Tampoco en este caso las diferencias mostradas son significativas.

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

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

DISCUSIÓN

Abuso sexual

La violencia es un problema social e histórico y en sus diferentes formas, es un fenómeno establecido a través de numerosos factores. Cada año 6 millones de niños sufren alguna clase de violencia dentro del hogar, 18 millones de niños son golpeados cada día y 300 000 niños y adolescentes son víctimas de incesto en Brasil (20).

Centrándonos en el abuso sexual, éste permanece como un problema persistente y en constante aumento en todos los países del mundo. De hecho en Australia en los últimos cinco años el número de casos detectados se ha duplicado (21). En los Estados Unidos cerca de 903 000 niños fueron víctimas de maltrato físico, psicológico o sexual en 2003 y hubo 2,9 millones de casos informados y 825 000 casos detectados en 2005 (22).

Estudios longitudinales indican que el maltrato durante la niñez tiene un impacto directo sobre la salud física y mental en la niñez, adolescencia y etapa adulta. Adicionalmente, el maltrato infantil es un factor de riesgo para sufrir una revictimización en la etapa adulta, especialmente en las mujeres por sus parejas en relaciones íntimas (23).

Estudios recientes han demostrado que tanto las mujeres como los hombres que han sido víctimas repetitivas de abusos físicos y sexuales durante la niñez, tienen un riesgo incrementado de ser víctimas de violencia física y sexual en la etapa adulta, siendo importante la identificación de

niños/as, jóvenes y adultos/as que han sido víctimas de abuso en la infancia como prerrequisito para prevención de maltrato y abusos posteriores (24-26).

Se ha demostrado la eficacia preventiva de los equipos multidisciplinarios frente al abuso sexual infantil. Estudios realizados con pediatras de atención primaria, médicos generales y enfermeras sobre la evaluación del nivel de esta actividad y de la competencia percibida, indican que un porcentaje importante no se siente competente para detectar conductas de abuso sexual ni de interpretar correctamente los hallazgos encontrados en un examen clínico, pero sí que están conformes en atender, como parte de un equipo multidisciplinar, la prevención del abuso sexual, sí se les da una preparación adecuada y apoyo para ello (12, 13, 20-22, 27).

En nuestro estudio los resultados sobre las prácticas preventivas en relación a abusos sexuales, indican que se realizan con tasas muy bajas en todos los tipos de profesionales de atención primaria estudiados, no habiendo ninguno que destaque de forma significativa frente al resto en su práctica habitual, ya que el máximo nivel lo alcanzan las matronas y con una tasa pequeña del 13,3 %. Ahora bien, todos elevan de forma significativa su tasa de actuación ante demandas y signos de sospecha, destacando médicos de familia y pediatras.

Estos resultados están en consonancia con los que aparecen en la opinión sobre sus mayores dificultades para realizar este tipo de atención sanitaria, ya que si no se sienten con suficiente formación y no cuentan con un equipo multidisciplinar unido a la falta de tiempo en consulta, les lleva a no sentirse competentes a la hora de realizar actividades preventivas y de promoción de la salud ante la violencia sexual y de género, pero cuando detectan o hay demandas se sienten con mayor necesidad de intervenir y para aumentar la eficacia derivan a especialistas con frecuencia.

Violencia de género

La violencia de género, también conocida como violencia doméstica, violencia interpersonal por pareja y abuso doméstico, es un hecho que ocurre diariamente y a menudo con consecuencias mortales en millones de mujeres de los distintos países del mundo (28).

La violencia de género en sus distintas formas de expresión: violencia sexual, física o psicológica, está asociada en las víctimas con una mala percepción de salud mental y física, con abuso de sustancias, con síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y actos o ideas de suicidio. Ahora bien, dar apoyo social a estas mujeres por parte de médicos de familia, enfermeras, familia y amigos, aumentar la seguridad de víctimas y familiares y promover la

auto-eficacia, está asociado con una reducción del riesgo de los trastornos consecuentes (29-31).

La violencia sexual contra las mujeres es una forma común de violencia de género. La prevalencia es alta tanto en Norte América como en Europa, ahora bien no todas las investigaciones han diferenciado si la experiencia de haber sido forzada sexualmente fue realizada por la pareja actual o por la antigua pareja. En este sentido, un reciente estudio transversal realizado sobre 1027 mujeres con más de 15 años de edad, atendidas en atención primaria de salud del este de Londres, mostró que el 8 % de las mujeres habían experimentado violación, el 9 % algún tipo de abuso sexual y el 16 % había sido forzada por su pareja, habiendo experimentado el 24 % de éstas uno o más tipos de violencia sexual. Por lo tanto, sufrir experiencias de violencia sexual resultó ser un hecho frecuente en la vida de las mujeres adultas del este de Londres y una tasa importante de sufrir abusos sexuales recurrentes; datos que muestran que la violencia sexual en mujeres adultas representa un problema de salud pública significativo (32).

Tanto por lo frecuente como por las consecuencias que sobre la salud tiene sufrir violencia de género tanto para las mujeres víctimas como para los hijos si los hubiere, desde distintos estudios realizados en países diferentes, se enfatiza la importancia de la detección y la adecuada intervención que los profesionales de la salud tienen, ya que a menudo son los primeros en contactar con la víctima. Por ello es necesario que los profesionales sanitarios examinen sus propias creencias acerca de este tipo de violencia, asuman la responsabilidad de romper el ciclo de la violencia y estén más formados en el diagnóstico y la intervención (33-35).

Los datos de nuestro estudio sobre la actividad de los profesionales médicos y de enfermería de atención primaria de salud, relativos a la actividad preventiva sobre la violencia de género en adolescentes, muestran bajas tasas de actividad aunque con diferencias de actividad estadísticamente significativas entre enfermeras/os y médicos/as, siendo los profesionales de enfermería sobre todo las matronas quienes más las realizan. Ahora bien ante demandas o quejas y signos de sospecha se invierten las tasas y pediatras y médicos de familia, duplican prácticamente a enfermeras y matronas.

Ante la violencia de género ocurre como ante el abuso sexual y es que como consecuencia de lo que expresan sobre la insuficiente formación, junto a la falta de tiempo en consulta y a la ausencia de equipo multidisciplinar, no se sienten competentes a la hora de realizar actividades preventivas y de promoción de la salud ante la violencia sexual y de género, pero cuando detectan o hay demandas se sienten con mayor necesidad de intervenir y para aumentar la eficacia derivan a especialistas con frecuencia.

Disfunciones sexuales y parafilias

Las disfunciones sexuales se caracterizan por alteraciones en el deseo sexual y/o cambios psicofisiológicos asociados con las fases de la respuesta sexual humana. Los estudios de prevalencia sugieren que afecta del 10 al 52 % de las mujeres y del 25 al 63 % de los hombres, teniendo un gran impacto tanto individual como en la relación interpersonal, así como sobre la calidad de vida (36).

Entre las disfunciones, la disfunción eréctil afecta a más de la mitad de los hombres de 40 a 70 años de edad, siendo considerada un síntoma centinela de la disfunción endotelial y de la enfermedad cardiovascular, además del efecto de declive que produce sobre la calidad de vida.

Todos estos datos recogidos en la reciente literatura, sugieren que los médicos de familia deberían realizar valoraciones en los hombres de esas edades y evaluar factores de riesgo cardiovascular, ya que la presencia de disfunción eréctil puede ser el primer síntoma. Consideran que ellos deberían ser los primeros en ser consultados por los pacientes con problemas de disfunción sexual, pero también consideran que necesitan mayor preparación (36, 37).

De la misma manera, la formación médica necesita incluir en su curriculum una formación sobre diferencias de género, orientación e identidad sexual, puesto que un porcentaje muy pequeño acerca de estos aspectos, pudiendo por ello generar marginalización en la atención sanitaria (38).

Nuestros resultados sobre las prácticas preventivas que realizan los profesionales de atención primaria ante las disfunciones sexuales y las parafilias, vuelven a poner de manifiesto las bajas tasas de actividad preventiva (por debajo del 20 %) en todos los tipos de profesionales de atención primaria, destacando como hemos ido observando las matronas. Ahora bien, cuando valoramos la actividad ante demandas o quejas y signos de sospecha aparecen diferencias estadísticamente significativas a favor de los/as médicos/as.

Sobre la forma de proceder ante la detección o demanda ante algún tipo de problema en salud sexual, violencia sexual y/o de género. Se conoce por publicaciones previas que para los médicos de familia incrementar el número de visitas preventivas de adolescentes para realizar exámenes de desarrollo físico, es una oportunidad para promocionar la salud sexual ya que tienen la oportunidad de abordar la sexualidad en su discusión con los adolescentes. Por otra parte, el hecho de que los padres estén presentes durante la visita es valorado como un facilitador de esta estrategia. En cambio, la demanda de competencia profesional es vista por lo profesionales como una importante barrera (39).

Los datos publicados han indicado que los médicos de fa-

milia encuentran impedimentos en el cuidado y atención de los pacientes que han experimentado hechos traumáticos como abusos sexuales en la infancia y en víctimas actuales de abuso y agresiones sexuales tanto niños/as como adultos/as.

En un estudio realizado sobre una muestra de 500 médicos de familia en Alemania (10), encuentran que si bien la mayoría de los médicos han actualizado recientemente su conocimiento en el trato de víctimas de hechos traumáticos, la mayoría siente que necesita un entrenamiento especializado adicional; experimentando las mayores barreras en la atención de niños/as que sufren abusos.

La violencia en las relaciones de pareja causa daños en 2 millones de mujeres y 1300 muertes cada año, sin embargo, a pesar de esta alta frecuencia solamente una pequeña proporción de profesionales de la salud investiga en su consulta sobre la existencia de este tipo de violencia (40).

La mayoría de los médicos de familia atienden a mujeres que presentan lesiones, pero raramente investigan de forma rutinaria la existencia de maltrato en la relación de pareja, sin embargo en un estudio realizado con médicos de atención primaria, más de un tercio de los mismos reconocen que el 10 % o más de sus pacientes femeninas han experimentado algún tipo de abuso en su relación de pareja. Concluyen, que hay una necesidad de incrementar el conocimiento de la alta prevalencia de abuso en las mujeres por parte de sus parejas, y, asimismo, sobre los negativos efectos de la victimización, que ayude a los médicos a reconocer su responsabilidad en la importancia de la detección rutinaria del mismo en su consulta y la necesidad de una mayor y continuada formación (41).

Enfermería tiene un rol importante en la detección y asesoramiento de la violencia de género, ya que a menudo son estos profesionales el primer contacto de la víctima, por lo que se hace necesaria que las/os enfermeras/os integren en su protocolo de actuación, la evaluación rutinaria de sus existencia. Un estudio realizado sobre una muestra de 1000 enfermeras para identificar las barreras existentes sobre la identificación y información de la presencia de violencia de género, mostró que la principal barrera era la falta de evidencia para demostrarla, debido a la consideración de que no tenían una adecuada preparación, demostrando una vez más la necesidad en estos profesionales, al igual que ocurre con los médicos, de una guías claras de actuación y una mayor formación (34, 42).

En un estudio realizado sobre 292 médicos de familia de entre aproximadamente 800 participantes que asistieron a una conferencia de Medicina Familiar (36). Se les distribuyó un cuestionario sobre el rol de la actividad profesional

del médico de familia ante las disfunciones sexuales y el 79 % de los profesionales que completaron el cuestionario expresaron que debería ser la atención primaria la principal vía para tratar muchos de los problemas de disfunción sexual, pero una tasa importante de médicos de familia afirmaban también, que los principales impedimentos para realizar estos tratamientos eran la falta de tiempo en consulta (62 %) y la falta de formación (47 %).

Otro estudio más reciente sobre la disfunción eréctil y las barreras que los médicos de familia encontraban en el manejo de la misma, encuentra que las barreras más significativas entre los profesionales eran la edad (ser joven), el género (ser mujer), el escaso tiempo de consulta y la falta de experiencia (43).

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

Finalmente, destacamos por nuestros resultados que los profesionales de enfermería, sobre todo las matronas, son quienes en mayor proporción realizan siempre actividades de promoción de la salud sexual y de prevención de la violencia sexual y de género, ahora bien ante demandas o quejas y signos de sospecha se invierten las tasas, siendo los profesionales médicos los que superan a los de enfermería en intervención sanitaria.

INDICACIONES Y DIRECTRICES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson CF.: Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364 (9432): 462-70.
2. Haley N, Roy E, Leclerc P, Boudreau JF, Boivin JF.: Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17 (5): 313-20.
3. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Poka R.: Cha-

- racteristics of female child abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120 (2): 217-21.
4. **Sapp MV, Vandeven AM.**: Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17 (2): 258-64.
 5. **Saewyc EM, Magee LL, Pettingell SE.**: Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspect Sex Reprod Health* 2004; 36 (3): 98-105.
 6. **Kearney-Cooke A, Ackard DM.**: The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *J Gend Specif Med* 2000; 3 (6): 54-60.
 7. **Farmer E, Pollock S.**: Managing sexually abused and/or abusing children in substitute care. *Child Fam Social Work* 2003; 8 (2): 101-112.
 8. **Sageman S.**: The rape of boys and the impact of sexually predatory environments: review and case reports. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003; 31 (3): 563-80.
 9. **Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A.**: Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Can Fam Physician* 2000; 46: 1609-16.
 10. **Van den Akker M, Mol SS, Metsemakers JF, Dinant GJ, Knottnerus JA.**: Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Fam Pract* 2001; 18 (2): 214-6.
 11. **Schein M, Biderman A, Baras M, Bennett L, Bisharat B, Borkan J, et al.**: The prevalence of a history of child sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse Negl* 2000; 24 (5): 667-75.
 12. **Botash AS, Galloway AE, Booth T, Ploutz-Snyder R, Hoffman-Rosenfeld J, Cahill L.**: Continuing medical education in child sexual abuse: cognitive gains but not expertise. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159 (6): 561-6.
 13. **Arnold DH, Spiro DM, Nichols MH, King WD.**: Availability and perceived competence of pediatricians to serve as child protection team medical consultants: a survey of practicing pediatricians. *South Med J* 2005; 98 (4): 423-8.
 14. **Avery-Leaf S, Cascardi M, O'Leary KD, Cano A.**: Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression. *J Adolesc Health* 1997; 21 (1): 11-7.
 15. **Hilton NZ, Harris GT, Rice ME.**: The functions of aggression by male teenagers. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79 (6): 988-94.
 16. **Foshee VA, Linder GF, MacDougall JE, Bangdiwala S.**: Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. *Prev Med* 2001; 32 (2): 128-41.
 17. **Fernández Fuertes AA, Fuertes Martín A.**: Violencia sexual en las relaciones de pareja de los jóvenes. *Sexología Integral* 2005; 2 (3): 126-32.
 18. **Wingood GM, Diclemente RJ, McCree DH, Harrington K, Davies SL.**: Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics* 2001; 107 (5): E72.
 19. **Ramos-Lira L, Saltijeral-Mendez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutierrez MA, Martínez-Velez NA.**: *Salud Pública Mex* 2001; 43 (3): 182-91.
 20. **Algeri S, de Souza LM.**: Violence against children and adolescents: A challenge in the daily work of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(4):625-31.
 21. **Keane C, Chapman R.**: Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*. 2008; 16(1):5-13.
 22. **Krugman SD, Lane WG, Walsh CM.**: Update on child abuse prevention. *Curr Opin Pediatr*. 2007; 19(6):711-8.
 23. **Arias I.**: The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. *J Womens Health*. 2004; 13(5):468-73.
 24. **Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S.**: Relation between childhood sexual and physical abuse and risk revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2001; 358(9280):450-4.
 25. **Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC.**: Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence Vict*. 2002; 17(6):639-53.
 26. **Rivera-Rivera L, Allen B, Chávez-Ayala R, Avila-Burgos L.**: Physical and sexual abuse during childhood and revictimization during adulthood in Mexican women. *Salud Publica*. 2006; 48 Suppl 2:S268-78.
 27. **Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Hurtado Murillo F, Loño Capote J.**: Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71(10):e302-e314.
 28. **Carretta CM.**: Domestic violence: a worldwide exploration. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008; 46(3):26-35.
 29. **Campbell JC, Lewandowski LA.**: Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. 1997; 20(2):353-74.
 30. **Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE.**: Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002; 11(5):465-76.
 31. **Olive P.**: Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs*. 2007; 16(9):1736-48.
 32. **Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Cotter S, et al.**: Sexual violence against adult women primary care attenders in east London. *BR J Gen Pract*. 2003; 53(496):858-62.
 33. **Hornor G.**: Domestic violence and children. *J Pediatr Health Care*. 2005; 19(4):206-12.
 34. **Smith JS, Rainey SL, Smith KR, Alamares C, Grogg D.**: Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *J Trauma Nurs*. 2008; 15(1):9-11.
 35. **Sully P.**: Domestic violence and children: the case for joined-up working. *J Fam Health Care*. 2008; 18(1):9-13.
 36. **Press Y, Menahem S, Shvartzman P.**: Sexual dysfunction-what is the primary physicians role?. *Harefuah*. 2003; 142(10):662-5.
 37. **Brien JC, Trussell JC.**: Erectile dysfunction for primary care providers. *Can J Urol*. 2008; 15 Suppl 1:63-70.
 38. **Westerstahl A, Segesten K, Bjorkelund C.**: GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20(4):203-7.
 39. **Oscós-Sánchez MA, White D, Bajorek E, Dahlman M, Albright T, Treviño et al.**: SAFE TEENS: facilitators of and barriers to adolescent preventive care discussions. *Fam Med* 2008; 40(2):125-31.
 40. **Jaffee KD, Epling JW, Grant W, Ghandour RM, Callendar E.**: Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health*. 2005; 14(8):713-20.
 41. **Chamberlain L, Perham-Hester KA.**: The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health*. 2002; 35(2-3):55-69.
 42. **Felblinger DM, Gates D.**: Domestic violence screening and treatment in the workplace. *AAOHN J*. 2008; 56(4):143-50.
 43. **Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY y Tan HM.**: Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl*. 2004; 6(2):99-104.