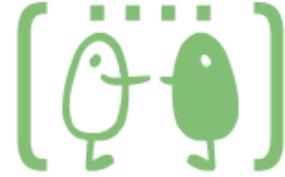




VNIVERSITAT  
E VALÈNCIA



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS

DOBLE GRADO EN SOCIOLOGÍA Y EN CIENCIAS POLÍTICAS Y DE LA  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**BARRERAS EN LA PREVENCIÓN DEL VPH EN ADOLESCENTES**

AUTORA: CLAUDIA GONZÁLEZ BOLUDA

DIRECTOR: CARLES SIMÒ NOGUERA

VALÈNCIA, 6 DEL 6 DEL 2022

*“No somos personas generizadas un día y organismos  
sexuados al día siguiente, sino que somos las dos cosas  
simultáneamente, y este hecho hace que para cada problema  
de salud tengamos posibilidades diferenciadas.”*

Nancy Krieguer

## ÍNDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>RESUM</b> .....	4
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	5
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
1.1. Las ITS. Una epidemia silenciosa .....	6
1.2. El Virus del Papiloma Humano .....	10
1.3. Estrategias de prevención del VPH .....	12
1.4. El VPH y el Cáncer de Cérvix .....	16
<b>2. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b> .....	19
2.1. Objeto de estudio y población objetivo .....	19
2.2. Justificación del estudio.....	20
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	23
3.1. Sistema de Creencias de la Salud .....	23
3.2. La doble estructura y la teoría social de Bourdieu .....	26
3.3. El concepto de salud sexual y la perspectiva de género en la promoción de la salud 27	
<b>4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA</b> .....	30
4.1. Objetivos y pregunta de investigación .....	30
4.2. Hipótesis .....	30
4.3. Metodología .....	31
4.3.1. La técnica del Grupo de Discusión.....	32
4.3.2. Muestra .....	35
<b>5. ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	38
<b>6. RESULTADOS</b> .....	44
6.1. Conocimiento, creencias y actitudes ante la salud sexual.....	44
6.2. Conocimiento, creencias y actitudes ante el VPH y sus estrategias de prevención .....	50
6.2.1. Nivel de conocimiento del VPH.....	50
6.2.3. Nivel de conocimiento de las estrategias de prevención.....	56
6.2.4. Creencias y actitudes ante las estrategias de prevención.....	58
6.2.5. Percepción de la capacidad personal para llevar a cabo la acción.....	64
6.3. Razones de participación y no participación en la prevención del VPH y de las enfermedades relacionadas .....	65
6.4. Propuestas de mejora .....	66
<b>7. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACCIÓN FUTURAS</b> .....	70
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	76

## **ABSTRACT**

This research diagnoses the level of information that the university population has 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 discourses of the university population 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.

*Key words:* HPV, prevention, gender, barriers, youth.

## **RESUM**

Aquesta investigació fa un diagnòstic del nivell d'informació que té la població universitària en relació al VPH i identifica les barreres que dificulten la participació d'aquest grup de població en les estratègies de prevenció del VPH i de les malalties derivades. Mitjançant l'aplicació del model de les creences de salut (MCS) i de la perspectiva de gènere en la promoció de la salut, aquest estudi atorga informació sobre els esquemes mentals que intervenen en la formació dels discursos de la població universitària en relació a la participació i la no participació en els programes de prevenció del VPH. Gràcies a l'anàlisi dels discursos manifestats per tots dos sexes en la tècnica del grup de discussió es van identificar com a principals barreres de participació, la desinformació sobre la malaltia i el cost-benefici de la vacuna; encara que altres barreres van ser esmentades en aquest sentit, com el cost econòmic de la vacuna, la por o la percepció de la difícil accessibilitat a determinats recursos mèdics.

*Paraules clau:* VPH, prevenció, gènere, barreres, joventut.

## **RESUMEN**

Esta investigación hace un diagnóstico del nivel de información 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 clave:* VPH, prevención, género, barreras, juventud.

## **ACRÓNIMOS**

AEDEV: Asociación Española de Dermatología y Enfermedades Venéreas.

AEP: Agencia Española de Pediatría.

CDC: Centros de control de enfermedades.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

GD: Grupo de Discusión.

GDH: Grupo de Discusión de Hombres.

GDM: Grupo de Discusión de Mujeres.

HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

MCS: Modelo de Creencias de Salud.

OE: Objetivo Específico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TCS: Teoría Cognitiva Social.

VHS: Virus del Herpes Simple.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

VPH: Virus del Papiloma Humano.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Las ITS. Una epidemia silenciosa

Cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual en el mundo (ITS) (OMS, 2019). Las ITS son aquellas infecciones que se propagan predominantemente por contacto sexual, a través del sexo vaginal, anal y oral. No obstante, algunas ITS, como el VIH y la sífilis, pueden ser transmitidas de la madre al bebé durante el embarazo, el parto y la lactancia<sup>1</sup>.

Según los últimos datos de los que dispone la Organización Mundial de la Salud (2021), existen más de treinta bacterias, virus y parásitos diferentes que se transmiten por contacto sexual. Ocho de estos agentes patógenos están vinculados a las enfermedades de transmisión sexual de mayor incidencia mundial. Actualmente, cuatro de estas enfermedades, la sífilis, la blenorragia, la clamidiasis y la tricomoniasis tienen cura. La hepatitis B, el virus del herpes simple (VHS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH) son infecciones víricas incurables, pero el tratamiento puede aliviar o eliminar los síntomas producidos por estas enfermedades.

Las ITS causan efectos profundos en la salud sexual y reproductiva de la población mundial, debido a la estigmatización, la infertilidad y las enfermedades que acompañan a estas infecciones. Sin un tratamiento médico oportuno, las ITS pueden causar enfermedades crónicas, neurológicas y cardiovasculares, así como determinados tipos de cáncer. Además, existe una fuerte relación entre las ITS y los embarazos ectópicos<sup>2</sup>, los mortinatos y el aumento de riesgo de infección por VIH (OMS, 2019).

La OMS estima que en el año 2020 se produjeron 374 millones de nuevas infecciones de clamidia, blenorragia, sífilis y tricomoniasis. Ese mismo año, hubo un total de 37,7 millones de personas con VIH en todo el mundo<sup>3</sup> (ONUSIDA, 2022). El número de personas con

---

<sup>1</sup> Otras ITS, como la gonorrea, la clamidia, la hepatitis B y el herpes genital, pueden transmitirse de la madre al bebé cuando este pasa por el canal de parto (OWH, 2019).

<sup>2</sup> El embarazo ectópico se produce cuando el embrión se desarrolla fuera de la matriz del útero y constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Farquhar, 2005).

<sup>3</sup> En el año 2020 hubo un total de 7,76 mil millones de personas y 3,85 mil millones de mujeres en todo el mundo (Banco Mundial, 2022).

infección genital por VHS superó los 490 millones en 2016<sup>4</sup> y, actualmente, hay más de 300 millones de mujeres infectadas por el VPH. No obstante, conviene tener en cuenta que, en la elaboración de estas estimaciones, se manejó más información relativa a las mujeres que a los hombres, ya que los datos sobre la prevalencia mundial de las ITS en los varones son escasos. (OMS, 2019)

Estos datos evidencian que las ITS constituyen una amenaza persistente alrededor del mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, también son preocupantes las cifras de contagios entre la población joven de los países desarrollados, donde el 50 % de las nuevas ETS se producen en personas de entre 15 y 24 años (CDC, 2018). En España, uno de los treinta países con mejor índice de desarrollo humano<sup>5</sup>, la Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C (2019) advierte del aumento de las tasas de contagio de la infección gonocócica, de la sífilis y de la *chlamydia trachomatis*, cuyas tendencias crecientes de contagio se mantienen desde el año 2000. Esta evolución convierte a las infecciones de transmisión sexual (ITS) en un problema importante de salud pública en el estado español.

En el año 2016, la OMS elaboró la Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual para los años 2016 - 2021. De acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y en relación con el objetivo 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar a todas las edades”), la Estrategia marcó una visión, unos objetivos y unos principios rectores para acabar con la epidemia de las ITS. Desde un enfoque centrado en las personas y en la equidad sanitaria, la OMS propone dar solución a las limitaciones en el acceso a los servicios de prevención y tratamiento; por ello una de las claves de la Estrategia es el fomento de estudios científicos destinados a reforzar la prevención.

Asimismo, para combatir las ITS como problema de salud pública antes del año 2030, la OMS propuso incrementar aquellas intervenciones y servicios, basados en datos

---

<sup>4</sup> En el año 2016 hubo un total de 7,43 mil millones de personas en todo el mundo (Banco Mundial, 2022)

<sup>5</sup> En el año 2019 España obtuvo un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,904 puntos, situándose en el puesto número 25 del ranking de desarrollo humano.

científicos, que permitan mejorar la calidad de la asistencia y obtener nuevos tratamientos y pruebas diagnósticas más veloces. Ante la falta de una estrategia coordinada en la Unión Europea, la OMS se compromete a ayudar a que los países y sus asociados de la esfera sanitaria tomen medidas para combatir las ITS y a lograr inversiones para la fabricación de vacunas. Esta última acción está contemplada en el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (2011 - 2020), aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud.

En España, el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2021-2030 también se halla vinculado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como con las metas propuestas por ONUSIDA para el año 2030. En este Plan se contempla por primera vez un abordaje específico de las ITS, a través de planes de acción y actuaciones concretas enfocadas a estas enfermedades, pero siempre manteniendo una respuesta integrada con la respuesta al VIH (Ministerio de Sanidad, 2021). La promoción de la prevención del VIH y otras ITS mediante el fomento de la salud sexual integral desde un enfoque positivo, el uso del preservativo y del lubricante es uno de los objetivos estratégicos de este Plan nacional. El Plan Estratégico también contempla objetivos intermedios como la reducción, para el año 2025, en un 90% del porcentaje de nuevas infecciones en relación a los indicadores vigentes hace una década.

En los últimos años, las estrategias de prevención de ITS se han redirigido con mayor urgencia a la población adolescente, ya que, numerosos estudios, como el realizado en Estados Unidos por Shannon y Klausner (2018), apuntan al aumento de la incidencia de contagios de ITS entre adolescentes. Ambos autores afirman que esta población tiene un mayor riesgo de contraer ITS, desde el punto de vista biológico y conductual. En relación con el comportamiento, los y las adolescentes mantienen con mayor probabilidad prácticas o conductas sexuales de alto riesgo, ya sea manteniendo relaciones con un elevado número de parejas sexuales o practicando sexo sin condón. Comenzar la vida sexual a edades más tempranas hace aumentar esta probabilidad. Además, la población adolescente raramente acude a los servicios de salud sexual, lo que retrasa el diagnóstico y complica el tratamiento de ITS. Respecto al factor biológico, más allá de las investigaciones que apuntan a la falta de

desarrollo de la corteza prefrontal<sup>6</sup>, es importante destacar el hecho de que las adolescentes tienen una mayor susceptibilidad a las ITS como el Virus del Papiloma Humano, como consecuencia de la menor producción de moco cervical y del incremento de la ectopia cervical<sup>7</sup>.

En España, la Encuesta Nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles (2019) indica que la edad media de inicio de las relaciones sexuales es de 16'4 años<sup>8</sup>. Sin embargo, este mismo estudio mostraba que entre las personas encuestadas de 16 a 18 años, la edad media de inicio de las relaciones fue de 15'6 años, en comparación con la manifestada por las personas de 22 a 25 años, para quienes la edad media de inicio fue de 17'53 años. Estos datos indican que entre la población joven de nuestro país hay una tendencia a iniciar cada vez antes la vida sexual.

Durante los años de pandemia por la Covid-19, los recursos destinados al diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades disminuyeron. Como consecuencia de ello se ha experimentado en todo el país una demora diagnóstica que ha afectado a muchos pacientes, incluyendo a los afectados por las ITS. Aunque desde el sistema sanitario se han dirigido esfuerzos para dar cobertura a la población en riesgo por VIH y otras ITS, la realidad es que la falta de informes epidemiológicos ha dificultado el control y la gestión de los nuevos contagios por parte de los profesionales sanitarios (de Francisco, 2022). Los expertos advierten de que este diagnóstico tardío no sólo provoca un aumento de los contagios, sino también peores pronósticos para las personas infectadas. Ante este escenario, organismos como la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) están realizando campañas de sensibilización para informar a la población de la propagación de ITS (Galván, 2021).

---

<sup>6</sup> Se ha demostrado que en la adolescencia ocurren cambios neuroanatómicos en la corteza prefrontal (CPF), la región cerebral encargada de la toma de decisiones y del procesamiento de recompensas, lo que hace aumentar la vulnerabilidad al entorno (Drzewiecki, Juraska, 2020).

<sup>7</sup> El ectropión cervical es una afección en la que las células glandulares que recubren el endocérvix o canal cervical se extienden al ectocérvix o superficie externa del cuello uterino (Aggarwal, Ben Amor, 2022).

<sup>8</sup> Estos resultados se obtuvieron de la media de respuestas de la población encuestada, formada por 1.200 jóvenes que tenían entre 16 a 25 años en el año 2019.

## **1.2. 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 activos<sup>9</sup>, 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 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

---

<sup>9</sup> La prevalencia máxima de contagio se produce entre los 18 y los 30 años (Stanley, 2010)

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 2020<sup>10</sup> (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 mayoría de los cánceres relacionados con el Virus del Papiloma Humano (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

---

<sup>10</sup> En el año 2020 hubo un total de 3.847 millones de mujeres en todo el mundo (Banco Mundial, 2020).

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 VPH<sup>11</sup>. (ConSalud, 2020).

### **1.3. 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

---

<sup>11</sup> Lo que representa entre 367 y 550 millones de mujeres en el mundo, en el año 2020.

son seguras y eficaces en la prevención de la infección por VPH, de las lesiones precancerosas de gran malignidad y del cáncer invasivo.

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, Gardasil<sup>12</sup>). 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 Consellería de Sanidad 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 (CISNS) 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.

---

<sup>12</sup> La vacuna Gardasil 9 comenzaría a comercializarse en España seis años más tarde, en el 2015.

Asimismo, el CISNS incluye en sus recomendaciones la vacunación en personas con las siguientes condiciones de riesgo: padecer el síndrome WHIM<sup>13</sup>, 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 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.

Para la consecución de este objetivo, hay que tener en cuenta que todavía existe un notable desequilibrio entre los países de ingresos medios-bajos y bajos, donde se encuentra la mayor parte de la carga del cáncer de cérvix, y los países de ingresos altos, donde se

---

<sup>13</sup>“El síndrome WHIM (verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones y mielocatexis) es una enfermedad inmunitaria congénita autosómica dominante caracterizada por la retención anómala de los neutrófilos maduros en la médula ósea (mielocatexis) con hipogammaglobulinemia ocasional, asociado a un aumento del riesgo de infecciones bacterianas y a lesiones inducidas por la susceptibilidad al virus del papiloma humano (HPV) (verrugas cutáneas, displasia genital y carcinoma mucoso invasivo).” (Orphanet, 2022)

movilizan la mayoría de esfuerzos para su eliminación. En la actualidad, el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino ocurren en países donde aún no se ha introducido la vacunación contra el VPH (Bruni, 2018). Los altos precios de la vacuna, junto con los problemas de suministro y el débil estado de sus sistemas sanitarios, han limitado la capacidad de estos países para incorporar la vacuna del VPH en sus programas vacunales. Si se desea acabar con el cáncer de cérvix como problema mundial, deben continuar los esfuerzos dirigidos a expandir la vacunación alrededor del mundo, teniendo especialmente en cuenta las necesidades de los países con menor cobertura, pero también sigue siendo imprescindible aumentar la aceptación en aquellos países donde los programas de vacunación contra el VPH se han consolidado (Bruni, 2018).

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).

En los últimos años y siguiendo esta dirección, la Unión Europea ha hecho hincapié en la ampliación de la vacunación a niños. Lo que explica que estudios relacionados con el coste-efectividad de vacunar al varón (Foerster, 2017) se hayan incrementado desde entonces. 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, el pasado mes de mayo la Generalitat de Cataluña anunció que, a partir del próximo curso escolar, incluirá la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en el calendario vacunal de los niños de sexto de primaria (Coll, 2022); decisión que podría ser imitada por Galicia, después de que el presidente de la Xunta se comprometiera a ello en su discurso en el pleno de investidura (La Voz de Galicia, 2022). Diversas Comunidades Autónomas se han hecho eco de estas noticias y han instado a sus respectivos gobiernos a incorporar la vacuna contra el VPH en el calendario vacunal de los niños de 12 años (Pamplona actual, 2022).

#### **1.4. El VPH y el Cáncer de Cérvix**

El cáncer de cérvix o cuello uterino se origina en las células que revisten la parte inferior del útero y representa el 84% de todos los cánceres relacionados con el Virus del Papiloma Humano. Aunque la infección de VPH es un factor determinante para la transformación de las células epiteliales del cuello uterino, no es suficiente y existen múltiples cofactores y eventos moleculares que influyen en el desarrollo del cáncer de cuello uterino, como el tabaquismo o la alta paridad. A pesar de ello, existe una fuerte asociación entre el VPH y el carcinoma de células escamosas de cuello uterino, estando implicado en el 99,7 % de los casos de esta enfermedad en todo el mundo (Walboomers, 1999) y superando en magnitud la asociación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón (Franco, 1995).

La relación entre la infección genital por VPH y el desarrollo de cáncer de cuello uterino fue demostrada por primera vez a principios de la década de 1980 por el virólogo alemán

Harold Zur Hausen. En 1996, el VPH fue reconocido oficialmente como la principal causa del cáncer de cuello de útero por la Asociación Mundial de la Salud, junto con la Organización Europea de Investigación sobre Infecciones y Neoplasias Genitales y la Conferencia de Consenso sobre el Cáncer de Cuello Uterino de los Institutos Nacionales de Salud (Burd, EM., 2003).

Globalmente, el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar tanto en incidencia como en mortalidad. En el año 2018 se produjeron, en todo el mundo, 569.847 nuevos casos de cáncer de cérvix y 311.365 muertes por esta enfermedad (Bray et al., 2018). En la población mundial de mujeres el cáncer de cuello uterino representa la segunda causa más común de muerte por cáncer, por detrás del cáncer de mama (Jin et al., 1999). Esta incidencia aumenta en 42 países de ingresos medios-bajos y bajos (Bray et al., 2018), donde el cáncer de cuello uterino es el cáncer más común en las mujeres y puede representar hasta el 25% de todos los cánceres femeninos (Harro et al., 2001). En España, la evolución anual del número de fallecimientos por cáncer de cérvix desde el año 2006 al 2019 se ha mantenido más o menos constante entre las 600 y 700 muertes. Los últimos datos, pertenecientes al año 2019, indican que en se produjeron 658 muertes de mujeres como consecuencia de este cáncer en nuestro país (Statista, 2021).

De los cerca de 30 tipos de VPH que infectan principalmente el cuello uterino, la vagina, la vulva, el pene y el ano, cuatro se encuentran con mayor frecuencia en las células malignas de los cánceres de cuello uterino: el VPH 16, que representa aproximadamente la mitad de los casos de cáncer de cérvix en Estados Unidos y Europa, y los tipos 18, 31 y 45, los cuales representan de un 25 a 30 % adicional de los casos (Harro et al., 2001). No obstante, hay que tener en cuenta que a pesar de que los cánceres del cuello uterino se originan en células con cambios precancerosos, sólo algunas de las mujeres con cambios precancerosos de cuello uterino padecerán cáncer. La persistencia de la infección de los VPH oncogénicos de alto riesgo es un determinante clave en la evolución hacia un cáncer de cuello uterino. Esta asociación explica que el cáncer de cuello uterino sea más común en mujeres

mayores de 35 años, mientras que la infección por VPH es más común en mujeres de 18 a 30 años (Burd, 2003).

Muchas de estas infecciones adquiridas durante los primeros años de vida sexual, serán eliminadas por el propio organismo, sin intervención sanitaria. Sin embargo, serán aquellas infecciones que perduren en el cuerpo las que, con el tiempo, evolucionarán a estados precancerosos y cancerosos de cuello uterino. Es por ello que la OMS, en su estrategia mundial para la eliminación del cáncer del cuello uterino (2020), hace hincapié en la prevención secundaria en mujeres de más de treinta años. La prevención secundaria del cáncer de cérvix está enfocada en la detección precoz de lesiones precancerosas a través de la citología cervical o prueba de Papanicolau. Estudios (Pimple, 2019) demuestran que la introducción de las citologías periódicas en los programas nacionales con alta cobertura ha reducido la mortalidad por cáncer de cérvix. Según algunos investigadores y profesionales sanitarios (Al Adib, 2021), esta es la mejor estrategia para reducir la mortalidad de cáncer de cérvix, a pesar de que existe una fuerte evidencia de que la estrategia de vacunación ha logrado reducir las lesiones premalignas en jóvenes (Arbyn et al., 2018)

El cáncer de cérvix puede prevenirse y tratarse con facilidad si se detecta en etapas tempranas y en entornos en los que se dispone de recursos para el seguimiento de pacientes. Sin embargo, en los países de ingresos medianos-bajos que carecen de programas nacionales de detección y prevención, existe una carga desproporcionadamente alta de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix (Pimple, 2019). Aproximadamente 300.000 mujeres murieron de cáncer de cérvix en el año 2018, de las cuales se estima que más del 85% vivían en países de ingresos bajos y medios. Por todo ello cabe enfatizar que en el cáncer de cuello uterino la desigualdad juega un papel clave. Tan solo el 21% de los países de ingresos bajos ha comenzado a vacunar a la población objetivo contra el VPH, en comparación con el 79% de los países de ingresos altos (Médicos Sin Fronteras, 2022).

## **2. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

### **2.1. Objeto de estudio y población objetivo**

Esta investigación hace un diagnóstico del nivel de 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 posibles carencias en el sistema educativo en relación con la educación sexual.

En España, la primera cohorte que entró en las vacunaciones sistemáticas contra el VPH fueron las niñas nacidas en 1994, - mujeres que hoy en día tienen entre 27 y 28 años- de modo que la selección de este grupo poblacional permitirá estudiar las actitudes respecto a la vacuna del VPH en mujeres que han sido invitadas a participar en los planes de vacunación.

## **2.2. Justificación del estudio.**

Todavía existen algunas percepciones erróneas sobre el cáncer de cuello uterino y el Virus del Papiloma Humano. El conocimiento limitado de los agentes sociales y el resto de población en relación con el VPH podría ser una barrera para la futura aceptación de las vacunas (Paul et al. 2012), así como para la participación en otras estrategias de prevención como las citologías periódicas. En España, a pesar de las altas tasas de vacunación en niñas (Martín-Merino et al. 2019), continúa aumentando la incidencia de contagios de VPH, especialmente entre la población entre 18 y 30 años (Stanley, 2010), lo que podría relacionarse con ciertas limitaciones en el enfoque adoptado en relación a la prevención del VPH y de las enfermedades derivadas.

La mayoría de las investigaciones internacionales sobre el VPH y la concienciación sobre su vacunación se han dirigido casi exclusivamente a las mujeres y no a los hombres (excepto hombres homosexuales y contagiados de VIH, de los cuales sí existe prevención en relación con el cáncer anal. REF.), quienes también son portadores y población de riesgo de cánceres asociados, como el cáncer anal, de pene y orofaríngeo. Esta percepción, centrada en las niñas como grupo objetivo primario, explica que algunos gobiernos, como el de España, no hayan incluido entre sus recomendaciones la vacunación de niños.

Tras la aparición de la vacuna contra el VPH en 2006, la OMS estableció como prioridad la vacunación de las niñas como estrategia clave para la eliminación del cáncer de

cuello uterino. En febrero de 2013 Australia introdujo a los niños en el plan nacional de vacunación, siendo uno de los países pioneros en ampliar la vacunación contra el VPH a ambos sexos<sup>14</sup>. Desde entonces, Estados Unidos y gran parte de los países de Europa han incluido a los varones como población elegible para la vacuna contra el VPH como estrategia diseñada no solo para evitar el desarrollo en los hombres de cánceres relacionados con el VPH, sino también para proteger a las mujeres del cáncer de cérvix.

En España, a pesar de la recomendación de la Asociación Española de Pediatría<sup>15</sup>, todavía no se ha incluido a los niños en el calendario de vacunación contra el VPH propuesto por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, muy recientemente, Cataluña ha anunciado que será la primera comunidad autónoma en incorporar la vacuna contra el VPH en el calendario vacunal de los niños de entre 11 y 12 años, como medida para reducir la transmisión de la infección tanto en hombres como en mujeres. En otras partes del país, aquellos padres que quieran vacunar a sus hijos contra el VPH pueden hacerlo, pero asumiendo el coste de la vacuna, ya que no está financiada por el resto de comunidades autónomas. Bajo este contexto, el presente estudio investiga las barreras que identifican los varones en relación con la participación en las estrategias de prevención del VPH. De forma que las conclusiones a las que se lleguen puedan contribuir a consolidar la tendencia actual de extender la prevención del VPH y cánceres asociados a los niños como grupo objetivo, así como para lograr unas altas tasas de vacunación en aquellas comunidades que en un futuro copien el modelo catalán.

Como indica la Asociación HPV Madrid, los últimos estudios del VPH han hecho que la relación del VPH con la especialidad de ginecología, por su evidente asociación con el cáncer de cuello uterino, haya sido superada, de manera que cada vez más se aplica un enfoque multidisciplinar, viéndose implicadas muchas más especialidades en la prevención y

---

<sup>14</sup> Un estudio realizado por Chow et al. (2021) demostró que en Australia tras la introducción de los varones en el programa de vacunación se ha observado una reducción del 58% en los diagnósticos de verrugas genitales en mujeres y una reducción del 45% en los diagnósticos de verrugas genitales en varones heterosexuales.

<sup>15</sup> La AEP incluye entre sus recomendaciones anuales la vacunación sistemática universal frente al VPH, tanto de chicas como de chicos, a los 12 años, con dos dosis (García, 2022).

tratamiento de la infección. Desde la sociología, esta investigación quiere contribuir a la mejora de la prevención del Virus del Papiloma Humano a través de la generación de conocimiento sobre las conductas y discursos de la juventud en relación con la salud sexual y el VPH. Ya en el 2007, el grupo de trabajo por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de las Comunidades Autónomas advertía de que, junto con la vacunación de niñas, se deben llevar a cabo campañas de educación sanitaria para evitar las prácticas sexuales no seguras ante la posible percepción de seguridad tras la introducción de la vacuna.

El aumento de la incidencia de contagios de ITS entre la población joven señala la necesidad de estudios sobre las actitudes de la población joven respecto al uso del preservativo y sobre su nivel de información en relación con las ITS, para poder analizar posibles deficiencias del sistema sanitario y del sistema educativo en la sensibilización de las enfermedades de transmisión sexual. De acuerdo con la endocrinóloga Carmen Valls (2019), es importante hacer este tipo de análisis para combatir la inexperiencia y la desinformación de la juventud, de forma que se eviten problemas de salud en la adolescencia que tendrán secuelas en la vida adulta. Según lo dispuesto en el artículo 43.3. de la Constitución Española, los poderes públicos deben fomentar la educación sanitaria, por lo que esta investigación ofrece información valiosa para el cumplimiento de este deber.

De acuerdo con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 -garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades-, para acabar con el cáncer de cérvix como problema de salud pública, la Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual (2016) establece como meta alcanzar una cobertura del 90% en aquellos países cuyo programa nacional de inmunizaciones incluya la vacuna contra el VPH. Sin embargo, la falta de datos actualizados sobre el VPH, en particular de datos desagregados por sexo, compromete la respuesta a nivel mundial (OMS, 2016). Este estudio da respuesta a la necesidad de investigaciones sobre la percepción del VPH tanto en hombres como en mujeres jóvenes.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Sistema de Creencias de la Salud

Para obtener conocimiento sobre los factores que determinan la participación en las estrategias de prevención del Virus del Papiloma Humano, se ha realizado una revisión bibliográfica. 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. Actualmente, a pesar de los avances médicos en el tratamiento de las enfermedades derivadas del VPH, la mejor herramienta para evitar el desarrollo de cánceres asociados sigue siendo la educación preventiva. Un aumento de la población participante tanto en el programa de vacunación como en el uso del preservativo, aceleraría la eliminación del VPH como problema de salud pública. Sin embargo, esto requiere un cambio conductual que podrá ser logrado a largo plazo, pero difícilmente de manera espontánea por parte de la población, especialmente entre la más joven. Para facilitar este cambio deseado, las autoridades públicas deben implementar intervenciones educativo-preventivas. Para aumentar la eficacia de este tipo de intervenciones, podrían resultar de gran utilidad, en el campo de la investigación, determinados modelos teóricos que integran elementos cognitivos y perceptivos.

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). Para lograr este objetivo, Hochbaum llevó a cabo una investigación sobre los factores sociopsicológicos que determinaban la participación en el programa de detección precoz de la tuberculosis, de forma que la información obtenida pudiera orientar la planificación futura de dicho programa. La novedad de este estudio, en el que se manejaron técnicas de investigación conductual, fue su capacidad para buscar los orígenes del comportamiento en muchos contextos sociales y médicos. Los resultados hallados fueron posteriormente adaptados para tratar de explicar una variedad de conductas, como la participación en otros programas de cribado y de prevención, la respuesta individual ante determinados síntomas de enfermedad, el seguimiento de los tratamientos y de las recomendaciones médicas y la práctica de exámenes auto exploratorios (Soto et al.1997).

El MCS parte de la hipótesis de que antes de que una persona se someta voluntariamente a un determinado programa de salud, existen una variedad de componentes como conocimientos, sentimientos, emociones y experiencias previas que condicionan su conducta, y lo hacen en mayor medida que los propios hechos científicos. Desde un enfoque cognitivo, este modelo se basa, por tanto, en la valoración subjetiva de una determinada expectativa; entendiendo por expectativa la creencia en que “una acción posible de realizar evitará la enfermedad” (Soto et al.1997). Desde sus orígenes, la propuesta teórica del MCS ha evolucionado y se ha ampliado el sentido de esta expectativa, de forma que ha aumentado su aplicación a la práctica, especialmente en estudios sobre la promoción de la salud.

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; esto es, de la expectativa que se tiene de que la acción a realizar sea beneficiosa para reducir la amenaza percibida. 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 (*Anexo 1*).

### 3.2. La doble estructura y la teoría social de Bourdieu

A lo largo de este trabajo de investigación, se recurre a varios conceptos de la teoría social de Bourdieu. Este autor entiende que el universo social se caracteriza por la “doble vida” de sus estructuras en la objetividad del primer orden y la objetividad de segundo orden. En este sentido, la objetividad de primer orden está formada por la distribución de recursos materiales, medios de apropiación de bienes y valores socialmente escasos (*tipos de capital*); mientras que la objetividad del segundo orden opera bajo sistemas de clasificación, mediante esquemas mentales y corporales que funcionan como *patrones simbólicos* para la toma de decisiones (Bourdieu y Wacquant, 2008).

En el análisis de los discursos en relación con el VPH se ha tenido en cuenta la crítica de Bourdieu al constructivismo social de Berger y Luckmann; frente a la consideración de que las estructuras sociales son el resultado de la agregación de las estructuras y los actos de clasificación individuales, Bourdieu afirma que los agentes no han construido las categorías que ponen en funcionamiento, sino que estas están condicionadas por el sistema de relaciones en el que los agentes se encuentran inmersos. Así, la noción de *campo* de Bourdieu subraya que el objetivo de la ciencia social no es el individuo, sino el sistema de relaciones que se establecen entre los agentes que forman parte de un campo. Entendiendo por campo aquel espacio social en el que las personas luchan por adquirir ventajas competitivas y conseguir posiciones de dominación a través de las distintas formas de capital simbólico<sup>16</sup>, cultural<sup>17</sup> y social<sup>18</sup>. Por tanto, la teoría de Bourdieu supone una apertura del análisis sociológico al doble abordaje de la realidad social; una realidad que se encuentra determinada tanto por relaciones de poder como por relaciones de significado. Estas

---

<sup>16</sup>El capital simbólico hace referencia aquí al reconocimiento social que consigue un individuo por ser poseedor de una serie de cualidades o atributos valorados positivamente por los demás. Bourdieu entiende que el capital simbólico es el resultado de la combinación del capital económico, social y cultural (Bourdieu y Wacquant, 2008).

<sup>17</sup> En nuestro trabajo el capital cultural es el resultado del bagaje cultural adquirido tanto por la escuela como por la educación familiar. Bourdieu lo considera como un instrumento para la reproducción de la desigualdad social (Bourdieu y Wacquant, 2008).

<sup>18</sup> El capital social está constituido por la red de conocidos y/o amistades, conseguidos a lo largo de la experiencia vital, que facilitan la promoción profesional (Bourdieu y Wacquant, 2008).

aportaciones teóricas han sido especialmente tenidas en cuenta para el diseño de la muestra, así como para el análisis de los discursos de las personas participantes.

Por último, otra de las herramientas teóricas que nos ofrece Bourdieu y que consideramos oportuna para la comprensión del comportamiento de la juventud en relación con la prevención del VPH, es la *paradoja de la intención sin intención*, una lógica blanda que no obedece a los postulados del comportamiento estratégico<sup>19</sup>, sino que se produce como resultado del *habitus*<sup>20</sup>. Si trasladamos este punto a la Teoría Cognitiva Social, la *paradoja de la intención sin intención* haría referencia a todas aquellas acciones que los individuos desempeñan como resultado del modelado o imitación de los otros; un elemento que en nuestro enfoque consideramos clave para abordar el análisis del comportamiento relacionado con la salud.

### **3.3. El concepto de salud sexual y la perspectiva de género en la promoción de la salud**

Uno de los conceptos a los que necesariamente se hace referencia en la presente investigación es el concepto de “salud sexual”, definido por primera vez en 1975 por la OMS, en su Informe Técnico 572, *Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de los profesionales de la salud*:

*“Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”*  
(OMS, 1975: 6)

Como se puede observar, esta definición va mucho más allá de la visión positivista de la salud o “modelo biomédico”, que entiende la salud como la ausencia de enfermedad. Un paradigma que trató de ser superado en 1948, cuando en la nueva definición de la salud elaborada por la OMS, fueron abarcadas la dimensión psíquica y social. Inspirándose en esta

---

<sup>19</sup> Esta visión rompe con la concepción weberiana por la que los agentes sociales obedecen una regla solo si su interés por seguirla supera el interés por ignorarla.

<sup>20</sup> El *habitus* hace referencia al conjunto de relaciones históricas “depositadas” en el interior de los cuerpos de los individuos mediante la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción (Bourdieu, Wacquant, 2008)

ruptura y en el nuevo paradigma de la sexualidad, el Informe 572 reconoce la importancia de la sexualidad humana para la salud y el bienestar de los individuos y recoge por primera vez el derecho a la información sexual y el derecho al placer. Esta definición se realizó tomando como base la nueva concepción de la sexualidad “sana”, que, según Mace, Bannerman y Button (1975) incluye tres premisas básicas: la aptitud para disfrutar de la actividad sexual, de acuerdo con una ética personal y social; la ausencia de temores, vergüenza y culpabilidad y la ausencia de enfermedades que dificulten la actividad sexual y reproductiva.

La promoción es un campo de la salud pública que, de acuerdo con este nuevo enfoque biopsicosocial, debe ir más allá de la promoción idealista, medicalizada, tecnologizada y supraespecializada de la salud. En la Primera Conferencia Internacional para la promoción de la salud, celebrada en Ottawa (Canadá) en 1986, la promoción fue definida como el proceso a través del cual se debe otorgar a los individuos los medios necesarios para la mejora de su salud y de la capacidad de control de la misma. El reconocimiento de los factores medioambientales, sociales, políticos, económicos y culturales como determinantes de la salud de los pueblos, convierte la promoción de salud en un proceso político y social global, dirigido a la creación de ambientes favorables a la salud y a la equidad sanitaria.

Esta visión fue completada con el concepto de empoderamiento de las personas y de las comunidades surgido en la Conferencia de Yakarta (1997), donde también se reconoció la participación informada como eje esencial de la promoción de la salud. La integración de todos estos nuevos conceptos trajo consigo nuevas definiciones y concepciones de la salud, asociadas con la equidad y la libertad. Ejemplo de ello es la definición de salud como el “proceso para conseguir una autonomía personal, solidaria y gozosa”, acuñada por el Doctor Jordi Gol i Gurina (Valls-Llobet, 2019:25).

A pesar de estos avances en el campo de la salud, la Doctora Carmen Valls Llobet asegura que todavía estamos lejos de una buena promoción de la salud con perspectiva de género (Valls-Llobet, 2020:157). Planteamientos como los de Marc Lalonde (1974), quien afirmaba que era necesario modificar los estilos de vida para interferir en las causas de la morbilidad y la mortalidad, se asentaron en el sistema médico con la firma de la Carta de

Ottawa (1986); sin embargo, este camino iniciado en la promoción de la salud tomó como principal referencia las causas de mortalidad y los factores de riesgo propios del sexo masculino (Valls-Llobet, 2020:154)

Según la Doctora Valls Llobet, para lograr una promoción de la salud desde una perspectiva de género, la medicina no puede limitarse a la biología ni al medio ambiente, sino que debe tener en consideración además factores como el entorno social, la clase social, las creencias y percepciones, las condiciones de vida y trabajo y la carga de las tareas de cuidado (Valls-Llobet, 2020:154). Elementos, todos ellos, atravesados por los roles de género. En este sentido, los sesgos de género que operan en la medicina, como producto de una cultura androcéntrica, limitan las posibilidades de investigación de los factores de riesgo diferenciales para cada enfermedad, así como dificultan el diagnóstico.

Teniendo en cuenta todas estas aproximaciones, la promoción de la salud sexual y reproductiva debe orientarse más allá de la evitación de embarazos no deseados o de ETS, abordando los estereotipos de género, los cuales juegan un papel clave en la perpetuación de las relaciones de poder, especialmente dentro de la pareja. En *Historia de la sexualidad*<sup>21</sup>, Foucault (1976) señala que, del control de la esfera sexual de los individuos, se pasa al control de sus vidas; fenómeno al que también hace referencia Donna Haraway (2007) con su concepto de *biotecnología*<sup>22</sup>. Ante esto, Carmen Valls, basándose en referentes como Krieger (2003) y Mari Luz Esteban (2007)<sup>23</sup>, dirá que en todos los abordajes de la salud de los seres humanos se debe tener en cuenta las relaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social, de forma que ni la epidemiología ni la promoción de salud puedan continuar reproduciendo los roles de género, los cuales generan graves consecuencias para la salud y la propia autonomía de los individuos a lo largo de la vida (Valls-Llobet, 2020).

---

<sup>21</sup> En esta obra Foucault demuestra que es posible describir una historia de la sexualidad en las sociedades occidentales a partir de los mecanismos de poder.

<sup>22</sup> Para Donna Haraway la biología es política por otros medios (Fausto-Sterling, 2022).

<sup>23</sup> “La cultura biomédica en la que en general nos hemos formado es biologicista, esencialista y naturalizadora, jerarquiza lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico. Esto, en el caso de las diferencias entre hombres y mujeres, facilita que se puedan justificar las desigualdades sociales a partir de una biología y psicología definida como diferenciales” (Esteban, 2007).

## **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 nivel de 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. Hipótesis**

En relación con la pregunta de investigación, y siguiendo los objetivos marcados, este estudio tratará de verificar las siguientes hipótesis:

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.

H2. El conocimiento limitado sobre el VPH contribuye al rechazo de la vacunación.

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

H4. Los y las adolescentes perciben que el criterio de sus padres determina su participación en la vacunación.

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

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

### **4.3. Metodología**

Con el propósito de obtener información sobre la predisposición de la juventud a participar en la vacunación y en el uso del preservativo como estrategias de prevención del Virus del Papiloma Humano, 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 Nevéus (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.

Esta revisión bibliográfica se llevó a cabo a través de una búsqueda integral en la base de datos PubMed, especializada en artículos de ciencias de la salud; en la que fueron seleccionados todos aquellos estudios que incluyeron entre sus *MeSH terms*<sup>24</sup>: “vacunación contra el VPH”, “aceptación de la vacuna”, “actitudes”, “creencias y barreras”, “adolescentes”, “niños”, “niñas”, “hombres” y “mujeres”. 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.

#### **4.3.1. La técnica del Grupo de Discusión**

Como afirma Fernando Conde (2009), el análisis cualitativo de un discurso es un análisis pragmático del texto y de la situación social que lo ha generado. Los discursos sirven como modelo explicativo de la realidad social, a pesar de que estos no configuran únicamente por sí mismos la realidad social, en cuya construcción participan diversos niveles o sistemas. En un grupo de discusión, 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

---

<sup>24</sup> “Son los encabezamientos de materia médicos o los descriptores en ciencias de la salud (...), necesarios para describir, organizar y proveer acceso a la información (...) en las bases de datos PubMed y MedLine” (Biblioguías, 2021).

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. El grupo de discusión (GD) es un proyecto de conversación socializada que se produce en una situación de comunicación grupal creada por el/la investigador/a para captar y analizar los discursos ideológicos y las representaciones simbólicas asociadas a un determinado fenómeno social (Alonso, 1998).

Para su diseño, hay que tener en cuenta que el grupo de discusión debe ser un pequeño grupo de entre 5 a 10 personas, que debaten sobre una serie de cuestiones, inducidas por la persona moderadora, que funcionan como estímulos para la creación de discursos. Para obtener el máximo rendimiento de esta técnica, se deben cumplir ciertas cautelas metodológicas como la homogeneidad y el desconocimiento previo de los miembros del grupo entre sí. Ambas condiciones son necesarias para respetar el capital social, cultural y simbólico que comparten los actores involucrados, así como para evitar las dinámicas de poder dentro del propio grupo que sesguen o dificulten la creación de un metarrelato.

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.

Para la captación de los participantes de los grupos de discusión se siguió la estrategia de la *bola de nieve*. Mediante esta técnica, una vez son identificadas las primeras personas participantes, gracias a estas se conseguirán otros contactos, y así sucesivamente, hasta completar la muestra o representatividad y la cantidad de participantes necesaria. Para poner esta técnica en funcionamiento, inicialmente, se diseñó un *post* informativo sobre los objetivos de la investigación y los perfiles requeridos para participar como integrantes de los GD (ver Anexo 2). Con la intención de que la invitación llegara al máximo posible de jóvenes, este *post* fue compartido en las redes sociales *Instagram* y *Facebook* y en el canal de comunicación instantánea *Whatsapp*. Gracias a la difusión entre contactos, esta invitación fue vista por unas 1.000 personas, de las cuales únicamente 20 personas que cumplían con los requisitos se interesaron en participar.

Teniendo en mente que posibles circunstancias externas a la investigación, como incompatibilidades horarias u otras cuestiones personales, podrían dificultar la participación de las personas interesadas, se completó la técnica de captación mediante el contacto con diferentes perfiles profesionales como técnicos/as de juventud de la Administración local y sexólogos/as clínicos/as, quienes difundieron la invitación entre potenciales participantes. Finalmente, y gracias a ambas vías de captación, participaron en el estudio un total de 11 personas distribuidas en 2 grupos de discusión en base al sexo. De tal manera que se realizó un GD conformado por 5 mujeres y un GD conformado por 6 hombres.

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 (ver Anexo 3). También se utilizó la proyección de un vídeo para obtener respuestas en relación a las campañas de sensibilización. Dicho guion, fue diseñado para estimular la producción de discursos particulares y controlados que pudieran remitir a otros discursos generales y sociales en relación con el VPH. 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.

Los dos grupos de discusión se llevaron a cabo en el Social-Lab-Laboratori de Ciències Socials de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universitat de València, en dos sesiones distintas, en horario de tarde y tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. Ambas sesiones fueron grabadas con previo consentimiento informado de los y las participantes (*ver Anexo 4*). Todas las respuestas expresadas por las personas participantes han sido transcritas, anonimizadas y codificadas para su posterior análisis. Además, durante la celebración de los GD, se anotaron algunas observaciones como signos de nerviosismo, resistencia u otras emociones y se tomaron todas las precauciones posibles para evitar sesgos de la parte investigadora.

Por último, en el presente apartado cabe mencionar que, previamente a la realización de los GD, se entrevistó telefónicamente a Juan Flores, jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Arnau de Vilanova, para esclarecer algunas cuestiones en relación al protocolo actual en la Comunidad Valenciana de detección del VPH en mujeres y hombres y de la vacunación de hombres.

#### **4.3.2. Muestra**

En la metodología cualitativa, el diseño de la muestra no busca la representación estadística, sino la representación socioestructural, de acuerdo con los propósitos de la investigación. Este tipo de muestra es conocida como “muestra teórica o estructural”, en la cual las unidades de observación son seleccionadas por sus posibilidades de ofrecer información minuciosa y profunda sobre el fenómeno estudiado. En la investigación cualitativa aplicada a los problemas de salud, el propósito del muestreo selectivo es lograr la comprensión de los fenómenos sociales que rodean el campo de la salud, haciendo especial

hincapié en el significado que otorgan los agentes sociales a su propia experiencia (Martínez-Salgado, 2012).

De acuerdo con el propósito de la presente investigación, además de las creencias o percepciones individuales, se debe indagar en las relaciones intersubjetivas que se establecen entre los participantes, de manera que se obtenga una panorámica mucho más completa de los esquemas mentales que operan como patrones simbólicos en la juventud para la toma de decisiones en relación con la participación en las estrategias de prevención del VPH. Es por ello que el muestreo selectivo se llevó a cabo teniendo en cuenta el lugar que los y las participantes ocupan en el universo social, es decir, respetando el campo del que forman parte.

Con esta motivación, se invitó a participar en el la investigación a estudiantes de grado o máster universitario, residentes de la provincia de Valencia y de una franja de edad de los 18 a los 25 años. Sin embargo, este último criterio de elegibilidad, hubo de ser modificado para alcanzar el número mínimo de participantes recomendado para la realización de los GD. Como consecuencia de que muchas de las personas inicialmente interesadas sobrepasaban los 24 años, la aplicación de la *bola de nieve* o *cadena* como técnica de captación, atrajo a potenciales participantes de edades cercanas a los 30 años. Por lo que finalmente se decidió ampliar la muestra a estudiantes de 18 a 30 años. Una vez iniciada la investigación, se descubrió que el cambio de este criterio resultó convertirse en una oportunidad de investigación, puesto a que, gracias a incluir en el grupo de mujeres, a estudiantes de más de 28 años, pudieron analizarse los discursos de mujeres en cuyos calendarios de vacunación nunca fue incluida la vacuna contra el VPH, por pertenecer a cohortes anteriores a las nacidas en el 1994<sup>25</sup>.

Como señala Martínez-Salgado (2012), en los trabajos de investigación cualitativa, la aceptación de las personas participantes deviene un elemento clave, tanto conceptual como éticamente. Podría pensarse que esta aceptación produce un sesgo en la investigación, ya

---

<sup>25</sup> En España, el programa de vacunación contra el VPH se inició en el año 2008, siendo las primeras cohortes vacunadas las nacidas entre 1994 y 1997.

que al no incluir en la muestra gente no interesada, quedarían fuera del análisis los discursos de una parte importante de la población objetivo. No obstante, esta limitación, estrictamente necesaria para cumplir con el Código Deontológico de la Sociología<sup>26</sup>, contribuye, simultáneamente, a respetar el campo de los agentes estudiados; reforzando la percepción de cercanía entre las posiciones que ocupan en el contexto social.

Como en toda investigación, cabe preguntarse por la transferibilidad de los resultados obtenidos; sin embargo, en un estudio cualitativo como el que nos ocupa, esta solo puede lograrse al hallarse una asociación entre dos factores que, a pesar de haberse identificado en una muestra “limitada”, es de “naturaleza universal” (Hochbaum, 1958). Si completamos la teoría del MCS de Hochbaum, aplicando la teoría de los campos de Bourdieu, entenderemos que cuanto más se delimite un campo simbólico, mayor profundidad de conocimiento se obtendrá respecto a los patrones simbólicos que condicionan la acción de sus agentes. Por este motivo, se seleccionó como muestra a estudiantes universitarios/as, hecho que permite, además, investigar cuales son las limitaciones en el conocimiento y las barreras en la prevención del VPH en una población con un nivel de estudios superior.

---

<sup>26</sup> Según el Artículo 2.3.4. del Código Deontológico de la Federación Española de Sociología: “El consentimiento de los sujetos de la investigación y de los informantes debería ser obtenido por adelantado. Una investigación encubierta debería ser, en principio, evitada, a menos que fuera el único método para adquirir información, y/o cuando el acceso a las fuentes habituales de información es obstruido por las autoridades”.

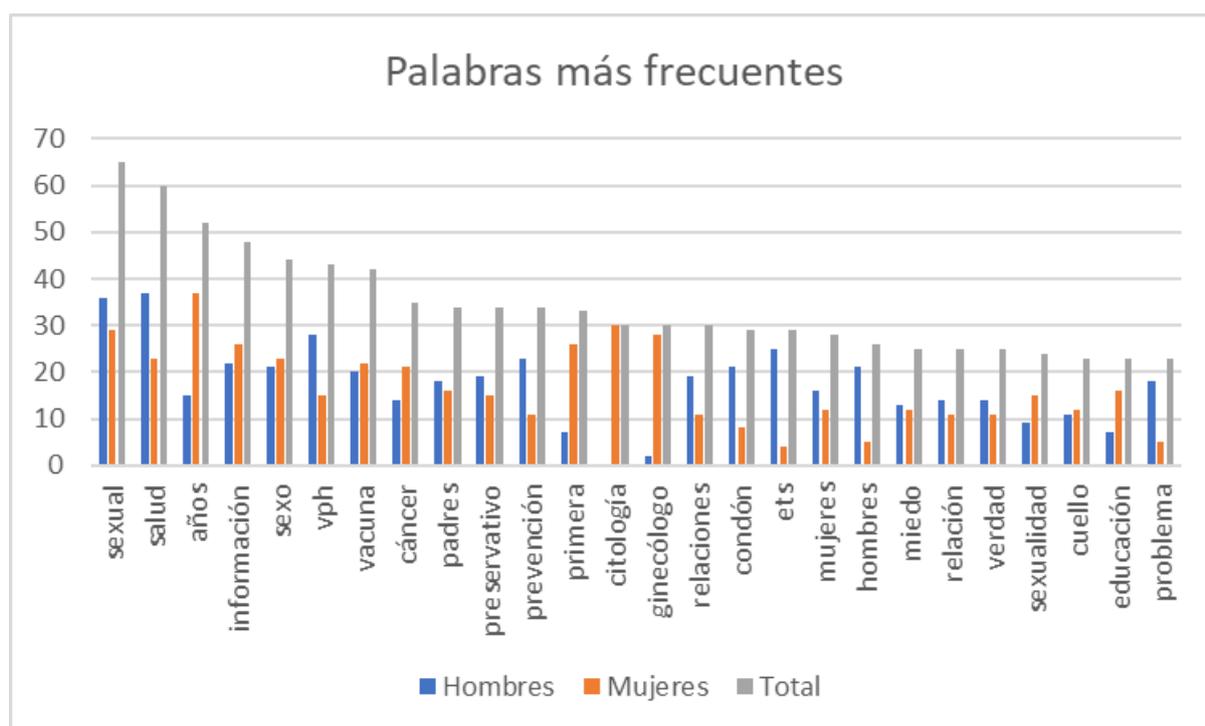
## 5. ANÁLISIS DE DATOS

Como primera aproximación a los discursos del estudiantado para descubrir los esquemas mentales que guían sus interpretaciones y actuaciones en relación con el Virus del Papiloma Humano, se realizó una lectura de las transcripciones literales de los GD 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 la *Figura 1*, los conceptos que aparecieron con mayor frecuencia en ambos textos fueron: “sexual”, “salud”, “años”, “información”, “sexo”, “vph”, “vacuna”, “cáncer”, “padres”, “preservativo” y “prevención”. Todos ellos son términos que aluden al objeto de la presente investigación, que es la identificación de las barreras que dificultan la participación de la juventud en las estrategias de prevención del VPH y de las enfermedades derivadas. Al mismo tiempo, estos conceptos señalan categorías de análisis relevantes para la investigación, por lo que en ellos se centrará gran parte del proceso de codificación.

Gracias al análisis exploratorio de los textos, se identificó que algunos de los términos más frecuentes sólo lo fueron en el discurso de un determinado sexo. Es el caso de “citología” o “ginecólogo”, los cuales aparecieron con una alta frecuencia en el discurso de las mujeres, pero apenas fueron nombrados en el GD de los hombres. Concretamente, el concepto de “citología” no apareció ni una sola vez en el discurso de los hombres en relación con la prevención del VPH, a pesar de ser una prueba que se realiza también en los varones para detectar el VPH.

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



En segundo lugar, para continuar con el análisis cualitativo de los discursos, a través de los procesos de segmentación, categorización y codificación se procedió a seleccionar y ordenar la información de acuerdo a los criterios de relevancia teórica para la investigación. Para ello se tuvieron en cuenta las premisas del Modelo de Creencias de Salud y de la Teoría Cognitiva Social, previamente desarrolladas en el apartado de marco teórico. De este modo, en el proceso de categorización se utilizaron tanto categorías definidas *a priori*, de acuerdo con el modelo teórico de referencia y con las aportaciones de otros estudios (Figura 2), como categorías abiertas. Estas últimas han sido construidas de manera simultánea al análisis de los textos, de forma que se ha otorgado protagonismo a la información significativa para los sujetos estudiados. Este modo de proceder guarda relación con el enfoque inductivo en la investigación cualitativa, el cual, desde una perspectiva fenomenológica, nos ayuda a conocer los esquemas mentales de los individuos. Mediante la *hibridación* o combinación de ambos esquemas se obtuvieron todos los códigos (Anexo 6) a través de los cuales se sistematizó toda la información para su posterior análisis.

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
			Percepción de la gravedad del VPH
			Percepción de la gravedad de las enfermedades relacionadas
	CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y ACTITUDES ANTE EL VPH Y SUS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	Creencias y actitudes ante el VPH	Percepción de la vulnerabilidad ante el contagio
			Percepción de la vulnerabilidad ante las enfermedades relacionadas
		Nivel de conocimiento de las estrategias de prevención	Uso del preservativo
			Programa de vacunación
			Citologías
		Creencias y actitudes ante las estrategias de prevención	Percepción del coste-beneficio del preservativo
			Percepción del coste-beneficio la vacuna
		Percepción del coste-beneficio de la citología	
	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	
	Vacunación	Razones de participación	
		Razones de no participación	
	Citología	Razones de participación	
		Razones de no participación	

Figura 2. Tabla de categorías apriorísticas. Elaboración propia.

En tercer lugar, se estudiaron las co-ocurrencias entre los códigos asignados con una mayor frecuencia a porciones de textos en ambos documentos para seleccionar las categorías más relevantes en la investigación de acuerdo con los discursos manifestados por los participantes. A continuación, se muestran tres Diagramas Sankey con los códigos mayormente relacionados con “desinformación” (Figura 3), “VPH” (Figura 4) y “vacuna” (Figura 4), los cuales obtuvieron un mayor enraizamiento en ambos textos. El diagrama Sankey es un tipo de [diagrama de flujo](#) en el que la anchura de las flechas aparece proporcional a la cantidad de flujo.

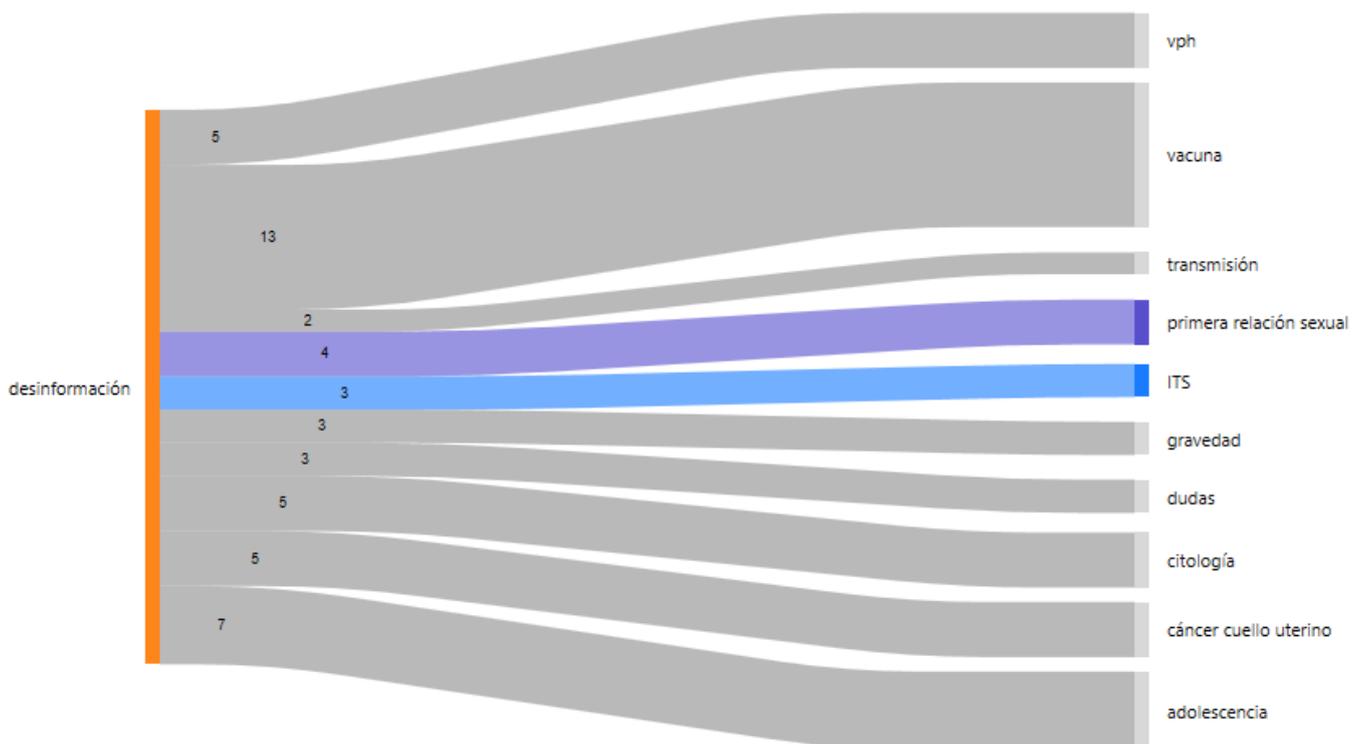


Figura 3. Diagrama de Sankey Desinformación. Elaboración propia.

Este diagrama permite observar la fuerte relación que se establece entre el código “desinformación” y el código “vacuna”, lo que indica que, en los discursos de ambos GD, tanto hombres como mujeres manifiestan un nivel de conocimiento bajo sobre la vacuna contra el VPH. El siguiente código asociado con la desinformación es “adolescencia”, lo que apunta a que los participantes hayan tenido, en general, un menor nivel de información sobre salud sexual y sobre el VPH en la etapa de la adolescencia. De acuerdo con el orden mostrado en el diagrama, los y las participantes muestran tener un nivel bajo de información sobre el VPH, el cáncer de cuello uterino y las citologías. Asimismo, la desinformación está relacionada para nuestros participantes con la primera relación sexual, las ITS, la gravedad del VPH y las enfermedades asociadas y el modo de transmisión del VPH.

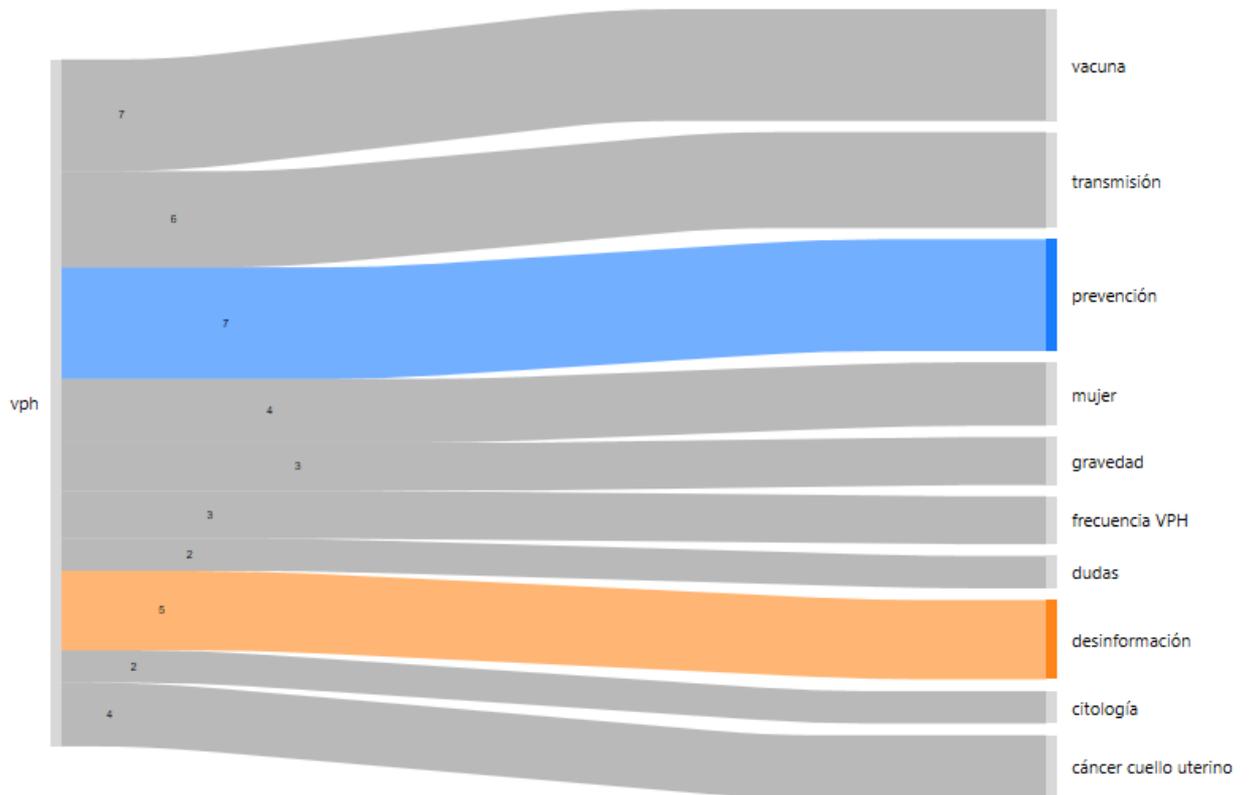


Figura 4. Diagrama Sankey VPH. Elaboración propia

Si se toma como referencia el código “VPH” se puede observar cómo, en los discursos generados en los GD, éste está mayormente asociado con los códigos “prevención”, “vacuna” y “transmisión”. Teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio es conocer las creencias y actitudes de la población joven en relación con las estrategias de prevención del VPH, puede afirmarse *a priori* la idoneidad de los discursos manifestados por las personas participantes para obtener información valiosa en relación a estas cuestiones. Como ya ha sido analizado en la figura anterior, el “VPH” guarda una estrecha relación con el código “desinformación”. Por otra parte, los datos mostrados en este diagrama señalan que, en general, los y las participantes de los GD asocian VPH con “mujer”, “cáncer de cuello uterino” y “gravedad”.

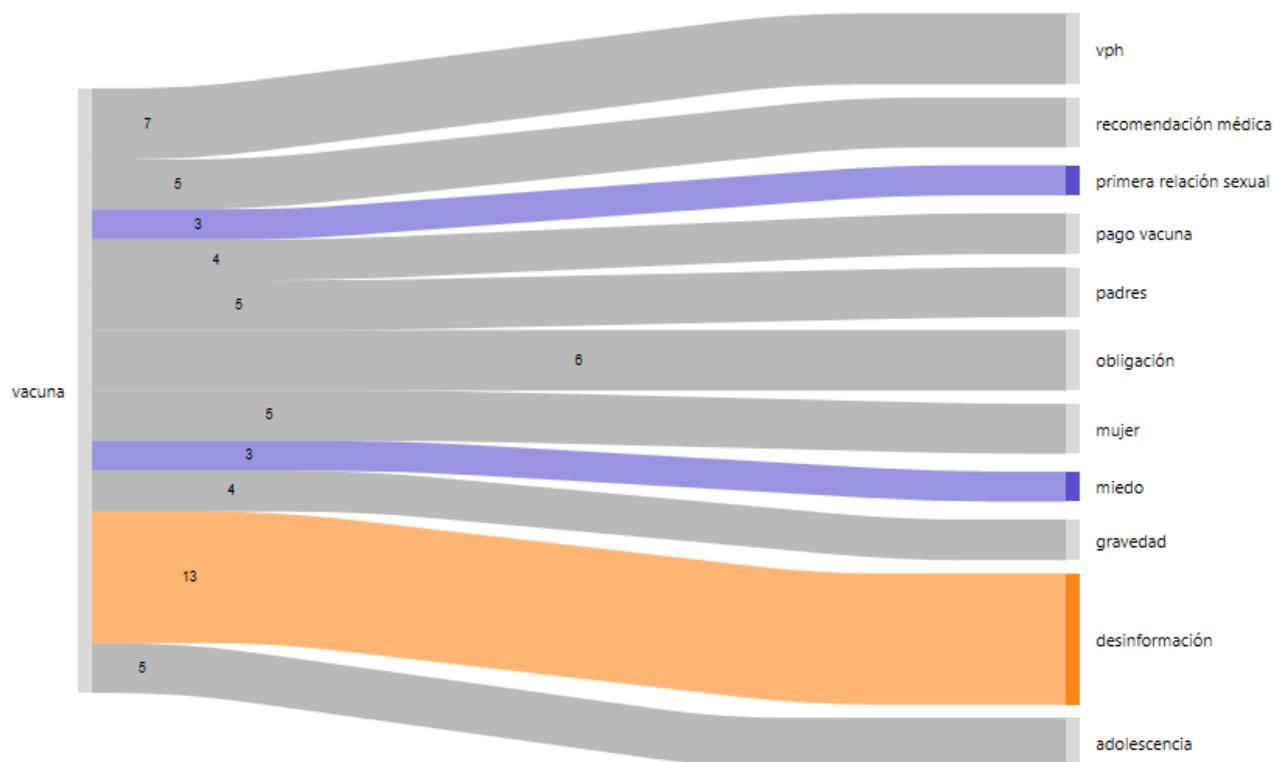


Figura 5. Diagrama de Sankey. Elaboración propia.

En la Figura 5 se muestra el código “vacuna” y su nivel de asociación con otros códigos surgidos de la selección, ordenación y sistematización de los textos producidos en ambos GD. Además de la estrecha relación entre la vacuna y la desinformación, que ya ha sido analizada en el primer diagrama, la vacuna está fuertemente asociada a “vph”, “mujer” “recomendación médica”, “padres”, “obligación” y “adolescencia”. Asimismo, las personas participantes de los GD, en general, relacionan en sus discursos la vacuna con “gravedad”, “miedo” y “primera relación sexual”.

## 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. En primer lugar, se aborda el conocimiento, las creencias y las actitudes ante la salud sexual. En segundo lugar, el nivel de conocimiento, creencias y actitudes ante el VPH y sus estrategias de prevención: el uso del preservativo, la vacuna contra el VPH y la citología. Posteriormente, se analiza la percepción de la capacidad personal para llevar a cabo la acción. A continuación, se abordan las razones de participación y no participación en la prevención del VPH y de las enfermedades relacionadas. Finalmente se aportan propuestas de mejora.

### 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:

*I1: A ver, a mí más... Lo primero que me viene a la cabeza cuando escucho el término "salud sexual", siempre, o sea, más allá de una reflexión más profunda, es siempre la prevención. (GDH)*

*I6: A mí es que el término salud sexual me viene a la cabeza como si fuese un código de buenas prácticas y en ese sentido, lo poco que podemos conocer sobre ese tema es lo que habéis comentado vosotros. Un poco en la línea de la prevención, sobre todo, principalmente, en el tema del aborto... y luego el tema también de prevención de ETS. Creo que son las únicas dos líneas que más nos han enseñado o más se han trabajado en ese sentido. (GDH)*

Dentro de esta asociación, los hombres consideran que en su entorno se otorga prioridad a la prevención del embarazo en las relaciones heterosexuales:

*I1: Como que, no sé, tengo eso como muy instaurado, por anuncios de la tele o lo típico que sale en los informativos, de asociar salud sexual a métodos de prevención y, bueno, muchas veces, en relaciones heterosexuales, sobre todo. (GDH)*

*I3: Y como que principalmente anticonceptivos, ¿no? (GD)*

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:

*I3: Salud sexual... pues ITS y, yo pienso que, más allá de la idea general que hay de prevención y de riesgos de contraer ITS y de métodos anticonceptivos, también es salud sexual el recibir educación sobre sexualidad, conocer tu propia sexualidad. Todo lo que englobe la sexualidad también es salud sexual. Por mucho que tú tengas prevención hacia las ITS, si tú no conoces tu cuerpo realmente pienso que no tienes una salud integral. (GDM)*

*I4: Es lo que tú dices, yo también estoy a favor de esa descripción más amplia, más allá de solamente las enfermedades de transmisión sexual. Toda la educación, higiene... No sé, todo lo que pueda abarcar el tener un entendimiento, a varios niveles, de lo que es la sexualidad humana, yo lo pondría todo dentro de la misma saca. (GDM)*

*I3: Yo creo que entiendo por salud sexual digamos que el conjunto de prácticas que pueden promover la actividad sexual, pero de una manera, como dice la palabra, saludable, sin que haya ningún daño ni perjuicio hacia ninguna de las partes que participen y siempre respetando tanto la salud mental de la persona como la salud física. Ya sea previniendo ETS, como temas como estrés postraumático por violaciones o ese tipo de cosas. (GDH)*

*I4: Claro, cuando entra en juego, a lo mejor, lo de la disforia y ya es más como la parte física... las consecuencias físicas de una disforia, sí que se habla pues de una salud sexual. (GDH)*

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**:

*I4: Dentro de la opinión que tiene la gente (...) de formas de prevenir diferentes ETS, es o “esto solo lo puedes pillar mediante el coito” o “esto lo puedes pillar de cualquier forma”. No hay una opinión media, que sería la adecuada que diga: “esta, de esta forma y de esta forma. Esta de tal.” Entonces es o muchísimo miedo y ni te toco o esto solo mediante el coito y lo demás no pasa nada. (GDH)*

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:

*I2: Yo, por ejemplo, la charla que me dieron a mí sobre relaciones sexuales y eso era: “usa protección y ya. Que no se te rompa, ten cuidado y a ver lo que haces”. Y luego fui yo y fue mi primera vez y dije: “¿Y ya? Aquí hay como mil cosas que yo no sabía”. (GDM)*

*I3: Yo lo que echo mucho en falta es la gestión emocional de todo el tema. Porque es verdad que una cosa es a nivel físico, lo que puede estar pasando en tu cuerpo, que si hormonas, tal; que te expliquen la sexualidad desde un punto de vista fisiológico, que es natural y toda la historia, pero luego la gestión emocional sobre todo desde el punto de vista de que eres adolescente, que no sabes nada, las cosas que te pueden pasar por la cabeza en tus primeras relaciones o en una pareja, o si no es una pareja... (GDM)*

Respecto a las fuentes de información sobre salud sexual, se discutieron en ambos GD el papel de la familia, la escuela, el grupo de iguales, las instituciones, los profesionales de la salud, los medios de comunicación y las redes sociales. Como medios idóneos para obtener una información adecuada sobre salud sexual ambos grupos señalan a los **profesionales de la salud:**

*I3: Yo creo que lo más adecuado sería la información que te pueda dar un profesional directamente. Un profesional de la salud, entiendo yo. Por ejemplo, sin ir más lejos, una sexóloga o un sexólogo creo que sería el medio más adecuado. (GDH)*

*I6: Sí que es verdad que, a nivel personal, pienso igual, yo recurriría también a un profesional de la salud. (GDH)*

*I4: (...) Hubiera estado muy guay el que una persona del centro de salud, a la que correspondiera la zona del colegio, hubiese ido. (GDM)*

A pesar de ello, las mujeres declaran haber recibido una información insuficiente y sesgada por parte de los profesionales de la salud:

*I5: También me hubiera gustado a mí, ahora que lo dices, el poder recibir información de una manera más amplia, libre y sin tantos tabúes de parte de mi centro de salud. (GDM)*

*I4: Yo creo que, en ningún momento, ya no te digo la pediatra, pero es que en ningún momento nadie me ha tocado el tema de sexualidad en el centro de salud en mi vida, al menos que lo haya yo sacado. (GDM)*

Únicamente en el GDM se señaló el recurso de **libros o folletos informativos** como vías adecuadas para obtener información sobre salud sexual:

*I5: Y hay libros, que me parece también muy enriquecedor, porque a veces las redes sociales son un amasijo, hay tantas opiniones, tantas versiones... Y a lo mejor en un libro pues también es una investigación, una esto muy direccionada, pero me ha resultado muy adecuado y muy enriquecedor. (GDM)*

Sin embargo, todas ellas están de acuerdo en que no es el primer recurso al que se recurre en la adolescencia y que han llegado a ellos pasados los años, por circunstancias personales o por recomendaciones de los propios profesionales:

*I4: Una cosa que veo yo con eso, quizá, es que el acceso a eso sería un poco más limitado, por el hecho que cuando tú empiezas a pensar: “¡Uy!, pues igual necesito recurrir a un libro” ya eres mayor, ya has perdido toda la experiencia que tendrían que haberte contado en su momento, en la adolescencia, que es cuando es realmente necesario, o incluso antes. (GDM)*

*I5: Yo llegué a ese libro porque fui a terapia. Y mi psicóloga me lo recomendó, me habló muy bien de ese libro. (GDM)*

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.

*I4: Yo estudié en un colegio católico y el único recuerdo que tengo yo de charlas sobre sexualidad y cosas de estas fue del hermano de mi directora, que era monja, pues el hermano también era muy cristiano, desde esa perspectiva de la religión, el tipo era ginecólogo, pero siempre desde esa perspectiva de la religión y el cristianismo y todo esto. (GDM)*

*I4: Yo me he criado en un colegio católico, en el que solo he tenido una charla de educación sexual y reproductiva, y es todo lo que habéis dicho de condón y ETS e infundir el miedo, sobre todo, infundir el miedo. (GDH)*

*I1: O sea, yo he ido a un colegio público y también la educación sexual es bastante nula. Pero sí, creo que también un poco como esa perspectiva de educar desde el miedo a la sexualidad, el sexo y tal, también produce vergüenza. (GDH)*

Las mujeres consideran que se las ha educado de manera diferente que, a los hombres, inculcándoles una mayor responsabilidad respecto a las cuestiones de salud sexual, lo que experimentan como una carga desde que son adolescentes:

*I4: (...) es como que no se les da la misma educación sexual a los chavales. Era completamente aparte y tú como mujer tenías que mirar ya... prever por ambos. Y los chicos es en plan de: “No la dejes embarazada y ya”. (GDM)*

*I3: Yo creo que eso también es por la responsabilidad que se nos da a nosotras del embarazo y el miedo de “Te vas a quedar embarazada. Te vas a*

*quedar embarazada". Al final, la responsabilidad como que recae sobre ti. Como que se nos machaca a nosotras con "No te quedes embarazada. Si te quedas embarazada algo has hecho mal. Es tu culpa". (GDM)*

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:

*I1: Porque al final también muchas veces yo he tenido problemas de algún tipo y yo a mis padres no les he podido preguntar sobre cualquier cosa relacionada con la salud sexual, información y tal. (GDM)*

*I3: (...) no sé cómo serán en vuestra casa, pero yo en mi casa no suelo hablar de sexo con mis padres, no he tenido la necesidad, tampoco. Pero no es algo que me nazca, ni serían las primeras personas a las que acudiría. A no ser que fuera un problema muy grave, como un embarazo no deseado. (GDH)*

*I6: (...) yo por ejemplo también, yo con mis padres nunca he hablado de sexo. Tampoco he tenido una necesidad, pero porque a lo mejor tampoco la hemos creado entre mis padres y yo. Pero yo creo que estos tabúes generan al final que sea algo generacional, es decir, que nuestros padres tampoco han tenido las herramientas o las capacidades para poder tratar esos temas con sus hijos e hijas. (GDH)*

*I3: Bueno, yo se lo digo a mi madre, le digo: "Mamá, quiero ir al ginecólogo porque nunca he ido". (GDM)*

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 y las dinámicas de competencia que se establecían entre compañeras:

*I6: Aunque si “tiro hacia atrás” y recuerdo yo cómo he ido aprendiendo un poco en esto, ha sido pues con los amigos. Y diciendo: “pues mira, yo he hecho esto...” “pues yo cuando me pasó esto, hice tal”. Yo creo que al final eso es una de las fuentes más directas, en base a mi experiencia. (GDH)*

*I1: Tampoco te podían ayudar mucho más porque estaban igual que tú. (GDM)*

*I5: Yo personalmente no hablaba de eso con mis amigas, era un tema tabú. (GDM)*

*I3: Y con las que sí se hablaba del tema que era que ellas, más que nada, tenían la iniciativa de contarlo, claro, el punto de vista de unas chicas adolescentes que, a lo mejor, eso, habían comenzado antes a tener relaciones sexuales, pues es como que era desde una perspectiva machista. Para mí, ahora lo veo con perspectiva y digo: no era una información ni real ni positiva. Era como un tema de competitividad. (GDM)*

*I5: Sí... Y era todo, al final, placer masculino. (GDM)*

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 GDM comenta que la creación de este tipo de contenidos les ha ayudado a naturalizar y a comprender ciertos aspectos sobre la sexualidad:

*I3: Está claro que el que más utilizado va a ser es internet, ya sea vía redes sociales o lo que puedas buscar en internet. Lo típico pues... qué es el VPH y cosas así. El problema es que te puedes encontrar con mucha información errónea y asustarte porque a quién no le ha pasado que miramos los síntomas que tenemos y nos quedan cinco días de vida o cosas así. (GDH)*

*I5: A ver, yo creo que ahora, con el tema de las redes sociales, el acceso a esa información se está facilitando más. Hay más perfiles destinados a hablar de ello de una forma, además, súper accesible, súper cercana y súper natural. Pero, como medios adecuados... (GDM)*

*I4: Todas esas cosas que, con el tiempo, yo ya me he ido informando a través de otros canales y gracias a que ahora, como bien decíais, en redes sociales y tal está como más abierto y todo esto, dices tú: “Vale, es normal que pasen estas cosas por tu cabeza o que te sientas así o te sientas así”. (GDM)*

Un discurso generalizado en las mujeres es que para empezar a investigar sobre un tema de salud sexual tienen que haber experimentado una **experiencia negativa previa**:

*I3: Muchas veces pienso también, por lo que decís, que, a mí personalmente, para empezar a investigar sobre algo o recurrir a libros y demás, te tiene que haber pasado algo malo. (GDM)*

*I5: Te pasa algo malo, porque nadie te da una solución o una respuesta a lo que te está pasando, entonces dices, pues voy a buscar respuestas por mi cuenta. (GDM)*

## 6.2. Conocimiento, creencias y actitudes ante el VPH y sus estrategias de prevención

### 6.2.1. Nivel de conocimiento del VPH

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo de investigación, identificar el nivel de conocimiento que maneja la juventud en relación con el VPH es una tarea que se torna 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 nivel de conocimiento medio-bajo sobre el VPH. Tanto en el 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:

*I1: Yo, sinceramente, nada. (GDM)*

*I2: Que nos vacunaron en 1º de la ESO. (GDM)*

*I1: 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)*

*I1: 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:

*I4: Que es un virus de transmisión sexual, tanto en hombres como en mujeres. (GDM)*

*I6: Pues voy a empezar yo, que sé muy poco. (...) Yo sé que es una ETS, que afecta principalmente a las mujeres. Creo que puede afectar a los hombres, si no que alguien me corrija. (GDH)*

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:

*I4: Yo puedo añadir, que también sé creo que poco, que se ve en el cuerpo a través de verrugas. Sobre todo, en las zonas genitales, aunque también creo que pueden aparecer en otras partes del cuerpo. (GDH)*

*I2: Sí, porque es que tampoco las verrugas no aparecen en todas las ocasiones. Y además eso, pueden ser genitales y plantares, no sé si puede haber algún tipo más, pero... Sé que también como pueden aparecer las verrugas en sitios distintos. (GDH)*

*I4: (...) No sé si esta provoca también verrugas genitales. (GDM)*

*I5: (...) Pero que hay pequeños signos que pueden indicar que lo has tenido o que lo tienes. (GDM)*

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:

*I3: En el sentido de, el 80% de las mujeres a lo largo de la vida lo vamos a pasar y no nos vamos a dar cuenta y se va a ir solo. (GDM)*

*I5: Bueno, y es la enfermedad de transmisión sexual más común, si no estoy equivocado. (GDH)*

*I3: ¿Más que... ¡ay! ¿cómo se llama? (GDH)*

*I6: El VIH. (GDH)*

*I3: No, es mucho más común. (...) Ya me vendrá. (GDH)*

*I1: No sé cómo está el ranking, la verdad. (GDH)*

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:

*I3: Y también que se puede transmitir tanto por penetración como por sexo oral. (GDH)*

*I2: Y el roce de la piel... (GDH)*

*I5: Pues yo hubiera dicho que relaciones sin protección, pero... no lo sé. (GDM)*

*I1: Yo, por lo que tengo entendido, son fluidos; pero no lo sé seguro. (GDM)*

*I4: Yo no estoy segura, no sé si es por contacto. Porque no sé si esta provoca también verrugas genitales, en tal caso, imagino que por contacto y fluidos; o sea, todo. (GDM)*

*I3: Piensa que el sexo, o sea, la penetración... Lo que se pueda contagiar por penetración se contagia por sexo oral. (GDM)*

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:

*I1: Yo no he escuchado nunca nada de él. (GDM)*

*I4: Claro, se oye más de otros que son más prevalentes. (GDM)*

*I1: Como el de pulmón. (GDM)*

*I4: Yo, por ejemplo, no he visto en las noticias la incidencia del cáncer de cuello uterino, en la vida. (GDM)*

Solo una participante asocia el VPH con otros tipos de cáncer como el cáncer de pene, el de faringe y el de laringe:

*I4: Que es un virus de transmisión sexual (...) que puede provocar el desarrollo de cánceres de cuello uterino, de pene, incluso de faringe o de laringe, yo creo. (GDM)*

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. Únicamente un participante señala la vinculación del VPH con el cáncer de boca, lo que causa extrañeza entre los compañeros:

*I3: Cáncer de pene... (GDH)*

*I5: Toda la parte rectal y anal también están dentro. (GDH)*

*I3: Cáncer de boca también...(GDH)*

*I6: ¿Cáncer de boca? (GDH)*

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.

*I4: Y que no sé muy bien cuál es el tratamiento. (GDH)*

*I3: Tengo entendido que hay cinco tipos, además, que son cancerígenos que cuando te lo detectan, el tratamiento es que a las mujeres les extirpan el cuello uterino directamente y a los hombres, una especie de quimioterapia, porque no les puedes extirpar el pene... (GDH)*

### **7.2.2. Creencias y actitudes ante el VPH**

Como se afirma en el estudio de Medina et al. (2018), las creencias ejercen un papel determinante en las conductas preventivas en salud. Una creencia es una idea que es tomada por verdadera por quien la ostenta. De acuerdo con el Teorema de Thomas, las personas adecuan su conducta de acuerdo a sus creencias. En este sentido, conocer las creencias y

las actitudes de la población objetivo en relación al VPH y las enfermedades relacionadas nos otorga información valiosa en relación a la inclinación a la participación en las estrategias de prevención de las generaciones adolescentes, presentes y futuras. 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:

*I4: Si es la más común, yo creo que, al ser la más común es la que más se infravalora el riesgo que puede tener. (GDH)*

Hay quien incluso señala que el VPH es más grave que el VIH:

*I2: Sí, es que es mucho más posible vivir a día de hoy con SIDA (...) que vivir con el VPH que las consecuencias pueden ser mucho peores. (GDH)*

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:

*I4: Que muy bien la infección, pero también puede provocar el desarrollo de cánceres (...) Y que, pues muy feo, en general. Poco agradable de coger. (GDM)*

*I3: El 80% o el 70% de las mujeres lo vamos a pasar en algún momento de nuestra vida, en el mayor de los casos se cura solo, por así decirlo. Solamente en un poco por cien sí que puede derivar en un cáncer. (GDM)*

Hay quien incluso señala la existencia de tipos de VPH de riesgo oncogénico:

*I2: Hay un montón de tipos de VPH, no sé si casi cien o así... (GDH)*

*I3: Sí. Tengo entendido que hay cinco tipos, además, que son cancerígenos. (GDH)*

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:

*I2: Pero, simplemente nos decían: "Hay que vacunarse porque te pueden pasar cosas muy malas", y tú: "bueno, pues vale". (GDM)*

*I1: Sí, si me voy a morir yo lo hago. (GDM)*

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:

*I5: Sí que conocía el virus por un caso de una persona que falleció de cáncer de cuello uterino, entonces, claro, ese era mi primer imput 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:

*I5: Luego escuché que seguramente todos lo hemos tenido o lo tendremos, otra cosa es ya que pueda acabar desarrollando cáncer. (GDM)*

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:

*I3: Las consecuencias son menos graves para los hombres. (GDH)*

*I1: 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:

*I5: Lo que pasa también de todas formas es que el VPH está como directamente relacionado en un porcentaje altísimo con el cáncer de cuello uterino. (GDH)*

Las mujeres muestran una mayor percepción de la gravedad del cáncer de cérvix, a pesar de manifestar tener poca información al respecto:

*I4: 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)*

*I5: Sí, que es asesino. A mí mi amiga me dijo: "es el asesino". (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:

*I2: Sí, bueno, a parte de las mujeres y las personas con vagina y con útero, pues la comunidad LGTB. (GDH)*

*I6: En los hombres, el riesgo de contraer esta enfermedad, este virus es muy poco probable. (GDH)*

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:

*I6: También podría haber un factor económico, es decir, ya añadiéndole a las dificultades que ya presentamos a la hora de poder acceder a estos recursos o de conocerlos, el no tener un poder adquisitivo o el ser una persona vulnerable yo creo que eso dificulta o pone más barreras a que pueda acceder a recursos, a preservativos... y puede propiciar una mayor probabilidad para desarrollar una ETS. (GDH)*

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:

*I4: Yo imagino que, como todas las ETS, pues la gente que está más expuesta al sexo sin protección, tipo “trabajadores sexuales”, en la pornografía, ese tipo de cosas... (GDM)*

*I3: O sea, yo creo que también, en general, la gente que menos educación sexual reciba va a ser más vulnerable; es decir, también tiene que ver con el nivel educativo en ese sentido. (GDM)*

*I5: En mi imaginario todas las personas que no estamos vacunadas de eso podemos contraerlo o incluso tener consecuencias más graves contrayéndolo. (GDM)*

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:

*I5: Y que, según me contó mi amiga, ella también tenía muchas posibilidades de tener lo mismo. (GDM)*

*I4: Imagino que habrá una predisposición genética. (GDM)*

En los hombres, la falta de cuello uterino se traduce en una menor percepción de la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades relacionadas:

*I2: Aunque no tengamos útero, aunque las consecuencias para los hombres cis sean mucho menores (...) (GDH)*

### 6.2.3. Nivel de conocimiento de las estrategias de prevención

En este apartado se presentan los resultados referentes al nivel de información que maneja la población objetivo en relación con las principales estrategias de prevención del VPH y de los cánceres asociados, que son: el uso del preservativo, el programa de vacunación y las citologías. Se trata, por tanto, de una dimensión crucial para el presente estudio.

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:

*I3: Cubre el 90 y largos por ciento de las ETS. (GDH)*

*I3: Con preservativo interno, externo, banda de látex. (GDM)*

*I3: Sólo previene de ITS el preservativo. (GDM)*

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:

*I3: Que yo sepa los chicos también estamos vacunados del VPH, ¿no? (GDH)*

*I1: No lo sé. (GDH)*

*I2: Sí, lo que hablábamos que estábamos todos dudando si realmente los chicos nos habíamos vacunado. (GDH)*

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:

*I1: Yo al menos en el instituto se fueron todas las chicas a vacunar y los chicos nos quedamos ahí como: "eh no sé qué..." (GDH)*

*I2: Yo es que a nosotras estábamos en 1º de la ESO y nos dijeron: "Al hospital todas, a pincharos". En 1º y en 2º de la ESO. Dos veces. (GDM)*

*I5: No sé hasta qué punto la vacunación, cuánto previene, no tengo ni idea, no tengo información. (GDM)*

*I3: Es que es muy fuerte el desconocimiento. (GDM)*

En el GDM sólo una mujer había quedado excluida del programa de vacunación contra el VPH por haber nacido antes del 1994. La participante manifiesta haber recibido cierta información de la vacuna de parte de su ginecóloga, pero considera que esta es insuficiente:

*I5: A mí, mi ginecóloga me aconsejó, ponérmela, pero solo sé que son dos dosis y que hay que pagar bastante dinero, en mi caso. (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. Como ya se ha mencionado en el apartado de “Creencias y actitudes ante el VPH”, lo único que les fue trasladado es que de no vacunarse se arriesgaban a padecer consecuencias muy graves. 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:

*I2: Que te pueden pasar cosas muy malas si no te lo pinchas, no sé qué. (GDM)*

*I1: Yo creo que es lo típico de: “Firma esto para que me pongan no sé qué” y lo firman. Si te han dicho los médicos que está bien es porque está bien, lo haces y ya está. (GDM)*

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:

*I5: Me acuerdo que, claro, yo ya no entraba en la franja de... y era un tema de la leyenda urbana: “si eres virgen, sí, si no eres virgen, no”. (GDM)*

*I4: También he escuchado eso, que no es que no se pueda, pero que lo interesante es que lo hagan antes de la primera relación sexual. Entiendo que porque como todo esto está todavía vamos a ver cómo funciona, para asegurarse que la protección es resultado de la vacuna y no tendrías que haber tenido previo contacto, no lo sé, pero imagino que puede ir por ese... (GDM)*

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. En este sentido, una participante comenta que ha visto una noticia sobre la vacunación en niños en Galicia y Cataluña:

*I3: Y luego claro, otro tema aparte, ¿ellos qué? Porque los hombres también contraen el VPH y a ellos no les vacunan. (GDM)*

*I5: ¡Es verdad! (GDM)*

*I1: ¿Por qué a ellos no les vacunan? (GDM)*

*I4: Hoy he visto en el telediario, creo que mucha coincidencia... que en Galicia y en Cataluña... O en Cataluña están vacunando ya o a partir de esta semana, creo, a los niños a partir de 11 años, de manera gratuita, lo pueden solicitar. Y en Galicia que se lo estaban planteando. ¡Y yo creía que eso ya se*

*hacía! Y me he quedado loquísima, porque claro, lo que dices, que los niños también se infectan. (GDM)*

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 Papanicolau**. 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:

*I5: Yo he oído solo citología. Y esa prueba a mí me la han hecho, las veces que he ido me la han hecho. (GDM)*

*I4: ¿Vosotras sabéis lo que es? (GDM)*

*I1: La verdad que no exactamente. (GDM)*

*I5: Pero, luego a mí lo que me han hecho es ponerme una cosa que la dejan ahí que hace como... un ruido raro. Y eso duele un poquito, porque sí que notas ahí que algo están haciendo, yo lo que no sé es lo que es. (GDM)*

De las cinco participantes, solo dos declaran haberse sometido a una citología. Es importante destacar que una de ellas llega a dudar sobre si se ha sometido o no a esta prueba médica, por no manejar información sobre en qué consiste:

*I5: Claro, pero yo ahora estoy dudando de mi concepto de citología. ¡A ver si no me han hecho! Yo juraría que en los resultados ponía resultados de citología. Pero bueno, claro, me ha molestado, digo yo que es eso. (GDM)*

Únicamente una participante declara conocer qué es la citología y que es recomendable solicitarla a partir de los 25 años. Esta información fue obtenida tras una experiencia negativa experimentada por la participante, tal y como ella afirma:

*I3: Te cogen una muestra del cuello del útero para analizarla. (GDM)*

*I3: A partir de los 25 años, cada tres años, tienes que hacerte una citología. (GDM)*

*I3: (...) Luego fui a otro ginecólogo, porque tuve muchos problemas y demás (...) y le conté lo de la citología, yo tenía 18 años en ese momento, y cuando fui a ese ginecólogo, que fue este año, con 22 años, me dijo: “¿Sabes que las citologías lo correcto, o sea, lo saludable, es hacerlas a partir de los 25 años?” (GDM)*

#### **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:

*I5: Aunque he de reconocer que en algún momento he hecho la vista gorda, pero porque emocionalmente no estaba bien y pues, por tema emocional, al final. Por un tema emocional el decir: "esta persona me gusta mucho..." O sea, ceder. Eso me ha pesado alguna vez. (GDM)*

*I3: Y eso está súper relacionado con lo que has dicho tú de la gestión emocional, de que te hagan sentir a ti mal y piensas: "pues voy a ceder entonces, porque me estás haciendo sentir mal." Y al final no es que me estás convenciendo, es que me estás manipulando. (GDM)*

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:

*I3: Lo típico de "me aprieta", "es que yo... confía en mí". (GDM)*

*I5: "Si no, no se me levanta". Eso también lo he escuchado. (GDM)*

*I3: Porque también es verdad que es como eso de "confía en mí que no va a pasar nada, que yo controlo." ¿Y las ITS, qué? ¿No existen? (GDM)*

*I5: También incluso ya no eso, sino decir: "yo he tenido pocas parejas sexuales y todos estamos limpios". (GDM)*

Algunos hombres del GDH también señalan la falta de placer como barrera para el uso del preservativo:

*I3: No sé cómo describirlo, presentas un mayor placer cuando haces las relaciones sexuales sin condón que con condón. Entonces, yo creo que con el condón es como que la gente está deseando quitárselo. (GDH)*

*I6: Conocemos la parte animal, la parte sensitiva, la de querer sentir y notarse eso, que no hay nada de por medio. Y a veces eso pues prima. (GDH)*

En este sentido, ambos sexos están de acuerdo en que la responsabilidad del uso del preservativo recae mayormente en las mujeres:

*I4: Pero, desde la parte de ser mujer, me da la sensación de que lo sufrimos más nosotras que ellos. Esa presión es como que recae sobre nosotras, la responsabilidad de a ver si hay protección, de a ver cómo lo hacemos, de la gestión emocional del momento, incluso por ambas partes; en el sentido de, vale, lo que vamos a hacer va a ser en estos términos, con estas condiciones, estos límites, etc. (GDM)*

*I4: Sí, yo hace dos o tres semanas, un amigo me dijo una frase que yo me quedé loco. Él es heterosexual, me dijo que, si la chica con la que está manteniendo relaciones sexuales acepta hacerlo sin condón, él no se lo piensa, porque prefiere el placer y que si se queda embarazada es ella quien se queda embarazada. (GDH)*

*I2: (...) la parte de la mujer ha sido la que ha tenido mayor carga, el hombre solo se ponía el preservativo y ya se olvidaba de todo e incluso a día de hoy, por lo que veo, también parece que estamos lejos de una conciencia de una relación sexual equitativa, que realmente sea justa para (...) las dos personas que están en la relación, teniendo en cuenta de que sea una relación monógama. (GDH)*

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:

*I3: Y, sobre todo, cuando estás manteniendo relaciones sexuales con una persona que no es una pareja estable, por así decirlo. (GDM)*

*I4: A ver, yo creo que, si no conoces de nada a la pareja con la que tienes relaciones sexuales, es necesario, por todo lo que pueda pasar. (GDH)*

*I3: El preservativo para relaciones esporádicas es indispensable. A mi parecer, ya no solo por embarazos no deseados, sino por lo que puedes pillar por ETS. (GDH)*

*I6: Sí, yo creo que la respuesta que dice todo el mundo, que cuando no conoces a la persona pues de normal la gente sí que emplea el método anticonceptivo que quiera, pero cuando tienes una relación y estás más tiempo con ella, dejas de usarlo.*

Los hombres del GDH perciben un mayor riesgo de no usar preservativo en aquellas relaciones sexuales no premeditadas:

*I3: Donde más miedo me da es en ese tipo de situaciones en las que conoces a la persona X en ese momento y eso, un "aquí te pilló, aquí te mato" en el que no utilizas ningún tipo de seguridad y pasa pues lo que pasa. (GDH)*

Asimismo, los varones refieren que en la adolescencia son más reticentes a utilizar el preservativo:

*I6: Pero sí que yo cuando era más joven percibía eso, era en plan: "bueno, pues mira, como son las primeras veces pues sí que me pongo condón, pero luego ya no." (GDH)*

*I1: La realidad, sobre todo, de los adolescentes, es que a la mínima oportunidad que puedan, se lo van a quitar. (GDH)*

En el GDH también se señaló como posible barrera el coste económico de los preservativos:

*I4: Yo creo también que deberían bajar el dinero. (GDH)*

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:

*I3: Aunque la escasa educación sexual que haya se base solamente en prevención, se nos sigue olvidando que existen riesgos y que existen ITS. (GDM)*

*I2: Ya no solo a la hora de la penetración, sino también a la hora del sexo oral es una cosa que tampoco se tiene en cuenta. (GDH)*

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:

*I6: No sé, a lo mejor suena un poco frío, pero es como decir: ¿por qué cuando vacunan a las personas de la gripe solo vacunan a las personas de 80 o partir de 75 años? Porque, a lo mejor, tienen mayor probabilidad. Se podría buscar una lógica de que a lo mejor tienen mayor porcentaje de contraer esa ETS las mujeres que los hombres. Entonces, no sé... (GDH)*

*I1: Yo creo que... o recuerdo que era menos perjudicial o podía hacer... no sé. Tenía entendido como algo así, que a las chicas las vacunaban en el instituto como casi obligatoriamente, porque podía tener como consecuencias muy graves. Sin embargo, a los chicos no, porque pues tampoco pasaba tanto... o algo así. (GDH)*

*I3: Y(...) ¿ellos qué? Porque los hombres también contraen el VPH y a ellos no les vacunan. (GDH)*

Aun así en el GDH un participante apunta que a los hombres también se les debería de vacunar por una cuestión de responsabilidad social:

*I2: Por eso mismo, me parece más machismo institucional el hecho de que nosotros lo tengamos como más fácil a la hora de escaparnos de que nos lo exijan y que ellas se tengan que encargar socialmente de esa vacuna que todas pasan en la secundaria (...), pero que nosotros, aunque no tengamos una carga pasiva de esa responsabilidad, porque al final los virus de transmisión sexual, las ETS y todo, también hay una responsabilidad social. Da igual que le afecte más a una persona o a otra. (GDH)*

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 es la aparición de efectos secundarios, la falta de investigación o una eficacia dudosa:

*I3: Porque claro, luego están los efectos secundarios de la vacuna, que uno de ellos tiene que ver también, no sé si con cáncer de mama o de endometrio o de algo. (GDM)*

*I5: Claro, yo creo que mi motivo para no ponérmela sería ese, sería que apenas va a tener efectividad, no te va a prevenir e incluso te puede generar algún efecto secundario peor, en ese caso. (GDM)*

*I3: Según ella la vacuna del VPH (...) no estaba demasiado estudiada y se empezó a comercializar porque rentaba comercializarla. (GDM)*

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:

*I4: Imagino que si se le diera la importancia a este tipo de investigación sobre salud sexual y salud a nivel de movidas que no pasan a las mujeres, si se le diese realmente la importancia que tiene, llegado a un punto habrá que afinar y optimizar esas vacunas y que dejen de dar ciertos efectos secundarios que sí que se están observando ahora. (GDM)*

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:

*I5: Sí, ahora que lo dices, sí. La citología se supone que es una manera de revisar que está todo correcto. (GDM)*

*I4: Sí, pero en relación a prevención del cáncer de cuello uterino no la había escuchado nunca. (GDM)*

Algunas participantes argumentan que ante la ausencia de síntomas no ven la necesidad de realizarse una citología:

*I4: Para mí es como: ¿Para qué te vas a hacer una citología si te encuentras bien? (GDM)*

Todas ellas identifican la citología como una prueba dolorosa, lo que hace que muchas de ellas tengan miedo a realizarla en un futuro:

*I4: (...) No tengo ni idea de lo del Papanicolau. Yo tengo en mi cabeza que eso me da mucho miedo. (GDM)*

*I2: Sí. A mí también. (GDM)*

Asimismo, algunas de las mujeres del GDM identifican como barrera a la realización de la citología la difícil accesibilidad al ginecólogo:

*I1: Pero, en la sanidad pública no accedes fácilmente al ginecólogo. A menos que tengas 45 años y blablablá, ¿no? (GDM)*

*I4: Yo, la primera vez que fui al ginecólogo fue hace un año, después de como 6 años intentando ir (GDM).*

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:

*I5: Sí, a mí me pasó cuando fui por primera vez que tuve esa sensación de que me invalidaron mi preocupación. Y, jolín, si me lo hubieran explicado, de verdad, con otras palabras, ¡cuánto sufrimiento me hubiera ahorrado! Porque esa falta de información, o el cómo a mí me informaron, que no fue la manera, me invalidaron totalmente mis emociones y mis dudas. (GDM)*

*I1: ¡A mí me hizo un daño! y dije: "yo al ginecólogo no quiero ir más" (GDM)*

*I2: No, porque no me gusta a mí, entonces me da muchísima cosa que la gente me lo vea. Cuando me hicieron la ecografía, estaba yo así y el señor ahí con el gel y yo me puse a llorar. Es que lo paso muy mal. (GDM)*

*I5: Yo también cuando fui por primera vez al ginecólogo, con 18 años, fue también eso, fue vergüenza, no sé si lloré por la conversación o después lloré... Yo sé que lloré. (GDM)*

*I4: ¿No te ha pasado también, bueno, u os ha pasado, esto de que vas tú -bueno, ya no digas el ginecólogo, pero, relacionado con estos temas- que vas a una persona que supuestamente tiene que aconsejarte y, más que*

*aconsejarte, es como que te mete miedo, te intenta recriminar cosas...? Entonces tú sales con una sensación de: "He hecho las cosas mal. Madre mía". No sales en paz, de decir: "¡Qué bien! ¡Me han informado!". Te hacen sentir mal. (GDM)*

*I3: (...) me dolió un poco porque me hicieron una citología sin mi consentimiento. Es decir, yo no sabía que me habían hecho una citología. (GDM)*

*I3: O sea, poco a poco vas atando cabos y es como una violencia que ejercen hacia ti tan fuerte que es que, encima, te hacen sentir a ti culpable y que eres una débil y que tú no sabes nada de tu cuerpo y ni si quiera te dan información. ¡Es mi cuerpo, por lo menos tendré que saber lo que me estás haciendo, lo que me estás tocando, lo que me vas a meter! (GDH)*

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**

Como se ha explicado en el apartado "Marco teórico" del actual trabajo, para llevar a cabo esta investigación se han complementado las tres premisas básicas del MCS con algunos postulados de la TCS. En este apartado analizaremos la percepción de la población objetivo sobre 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:

*I5: ¡No! (GDM)*

*I4: Es muy limitado todo. (GDM)*

*I5: Es que, al final, es tener consciencia de lo que está pasando. Pero, no. Me he dejado llevar; o sea, es como que me he informado sólo de unas cosas...Y, bueno, leyendas urbanas hace tiempo que ya las estoy desactivando. Pero, claro, aun así, no sé nada. O sea, no sé lo que es una citología. (GDM)*

En general, los hombres señalan que con los recursos adecuados sí se consideran capaces de tomar decisiones informadas en relación con la salud:

*I6: Yo creo que, con las herramientas que tenemos, ya sea la Administración o fuentes de información como puedan ser Internet u otros servicios, sí que me considero que tendría plenas capacidades para tomar una decisión. (GDH)*

*I1: Claro, yo pienso un poco igual. Creo que las capacidades sí que están ahí, pero que, claro, al final si hay algo que no se habla o que desconoces pues no vas a informarte sobre ello o a buscar adecuadamente. Claro, en el momento en el que lo conozcas sí que pienso que tengo las herramientas adecuadas para poder investigar sobre ello y formarme una opinión sobre el tema. (GDH)*

Únicamente un participante del GDH puso en duda su capacidad para tomar decisiones informadas sobre salud sexual:

*I2: Entonces, en el caso de la salud sexual, yo no tengo pleno desconocimiento, pero sí que iría muy “con pies de plomo” a la hora de dar algún tipo de consejo. Porque me parece muy arriesgado para el tipo de educación que he recibido yo. (GDH)*

El mismo participante considera que las mujeres están más informadas y que cuentan con más recursos en relación con la salud sexual en comparación con los hombres:

*I2: Las mujeres cis se tienen que hacer mamografías o tienen que tener como una visita periódica al ginecólogo (...) Pero, como que nosotros, los hombres cis y las personas con pene es como que no tienen mucho más... Para mí, al menos en el aspecto sexual, lo veo que es como muy limitado. (GDH)*

### **6.3. Razones de participación y no participación en la prevención del VPH y de las enfermedades relacionadas**

En este apartado se recogen las razones de participación y no participaciones verbalizadas por las personas participantes en los GD. Algunas de ellas ya han sido abordadas en los anteriores apartados, pero ahora se presentan de manera más esquemática:

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.

#### **6.4. Propuestas de mejora**

En general, ambos grupos verbalizan propuestas de mejora en relación con la prevención del VPH. La mayoría de las propuestas van encaminadas al aumento de la divulgación sobre salud sexual por parte de la escuela, los medios de comunicación, los profesionales sanitarios y las instituciones. Tanto hombres como mujeres coinciden en que la educación sexual debería ser parte de la educación reglada y no limitarse a infundir miedo sobre los embarazos y las ITS. Consideran que los contenidos sobre salud sexual deben de estar presentes de una manera transversal y desde que el alumnado es pequeño:

*I6: Entonces, yo creo que es algo institucional en el sentido de que debería estar en la educación reglada. (GDH)*

*I3: Y yo pienso que todo esto que tiene que ver con la educación sexual. Tendría que estar... ¡Buah! Es que es un tema muy complicado; para mí tendría que estar en todas partes. Pero, en la escuela desde pequeños y ya no solamente que sea responsabilidad de la escuela, sino también de las familias. (GDM)*

Ante el problema intergeneracional del tabú que supone hablar de sexo con la familia, los participantes señalan que una propuesta interesante es la de formar a los padres en sexualidad para que puedan hablar de ella con sus hijos e hijas de una manera más natural y menos sesgada. Se trata de una iniciativa que, tal y como indican, ya se está llevando a cabo en algunos municipios de la provincia:

*I3: ¿Qué pasa? Que, si las familias han recibido la educación sexual que hemos recibido de manera general y pues contra más mayores, la educación sexual que hayan podido recibir nuestros padres no tiene que ver con la nuestra, ni la nuestra con la de las generaciones que ahora son más pequeñas, pues también necesitan educación sexual las personas mayores. (GDM)*

*I3: No sé, a mí me parece una opción interesante también a tener en cuenta. Que no solo las charlas de sexualidad vayan dirigidas a los jóvenes, sino también a los padres, de cómo comunicarse con sus hijos, que eso en l'Eliana se está montando una cosa de esas, muy interesante, sobre sexualidad, pero para los padres, de cómo comunicarla a los hijos. (GDH)*

*I2: El que los padres no dejen tampoco de educarse y de reeducarse hace que también sea mucho más transversal esa charla y mucho más positiva. (GDH)*

Asimismo, los hombres y las mujeres que estudiaron en un colegio católico opinan que hubiera sido mucho más enriquecedor para su educación sexual que una persona profesional hubiera acudido a sus centros para darles una charla sobre salud sexual, en lugar de ser el propio profesorado quien enseñara estos contenidos:

*I4: Habría estado muy guay el que una persona del centro de salud, a la que correspondiera la zona del colegio, pues hubiese ido. (GDM)*

Respecto a las propuestas de mejora relacionadas con el profesional de la salud, las mujeres señalan la necesidad de un trato más humano que tenga en cuenta la dimensión emocional del paciente. Consideran que el ofrecimiento de una mayor información por parte de los y las profesionales las ayudaría a manejar un nivel de conocimiento más amplio sobre la salud sexual y sobre su propio cuerpo:

*I4: Es que, claro, no sé hasta qué punto quiere meterse sanidad en estas cosas, que en mi opinión debería. Pero, información básica, un folletito, un librito de cómo funcionan estas cosas: "Si eres mujer, pues toma libros sobre el aparato reproductor y ginecología, para que te lo vayas leyendo y cuando tengas una duda, pues tal. Si eres hombre, pues lo mismo, pero de próstatas y cosas de estas" (GDM)*

I3: *O sea, simplemente decir: "Te voy a explicar lo que te voy a hacer, esto, esto y esto" ¡Y te quedas tan tranquila! No se pide mucho, pero por lo visto no es lo común.* (GDM)

Asimismo, para generar respuestas en relación con este apartado, se proyectó en ambos grupos la última campaña de la AEDV para la sensibilización del uso del preservativo contra las ITS, titulada "Siempre con Gana" y destinada a jóvenes de entre 14 y 20 años. Todas las personas participantes de los GD coinciden en que es una campaña que, sin pretenderlo, acaba banalizando las ITS. Los y las jóvenes consideran que la vinculación entre juventud, reggaetón y sexo no se ajusta a su realidad y que para ellos hubiera resultado mucho más efectiva una campaña verdaderamente informativa. Además, algunos participantes confiesan desconfiar de las campañas realizadas por las instituciones por sus mensajes moralizantes. En este sentido, los hombres opinan que una buena estrategia de sensibilización sería contar con los verdaderos referentes de la población adolescente, concretamente con los *streamers* de *Twitch*:

I3: *Si yo tuviera que elegir un medio o un canal para llegar a los jóvenes, yo lo tengo clarísimo: los streamers de Twitch.* (GDH)

I3: *Si el Ministerio de Sanidad coge a Ibai y le dice: "Tío, tenemos que hacer una promoción de la salud sexual porque estamos teniendo todos estos problemas con los jóvenes y no hay manera de frenarlo, cada vez va a más". Pues yo creo que no le costará nada dedicar un streaming o incluso él, siendo como es, realizar un evento o cosas así.* (GDH)

I4: *Sí, porque es un referente.*(GDH)

I3: *¡Son referentes! ¡Tienes que coger referentes! No tienes que intentar parecerte a lo que le gustan, sino coger a los propios referentes.* (GDH)

En general, las mujeres desconfían más de los *influencers* como fuentes de información:

I5: *No podemos pensar que los influencers son personas que están educando, porque es al revés, están "deseducando".* (GDM)

I2: *Influencian de una forma muy mala.* (GDM)

Por ello, señalan la eficacia de los contenidos *mainstream*, especialmente de las películas y las series, para trasladar a la ciudadanía cuestiones sobre salud sexual:

I4: *¿Sabes una cosa que a mí me pareció brutal? -En cuanto a campañas para promover el uso del preservativo y todo esto- El otro día, por primera vez en mi vida, estaba viendo una serie y había una escena de sexo ¡y sacaba el chico un condón! (...) y dije: "¡Qué guay! Es la primera vez que veo una escena de sexo real en una serie o en una película" (...) Esto creo que es muchísimo más efectivo que este tipo de campañas.* (GDM)

*13: ¡Sí! La representación del sexo de manera más natural yo creo que haría muchísimo más que este tipo de campañas. (GDM)*

*14: Si en Élite se mostraran condones, habrían hecho muchísimo más por la salud sexual. (GDM)*

## 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.

No obstante, cabe destacar el carácter exploratorio de la actual investigación, de manera que las conclusiones que a continuación se presentan deberán tomarse en cuenta como nuevas hipótesis para futuros estudios más profundos, donde podrán ser sometidas a pruebas de significación estadística. De igual forma, es menester advertir sobre ciertas limitaciones detectadas en el presente estudio. En primer lugar, no ha sido posible incluir como sujetos de estudio a personas pertenecientes a grupos culturalmente minoritarios o diversos, por lo que podrían no estar observándose ciertas dimensiones culturales presentes en los discursos de la población joven. Tampoco se ha podido incorporar a personas dependientes o con algún tipo de discapacidad, por lo que en estas conclusiones pueden haberse excluido dimensiones importantes, especialmente asociadas a la autonomía en decisiones de salud.

Asimismo, debido a limitaciones de medios y tiempo, no han podido celebrarse diferentes GD atendiendo a las variables de orientación sexual y clase social o nivel socioeconómico. Dos dimensiones que consideramos de gran relevancia para el estudio de los discursos en relación a cuestiones sobre salud sexual. Por todo ello, animamos al incremento de más investigaciones en esta línea, que puedan integrar todas estas variables para la producción de un conocimiento mucho más completo.

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 nivel de conocimiento medio-bajo 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 1**<sup>27</sup>, 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 5**<sup>28</sup>.

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

---

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> H5: Existen normas sociales, comportamientos culturales y religiosos que influyen en las dudas sobre el VPH y sus estrategias de prevención.

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 3**<sup>29</sup>.

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. Teniendo en cuenta todos los resultados hasta ahora presentados en este apartado, podría afirmarse que el presente trabajo presenta un buen grado de cumplimiento de su **OE2**.

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. A pesar de que hace tan solo dos semanas el nuevo conseller de sanidad anunciara sus intenciones de extender la vacuna contra el papiloma a los niños, en la Comunitat Valenciana todavía no está reconocida la vacunación gratuita contra el VPH en niños varones. De acuerdo con esta información y con los presentes resultados, podemos aceptar nuestra **Hipótesis 6**<sup>30</sup>.

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. En este sentido, podría considerarse que se ha logrado cierto

---

<sup>29</sup> H3: La percepción de la gravedad y de la vulnerabilidad ante la enfermedad es mayor en mujeres que en hombres.

<sup>30</sup> H6: El costo es una barrera importante para la vacunación de hombres heterosexuales y niños.

cumplimiento del **OE3**<sup>31</sup>, aunque cabe señalar la idoneidad de más estudios que profundicen en estos motivos.

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 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. En relación a estos resultados se apunta a un buen grado de cumplimiento del **OE4**.

Por último, analizaremos el grado de cumplimiento del **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

---

<sup>31</sup> El Objetivo Específico 3 es conocer los discursos manifiestos sobre las razones que determinan la no participación en la vacunación contra el VPH.

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 padres<sup>32</sup>. 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 este sentido podría decirse que se ha cumplido con el **OE1**, al haber obtenido información significativa sobre la aplicación del MCS a la problemática abordada. 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.

Estas últimas acciones están fuertemente determinadas por las dinámicas niño-adulto, ya que socialmente se entiende 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.

---

<sup>32</sup> Las adolescentes perciben que, a su vez, sus padres acataron el criterio médico sin informarse más allá.

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.

## BIBLIOGRAFÍA

Aggarwal, P. Ben Amor, A. (2022). Cervical Ectropion. StatPearls Publishing. PMID: 32809544.

Al Adib, M. (2021). Hablemos de nosotras: Reflexiones de una ginecóloga rebelde. Madrid: Ediciones obero.

Alonso, L. E. (1998). La mirada cualitativa en sociología. (1a. ed. 2a. imp. ed.). Ed. Fundamentos.

Arbyn, M. Xu, L. Simoens, C. Martin-Hirsch, PPL. (2018). Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD009069. DOI: 10.1002/14651858.CD009069.pub3

Banco Mundial. (2022) Población, total - Data. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>, acceso el 21 de abril de 2022

Biblioguías: PubMed: MeSH Database. (2021). biblioguías.uam. <https://biblioguías.uam.es/tutoriales/pubmed/meshdatabase>, acceso el 22 de mayo de 2022

Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2008). Una invitación a la sociología reflexiva (Revisado). Siglo XXI Editores.

Bray, F. Ferlay, J. Soerjomataram, I. Siegel, R. L. Torre, L. A. & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians; 68(6), 394–424.

Bruni, L. (2018). Global vaccine uptake and projected cervical cancer disease reductions. HPV World, 1(24) <https://www.hpvworld.com/articles/global-vaccine-uptake-and-projected-cervical-cancer-disease-reductions/>, acceso el 10 de marzo de 2022.

Burd, EM. (2003). Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cervical. Clin Microbiol Rev.;16(1):1-17. doi:10.1128/CMR.

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](http://www.cdc.gov/cancer/dataviz), acceso el 20 de febrero de 2022.

CDC. (2017, 7 de febrero). Infección genital por VPH: Hoja informativa. <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>, acceso el 20 de abril de 2022.

CDC. (2018, 15 de octubre). Información para los adolescentes y adultos jóvenes. <https://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-teens-spa.htm>, acceso el 1 de mayo de 2022.

Chow, E.P.F. Carter, A. Vickers, T. et al. (2021, julio). Effect on genital warts in Australian female and heterosexual male individuals after introduction of the national human papillomavirus gender-neutral vaccination programme: an analysis of national sentinel surveillance data from 2004–18. *The Lancet Infectious Diseases*, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00071-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00071-2)

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-contra-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.

Conde, F. (2009). *Análisis Sociológico Del Sistema De Discurso*. CIS.

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](https://www.consalud.es/pacientes/necesitas-virus-papiloma-humano_75225_102.html), acceso el 20 de abril de 2022.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2017). *Estrategia de salud sexual y reproductiva de la comunitat valenciana. 2017 - 2021*. Generalitat Valenciana.

de Francisco, P. (2022, 21 marzo). ITS en adolescentes: aumentan en más de un 50% los casos de gonorrea, clamidia y sífilis desde 2016. *Consalud*. [https://www.consalud.es/pacientes/its-adolescentes-duplican-casos-reduce-diagnostico-pandemia\\_109990\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/its-adolescentes-duplican-casos-reduce-diagnostico-pandemia_109990_102.html), acceso el 21 de mayo 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.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. (2019, noviembre). *Vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) en el calendario de vacunación*.

Drzewiecki, C.M. Juraska, J.M. (2020) The structural reorganization of the prefrontal cortex during adolescence as a framework for vulnerability to the environment. *Pharmacol Biochem Behav*;199:173044.

Esteban, M.L. (2007). *Introducción a la antropología de la salud*; Bilbao: Osalde; (ed.)

Fausto-Sterling, A. (2022). *Cuerpos sexuados*. Melusina Editorial.

Farquhar, C.M. (2005). Ectopic pregnancy. *Lanceta*; 366(9485):583-91.

Foerster, V. Khangura, S. Severn, M. (2017). HPV Vaccination in Men: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; PMID: 29266907.

Franco, E.L. (1995). Cancer causes revisited: human papillomavirus and cervical neoplasia. *Cancer Inst.*; 87: 79-780.

Galván, A. (2021, 3 septiembre). Los dermatólogos advierten de un nuevo aumento de las ITS en jóvenes. *Academia Española de Dermatología y Venereología*. <https://aedv.es/los-dermatologos-advierten-de-nuevo-aumento-de-its-en-jovenes/>, acceso el 8 de mayo de 2022.

García, A. F. J. (2022, 1 enero). Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: Recomendaciones 2022 | *Anales de Pediatría*. *Anales de pediatría*. <https://analesdepediatría.org/es-calendario-vacunaciones-asociacion-espanola-pediatría-articulo-S1695403321003829?referer=buscador>, acceso el 3 de mayo de 2022.

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.

Haraway, D. (2007). *Ciencia, cyborgs y mujeres/ Science, Cyborgs and Women: La Reinención De La Naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Harro, CD. Pang, RBS. Roden, A. Hildesheim, Z. Wang, MJ. Reynolds, TC. Mast, R. Robinson, BR. Murphy, RA. Karron, J. Dillner, JT. Schiller y DR. Lowy. (2001). Ensayo de seguridad e inmunogenicidad en voluntarios adultos de una vacuna de partículas similares al virus del papiloma humano 16 L1. *Instituto de Cáncer*; 93: 284-292.

Hernández, B. Vidal, E. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad; 16(4), 625-634.

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/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>, acceso 20 de abril de 2022.

Jin, XW. Cash, J. y Kennedy, AW. (1999). Tipificación del virus del papiloma humano y reducción del riesgo de cáncer de cuello uterino. *Cleveland Clinton. J.Med*; 66: 533-539

Kjaer, SK. Sigurdsson, K. Iversen, OE. Hernandez-Avila, M. Wheeler, CM. Perez, G. Brown, DR. Koutsky, LA. Tay, EH. García, P. Ault, KA. Garland, SM. Leodolter, S. Olsson, SE. Tang, GW. Ferris, DG. Paavonen, J. Lehtinen, M. Steben, M. Bosch, FX. Dillner, J. Jaura, EA. Majewski, S. Muñoz, N. Myers, ER. Villa, LL. Taddeo, FJ. Roberts, C. Tadesse, A. Bryan, J. Maansson, R. Lu, S. Vuocolo, S. Hesley, T. Saah, A. Barr, E. Haupt, RM. (2009) A pooled

analysis of continued prophylactic efficacy of quadrivalent human papillomavirus (Types 6/11/16/18) vaccine against high-grade cervical and external genital lesions; 2(10), 868-78. doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-09-0031. Epub 2009 Sep 29. PMID: 19789295.

Krieger, N. (2003). Genders, sexes and health: what are the connections and why does it matter?, *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657

La Voz de Galicia. (2022, 10 mayo). La Xunta incorporará la vacuna del papiloma para los niños en el calendario del Sergas. <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/salud/2022/05/10/galicia-incorporara-vacuna-papiloma-ninos-calendario/00031652173822537882283.htm>, acceso el 21 de mayo 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.

Mace, D.R. Bannerman, R.H.O. y Burton, J. (1975). Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud; Ginebra, OMS; Cuadernos de Salud Pública, 57.

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

Martínez-Salgado, C. (2012, 1 marzo). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*; 17(3):613-619.

Médicos Sin Fronteras. (2022, 4 febrero). El cáncer de cuello de útero es el cáncer de la desigualdad. <tps://www.msf.es/actualidad/malau/cancer-cuello-utero-cancer-la-desigualdad>, acceso el 12 de mayo de 2022.

Medina, ML. Medina, MG. & Merino, LA. (2018). Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. *Avances en Odontología*, 34(6), 311-319.

Ministerio de Sanidad. (2021, diciembre). Plan de prevención y control de la Infección por el VIH y las ITS. 2021 - 2030 en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DCVIHT)

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A working Document*, Ottawa: Department of Health and Welfare.

OMS. (1975). Informe Técnico 572, Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de los profesionales de la salud; Ginebra.

OMS. (2016, junio). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016 - 2021.

OMS. (2019, 6 de junio). Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable. Comunicado de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>, acceso 20 de abril de 2022.

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.

OMS. (2021, 22 de noviembre). Infecciones de transmisión sexual. Centro de prensa. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)), acceso el 20 de abril de 2022.

ONUSIDA. (2022). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>, acceso el 21 de abril de 2020.

OWH. (2019, 1 de abril). Infecciones de transmisión sexual, embarazo y lactancia materna. <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/stis-pregnancy-and-breastfeeding>, acceso el 20 de abril de 2022.

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

Pamplona actual. (2022, mayo 12). La Cámara Foral pide que la vacuna del VPH se amplíe a niños de 12 años en Navarra. <https://www.pamplonaactual.com/articulo/salud/navarra-pleno-apoyo-unanime-que-vacuna-vph-amplie-ninos-12-anos-navarra/20220512190529301372.html>, acceso el 21 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.

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de las Comunidades Autónomas. (2007, 20 de febrero). Virus del Papiloma Humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. (O: Grupo de Trabajo VPH 2007 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. VPH, Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. Comisión de

Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en [https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH\\_2007.pdf](https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf))

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.

SEER. (2021). Cancer of the Cervix Uteri - Cancer Stat Facts. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>, acceso 28 de febrero de 2022.

Shannon, C.L. y Klausner, J.D. (2018). La creciente epidemia de infecciones de transmisión sexual en adolescentes: una población desatendida. *Opinión actual en pediatría* , 30 (1), 137–143.

Soto, F. Lacoste, J. Papenfuss, R. Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*; 71(4)

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.

Statista. (2021, 4 junio). Número de fallecimientos por carcinoma de cérvix España 2006–2019. <https://es.statista.com/estadisticas/593272/numero-de-muertes-por-cancer-de-cervix-en-espana/>, acceso el 24 de mayo de 2022

Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. (2021). Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública.

United Nations. (2019). World Population Prospects - Population Division <https://population.un.org/wpp/dataquery/>, acceso 28 de febrero de 2022.

Valls-Llobet, C. (2019). *Mujeres, salud y poder (Feminismos)* (7.a edición). Madrid: Ediciones Cátedra.

Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitán Swing.

Walboomers, JM. Jacobs, MV. Manos, MM. Bosch, FX. Kummer, JA. Shah, KV. Snijders, PJ. Peto, J. Meijer, CJ. Muñoz, N. (1999) Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide; *189(1):12-9*. doi: 10.1002, PMID: 10451482.

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.