



**Barreras en
la prevención
del VPH en
adolescentes**

**Claudia González
Boluda**

RESUMEN

Esta investigación hace un diagnóstico del conocimiento que tiene la población universitaria en relación al VPH e identifica las barreras que dificultan la participación de este grupo de población en las estrategias de prevención del VPH y de las enfermedades derivadas. Mediante la aplicación del modelo de las creencias de salud (MCS) y de la perspectiva de género en la promoción de la salud, este estudio otorga información sobre los esquemas mentales que intervienen en la formación de los discursos de la población universitaria en relación a la participación y la no participación en los programas de prevención del VPH. Gracias al análisis de los discursos manifestados por ambos sexos en la técnica del grupo de discusión se identificaron como principales barreras de participación, la desinformación sobre la enfermedad y el coste-beneficio de la vacuna; aunque otras barreras fueron mencionadas en este sentido, como el coste económico de la vacuna, el miedo o la percepción de la difícil accesibilidad a determinados recursos médicos.

Palabras claves: *VPH, prevención, género, barreras, juventud.*

ABSTRACT

This research diagnoses the information that the university population manages in relation to HPV and identifies the barriers that hinder the participation of this population group in HPV and related disease prevention strategies. Through the application of the health beliefs model (HBM) and the gender perspective in health promotion, this study provides information on the mental schemas involved in the formation of the university population's discourses in relation to participation and non-participation in HPV prevention programmes. Thanks to the analysis of the discourses expressed by both sexes in the discussion group technique, the main barriers to participation were identified as misinformation about the disease and the cost-benefit of the vaccine; although other barriers were mentioned in this regard, such as the economic cost of the vaccine, fear or the perception of the difficult accessibility to certain medical resources.

Keywords: *HPV, prevention, gender, barriers, youth.*

BARRERAS EN LA PREVENCIÓN DEL VPH EN ADOLESCENTES¹*

Claudia González Boluda

*Doble grado en Sociología y en Ciencias Políticas
y de la Administración Pública*

Facultat de Ciències Socials / Universitat de València

Entregado: 15/02/2023 Aprobado: 15/03/2023

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La más frecuente de todas las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre la población mundial es el Virus del Papiloma Humano (VPH). La infección por el VPH es, además, la infección vírica más común de los tejidos epiteliales y del aparato reproductor en todo el mundo y afecta especialmente a individuos jóvenes sexualmente activos², pudiendo ser contraída y transmitida tanto por mujeres como por hombres. Se estima que entre el 75 y el 80% de las personas sexualmente activas se contagiarán de VPH en algún momento de su vida.

En España, el VPH no está incluido en el Plan de Vigilancia Epidemiológica de las ITS (2019), así como tampoco se encuentra en la Lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), por lo que se desconocen las cifras reales de incidencia y prevalencia, lo que dificulta el control epidemiológico. No obstante, los resultados obtenidos mediante citología vaginal permiten al Ministerio de Sanidad manejar datos sobre la frecuencia de la infección por VPH en mujeres, siendo esta del 14,3% y del 29% en las mujeres jóvenes de 18-25 años.

Los papiloma virus pueden transmitirse sexualmente de una persona a otra mediante las relaciones sexuales anales, vaginales u orales o mediante contacto con las superficies mucosas y cutáneas de sujetos previamente infectados. El modo de contagio más frecuente de todos (40-80%) se produce tras una relación

1 * Trabajo de Fin de Grado dirigido por Carles Xavier Simó Noguera.

2 La prevalencia máxima de contagio se produce entre los 18 y los 30 años (Stanley, 2010)

sexual sin protección (Comité Asesor de Vacunas de la AEP, 2022). A pesar de ello, se ha demostrado que el uso de preservativos no elimina totalmente la posibilidad de transmisión del VPH; pudiendo producirse el contagio mediante el contacto con superficies cutáneas que no se encuentren protegidas por el preservativo o barrera de látex.

Generalmente, la infección por VPH es asintomática y desaparece espontáneamente de los organismos de la mayoría de mujeres y hombres. Sin embargo, en los casos en los que el VPH no desaparece, la infección puede ocasionar lesiones en la piel y en las membranas mucosas, conocidas como verrugas genitales o condilomas; se estima que la persistencia de la infección se da en el 10-20% de los casos de mujeres infectadas (Stanley, 2010). Asimismo, algunas variedades del Virus del Papiloma Humano pueden causar lesiones premalignas, las cuales, a largo plazo, pueden evolucionar hacia determinados tipos de cáncer.

Se han identificado más de 150 tipos de VPH, de los cuales al menos 40 infectan el área genital de hombres y mujeres. Algunos serotipos del Virus del Papiloma Humano genital pueden causar cánceres específicos de mujeres como el cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix, que afecta a la parte inferior del útero que conecta con la vagina; el cáncer vaginal y el cáncer vulvar. El VPH también está relacionado con el cáncer de pene y con cánceres comunes a los dos sexos, como el cáncer anal y el orofaríngeo, que afecta a la parte posterior de la garganta (Zur Hausen, 2011).

El cáncer de cuello uterino es la enfermedad más frecuente provocada por los VPH y representa el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo (CDC, 2021) con una incidencia estimada de 604.000 nuevos casos y 341.831 muertes en el año 2020³ (Cancer.Net, 2022).

Los papilomavirus de transmisión sexual pueden clasificarse dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas. Las infecciones del Virus del Papiloma Humano de riesgo bajo pueden causar verrugas en la piel o, incluso, papilomatosis respiratoria, afección que crea problemas para respirar; pero no causan cáncer y pueden desaparecer por sí solas sin necesidad de tratamiento en un 30 - 60% de los casos. Las infecciones de alto poder oncogénico son aquellas que tienen más capacidad de evolucionar a varios tipos de cáncer. Existen catorce tipos de VPH de alto riesgo oncogénico: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68. Concretamente, el VPH 16 y el VPH 18, son aquellos que causan la

³ En el año 2020 hubo un total de 3.847 millones de mujeres en todo el mundo (Banco Mundial, 2022).

mayoría de los cánceres relacionados con el Virus del Papiloma Humano (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

Desde que en 1976 el médico Harald Zur Hausen publicara su hipótesis de que el Virus del Papiloma Humano jugaba un papel importante en la causa del cáncer de cuello de útero, se han llevado a cabo numerosas investigaciones en relación con los factores de riesgo y las estrategias de prevención frente a la infección por VPH. Tener la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), iniciar las relaciones sexuales a una edad temprana y tener muchas parejas sexuales son factores que aumentan el riesgo de infección por el VPH y que están relacionados con la conducta sexual. La OMS estima que más del 80% de las personas sexualmente activas serán infectadas por el VPH alguna vez en sus vidas y que la mayor probabilidad de contagio se da en los primeros años de vida sexual, fenómeno que explica que entre el 20% y el 30% de las mujeres menores de 30 años sean portadoras del VPH⁴ (ConSalud, 2020).

1.2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VPH

La alta incidencia de infección del VPH y su vinculación con el cáncer de cérvix han provocado que las autoridades públicas de todo el mundo otorguen, en los últimos años, gran importancia a la prevención del mismo. Desde la aparición, en el año 2006, de la vacuna tetravalente contra los genotipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, la estrategia mundial de prevención se ha basado fundamentalmente en la vacunación de las niñas contra el Virus del Papiloma Humano como medida para la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.

Existen cuatro vacunas eficaces contra los tipos de VPH 16 y 18, relacionados con al menos el 70% de los cánceres de cuello uterino. La vacuna nonavalente constituye actualmente una medida preventiva óptima, ya que brinda protección frente a nueve genotipos virales. Además de los tipos 16 y 18, la vacuna nonavalente protege contra otros cinco tipos adicionales de VPH oncogénicos (31, 33, 45, 52 y 58), responsables de otro 20% de los cánceres de cuello uterino. Asimismo, dos de las vacunas también protegen contra los tipos 6 y 11, causantes de verrugas anogenitales. La OMS advierte que todas las vacunas son seguras y eficaces en la prevención de la infección por VPH, de las lesiones precancerosas de gran malignidad y del cáncer invasivo.

4 Lo que representa entre 367 y 550 millones de mujeres en el mundo, en el año 2020.

En España, existen tres vacunas cuyo uso está autorizado tanto por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) como por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS): Cervarix, Gardasil y Gardasil 9. El 24 de agosto de 2007 el Consejo de Ministros autorizó la introducción en España de las vacunas contra el VPH (Cervarix, Gardasil⁵). La recomendación de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de las Comunidades Autónomas, celebrada el 20 de febrero de 2007, fue la de iniciar la vacunación sistemática de las niñas de una cohorte a elegir entre los 11-14 años de edad por cada Comunidad Autónoma, según las necesidades, prioridades y logística de sus programas de vacunación. Finalmente, el programa de vacunación contra el VPH se inició en España en el año 2008, siendo las primeras cohortes vacunadas las nacidas entre 1994 y 1997. A partir del 2012 se comenzaron a unificar las edades de administración de las dosis, fijándose a los 14 años en el 2013 y a los 12 años en 2016 hasta la actualidad. En la Comunidad Valenciana, la Conselleria de Sanitat introdujo la vacuna contra el VPH en el Calendario de Vacunación Sistemática Infantil mediante la Orden 16/06/2008.

Actualmente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CIS-NS) recomienda únicamente la vacunación a niñas a partir de los doce años, mediante la administración de dos dosis con una separación de al menos 5-6 meses. Entre los 13 y los 18 años se vacunará únicamente a las adolescentes que no se hayan vacunado anteriormente o que estén parcialmente vacunadas. La selección de los 12 años como edad de suministro de las dosis de la vacuna en niñas se basa en la evidencia de que la efectividad de la vacuna aumenta si esta es administrada antes de la exposición a tales virus, es decir, previamente al inicio de la actividad sexual (Schiller, JT. et. al, 2012; Kjaer, SK. et. al, 2009). Siguiendo este criterio, la OMS considera como población objetivo “primaria” a las niñas de 9 a 14 años.

Asimismo, el CISNS incluye en sus recomendaciones la vacunación en personas con las siguientes condiciones de riesgo: padecer el síndrome WHIM, ser mujer y haber tenido tratamiento escisional de cérvix, estar infectado de VIH, ser hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y hallarse en situación de prostitución. Todas ellas deberán recibir una pauta de 3 dosis, tanto hombres como mujeres. Para las últimas cuatro condiciones de riesgo, se recomienda la vacunación hasta los 26 años.

Esta estrategia fue rápidamente adoptada por la mayoría de los países desarrollados, los cuales, siguiendo las recomendaciones de la OMS, consideraron que la

5 La vacuna Gardasil 9 comenzaría a comercializarse en España seis años más tarde, en el 2015.

intervención médica en relación con el VPH debía ir orientada, principalmente, a la erradicación del cáncer de cérvix, debido a que este constituye el 84% de todos los cánceres relacionados con el virus del papiloma humano. A partir de entonces, 82 gobiernos de todo el mundo se han centrado en alcanzar altas coberturas de vacunación en las niñas (> 80%), considerando que esta inmunización lograría reducir el riesgo de infección por VPH en los varones.

Desde el 2006, año en que se autorizó la primera vacuna contra el VPH, hasta el 2017, más de 100 millones de mujeres adolescentes de todo el mundo recibieron al menos una dosis de la vacuna. Sin embargo, el 95% de ellas pertenecía a países de ingresos altos (OMS, 2020, 5 abril), lo que evidencia la desigualdad en el acceso a la vacuna. En este sentido, el proyecto de estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública, publicado en el 2020 por la OMS, contempla medidas urgentes para lograr que el 90% de las niñas de todo el mundo estén totalmente vacunadas contra el VPH antes de cumplir los 15 años.

Estudios nacionales (Martín-Merino et al., 2019) muestran que en España existe una alta incidencia de vacunación en niñas de 13 a 14 años y que la mayoría de casos observados se ajustan a un régimen de vacunación completo. Actualmente, España muestra diferencias importantes respecto al diseño de los planes de prevención del VPH en comparación con la mayoría de países europeos, donde desde hace unos años se ha comenzado a vacunar también a los niños varones. La inclusión de los niños en el programa de vacunación del VPH está motivada por la evidencia de que los hombres sexualmente activos son portadores de los VPH que se relacionan con el cáncer de cérvix. Además, con esta decisión se pretende acelerar la inmunización contra el VPH, maximizando el beneficio de las vacunas (Zur Hausen et al., 2017).

Asimismo, este cambio de estrategia responde al giro en el posicionamiento adoptado por la OMS en el 2017, en el cual reconocía la importancia, no solo del cáncer cervicouterino, sino también del resto de enfermedades relacionadas con el VPH, como problemas mundiales de salud pública. A partir de este momento, se recomienda la inclusión de los varones de 9 a 14 años como población objetivo de vacunación contra el VPH, como método de prevención del cáncer anal, de pene y orofaríngeo, asociados especialmente con el VPH 16 (Markowitz et al., 2014) Hoy en día todos los países europeos excepto Grecia, Irlanda, España, Bulgaria, Lituania, Estonia y Letonia ya han incorporado al varón o lo van a hacer de forma inminente.

En España, a pesar de que la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad continúa recomendando la vacunación contra el VPH únicamente en niñas y mujeres, en mayo de 2022 la Generalitat de Cataluña anunció que, a partir del próximo curso escolar, incluiría la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en el calendario vacunal de los niños de sexto de primaria (Coll, 2022). Se iniciaba así un camino que sería recorrido por otras Comunidades Autónomas, como la Comunitat Valenciana, la cual, mediante la publicación en el DOGV núm. 9437 del 28 de septiembre de 2022, incorporó en el calendario infantil de la vacuna frente al VPH a los chicos de 12 años nacidos a partir de 2010.

2. OBJETO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN OBJETIVO

Esta investigación hace un diagnóstico de la información que tiene la población universitaria en relación al VPH e identifica las barreras, tanto simbólicas como materiales, que dificultan la participación de este grupo de población en las estrategias de prevención del VPH y de las enfermedades derivadas. Mediante la aplicación del modelo de las creencias de salud (MCS), este estudio otorga información sobre las variables que intervienen en la formación de los discursos manifiestos de la población universitaria en relación con la participación y la no participación en los programas de prevención del VPH. Para ello, a través de la técnica del grupo de discusión, se explora de qué manera influye el género en la percepción de la importancia del VPH, de la vulnerabilidad ante esta enfermedad y de la responsabilidad como pareja sexual ante el contagio.

El propósito de este estudio es dotar a la sociedad de unas herramientas que permitan mejorar la participación de ambos sexos en los programas de sensibilización del VPH y los programas de prevención y tratamiento precoz del cáncer de cérvix y demás cánceres asociados. A través de un análisis desde la perspectiva de género de las creencias y las actitudes en relación con la salud sexual, se pretende obtener información que pueda ayudar a estos programas a aumentar su eficacia en la reducción de la incidencia de contagios de VPH entre la población joven.

La población universitaria de 18 a 30 años es la población objetivo porque la comprensión de sus cogniciones y actitudes hacia el VPH es de gran importancia para la promoción de la vacunación contra el VPH y la prevención de los cánceres relacionados con el VPH. Esto es debido a que conforma un grupo de edad de alto riesgo de infección por VPH (Stanley, 2010), pero también a que este grupo se encuentra en edad fértil, por lo que sus actitudes no solo influyen en las tasas

de vacunación actuales sino también en las de la próxima generación (Deng et al. 2020). Asimismo, la selección de mujeres y hombres universitarios como grupo objetivo nos permite identificar las limitaciones en el conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano presentes en una población que cuenta con formación superior. De manera que se hace posible detectar determinadas carencias en el sistema educativo en relación con la educación sexual.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 SISTEMA DE CREENCIAS DE LA SALUD

La mayoría de los estudios internacionales en relación a la vacunación contra el VPH se han centrado en variables sociodemográficas, a través de la aplicación de una metodología cuantitativa. Los principales resultados a los que han llegado estas investigaciones indican que son las mujeres pertenecientes a países de ingresos altos las que más participan en los programas de vacunación contra el VPH (Pimple et al., 2019). Sin embargo, son muchos menos los estudios que han centrado sus análisis en los conocimientos, creencias y actitudes sobre la enfermedad y las estrategias de prevención.

Es por ello que el presente estudio toma como referencia teórica el Modelo de Creencias de Salud (MCS) como herramienta clave para identificar aquellos factores que determinan la participación y la no participación en las estrategias de prevención del VPH. El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o *Health Belief Model*, fue originalmente desarrollado en la década de los 50 por un grupo de profesionales de la psicología social pertenecientes al Departamento de Salud Pública de Estados Unidos. Este grupo de trabajo siguió la motivación de Godfrey M. Hochbaum de hallar una explicación a la falta de participación pública en los programas de cribado de enfermedades (Hochbaum, 1958).

El MCS plantea la hipótesis de que toda acción relacionada con la salud estará condicionada por la confluencia de los siguientes factores: la creencia o percepción de que un determinado tema de salud es suficientemente grave como para ser considerado un problema, la creencia de que uno es susceptible o vulnerable a un problema de salud y a las consecuencias del mismo y la creencia o percepción de que la acción a llevar a cabo será beneficiosa para reducir la amenaza percibida y a un coste personal aceptable (Rosenstock et al., 1988).

El MCS está estrechamente relacionado con la Teoría Cognitiva Social (TCS), desarrollada por Bandura a finales de los años 70. Ambas abordan el estudio de la conducta humana partiendo de la contemplación del individuo como un agente activo, capaz de escoger la información de su entorno, procesarla y transformarla de acuerdo a sus necesidades (Palmero et al., 1997). Sin embargo, algunos autores como Rosenstock (1988) consideran que, en relación con la explicación del comportamiento asociado a la salud, la TCS ha hecho dos importantes contribuciones que originalmente no fueron contempladas por el MCS. La primera de ellas es el papel informativo y motivacional del incentivo o refuerzo y el papel del aprendizaje observacional del comportamiento de los otros, a través del modelado o imitación. La segunda contribución es la introducción del concepto de “autoeficacia” como elemento diferenciado de la expectativa de resultados.

La “autoeficacia” o expectativa de eficacia de Bandura hace referencia a la percepción que se tiene respecto a la capacidad de uno mismo para realizar con éxito la acción planteada. Teniendo en cuenta las recomendaciones de Rosenstock (1988), la presente investigación combina ambas teorías para lograr una mejor comprensión de los factores subjetivos que determinan la participación en las principales estrategias de prevención del VPH: la vacunación y el uso del preservativo.

Asimismo, uno de los elementos clave de este estudio es la integración de la perspectiva de género a los postulados del MCS y de la TCS para poder observar las diferencias entre sexos presentes en la interpretación subjetiva del VPH, en la creencia o percepción de la gravedad del VPH, en la percepción de la vulnerabilidad o susceptibilidad al contagio por VPH, en la percepción del beneficio de la vacunación y del preservativo para evitar el contagio y en la percepción de la capacidad personal para vacunarse y usar el preservativo. La confluencia de estos cinco factores explica la decisión de participar o no participar en las estrategias de prevención.

4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se ha estructurado con la voluntad de dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras que impiden a los y las adolescentes participar en las estrategias de prevención del Virus del Papiloma

Humano? Con el propósito de contestar a esta cuestión, se han establecido los objetivos que se muestran a continuación.

El Objetivo General es identificar las barreras, simbólicas y materiales, que dificultan la participación de la población adolescente en la vacunación y en el resto de estrategias de prevención del VPH.

El Objetivo Específico 1 es conocer si la percepción de la gravedad y de la vulnerabilidad ante la enfermedad y la percepción del beneficio esperado de las estrategias de prevención influyen en la decisión de participación de los y las adolescentes.

El Objetivo Específico 2 es explorar las diferencias de género presentes en:

- el conocimiento sobre la infección, las enfermedades relacionadas y los modos de prevención del VPH.
- las creencias y las actitudes hacia las estrategias de prevención: uso del preservativo y vacunación.

El Objetivo Específico 3 es conocer los discursos manifiestos sobre las razones que determinan la no participación en la vacunación contra el VPH.

El Objetivo Específico 4 es identificar propuestas de mejora para potenciar una participación informada.

4.2 METODOLOGÍA

Esta investigación ha empleado una metodología cualitativa, ya que es la más idónea para explorar la realidad social de los grupos sociales implicados en el objeto de estudio. La dimensión cualitativa en la investigación social pone el foco en el sentido o el significado de los fenómenos sociales. La relevancia de esta dimensión en el estudio de la realidad social reside en el hecho de que los significados son causas, ya sean de otros significados o del contexto o posición social de los individuos, que tienen efectos causales. De esta manera, mediante la aplicación de los postulados del Modelo de Creencias de Salud y de la Teoría Cognitiva Social, se realizará un análisis de los discursos manifestados por la juventud en relación con la prevención del VPH. Dicho análisis permitirá conocer qué factores intervienen en la inclinación a la participación o a la no participación de futuras generaciones.

En primer lugar, se ha recurrido a la revisión bibliográfica para identificar estudios previos que hayan aplicado la teoría del MCS para investigar las actitudes de la

población hacia los programas sanitarios de prevención y, más concretamente, hacia la prevención del VPH. En este sentido, ha resultado especialmente ilustrativo el artículo de María Grandahl y Tryggve Nevés (2021) sobre los obstáculos para la vacunación contra el VPH identificados en niños y hombres; aunque también fueron consultados muchos otros estudios que resultaron de gran utilidad para esta investigación como el de Paul y LaMontagne (2012) sobre las percepciones y barreras para vacunar a las hijas o el de Loke, Chan y Wong (2017) sobre los facilitadores y las barreras para la aceptación de la vacunación entre las adolescentes.

A través de la lectura de las principales conclusiones de estas investigaciones, no solo se obtuvo una visión más amplia y consciente sobre las dimensiones sociales que rodean la aceptación de las estrategias de prevención del VPH, sino que fueron empleadas para el diseño de un guion que serviría de base para llevar a cabo, en una segunda fase metodológica, la técnica del grupo de discusión.

En un grupo de discusión (GD), la realidad social que opera sobre los individuos es de segundo orden, es decir, la de los universos intersubjetivos, en los que el sentido y la significación de las cosas son el producto de un proceso comunicativo donde existen y se producen códigos que articulan y unifican la lectura de la realidad y, por tanto, la construcción de la realidad misma. Por tanto, si se desean conocer los esquemas mentales que condicionan los pensamientos, la toma de decisiones y acciones en relación con la prevención del Virus del Papiloma Humano en la juventud valenciana, el grupo de discusión es una técnica óptima para acercarnos a esta objetividad de segundo orden.

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, se diseñaron dos grupos de discusión de mujeres y hombres universitarios, de entre 18 y 30 años, los cuales no se conocían entre ellos. La decisión de formar dos grupos separados en base al sexo de los participantes estuvo motivada por el afán de impedir que la jerarquía de género obstaculizara la elaboración y la negociación de los significados y sentidos atribuidos a las representaciones sociales de los miembros en relación con el VPH y su prevención. Asimismo, uno de los principales propósitos de este estudio es examinar cómo el género determina la participación o no participación en las estrategias de prevención del VPH, por lo que esta separación entre mujeres y hombres resultaba especialmente necesaria para poder observar diferencias entre los discursos manifestados por ambos sexos.

Siguiendo el método empleado en los estudios MCS, se diseñó un guion tentativo con preguntas de respuesta libre, directas, indirectas y proyectivas en relación con la salud sexual, el Virus del Papiloma Humano y su vacunación y el uso del

preservativo. También se utilizó la proyección de un vídeo para obtener respuestas en relación a las campañas de sensibilización. Asimismo, para poder cumplir el objetivo de obtener información sobre las barreras que puedan condicionar la decisión de futuras generaciones de participar en las estrategias de prevención del VPH, de acuerdo con el MCS, en el guion del GD se incluyeron cuestiones que hacían referencia a la creencia o percepción de la gravedad del VPH, a la creencia o percepción de la vulnerabilidad ante el contagio y a la percepción de los beneficios de vacunarse y usar el preservativo. De igual forma, se hizo hincapié en las experiencias vividas en la adolescencia, para conocer aquellas barreras que están especialmente presentes en la población adolescente.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Como primera aproximación a los discursos del estudiantado se realizó una lectura de las transcripciones literales de los grupos de discusión, identificando los temas y subtemas surgidos durante la conversación. Asimismo, se elaboró un análisis exploratorio de los textos producidos en el que se pudieron identificar las primeras diferencias entre los discursos de ambos sexos. Como se puede observar en el gráfico de frecuencia de palabras (*Figura 1*), únicamente las mujeres participantes hicieron referencia al concepto de “citología”; lo que, a priori, indica el desconocimiento de la existencia de citologías anales y de uretra como estra-

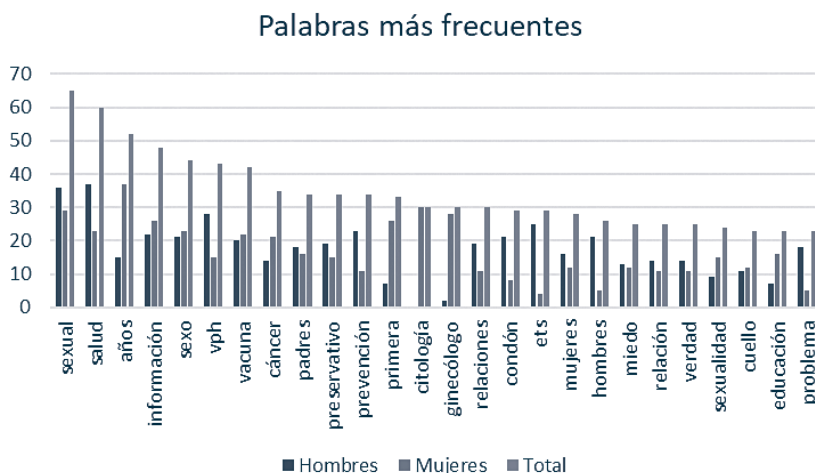


Figura 1. Gráfico de Palabras más frecuentes. Elaboración propia.

tegias de prevención de cánceres relacionados con el VPH en varones. Al mismo tiempo, los conceptos más frecuentes en los discursos de ambos sexos señalaron categorías de análisis relevantes para la investigación.

Para seleccionar y ordenar la información más relevante para la investigación, se llevó a cabo un proceso de categorización híbrida, utilizando tanto las categorías definidas a priori (Figura 2), como categorías abiertas que han sido construidas de manera simultánea al análisis de los textos.

CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS	CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y ACTITUDES ANTE LA SALUD SEXUAL	Nivel de conocimiento de la salud sexual	
		Vivencias relacionadas con la salud sexual	
		Nivel de conocimiento VPH	Modo y frecuencia de transmisión
			Síntomas
			Enfermedades relacionadas
			Interpretación subjetiva del VPH
	CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y ACTITUDES ANTE EL VPH Y SUS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	Creencias y actitudes ante el VPH	Percepción de la gravedad de las enfermedades relacionadas
			Percepción de la vulnerabilidad ante el contagio
			Percepción de la vulnerabilidad ante las enfermedades relacionadas
			Uso del preservativo
	RAZONES DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS DE MEJORA	Nivel de conocimiento de las estrategias de prevención	Programa de vacunación
			Citologías
			Percepción del coste-beneficio del preservativo
			Percepción del coste-beneficio de la vacuna
	RAZONES DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS DE MEJORA	Creencias y actitudes ante las estrategias de prevención	Percepción del coste-beneficio de la citología
	RAZONES DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS DE MEJORA	Percepción de la capacidad personal para llevar a cabo la acción	
	RAZONES DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS DE MEJORA	Uso preservativo	Razones de participación
			Razones de no participación
			Razones de participación
			Razones de no participación
	RAZONES DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS DE MEJORA	Vacunación	Razones de participación
			Razones de no participación
			Razones de participación
			Razones de no participación
	RAZONES DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS DE MEJORA	Citología	Razones de participación
			Razones de no participación
			Razones de participación
			Razones de no participación

Figura 2. Tabla de categorías apriorísticas. Elaboración propia.

Para la selección de las categorías más relevantes para la investigación, se realizó un estudio de las co-ocurrencias entre los códigos más frecuentes. Gracias a este estudio se pudo identificar una fuerte asociación entre “desinformación”, “VPH” y “vacuna”.

6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan a continuación teniendo en cuenta las dimensiones o categorías principales que han guiado el análisis de los discursos:

6.1 CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y ACTITUDES ANTE LA SALUD SEXUAL

Según el Diccionario de sociología elaborado por Salvador Giner et al. (2002), el conocimiento es definido como el conjunto de los saberes aceptados. La identificación del nivel de conocimiento que tiene la población objetivo sobre la salud sexual, así como de sus fuentes o recursos informativos, facilita la obtención de una visión más aproximada de la relación entre la prevención de las ITS y la población adolescente. De manera general, se observa un nivel de conocimiento medio tanto en hombres como en mujeres respecto a las cuestiones de salud sexual. Ambos sexos identifican la prevención de embarazos no deseados y de ITS como una dimensión estrechamente asociada a la salud sexual. Dentro de esta asociación, los hombres consideran que en su entorno se otorga prioridad a la prevención del embarazo en las relaciones heterosexuales.

No obstante, ambos grupos presentan un discurso elaborado sobre la salud sexual y agregan que, a pesar de que su educación en salud sexual se ha limitado mucho a esta asociación con la prevención, existen muchas otras dimensiones psicosociales relacionadas con la salud sexual como la sexualidad, la salud mental, la disforia de género, la educación, la información, el autoconocimiento, el autocuidado, la higiene, la gestión emocional y el respeto. A pesar de esta visión integral de la salud sexual, tanto hombres como mujeres confiesan tener falta de información en relación con algunos aspectos más específicos, como el modo de contagio y tratamiento de las ITS.

Estas carencias de información fueron experimentadas especialmente en la adolescencia, al inicio de las relaciones sexuales, como resultado de una educación insuficiente. Las mujeres muestran una mayor preocupación por la falta de educación emocional en relación con la sexualidad y todas ellas declaran no haberse sentido suficientemente informadas cuando mantuvieron su primera relación sexual.

Como medios idóneos para obtener una información adecuada sobre salud sexual ambos grupos señalan a los profesionales de la salud. A pesar de ello, las mujeres declaran haber recibido una información insuficiente y sesgada por parte de los profesionales de la salud. Un discurso generalizado en ambos grupos es la falta de información sobre sexualidad que recibieron en la escuela, especialmente en aquellos colegios más influenciados por la religión. Tanto hombres como mujeres afirman que se les educó desde el miedo al sexo. Las mujeres consideran que se las ha educado de manera diferente a los hombres, inculcándoles una mayor

responsabilidad respecto a las cuestiones de salud sexual, lo que experimentan como una carga desde que son adolescentes.

Otro de los consensos alcanzados es la idea de que los padres no constituyen una fuente de información sexual. La relación padres-hijos en el plano de la sexualidad está fuertemente marcada por los tabúes presentes en la sociedad en relación al sexo; estas dinámicas se trasladan de generación en generación, convirtiéndose en un problema intergeneracional. Los hombres afirman que, en este sentido, sólo recurrirían a sus padres en un caso grave, lo que identifican como un embarazo no deseado; mientras que las mujeres son más proclives a recurrir a sus madres, aunque en temas estrechamente relacionados con la salud ginecológica.

En relación con la percepción del grupo de iguales como recurso para informarse sobre salud sexual, encontramos una importante diferencia de género. Los hombres reconocen que en la adolescencia recurrieron a sus amigos como primera opción para obtener información sobre sexualidad, mientras que algunas mujeres aseguran que la sexualidad era un tema tabú a tratar con sus amigas, por lo que raramente acudieron a sus iguales para resolver dudas en este aspecto. Asimismo, si echan la mirada atrás, las mujeres dudan de que esta información recibida en la adolescencia fuera una información veraz y valiosa, señalando el carácter machista de la misma.

Los participantes de ambos sexos opinan que actualmente Internet y las redes sociales facilitan el acceso a una mayor información sobre salud sexual. A pesar de que reconocen que puede no ser el medio más adecuado debido al amasijo de opiniones que allí se vierten, el grupo de discusión de mujeres (GDM) comenta que la creación de este tipo de contenidos les ha ayudado a naturalizar y a comprender ciertos aspectos sobre la sexualidad.

6.2 CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES ANTE EL VPH Y SUS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

6.2.1 Nivel de conocimiento del VPH

Identificar el nivel de conocimiento que maneja la juventud en relación con el VPH es imprescindible para la aproximación a los esquemas mentales que guían las acciones de la población objetivo en relación con la prevención del VPH y de sus enfermedades asociadas. De acuerdo con las premisas de la TCS que guían

el presente análisis, el “depósito de lo tenido por conocido” (Giner, et al. 2002) sobre el VPH, junto con el aprendizaje observacional del comportamiento de los otros, determinan la interpretación subjetiva de la población objetivo en relación al VPH y su prevención.

A este respecto, se observa, de manera general y en ambos sexos, un conocimiento limitado sobre el VPH. Tanto en el grupo de discusión de hombres (GDH) como en el GDM varios participantes aseguran tener un conocimiento muy bajo sobre el VPH. La información que todos manejan es que se trata de una ETS y que las mujeres fueron vacunadas contra el VPH en la Secundaria:

Participante 1 (P1): *Que es una ETS y que te tenías que vacunar. Ya está. A mí no me han explicado nada más y no sé nada más, tampoco.* (GDM)

P1: *De hecho, yo de lo poco que sabía era eso, que cuando iba al instituto un día a todas las chicas de clase se las llevaron a vacunar.* (GDH)

Ambos grupos identifican que tanto hombres como mujeres pueden contraer la enfermedad. Sin embargo, la asociación entre el VPH y las mujeres es más fuerte. En ambos grupos se hace referencia a las verrugas genitales como parte de la sintomatología de la enfermedad, aunque las mujeres dudan más en este aspecto. En el GDH, solo un participante indica que la infección puede ser asintomática. Respecto a la prevalencia de la enfermedad, solo una participante del GDM y un participante del GDH identifican el VPH como la ETS más frecuente. Dato que generó sorpresa entre los hombres.

En relación al modo de transmisión, rápidamente ambos sexos asocian la transmisión del VPH con la penetración, solo algunos participantes del GDH y del GDM señalan el sexo oral y el roce de la piel como vías de contagio. Las mujeres expresan más dudas sobre cómo se produce el contagio. Respecto a las enfermedades relacionadas, la mitad de las participantes del GDM no saben qué es el cáncer de cuello uterino y no lo vinculan al VPH. Esta asociación sí está presente en el resto de mujeres, aunque reconocen tener poca información al respecto. Todas las mujeres opinan que hay una menor difusión de información acerca del cáncer de cérvix en comparación con la de otros tipos de cáncer. Solo una participante asocia el VPH con otros tipos de cáncer como el cáncer de pene, el de faringe y el de laringe.

En el GDH se nombran como enfermedades relacionadas con el VPH el cáncer de cuello uterino, el cáncer de pene, el cáncer rectal y el cáncer anal. Única-

mente un participante señala la vinculación del VPH con el cáncer de boca, lo que causa extrañeza entre los compañeros. En general, tanto mujeres como hombres desconocen si hay tratamiento del VPH y de las enfermedades relacionadas. En el GDH un participante menciona la extirpación del cuello uterino como tratamiento para el cáncer de cérvix y la quimioterapia en el caso del cáncer de pene.

6.2.2 Creencias y actitudes ante el VPH

A continuación, se presentan los resultados obtenidos dentro de esta categoría siguiendo las premisas del MCS adaptadas a nuestro objeto de estudio. En lo que respecta a la Percepción de la gravedad del VPH, no hay un consenso entre las personas participantes de ambos grupos. En general, la falta de información les hace dudar sobre el nivel de gravedad de la infección. Muchos de los participantes de los GD, tanto mujeres como hombres, hacen una distinción entre la gravedad de la infección y la gravedad de los cánceres relacionados. Hay quien incluso señala la existencia de tipos de VPH de riesgo oncogénico.

En este apartado es relevante analizar la experiencia manifestada por las mujeres en relación con el VPH. Todas ellas manifiestan que en la adolescencia se les infundió mucho miedo acerca del virus, especialmente en el momento de ser vacunadas. Aseguran que tenían mucha falta de información y que lo único que les contaron es que podían padecer consecuencias muy graves si no se vacunaban, sin especificar cuáles. En este sentido es muy significativo el relato de una participante, quien confiesa que su primera información sobre el VPH provino de una experiencia trágica, lo que le hizo reforzar esta asociación del VPH con el miedo:

P5: Sí que conocía el virus por un caso de una persona que falleció de cáncer de cuello uterino, entonces, claro, ese era mi primer “input” sobre este virus. Imagínate el miedo. (GDM)

Solo algunas de ellas exponen que, con el paso del tiempo, han obtenido más información sobre el VPH, lo que les ha hecho disminuir la percepción de la gravedad de la infección. Esta percepción de la gravedad del VPH en las mujeres es completamente diferente a la de los hombres, quienes consideran que de contagiarse padecerían consecuencias menos graves que ellas:

P1: Yo creo que ahí está la diferencia en que no afectan de la misma manera los riesgos, aunque existan pueden ser menores o pueden ser más... No sé, “llevables” por así decirlo. (GDH)

En relación a la Percepción de la gravedad de las enfermedades relacionadas, ambos grupos coinciden en colocar en el centro del debate el cáncer de cérvix y su afectación en las mujeres. Las mujeres muestran una mayor percepción de la gravedad del cáncer de cérvix, a pesar de manifestar tener poca información al respecto:

P4: Yo tampoco tengo muy buena idea; o sea, lo único que he recibido, así externo, sobre el cáncer de cuello uterino, es que: mala historia. Que una vez lo tienes es muy difícil. (GDM)

En lo referente a la Percepción de la vulnerabilidad ante el contagio del VPH, en general, los hombres no se sienten vulnerables al contagio del VPH y señalan a las mujeres y al colectivo LGTB como aquellas personas que tienen un mayor riesgo de contagio. Más allá de esta visión general sobre la vulnerabilidad, un participante apunta al factor económico como un factor de riesgo ante la transmisión del virus. Las mujeres tienen una mayor percepción de la vulnerabilidad ante esta enfermedad. Conocen que es una ETS frecuente que puede afectar a muchas mujeres. Sin embargo, sienten que hay colectivos que presentan mayor riesgo de contagio como las personas expuestas al sexo sin protección, las personas con menor nivel educativo y las personas no vacunadas.

Respecto a la Percepción de la vulnerabilidad ante las enfermedades relacionadas, en el GDM se mencionó la predisposición genética como factor de riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. En los hombres, la falta de cuello uterino se traduce en una menor percepción de la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades relacionadas.

6.2.3 Nivel de conocimiento de las estrategias de prevención

En relación al uso del preservativo como estrategia de prevención, ambos sexos presentan un nivel de conocimiento alto. Tanto hombres como mujeres reconocen su eficacia en la prevención de ITS y embarazos no deseados y, en general, conocen todos los tipos de preservativos que existen.

El programa de vacunación contra el VPH es la dimensión en la que ambos sexos muestran una mayor desinformación. Los hombres llegan incluso a dudar sobre si están o no vacunados. En general, la única información que manejan mujeres y hombres sobre la vacuna es que a las mujeres se las vacunó en la Secundaria. Las mujeres manifiestan echar mucha información en falta:

P5: No sé hasta qué punto la vacunación, cuánto previene, no tengo ni idea, no tengo información. (GDM)

Todas las participantes declaran que, a pesar de haber sido vacunadas, ni el profesional de la salud, ni sus familias las informaron sobre qué consistía la vacuna ni sobre los beneficios asociados. Reconocen que, muy probablemente, sus padres tampoco manejaran mucha información al respecto y que simplemente siguieron las recomendaciones médicas, imponiendo la vacuna a sus hijas.

Respecto a la desinformación alrededor de la vacuna, cabe destacar un punto: Las mujeres no comprenden por qué la vacuna está recomendada para mujeres que todavía no hayan mantenido relaciones sexuales y no saben identificar si esto es un falso mito o existe un fundamento científico detrás. Otro punto destacable es que todas las mujeres manifiestan no entender por qué a los hombres no se les vacuna si también pueden contraer y transmitir el VPH.

Como ya se ha avanzado en el apartado de “Análisis de datos”, únicamente las mujeres incluyen en sus discursos sobre la prevención del VPH la citología o prueba del Papanicolaou. Sin embargo, la mayoría de ellas refiere desconocer en qué consiste y cuándo se debe solicitar. La única información que comparten es que es una prueba médica que produce molestias.

6.2.4 Creencias y actitudes ante las estrategias de prevención

Este apartado quizá sea uno de los más reveladores para el presente trabajo de investigación. En él se presentan las creencias y actitudes manifestadas por la población objetivo en relación con el uso del preservativo, la vacunación y la citología, las principales estrategias de prevención del VPH. Cabe mencionar que es en esta dimensión en la que se han encontrado mayores diferencias entre los discursos de mujeres y hombres.

Respecto a las Creencias y actitudes sobre el uso del preservativo, a pesar de la importancia que otorgan ambos sexos al preservativo en las relaciones sexuales, encontramos un discurso generalizado en las mujeres que no aparece en ningún momento entre los hombres y es aquel relacionado con las barreras a la hora de proponer el uso del preservativo a la pareja sexual. La mayoría de las mujeres confiesa haber cedido a no usar el preservativo en una relación sexual por miedo al rechazo de la pareja sexual (hombre) o, incluso, como consecuencia de la manipulación de esta. Añaden que cuando no se han sentido bien emocionalmente han sido más fácilmente coaccionadas y no han sabido imponer el uso del preservativo.

Las mujeres señalan que las parejas sexuales (hombres) que rechazaron el preservativo referían experimentar con su uso falta de placer, problemas de erección

e incluso molestias. Asimismo, cuentan que las presionaban con el argumento de que proponer el uso del preservativo era una cuestión de falta de confianza en ellos. Algunos hombres del GDH también señalan la falta de placer como barrera para el uso del preservativo. En este sentido, ambos sexos están de acuerdo en que la responsabilidad del uso del preservativo recae mayormente en las mujeres.

Otro de los consensos que se establecen entre ambos sexos es la asociación del uso del preservativo a la práctica de relaciones sexuales con desconocidos o parejas no estables. Tanto hombres como mujeres perciben mayor riesgo de contagio de ITS en estos casos. Un participante del GDH refiere que cuando se trata de una pareja estable, la gente deja de usar el preservativo.

Los hombres del GDH perciben un mayor riesgo de no usar preservativo en aquellas relaciones sexuales no premeditadas. Asimismo, los varones refieren que en la adolescencia son más reticentes a utilizar el preservativo. En el GDH también se señaló como posible barrera el coste económico de los preservativos.

Un discurso generalizado tanto en mujeres como en hombres es que, a pesar de la educación en prevención, se siguen asumiendo riesgos en relación a las ITS. Indican que esto es debido a que en las relaciones heterosexuales se le otorga prioridad a la prevención de embarazos no deseados. Asimismo, refieren que el preservativo no se tiene tanto en cuenta en el sexo oral.

Por lo que se refiere a las Creencias y actitudes sobre la vacuna contra el VPH, existe un disenso bastante acusado entre ambos sexos. La mayoría de los hombres entienden que no se les vacune del VPH, porque se sienten menos vulnerables a la enfermedad; mientras que las mujeres denuncian que no se vacune a los varones, teniendo en cuenta que pueden transmitir la enfermedad.

En relación con las creencias y actitudes de las mujeres hacia la vacuna contra el VPH, no se establece un consenso entre las participantes. Encontramos dos tipos de discurso en el GDM: uno más a favor del coste-beneficio de la vacuna y otro más crítico. Algunos de los argumentos que las mujeres manifiestan en contra de la vacuna son la aparición de efectos secundarios, la falta de investigación o una eficacia dudosa. A pesar de ello, ambos discursos convergen en que es necesaria más investigación de la vacuna para optimizar su eficacia y disminuir los efectos secundarios.

En lo que respecta a las Creencias y actitudes ante la citología, tanto hombres como mujeres desconocen que esta prueba de detección del cáncer relacionado

con el VPH también se realiza en varones (citología de raspado de uretra y citología anal). Respecto a la percepción del coste-beneficio de la citología, las mujeres entienden que esta prueba se realiza como forma de revisar “que está todo correcto”. Pero no tienen tan asociada la citología a la prevención del cáncer de cuello uterino.

Algunas participantes argumentan que ante la ausencia de síntomas no ven la necesidad de realizarse una citología. Todas ellas identifican la citología como una prueba dolorosa, lo que hace que muchas de ellas tengan miedo a realizarla en un futuro. Asimismo, algunas de las mujeres del GDM identifican como barrera a la realización de la citología la difícil accesibilidad al ginecólogo.

Un punto relevante para esta investigación es que todas las mujeres del GDM manifiestan haber experimentado al menos una vez en su vida una situación desagradable e incluso violenta con el ginecólogo o los servicios de planificación familiar. Muchas de estas experiencias tienen que ver con la falta del trato humano por parte de los profesionales, con la realización de prácticas sin el consentimiento de la paciente, con la invalidación y la culpabilización de la paciente y con la falta de información. Todas estas dinámicas o “microviolencias en el acto médico”, recogiendo las palabras de Carmen Valls, se convierten en futuras barreras para acudir a los servicios ginecológicos cuando se requiera. Generando un fuerte rechazo a pruebas médicas como la citología.

6.2.5 Percepción de la capacidad personal para llevar a cabo la acción

Este concepto desarrollado por Bandura hace referencia a la percepción que se tiene respecto a la capacidad de uno mismo para realizar con éxito la acción planteada y, por tanto, configura un eje esencial para la comprensión de la inclinación de la población objetivo a la participación o a la no participación en las estrategias de prevención del VPH.

Para obtener información sobre esta dimensión, se preguntó a los y las participantes de los GD si se sentían capaces de tomar decisiones informadas respecto a su salud. En este punto las mujeres, en general, son algo más pesimistas que los hombres y reconocen muchas limitaciones en este sentido, principalmente la falta de información. En general, los hombres señalan que con los recursos adecuados sí se consideran capaces de tomar decisiones informadas en relación con la salud.

6.3 RAZONES DE PARTICIPACION Y NO PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VPH Y DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS

Respecto a las razones del uso del preservativo, tanto mujeres como hombres señalan su eficacia en la prevención de las ITS y de los embarazos no deseados, especialmente en relaciones esporádicas con parejas sexuales desconocidas. Por el contrario, ambos sexos coinciden en la ausencia de la percepción del riesgo de contagio en las relaciones sexuales mantenidas con parejas estables, lo que constituye para ellos y ellas una importante razón de no uso del preservativo. Como razones de no uso del preservativo, las mujeres identifican barreras como la manipulación y el miedo al rechazo por parte de sus parejas sexuales (hombres); mientras que los hombres señalan como barreras la falta de placer, el coste económico de los preservativos o las relaciones sexuales no premeditadas.

En lo referente a las razones de participación en la vacunación contra el VPH verbalizadas por las mujeres se encuentran el criterio de los padres y las recomendaciones médicas, interpretadas en la mayoría de los casos como una imposición. En relación con las razones de no participación en la vacunación señalan la desinformación, los efectos secundarios y la ausencia de percepción del riesgo. Los hombres comparten esta última razón como motivo para no participar en la vacunación; a pesar de ello, declaran que, si la vacuna fuera gratuita para los varones, la mayoría se vacunaría. Por lo que existe una importante barrera económica en la vacunación en niños.

Por último, se recogen las razones de participación y no participación en la citología. En este apartado destaca la desinformación como principal barrera para la participación en mujeres y, más especialmente, en hombres. A pesar de que las mujeres se someten a la citología periódicamente como forma de revisión, muchas de ellas señalan que la ausencia de síntomas, el miedo y la difícil accesibilidad a los servicios de ginecología son motivos considerables para no participar en la citología.

7. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACCIÓN FUTURAS

Retomando el objetivo del presente trabajo de investigación, los resultados obtenidos arrojan luz sobre las barreras percibidas por la juventud en relación a la participación en las estrategias de prevención del VPH. Asimismo, la celebración de grupos de discusión separados en base al sexo y la aplicación de la perspectiva

de género tanto en el diseño del guion como en el análisis de los discursos, han permitido identificar diferencias importantes entre las creencias y actitudes de mujeres y hombres.

Retornando a los objetivos específicos, nuestra investigación tiene como propósito la identificación de diferencias de género respecto al nivel de información, creencias y actitudes hacia el VPH y sus estrategias de prevención (OE2). Respecto a las diferencias de género en la información sobre la enfermedad, los resultados obtenidos apuntan a que tanto en hombres como en mujeres se detecta, de manera generalizada, un conocimiento limitado sobre el VPH, las enfermedades relacionadas y sus estrategias de prevención. En ambos grupos detectamos participantes con un desconocimiento absoluto sobre las enfermedades asociadas, mientras que otros demuestran conocer las enfermedades relacionadas con el VPH, identificando no solo el cáncer de cérvix, sino también el cáncer de pene, el rectal y el orofaríngeo. El nivel de conocimiento sobre la vacuna y la citología como estrategias de prevención es acusadamente bajo en ambos sexos. En este sentido es relevante mencionar que los participantes de ambos sexos desconocen que actualmente en la Comunidad Valenciana la vacuna contra el VPH también está incluida para los hombres que mantienen relaciones con otros hombres (HSH). De acuerdo con estos resultados, debemos rechazar nuestra Hipótesis 1⁶, debido a que los y las participantes de cada GD manejan diferentes grados de información en relación con el VPH. En comparación con los hombres, las mujeres parecen estar algo más informadas sobre algunas cuestiones, pero, de manera generalizada, no alcanzan un nivel de conocimiento óptimo sobre el VPH y sus estrategias de prevención.

A pesar de que los y las integrantes de los GD pertenecen a un grupo poblacional que cuenta con educación superior, reconocen tener mucha desinformación respecto al VPH. En relación a este punto, manifiestan que ni las familias, ni las instituciones han sabido superar los tabúes entorno al sexo y la influencia de la religión para poder ofrecerles una educación sexual valiosa y no sesgada. Atendiendo a esta percepción común en ambos sexos, podemos aceptar nuestra Hipótesis 5⁷.

Respecto a las diferencias de género en las creencias y actitudes ante la enfermedad, se han averiguado diferencias notables en relación con la percepción

6 H1: El conocimiento de los estudiantes varones sobre los tipos de VPH, los síntomas de infección, los ciclos de vacunación y las enfermedades prevenibles es menor que el de las estudiantes.

7 H5: Existen normas sociales, comportamientos culturales y religiosos que influyen en las dudas sobre el VPH y sus estrategias de prevención.

del riesgo y de la gravedad del VPH. De manera generalizada, en las mujeres la interpretación subjetiva del VPH está muy vinculada al miedo; mientras que la interpretación que realizan los hombres del VPH está fuertemente asociada a las mujeres. De igual modo, los varones se sienten menos vulnerables a contraer el virus y a padecer consecuencias graves derivadas de este. De acuerdo con estos resultados podemos aceptar nuestra Hipótesis 3⁸.

En relación a las diferencias de género observadas en lo que concierne al uso del preservativo, a pesar de que ambos sexos entienden la importancia del preservativo como método eficaz para la prevención de las ITS, en la práctica, las mujeres heterosexuales encuentran mayores barreras para la proposición de su uso entre las cuales se encuentran el miedo al rechazo y la manipulación ejercida por la pareja sexual. Por su parte los hombres heterosexuales no identifican ningún tipo de barrera en este sentido y reconocen que motivos como la búsqueda de mayor placer o la ausencia de percepción de riesgo han sido motivos que les han llevado a practicar sexo sin protección.

Si abordamos los discursos manifiestos de la población objetivo sobre las razones que determinan la no participación en la vacunación, encontraremos un importante consenso en la identificación de la barrera económica como principal razón de no vacunación en todas aquellas personas para quienes la vacuna del VPH no se encuentra incluida en sus calendarios de vacunación. Con los presentes resultados, podemos aceptar nuestra Hipótesis 6⁹, teniendo en cuenta que, a partir de octubre de 2022, en la Comunitat Valenciana el coste económico dejará de ser una barrera para los niños varones nacidos a partir de 2010. Asimismo, la desinformación sobre la enfermedad y la vacuna, los posibles efectos secundarios y la ausencia de la percepción de riesgo son otras de las razones identificadas en contra de la vacunación.

Respecto al **OE4**, que hace referencia a la identificación de propuestas de mejora por parte de los sujetos de estudio, para potenciar una participación informada en las estrategias de prevención del VPH, los participantes de ambos sexos demandan más información a las instituciones, pues todos ellos reconocen que existen normas sociales, comportamientos culturales y religiosos que influyen la falta de conocimiento que manejan, especialmente en la adolescencia, en aspectos relacionados con la salud sexual. En este sentido, denuncian que no hay una difusión clara y concisa sobre cuestiones de salud sexual en el espacio público y que todavía desde

8 H3: La percepción de la gravedad y de la vulnerabilidad ante la enfermedad es mayor en mujeres que en hombres.

9 H6: El costo es una barrera importante para la vacunación de hombres heterosexuales y niños.

las instituciones la sexualidad se experimenta como un tabú. Consideran que iniciativas relacionadas con la educación sexual a padres y adultos pueden ser muy positivas en este sentido. Asimismo, proponen como estrategias de sensibilización de las ITS la representación del sexo de una manera más natural y consciente en los medios de comunicación o la colaboración de las instituciones con *streamers* o generadores de contenido en la elaboración de campañas de concienciación.

Por último, analizaremos las conclusiones obtenidas en relación con el OE1 de nuestra investigación, que es conocer si la percepción de la gravedad y de la vulnerabilidad ante el VPH y la percepción del beneficio esperado de las estrategias de prevención influyen en la decisión de participación de los y las adolescentes. De acuerdo con el MCS, la confluencia de la percepción de la vulnerabilidad de la enfermedad, la percepción de la gravedad de la enfermedad y la percepción del beneficio de participar en la acción de salud explican la participación o la no participación de la población objetivo en las estrategias de prevención. En tal sentido, la utilización de este marco teórico como referencia ha resultado muy útil para la obtención de resultados en relación a la inclinación de los participantes hacia las estrategias de prevención y ha permitido obtener resultados significantes, como que en algunos los varones la ausencia de percepción del riesgo y vulnerabilidad ante el VPH supone una barrera para la vacunación contra el VPH. Del mismo modo, los y las participantes señalan el conocimiento limitado sobre el VPH y sobre el beneficio de la vacuna como razones de no participación en la vacunación, apoyando las premisas del MCS. No obstante, el MCS no resulta del todo adecuado para analizar la participación de las adolescentes en la estrategia de vacunación. Esto se debe a que, de manera generalizada, las mujeres apuntan a que cuando fueron vacunadas tenían niveles muy altos de desinformación acerca de la enfermedad, así como del coste-beneficio de la vacuna y que se vacunaron como consecuencia del acatamiento del criterio de sus padres¹⁰. Esta información nos lleva a rechazar la Hipótesis 2, que hace referencia a que el conocimiento limitado sobre el VPH contribuye al rechazo de la vacunación, y aceptar la Hipótesis 4, que hace referencia a que los y las adolescentes perciben que el criterio de sus padres determina su participación en la vacunación.

En lo que respecta a estas conclusiones, se recomienda la elaboración de estudios más profundos sobre la relación de este marco teórico y el análisis de las decisiones referentes a la salud sexual y referentes a la salud en menores de edad. Acciones fuertemente determinadas por las dinámicas niño-adulto, ya que socialmente se entiende

10 Las adolescentes perciben que, a su vez, sus padres acataron el criterio médico sin informarse más allá.

que la salud del menor es responsabilidad de los progenitores y, por tanto, son ellos quienes toman decisiones respecto a la salud de sus hijos e hijas. De esta manera, se entiende que las percepciones y creencias de los padres determinen la participación de sus hijas e hijos en las acciones de salud. No obstante, consideramos que es un error entender la incompatibilidad de esta responsabilidad de los tutores con el fomento de una participación informada en los menores. Un error que deviene mucho más grave en cuestiones como lo es la prevención de ETS en edades en las que el adolescente empieza a tomar decisiones sobre su propia sexualidad desde la desinformación.

En este sentido se apoya la idoneidad de la participación de la población adolescente en la vacunación contra el VPH, pero entendiendo que, en ningún caso, se debe suplir con una inmunización biológica la necesidad de una educación transversal sobre todas las dimensiones biopsicosociales que rodean la salud sexual. Con este modelo que no fomenta la participación informada de la población adolescente respecto a su salud sexual, las familias y las instituciones están asumiendo que los y las adolescentes no tienen la suficiente capacidad para comprender cuestiones y tomar decisiones sobre su salud, al mismo tiempo que asumen el hecho de que estos van a iniciar su vida sexual cada vez a edades más tempranas. Las intervenciones necesarias para cambiar esta situación pasan por una mayor divulgación de la información, así como por la inclusión de la propia población adolescente en el diseño de las estrategias de sensibilización. Asimismo, es importante que continúen realizándose investigaciones sobre las percepciones y las conductas sexuales en la población adolescente, con especial hincapié en la influencia de los roles de género como factores de riesgo para el mantenimiento de prácticas y conductas sexuales nocivas tanto para la salud física como para la salud mental.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. (2022) *Población, total - Data*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>, acceso el 21 de abril de 2022.
- Cancer.Net. (2022, 25 marzo). *Cáncer de cuello uterino - Estadísticas*. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estad%C3%ADsticas>, acceso 20 de febrero de 2022.
- CDC. (2021, junio). *U.S. Cancer Statistics Working Group. U.S. Cancer Statistics Data Visualizations Tool, based on 2020 submission data (1999-2018)* www.cdc.gov/cancer/dataviz, acceso el 20 de febrero de 2022.

- Coll, B. (2022, 2 mayo). Cataluña, primera comunidad que incluye la vacuna contra el papiloma también para los niños. *El País*. <https://elpais.com/espana/catalunya/2022-05-02/cataluna-primer-comunidad-que-incluye-la-vacuna-contr-el-papiloma-tambien-para-los-ninos.html>, acceso el 21 de mayo de 2022.
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. (2022, marzo). *Virus del papiloma humano*. <https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/virus-del-papiloma-humano>, acceso el 8 de mayo de 2022.
- ConSalud. (2020, 4 marzo). *Todo lo que necesitas saber sobre el Virus del Papiloma Humano*. https://www.consalud.es/pacientes/necesitas-virus-papiloma-humano_75225_102.html, acceso el 20 de abril de 2022.
- Deng, C. Chen, X. Liu, Y. (2020). Human papillomavirus vaccination: coverage rate, knowledge, acceptance, and associated factors in college students in mainland China; 17(3), 828-835.
- Giner, S. Lamo de Espinosa, E. Torres, C. (2002). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Ciencias Editoriales, Alianza Editorial.
- Grandahl, M. Nevéus, T. (2021). Barriers towards HPV Vaccinations for Boys and Young Men: A Narrative Review; 13(8),1644.
- Hochbaum, G.M. (1958). Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Washington, DC: *US Government Printing Office*; 572.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021, 22 de enero). *El virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenesinfecciosos/vph-y-cancer>, acceso 20 de abril de 2022.
- Loke, A. Chan, A. Wong, Y. (2017). Facilitators and barriers to the acceptance of human papillomavirus (HPV) vaccination among adolescent girls: a comparison between mothers and their adolescent daughters in Hong Kong; 10(1), 390.
- Markowitz, L. E. Dunne, E. F. Saraiya, M. Chesson, H. W. Curtis, R. C. Gee, J. Bocchini, J. J. A. & Unger, E. R. (2014). Human Papillomavirus Vaccination: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6305a1.htm>, acceso el 10 de mayo de 2022.
- Martín-Merino, E. Llorente-García, A. Castillo-Cano, B. Montero-Corominas, D. Huerta-Álvarez, C. (2019). The Longitudinal Incidence of Human Papi-

llomavirus Vaccination in Spanish Primary Care in the First 10 Years After Approval; 33(6), 519-530.

OMS. (2020, 5 abril). *Proyecto de estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública*. <https://www.who.int/es/publications/m/item/draft-global-strategy-towards-eliminating-cervical-cancer-as-a-public-health-problem>, acceso el 10 de mayo de 2022.

Palmero, F. Carpi, A. Gómez, C. Guerrero, C. Muñoz, C. (1997). Motivación y cognición: desarrollos teóricos. *REM*; 8 (20-21) <http://reme.uji.es/articulos/numero20/7cogimot/texto.html>, acceso el 19 de mayo de 2022.

Paul, P. LaMontagne, D.S. Le, N.T. (2012). Knowledge of cervical cancer and HPV vaccine post- vaccination among mothers and daughters in Vietnam. *Asian Pac J Cancer Prev*;13(6):2587-92. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.6.2587. PMID: 22938425.

Pimple, SA. Mishra, GA. (2019). Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva Ginecol* ;71(4):313-320. doi: 10.23736/S0026-4784.19.04397-1. *Epub* 2019 Feb 22. PMID: 30808155.

Rosenstock, I. Strecher, V. Becker, M. (1988) Social learning theory and the health belief model. *Health Edu Q*;15 (2):175-183.

Schiller, JT. Castellsagué, X. Garland, SM. (2012). A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines; 5(05):F123-38. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.04.108. PMID: 23199956; PMCID: PMC4636904.

Stanley, M. (2010, May). Pathology and epidemiology of HPV infection in females. *Gynecol*;117(2):5-10. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.01.024. PMID: 20304221.

Zur Hausen, H. (2011). HPV vaccines: what remains to be done? *Expert Review of Vaccines*; 10(11), 1505–1507.

Zur Hausen, H. Mammas, I. Spandidos, D. (2017) HPV vaccination in boys: Determining the clinical relevance of this strategy; 14(4), 3327-3328.