



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

**PROGRAMA DE DOCTORADO DE CIENCIAS DE LA
SALUD**

“Información y confianza sobre el uso de las vacunas.

El caso del Virus del Papiloma Humano”.

T E S I S

Para obtener el título de doctora con mención internacional

Doctoranda:

María González Cano-Caballero

Tutora:

Dra. Eugenia Gil García

Directores de tesis:

Dr. Francisco Garrido Peña

Dra. María Dolores Cano-Caballero Gálvez

Facultad de
Enfermería,
Fisioterapia y
Podología.

Agradecimientos

Quiero dar las gracias a todas las personas que han colaborado directa o indirectamente al desarrollo de esta tesis doctoral.

A los alumnos, progenitores y profesionales sanitarios que se prestaron a colaborar en esta tesis, así como a los directores de los centros de educación participantes y coordinadores/as de los centros de Atención Primaria.

A mi director, Dr. Francisco Garrido Peña y a mi tutora Dra. Eugenia Gil García, por apoyarme en este proceso tan largo y resolver todas las dudas y los problemas que han ido surgiendo durante el camino.

A la Dra. M^a Dolores Cano-Caballero Gálvez, por el papel tan difícil que ha tenido en los años de realización de la tesis como directora y madre. Como directora gracias por permitirme aprender tanto durante estos años y darme fuerzas en los momentos más difíciles. Gracias por transmitirme la ilusión por la investigación y por convertirse en mi gran maestra.

Como madre gracias por darme a conocer la Enfermería y hacerme llegar tu amor por esta profesión, si he llegado hasta aquí es por todo lo que me has aportado durante mi vida. Gracias por la exigencia para que aspirase siempre a algo más, ha sido el motor que me ha hecho seguir creciendo personal y profesionalmente. Gracias por el apoyo, cariño y paciencia porque sin ellos no hubiese llegado hasta aquí.

A mi padre, Eduardo, por el apoyo incondicional que me ha dado, por no dejarme caer por el camino y por su infinita paciencia durante este proceso.

Si hoy en día soy alguien es por ellos, porque no podría tener mejores padres que los que tengo.

A mi hermano Eduardo, por apoyarme y animarme a no rendirme nunca. Por enseñarme que con esfuerzo los sueños se pueden llegar a conseguir.

A Jesús, mi compañero de vida, gracias por apoyarme en todas las decisiones que he tomado y animarme a seguir creciendo. Por su paciencia y entendimiento de mis horas dedicadas a este proceso. Por sacarme siempre una sonrisa en los momentos mas duros y hacerme ver el lado positivo.

A Bibiana, por ser mi compañera de fatigas en estos años y compartir conmigo este proceso.

Al profesorado de la E.U.E Virgen de las Nieves de Granada por enseñarme a dar los primeros pasos como enfermera, parte de los que soy profesionalmente es gracias a esos grandes profesionales.

A todas las personas que me han acompañado durante este proceso y de alguna u otra manera me han dado fuerzas para seguir adelante.

Resumen

Introducción: El Virus del Papiloma Humano es de las enfermedades de transmisión sexual más comunes, pero su tasa de vacunación es de las más bajas en Andalucía. El objetivo de este estudio es detectar e identificar creencias y discursos científicos, profesionales, institucionales y sociales sobre la vacunación contra el VPH, así como las actitudes de los agentes implicados en el proceso de vacunación del VPH.

Método: Investigación cualitativa mediante 26 grupos focales realizados en Granada, Sevilla y Jaén, de los cuales 15 se realizaron a alumnos de 3º y 4º de E.S.O, 5 a progenitores y 6 a profesionales de centros de Atención Primaria. Análisis de contenido de tipo semántico con categorización de respuestas en unidades temáticas.

Resultados: Los adolescentes y progenitores no reconocen la sintomatología del VPH y tampoco conocen el modo de transmisión. No identifican que los varones puedan padecer la infección. La mayoría de las madres están de acuerdo con la vacuna del virus del papiloma humano, pero reclaman más información por parte de los profesionales sanitarios. Respecto a la sexualidad y conductas de riesgo, los adolescentes expresan que la mayoría han tenido relaciones y muchos han realizado conductas sexuales de riesgo. Las madres consideran que sus hijos/as no tienen edad todavía para mantener relaciones. Los profesionales reconocen las dificultades de llegar a la población adolescente en temas de prevención de conductas sexuales de riesgo, por falta de tiempo y poca preocupación de los adolescentes por las medidas preventivas. En referencia al VPH reconocen la sintomatología de la infección, pero no todos tienen claro si el varón padece la enfermedad, así como la asociación de la infección con cánceres distintos al de cérvix. Los discursos contrarios a la vacuna les hace dudar a la hora de recomendar la vacuna, dejando en manos de los progenitores la decisión de la vacunación de sus hijas. La menor vigilancia epidemiológica, en relación a otras vacunas, de la administración sanitaria en cuanto al cumplimiento del calendario de vacunación contra el VPH fomenta la desconfianza en los profesionales sobre la eficacia clínica de esta vacuna.

Conclusiones: Sería recomendable que los profesionales puedan dedicarle más tiempo a los programas de prevención con adolescentes. También establecer estrategias que mejoren la información que tienen los profesionales acerca del VPH, así como de los beneficios de la vacuna, para que puedan transmitirla de manera clara a la población que se la demande; esto evitaría incertidumbre en los progenitores, mejoraría las tasas de vacunación y disminuiría las complicaciones

derivadas de la infección por el virus del papiloma humano. El incremento de la vigilancia y seguimiento del calendario de vacunación por parte de la administración sanitaria reforzaría a las campañas de información y formación y la confianza sobre la eficacia clínica de la vacuna contra el VPH, bloqueando la penetración de los mensajes negativos sobre los supuestos efectos adversos.

Abstract

Introduction: The human papillomavirus is one of the most common sexually transmitted diseases, but its vaccination rate is one of the lowest in Andalusia. The objective of this research is to detect and identify general beliefs together with scientific theory and professional, institutional and social discourses about the HPV vaccine, as well as the attitudes of the agents implied in its process.

Methodology: Qualitative research through 26 focus groups carried out in Granada, Seville and Jaén, out of which 15 were students in 3rd and 4th year of secondary school, 5 parents and 6 health care professionals. Content analysis of semantic type with categorization of responses in thematic units.

Results: Adolescents and parents do not recognise the symptomatology of HPV and fail to know the mode of transmission. They do not identify that males may suffer from the infection. Most of the mothers agree with HPV vaccine, but request that more information be provided by the health care professionals. Regarding sexuality and risk behaviour, adolescents express that the majority has had relations and many have engaged in risky sexual behaviour. Mothers believe that their children are not old enough to engage in sexual activity. Professionals admit the difficulties to reach the adolescent population regarding the prevention of risky sexual behaviour due to the lack of time and little concern from adolescents about preventive measures. Regarding HPV, they recognise the symptomatology of the infection, but not all of them know if the male suffers from the disease, as well as the association of the infection with other cancers different from cervical cancer. The discourses against the vaccine make them doubt when recommending it, leaving up to the parents to decide whether to vaccinate their children or not. In relation to other vaccines, the lower epidemiologic monitoring coming from the health administration regarding the compliance of the HPV vaccination scheduler foment distrust in professionals about the clinical effectiveness of this vaccine.

Conclusions: Professionals would be recommended to spend more time on prevention plans with adolescents. Also to establish strategies which improve the information that professionals have about HPV, as well as the benefits of the vaccine, in order that they can clearly circulate the information when requested. This would avoid uncertainty in parents, improve the vaccination rates and reduce the complications derived from the HPV infection. The increase in the monitoring and tracking of the vaccination scheduler on the part of the health administration would reinforce the education campaigns and the confidence about the clinical effectiveness of the HPV vaccine, thus eliminating the introduction of negative messages about the alleged adverse effects.

ÍNDICE

A. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	13
B. INTRODUCCIÓN	23
1. Adolescencia y conductas de riesgo.....	25
1.1 <i>Definición de adolescencia</i>	25
1.2 <i>Conductas de riesgo en la adolescencia.....</i>	27
1.3 <i>Identificación de factores de riesgo y factores protectores en la salud de los y las jóvenes</i>	28
1.4 <i>Importancia de la educación/intervención por parte de los agentes sociales cercanos en la prevención de conductas de riesgo en jóvenes: familia y grupo de iguales, nuevas tecnología y espacios educativos</i>	30
2. Sexualidad	37
2.1 <i>Definición y componentes de la sexualidad</i>	37
2.2 <i>Sexualidad en jóvenes: conductas sexuales saludables.....</i>	41
2.3 <i>Sexualidad en jóvenes: conductas sexuales de riesgos.....</i>	42
2.4 <i>Conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad.....</i>	47
2.5 <i>Educación sexual.....</i>	48
3. Virus del Papiloma Humano	51
3.1 <i>Características y clasificación del VPH.....</i>	51
3.2 <i>Clasificación de las lesiones que produce la infección del VPH.....</i>	56
3.3 <i>Recogida de muestra según localización del VPH.....</i>	57
3.4 <i>Prevalencia e incidencia de la infección y sus consecuencias.....</i>	58
3.4.1 <i>Incidencia y prevalencia de la infección en el cuello de útero en mujeres.....</i>	58
3.4.2 <i>Incidencia y prevalencia de cáncer de cuello de útero y mortalidad en mujeres.....</i>	60
3.4.3 <i>Otros tipos de lesiones producida por la infección del VPH en ambos sexos.....</i>	61
3.4.4 <i>Medidas de prevención de la infección del VPH y del cáncer.....</i>	64
4. Vacunas	71
4.1 <i>Definición e historia</i>	71
4.2 <i>Historia de las vacunas.....</i>	72
4.3 <i>Clasificación de las vacunas.....</i>	74
4.4 <i>Programas de vacunación. Calendarios vacunales</i>	77
4.4.1 <i>Calendarios vacunales en España.....</i>	82
4.5 <i>Formación pregrado y posgrado de los y las profesionales sanitarios en vacunas</i>	83
5. Vacuna del Virus del Papiloma Humano.....	85

C. Objetivos.....	101
1. Objetivo general.....	102
2. Objetivos específicos	102
3 Hipótesis	103
D. METODOLOGÍA.....	105
1. Tipo de diseño	107
2. Ámbito de estudio	107
3. Población	107
4. Criterios de selección	113
5. Técnica de recogida de datos.....	113
6. Análisis de datos.....	119
7. Ética de la investigación.....	120
E. Resultados y Discusión.....	121
1. Resultados y discusión del discurso de madres y estudiantes.....	125
<i>1.1 Conductas de riesgo y formación</i>	<i>125</i>
<i>1.2 Sexualidad.....</i>	<i>132</i>
<i>1.3 Virus Papiloma Humano.....</i>	<i>138</i>
<i>1.4 Vacunas.....</i>	<i>147</i>
<i>1.5 Vacuna VPH.....</i>	<i>157</i>
2. Resultados y discusión del discurso de profesionales sanitarios.....	173
<i>2.1 Conductas de riesgo y formación</i>	<i>173</i>
<i>2.2 Sexualidad en jóvenes.....</i>	<i>178</i>
<i>2.3 Virus del Papiloma Humano</i>	<i>180</i>
<i>2.4 Vacuna del VPH</i>	<i>183</i>
<i>2.5 Administración sanitaria y la vacuna del VPH.....</i>	<i>188</i>
3. Estrategias para mejorar la vacunación	191
<i>3.1 Estrategias que aumentan la demanda de vacunas.....</i>	<i>191</i>
<i>3.2 Estrategias que mejoran el acceso a los servicios de vacunación.....</i>	<i>194</i>
<i>3.3 Estrategias basadas en los profesionales sanitarios y el sistema.....</i>	<i>194</i>
F. Conclusiones/ Conclusions.....	199

G. Bibliografía.....	213
H. Anexos.....	247
1. Anexo 1.....	249
2. Anexo 2.....	250
3. Anexo 3.....	252
4. Anexo 4.....	253
5. Artículo publicado.....	254

Índice de Tablas, Figuras y Gráficos

Tablas

Tabla 1: Factores de riesgo y los factores protectores en las conductas de riesgo en jóvenes...	29
Tabla 2: Clasificación de las vacunas.....	77
Tabla 3: Calendario vacunal infantil.....	82
Tabla 4: Características de las vacunas contra el VPH.....	86
Tabla 5: Programas vacunales del VPH, edad de vacuna, año de inicio en los países y características en los países de Europa.....	97
Tabla 6: Provincias donde se ha realizado el estudio y nº de grupos realizados según tipo de participantes.....	109
Tabla 7: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (137 alumnos).....	109
Tabla 8: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (137 alumnos).....	110
Tabla 9: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (37 progenitores).....	111
Tabla 10: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (45 profesionales sanitarios).....	112
Tabla 11: Guion de entrevista al alumnado de 3º y 4º E.S.O.....	116
Tabla 12: Guion de entrevista a progenitores.....	117
Tabla 13: Guion de entrevista para profesionales sanitarios de Atención Primaria.....	118
Tabla 14: Intervenciones para aumentar las tasas de vacunación y su evidencia.....	196

Gráficos

Gráfico 1: Distribución de las edades a las que se tuvo la primera relación sexual completa, según grupo de edad.....	39
Gráfico 2. Tipo de relaciones sexuales mantenidas al menos una vez, según sexo y edad.....	40
Gráfico 3: Evolución de la tasa de interrupción voluntaria del embarazo, según grupos de edad (2005 y 2014).....	46

Figuras

Figura 1: Evolución posible de las lesiones en el cáncer de cérvix tras la infección.....	54
Figura 2: Número de casos de verrugas genitales y cánceres con VPH 6/11/16/18 diagnosticados cada año en Europa.....	63
Figura 3: Recomendaciones de cribado de cáncer de cérvix en mujeres.....	65
Figura 4: Niñas vacunadas de 11 a 15 años en España por CCAA en 2016.....	94

A. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Un primer posicionamiento que queremos declarar es que la autora de esta tesis se considera feminista y que el análisis de los discursos de las personas integrantes de la investigación, lo ha realizado desde una perspectiva de género. En la presentación de su discurso argumental ha intentado siempre usar, cuando se ha hecho referencia a ambos sexos, la forma neutra, aunque como no siempre ha sido posible, debido a lo sexuado que es el lenguaje español, se ha optado por la utilización del masculino para hacer más fácil la lectura. Una salvedad ha sido en el apartado de resultados, pues se hace referencia a madres o mujeres en lugar de padres o progenitores, pues la mayoría de las personas que acudieron a las reuniones de los grupos focales, en esta categoría, fueron mujeres y sólo 2 padres, de los cuales uno no expuso ninguna argumentación. Solo se ha hecho referencia en masculino cuando se ha expuesto lo que nos aportó el padre participante que habló.

En nuestro trabajo de tesis hemos abordado un tema actual y del que hemos aportado información relevante para entender en fenómeno de la negativa a la vacunación de algunos agentes sociales, y más concretamente, a explicar los factores que influyen para que la vacuna del Virus del papiloma Humano (VPH) sea una de las más cuestionadas, no solo en entre los grupos antivacunas, sino también entre la población provacunas. Además, hemos constatado como las estrategias de las Administraciones Publicas han conseguido que las dudas sobre los efectos positivos de la vacuna y evidenciados por la ciencia, se cuestionen en el ámbito público y profesional, lo que ha ocasionado unas tasas más bajas de vacunación en esta vacuna que de otras. Andalucía tiene la cobertura de inmunización en la vacuna del VPH más baja de España. Creemos que este análisis multifactorial ayuda a entender la importancia de que las estrategias que se utilicen en la introducción de cualquier medida que se considere “beneficiosa” en salud pública debe hacerse desde la transparencia, implicar activamente a los agentes sociales y monitorizar y publicar los resultados utilizando las metodologías de la información y comunicación existentes de forma activa.

El posicionamiento de “laisse faire” de la Administración, hace que otros grupos ocupen de forma oportunista el espacio de informativo, difundiendo y creando respuestas contrarias al bien común. Creemos en la pertinencia de este trabajo, pues se realiza para dar visibilidad de que existe una corriente de opinión contraria a la implementación de la vacuna del VPH, aunque esta se ha demostrado científicamente eficaz y eficiente para la prevención de la infección que progresa a cáncer, en un momento donde la salud es un bien público y donde la cantidad de información que la ciudadanía puede llegar a recibir es elevada, pero en cambio no siempre tiene concordancia con la calidad, a veces, incluso va en detrimento de esta última. Presentar el análisis de como los propios agentes sociales implicados explican cómo perciben el fenómeno, cree-

mos que ayuda a clarificar cuáles son los puntos claves que han fallado en la implementación de una medida que mejora la salud de la población.

Para ello, hemos diseñado un esquema de trabajo que exponemos a continuación:

En el primer epígrafe de la introducción se aborda el concepto de adolescencia y lo que se denominan conductas de riesgo, conductas protectoras de la salud y se presenta su clasificación. Aquí se analiza, siguiendo la evidencia publicada, lo relevante que es esta etapa en la construcción de la personalidad adulta y para adquirir hábitos saludables. Para ello, se plantea conceptos como resiliencia y algo primordial que es que el adolescente debe ligar el concepto de conducta saludable a un razonamiento o criterio social que tengan correlación para él. Hemos hecho también un análisis de la importancia de la educación e intervención, por parte de los agentes sociales cercanos, en la prevención de conductas de riesgo en jóvenes: familia y grupo de iguales, nuevas tecnologías y espacios educativos. Se ha planteado el nexo entre las conductas de riesgo y la funcionalidad familiar, pues la falta de comunicación con los padres se asocia a la falta de comunicación con amigos y al consumo de alcohol y drogas a edades muy tempranas. Otro apartado expuesto es la importancia de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC,s) en este grupo de edad. En los denominados “nativos digitales” sus vidas se estructuran alrededor de Internet, lo que está haciendo, por esta influencia, que un buen número de sus experiencias cotidianas se estén modificando. El espacio educativo es otro pilar que forma y estructura la personalidad del adolescente. Hemos justificado con referencias bibliográficas que cuando el adolescente asiste a programas integrales y flexibles, se le capacita para prevenir las conductas de riesgo y sus consecuencias; y por tanto es capital que el profesional de la educación se comprometa en ello. Como se ha planteado, existen otros recursos en la socialización del adolescente que son el grupo de iguales, pues es el espacio donde desarrollan mayoritariamente las habilidades sociales y donde encuentra puntos de referencia para desarrollar una identidad adulta fuera del espacio familiar. Entre iguales se progresa hacia la autonomía y la independencia personal. Por tanto, en este apartado justificamos lo elemental, que es que el adolescente en su ambiente cercano se sienta bien tratado, con respeto y libre e informado para tomar decisiones en su vida independientemente, pues así optará por mantener su salud y no asumir riesgos innecesarios.

El segundo apartado de la introducción se acerca a la sexualidad como tema primordial en la etapa adolescente y de esta investigación. Se expone el concepto y los componentes de la sexualidad. Se definen términos que creemos importantes para aclarar conceptos claves en materia sexual, como son: sexo, género, orientación, identidad, expresión de género, conducta sexual,

etc. Se plantea la importancia de las conductas sexuales saludables y como los estudios explican que se debe superar el concepto de miedo o rechazo a la sexualidad (separar la sexualidad de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados), y si integrar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la sexualidad para que sea placentera y saludable. No parece interesante destacar como van unidas las conductas sexuales precoces de riesgo, con otras conductas no saludables. Se explican los cambios acaecidos en las conductas de los jóvenes actuales, pues de la primera relación sexual actualmente se realiza mayoritariamente antes, y también, ha aumentado el número de parejas que tienen en ese periodo. Estos hechos hacen necesaria una adecuación del discurso preventivo. Hemos querido resaltar los estudios que explican las diferencias de género en la calificación que se da a las conductas sexuales en el género femenino y masculino, mientras para ellos es una forma de reconocimiento social, lo que hacen que sean menos precavidos en tomar medidas protectoras; para las féminas su conducta sexual las relaciona con la moralidad, a mayores contactos sexuales más se descalifica a su persona. En cambio, ellas son las que más conductas sexuales preventivas realizan. Lo que más les preocupa y reconocen como riesgo sexual los jóvenes, sus progenitores e incluso profesionales son: el embarazo y las enfermedades que se les ha dado una mayor difusión como el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y la Hepatitis. Se informan de las estadísticas sobre los métodos de protección y anticonceptivos utilizados entre los jóvenes según fuentes oficiales, así mismo se expone la necesidad de mayor formación e información para evitar complicaciones en su salud. Se explica en el apartado de educación sexual la importancia de las relaciones familiares para una buena salud sexual. La educación de los hijos comienza en la familia y la sexual también; la colaboración de profesionales de la educación y la sanidad serían el tandén perfecto que completaría el circuito formativo.

Un apartado que consideramos fundamental, es el apartado destinado a la presentación del VPH. Hemos dado a conocer qué tipo de virus es, el mecanismo de transmisión, su gran poder de contagio, las manifestaciones clínicas y subclínicas, su forma natural de evolución hacia la curación o hacia la formación de lesiones cancerosas, los factores de riesgo para el contagio. Así mismo, hemos explicado el sistema de clasificación Bethesda que tipifica el tipo de lesión producida por el virus y da una gran información al profesional sanitario sobre esta. Hemos creído conveniente acercarnos y publicitar la mejor evidencia en la técnica de recogida de las muestras en personas con o sin infección del VPH para su posterior análisis. Se han dado a conocer las estadísticas de prevalencia e incidencia a nivel mundial de la infección por le VPH y de las lesiones que produce cuando la infección persiste. Así mismo hemos diferenciado las lesiones dependiendo del poder oncogénico del virus. En esta sección también se ha abordado la importancia del cribado a la

población como método de prevención del cáncer producido por la infección por el VPH. Se ha presentado las evidencias que plantea la bibliografía científica sobre a qué mujeres y cuando hay que realizar el cribado para prevenir el cáncer de cuello de útero. Nos pareció interesante terminar este apartado con el discurso del ginecólogo Jesús de la Fuente que explica como cuando se le hace el diagnóstico a una persona de que tiene una lesión producida por el VPH, cambia su calidad de vida.

Otra sección de la introducción la hemos dedicado a las vacunas: su definición, historia, calendario vacunal y la legislación sobre la vacunación. Se ha explicado el debate sobre la conveniencia de una vacunación obligatoria o voluntaria, así como los criterios que debe tener la Administración para la introducción de una nueva vacuna en el calendario. Al final hemos reflexionado como las personas expertas en políticas sanitarias cuestiona la formación pre y posgrado que se ofrece a los profesionales sanitarios sobre vacunas, la tildan de deficiente y poco actualizada.

El último epígrafe de la introducción se ha dedicado a la vacuna del VPH. Se ha explicado los tres tipos de vacunas que existen, cuándo se recomienda su administración y a qué población. Se ha defendido eficacia y eficiencia para evitar el contagio, y los escasos efectos adversos de esta vacuna, todo ello basado en los estudios científicos publicados. También se han recogido los datos del porcentaje de niñas de 11 a 15 años vacunadas contra el VPH en España en el año 2016, así como los países europeos que tienen incorporada la vacuna en su calendario vacunal y a quien va dirigida. Concluimos que la vacuna contra el VPH es un recurso costo-efectivo para eliminar la infección y las consecuencias negativas para la salud de la población.

El marco teórico en el que hemos encarado nuestro trabajo ha sido el estructuralismo, pues se explica como las actitudes de la administración y los profesionales han tenido una eficacia simbólica importante en la respuesta ante la vacuna del VPH. Así mismo hemos analizado el efecto perverso relacionado con la respuesta de los agentes sociales a la vacunación, cuando se proclaman unas reacciones adversas (no probadas) a las que se da mayor propaganda, que al fin destinado (evitar el contagio). Otra referencia que se ha utilizado como marco teórico ha sido el concepto de confianza y la estrecha vinculación entre el capital social en las conductas de colaboración con las vacunas, y la lógica en la toma de decisiones de las instituciones.

En el apartado de metodología se especifica el tipo de estudio: cualitativo fenomenológico con grupos focales de estudiantes de 3º y 4º de la E.S.O, progenitores con hijos de esa misma edad y profesionales sanitarios de atención primaria. Se ha buscado alcanzar el objetivo de la investiga-

ción, que es: detectar e identificar creencias y discursos científicos, profesionales, institucionales y sociales sobre la vacunación contra el VPH así como las actitudes de los agentes implicados en el proceso de vacunación en contra de este virus.

Este objetivo, que hemos planteado, nos parece muy relevante, pues las personas actúan y toman decisiones siguiendo un esquema cognitivo según si lo considera adecuado y si da respuesta a sus necesidades percibidas. Con el análisis de los discursos se puede identificar los matices que sus creencias y valores imprimen a lo que realizan, así como sus carencias de información o de información errónea. Esta investigación ha contestado afirmativamente a las hipótesis. Hemos constatado que el rechazo social ante la vacunación contra el VPH es causado por cuatro factores:

- * Discursos científicos y profesionales informales que ponen en cuestión la eficacia de la vacuna y sobredimensionan los riesgos potenciales.
- * Desinformación de los agentes sociales sobre el VPH.
- * El efecto inmunidad provocado por déficit en la formación sexual de adolescentes y familia, que comporta una devaluación de los riesgos, incrementado por el sesgo de género.
- * La falta de seguimiento y vigilancia epidemiológica de la administración sanitaria en los ciclos de vacunación con el consiguiente mensaje institucional de desconfianza sobre la eficacia de la vacunación contra el VPH.

El estudio se ha realizado en Andalucía; en 3 provincias, en centros públicos, privados, y concertados, de zona rural y ciudad, así como que abarcasen zonas de salud distintas y de distinto nivel socioeconómico. La investigadora se formó en investigación cualitativa y análisis del discurso, así como en el uso del programa NVIVO, que le ha servido de ayuda para plantear los resultados.

Los resultados y discusión de los datos obtenidos se han separado según el grupo al que pertenecían los participantes: jóvenes, madres o profesionales sanitarios. Se ha analizado en estos grupos, el conocimiento, el posicionamiento y la actuación en evitar las conductas de riesgo del colectivo adolescente y la promoción de conductas protectoras. Se evidencia que existen dificultades para abordar el tema en las familias, tanto por parte de las madres como de los jóvenes. Los

profesionales sanitarios interactúan con los jóvenes en los colegios, pero no realizan el abordaje familiar, más allá de consultas concretas sobre problemas agudos de salud.

Con respecto a la sexualidad, la mayoría de las madres explican que les preocupa, que intentan abordarlo con sus hijos, pero sus consejos los orientan a que tomen medidas de protección. Observamos diferencias de género en las recomendaciones que se les dan. Hay invisibilidad en los discursos de sexualidades no heteronormativas. Mientras que los hijos se consideran preparados para tener relaciones sexuales y de hecho confirman tenerlas, la mayoría de las madres encuentran que sus hijos son aún muy pequeños para que les preocupe el tema. Los profesionales piensan que lo que más les preocupa tanto para los progenitores y los adolescentes son los embarazos y enfermedades como el SIDA o la hepatitis. Estos profesionales sienten que les falta tiempo en sus agendas para realizar promoción de salud entre los jóvenes.

También encontramos bastante desconocimiento sobre el VPH, sus formas de transmisión, así como quienes se infectan. La infección es invisible y silente para la mayoría de las personas entrevistadas, ya que solo reconocen que puede llegar a producir cáncer de cuello de útero en mujeres como efecto mayor, aunque se obvian la relación con otros tipos de cánceres en mujeres, como en varones. Este desconocimiento hace que se le quite importancia a la prevención.

En el apartado de los resultados sobre su posicionamiento ante las vacunas casi todas las madres e hijos están a favor; una pequeña minoría plantean la maleficencia de las vacunas (efectos adversos no deseados debido a la introducción al organismo tanto de gérmenes, como de sustancias tóxicas) y como con ellas se produce el enriquecimiento de la industria farmacéutica. El efecto rebaño también se ha analizado, así como la influencia de las redes sociales en la decisión de no vacunar. Entre los profesionales no se ha encontrado diferencias, todos están a favor de vacunar en general.

Con respecto a la vacuna del VPH hemos analizando los discursos de los participantes, encontrado mayor divergencia en el discurso de madres y profesionales con esta vacuna que con el resto. Desconocen la ventaja de vacunar del VPH a los varones y los mensajes que se les dan desde las instituciones los desconcierta, tanto por la poca transparencia, como por que a esta vacuna se trata con rasero distinto que al resto de las vacunas. Los profesionales consideran que les falta información y que se les dan mensajes contradictorios (no se le manda estadísticas, ni se siguen los mismos protocolos que con otras vacunas, se vacuna solo a chicas, etc.), lo que hace

que no recomienden su administración, dejando en manos de los progenitores la decisión, una decisión poco informada.

Para finalizar justificamos los resultados obtenidos en esta investigación, pues creemos que aporta una mirada distinta a la negativa a la vacunación contra el VPH. Se ha realizado un análisis multifactorial y que ha ofrecido pistas de los errores al implementar actuaciones que pueden ser beneficiosas para la salud de los ciudadanos. Los profesionales sanitarios son una pieza clave a los que hay que formar e instruir cuando se introducen cambios en la atención, para que transmitan a la ciudadanía seguridad y den una información que permita a la población tomar decisiones con un consentimiento informado real basado en la evidencia.

B. INTRODUCCIÓN

1. ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DE RIESGO

1.1 Definición de adolescencia

La adolescencia es un periodo en la vida del individuo que podemos definirla como un constructor social, pues como la entendemos actualmente en las sociedades occidentales no existe en otras culturas en el momento presente; ni se ha definido, como ahora lo hacemos en nuestra propia sociedad, en periodos no muy lejanos de nuestra historia¹.

Miguel Lorente en su artículo del 2009 realiza una reflexión que creemos que es muy interesante y nos puede ayudar a entender la importancia del entorno en la construcción personal y en concreto para la construcción de la identidad en la adolescencia, pues explica la importancia del grupo de iguales en la formación de la personalidad en dicha etapa: “el ser humano, como sujeto social, en una gran parte debe su identidad a la experiencia de un reconocimiento intersubjetivo, es decir, a la idea que cada persona desarrolla sobre lo que piensa que los demás ven y valoran de ella, de ahí la importancia del componente social en general y del elemento grupal en particular para la formación de la conciencia de sí misma como persona, y con ella su identidad, que implica la incorporación de elementos y valores que hasta ese momento podían ser extraños para ella”².

Aunque los tramos de edad que se consideran específicos de la adolescencia cambian de una sociedad a otra, además se redefine y remodelan según diversos agentes, motivos y valores sociales, si es importante, para centrar los estudios, adoptar un modelo que nos ayude a ubicarnos¹.

Para la mayoría de los autores actualmente en occidente, la adolescencia la consideran el periodo de edad comprendido entre los 10 y los 19 años. En este periodo además de cambios físicos, se producen cambios en el ámbito psicológico (maduración, desarrollo personalidad, adaptación social, etc.)³. Los científicos piensan que el periodo entre los 10 a los 20 años es clave para adiestrar el cerebro, que los adolescentes que aprenden a poner orden en sus pensamientos, a medir sus impulsos pueden establecer bases neuronales importantes que perduraran a lo largo de la vida⁴.

Para la mayoría de los autores en la adolescencia se puede distinguir 3 periodos⁵:

*Adolescencia temprana comprende el periodo entre los 10 y 13 años. Esta primera etapa se distingue por la aparición de los cambios físicos. Estos cambios los acerca más a su grupo de iguales, que también los están viviendo, se produce una identificación grupal: Se considera que en el adolescente el cambio psicológico en esta franja es menor. En este periodo en el pensamiento del adolescente el futuro está lejos del pensamiento adulto, una de las principales características en este momento es el egocentrismo. Empieza a entender conceptos individuales abstractos como moralidad y sociedad.

*Adolescencia media comprende entre los 14 y los 16 años. En esta etapa comienza a producirse los cambios psicológicos y sociales. El adolescente intenta y le preocupa proyectar una imagen personal de sí mismo concreta a los demás y comienza a identificarse con otras personas, grupo e ideología. Aquí también puede aparecer el narcisismo y sensación de invulnerabilidad, que es lo que puede llevarlo a la realización de conductas de riesgo. Se le une también la necesidad de pertenencia a un grupo y de la independencia de la familia. A nivel psicológico puede estructurar diferentes abstracciones y resolver contradicciones.

*Adolescencia tardía comprende entre los 17 y 19 años. En esta última etapa los conflictos de las anteriores etapas se han solucionado satisfactoriamente y el adolescente ha contado con apoyo de amigos y familia, podrá desarrollar tareas propias de la madurez, así como asumir responsabilidades de mayor importancia. El adolescente ya suele ser totalmente consciente de las implicaciones de sus actos en el futuro.

Aunque para estudiarla se han dividido en estas etapas, los adolescentes son un grupo heterogéneo, por lo que cada cual puede responder y seguir unas líneas de evolución de manera diferente como respuesta a las oportunidades y exigencias que se les plantean durante el desarrollo de su evolución personal⁵.

Sí parece claro que la adolescencia es un periodo decisivo en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, pues se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de los nuevos entornos de influencia. En esta etapa es en la que se instalan y refuerzan los hábitos saludables o nocivos del consumo de alcohol, tabaco, actividad física y alimentación, que tendrán repercusión en la vida futura del adolescente. Por todo lo visto anteriormente, la adolescencia es un momento idóneo para adquirir hábitos saludables que se puedan mantener en el tiempo, ya que aquí es donde se sientan las bases para la adquisición de destrezas y habilidades para cuidar y sustentar una buena salud adulta⁶.

1.2 Conductas de riesgo en la adolescencia

Las definiciones de riesgo son variadas y no siempre recogen del todo al conjunto de actividades. Una definición que puede y nos parece operativa es la que plantea Alfaro y que define riesgo como: “las actuaciones repetidas y que están fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo biopsicosocial normal, con repercusiones para la vida actual o futura. Es un fenómeno muy complejo y multifactorial donde intervienen factores individuales, familiares y del entorno”⁵.

En la infancia y en la adolescencia se percibe el riesgo de una manera diferente que en la edad adulta. Se han estudiado algunos factores como son, entre otros, la importancia de la aceptación de los demás y la baja percepción del peligro que tiene el adolescente en esa edad, que pueden llevarlos a adquirir dichas conductas⁶.

Se ha debatido y estudiado mucho sobre la incidencia e importancia de las conductas de riesgo en jóvenes. Se define “conductas de riesgo” como aquellas acciones “arriesgadas”, es decir, el individuo de forma voluntaria o involuntaria lleva a cabo estas acciones, que tienen consecuencias nocivas para su salud⁷. Estas conductas son múltiples e incluye la esfera física, psicológica y social (biopsicosociales). El desarrollo de estas conductas se ve influenciado por diferentes características propias de la adolescencia como son la creencia de invulnerabilidad, la influencia de los demás, la necesidad de experimentar situaciones nuevas, la presión de grupo y la necesidad de reafirmación⁷.

Se puede identificar una gran cantidad de comportamientos en los estilos de vida, que serían susceptibles de entrañar riesgo de salud en función de la intensidad y la frecuencia. Son muchas las actuaciones que son susceptibles de convertirse en conductas de riesgo, entre otras están las relacionadas con la alimentación, con el consumo de drogas, con la actividad y el descanso, con la higiene personal, con las relaciones sexuales, con la actividad académica o laboral, las relaciones con los amigos, la familia y la pareja, etc⁸. Los accidentes de tráfico, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, además del suicidio, son las principales causas de mortalidad y morbilidad en adolescentes⁹.

Aunque la mayoría de los autores hablan de las conductas de riesgo como algo negativo, hay quienes lo plantean como una parte importante y positiva en el paso del adolescente a la etapa

adulta, es decir estas conductas pueden llevar al adolescente a conseguir ser autónomos de los padres, abordar situaciones frustrantes o que le causen ansiedad, consolidar la maduración⁷.

1.3 Identificación de factores de riesgo y factores protectores en la salud de los y las jóvenes

Para entender el concepto de riesgo hay que explicar también el concepto de vulnerabilidad, ya que se puede entender como un factor interno del riesgo; por tanto, ambos conceptos están en relación. La vulnerabilidad de un sujeto o un sistema está en relación con la predisposición intrínseca de dicha persona o sistema de ser susceptible de sufrir un daño. Se entiende vulnerabilidad como “un conjunto de condiciones (más que un estado) con base a las cuales grupos, individuos, sistemas urbanos, etc., resultan diferentemente propensos a sufrir daños”¹⁰. De formas más coloquial, sería la situación de desventaja en el que se encuentra el sujeto ante una situación determinada, por tanto, está muy relacionada dicha vulnerabilidad con la exposición al fenómeno que se está estudiando. El objetivo del enfoque crítico a los riesgos consiste en investigar las condiciones múltiples que contribuyen a la constitución de situaciones de riesgo. Aunque esta vulnerabilidad también se relaciona con la capacidad de resistencia de la persona o el sistema, es decir, la capacidad de responder ante el fenómeno y/o soportar el impacto, así como sus implicaciones Si bien es importante mejorar las capacidades (de adaptación y gestión de cambios), es necesario identificar cuáles son las condiciones de vulnerabilidad para obstaculizar (sino reducir o compensar) los mecanismos que contribuyen a producir los riesgos¹⁰.

Desde un punto de vista social el riesgo se genera y se construye socialmente. Como plantea Cardona, la vulnerabilidad tiene relación con la fragilidad física, con la fragilidad de exposición y con la falta de resiliencia¹¹. En relación a la resiliencia, una definición que nos parece adecuada es aquella que la define como la capacidad que tiene, en este caso el adolescente, de usar los factores protectores con los que cuenta, como pueden ser familia y amigos estables, adecuada supervisión y disciplina, relaciones con valores convencionales, etc., para sobreponerse a una situación adversa y desarrollarse¹². Para analizar los factores de riesgo y los factores protectores creemos que Alfaro en el año 2015 realiza una síntesis clara y muy completa de dichos factores, en la tabla 1 encontramos dicha clasificación⁵.

Tabla 1: Factores de riesgo y de protección en las conductas de riesgo en jóvenes.

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de alcoholismo y otras psicopatologías. - Funcionamiento particular del sistema nervioso (ej: disfunción en el lóbulo frontal, déficit de atención). - Rasgos de temperamento y personalidad vulnerable o psicopatología. - Mayor sensibilidad a los efectos reforzadores del alcohol y/u otras drogas, y mayor tolerancia a los efectos desagradables. - Exposición al alcohol/drogas durante el embarazo o la infancia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores saludables y pensamientos prosocial. - Autoaceptación y autosuperación. - Expectativas de futuro positivas. - Buen rendimiento intelectual. - Pensamiento crítico e independiente. - Sentido de humor. - Buena gestión del tiempo de ocio (actividades diversas y organizadas). - Locus de control interno y sentido de la responsabilidad. - Estrategias de afrontamiento (emocionales y cognitivas). - Flexibilidad, adaptabilidad, insight, autocontrol. - Conocimientos básicos sobre el alcohol/otras drogas. - Actitudes negativas y expectativas realistas respecto al consumo de drogas.
Escolares	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la relación con compañeros o los profesores (problemas de comportamiento). - Dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento. - Ausencia de vínculos significativos en la escuela. - Fracaso y/o absentismo escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos con la escuela, los compañeros y los maestros. - Buena comunicación padres-escuela. - Normas claras sobre las conductas aceptables. - Supervisión y refuerzos coherentes con las normas. - Expectativas de los maestros claras y adaptadas a las capacidades de niño.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Negligencia en el cuidado paternal, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto y aceptación. - Gran número de acontecimientos vitales estresantes. - Pautas educativas alteradas (ausencia de normas y límites, falta de supervisión, exceso de disciplina o de permisividad) - Falta de cohesión y comunicación, interrupción de los rituales familiares, alto nivel de conflictos. - Dificultades económicas y/o culturales. - Modelado de patrones de consumo y transmisión de actitudes favorables hacia el consumo de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos familiares positivos y apoyo emocional. - Sistema familiar estructurado, normativo y coherente. - Al menos un progenitor emocionalmente estable, afectivo y acogedor, que potencie la autoestima del niño. - Estabilidad y cohesión familiar. - Modelos de conducta positivos en la familia y rechazo de conductas de riesgo. - Supervisión y controles paternos adecuados. - Actividades de ocio familiares, rituales y celebraciones. - Comunicación padres-hijos abierta y sincera.
Socio-culturales	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de amigos “desviados” socialmente. - Presión del grupo de amigos y de la publicidad hacia el consumo de alcohol/otras drogas. - Costumbres culturales y modas (ej: mitos de las culturas vitivinícolas o implantación actual de los patrones de consumo anglosajón de alcohol). - Disponibilidad de alcohol u otras drogas. - Situaciones extremas de pobreza, desarraigo cultural o marginación social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación a grupos o instituciones prosociales (religiosas, deportivas, culturales, etc.). - Relaciones positivas con adultos significativos: maestros, familiares, vecinos, etc. - Modelos adultos y amigos no consumidores de drogas. - Participación en actividades de grupo positivas (excursiones, juegos, deportes, etc.). - Normas sociales claras respecto al no consumo de drogas. - Acceso a servicios comunitarios flexibles y adaptable a las necesidades de los usuarios. - Oportunidades de participar en actividades sociales y de ocio alternativas al consumo de drogas.

Fuente: Alfaro González M. Observatorio de hábitos, conocimientos y actitudes relacionadas con la salud de los adolescentes en la provincia de Valladolid⁵.

Por tanto, según Alfaro se puede definir adolescentes resilientes como jóvenes que, “al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables”⁵.

La percepción de riesgo, como plantea García del Castillo, estaría por tanto ubicada en el plano subjetivo. Algunos de los factores que intervienen en su configuración serían: perceptivos, de historia personal (experiencias), cantidad y calidad de la información recibida, creencias y actitudes, estereotipos y motivación⁸.

Para entender y aplicar el concepto de riesgo, se debe vincular con la percepción que el sujeto tiene de dicho riesgo. Por tanto, se entiende que es un proceso cognitivo, que tiene conexión con la subjetividad individual, que se configura según las creencias, motivaciones, actitudes, información, etc., que tiene el sujeto y que una vez que el proceso éste lo procesa se convierte en evidente y aceptado para él⁴.

La categorización y el estudio del análisis de las situaciones de riesgo solo tienen sentido cuando se plantea en conductas humanas si se enmarcan dentro de los razonamientos sociales a las cuales se pueden ligar. En nuestra sociedad la adolescencia es una etapa crucial para incorporar o rechazar conductas que fomenten la salud, porque es un periodo donde se busca experimentar actividades sexuales nuevas, lo que pueden conllevar un alto riesgo si no se toman las medidas de protección oportunas. En los adolescentes se suele minimizar, es decir, se tiende a desvalorizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgo para la salud. Por tanto, suelen tener percepciones generalmente optimistas, con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinadas conductas sexuales¹³.

1.4 Importancia de la educación/intervención por parte de los agentes sociales cercanos en la prevención de conductas de riesgo en jóvenes: familia y grupo de iguales, nuevas tecnología y espacios educativos

El análisis de los estilos de vida en la adolescencia debe realizarse teniendo en cuenta los sistemas que rodean al adolescente en desarrollo: la familia, el grupo de iguales, la escuela. y hoy también el uso de las nuevas tecnologías que están tan al alcance de los jóvenes

Los resultados de los estudios consultados parecen indicar que, a medida que se avanza la adolescencia, se produce un deterioro del estilo de vida saludable y un empeoramiento de las relaciones con la familia y con la escuela¹⁴.

Como ya se ha planteado, en la prevención de las conductas de riesgo en los y las jóvenes debe hacerse desde diferentes ámbitos y por distintos agentes sociales, pues los y las jóvenes aprenden de sus familias de los vecinos, de los compañeros/as y amigos/as, en los lugares de culto en las comunidades y a través de los medios de comunicación⁴.

Nos vamos a centrar en 3 principalmente: la familia, el grupo de iguales y las nuevas tecnologías

La socialización desempeña, entre otras, una función psicológica esencial para el ser humano. A través de esta las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas que regulan las relaciones sociales y se forman una imagen de lo que son y del mundo que les rodea. La familia crea en el infante las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima¹⁵. Existen estudios que muestran un nexo entre las conductas de riesgo y la funcionalidad familiar. Valenzuela plantea en la revisión que publicó en 2013, que el estilo parental de crianza incide en la aparición de las conductas de riesgo, observándose disminución cuando hay apoyo, comunicación y vigilancia, mientras que cuando existe rechazo, ruptura y control intrusivo se asocia a la presencia de conducta antisocial¹⁶.

Se ha establecido conexión entre las relaciones de la familia y las conductas de riesgo del hijo o hija e incluso con los trastornos psicológicos. En un estudio realizado en Bogotá, se relacionó la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y relaciones sexuales de riesgo con que el adolescente percibiera su familia como disfuncional¹⁷. Otro estudio llevado a cabo en adolescentes de 14 años de Estados Unidos, Australia, Colombia, La India, Palestina y Sudáfrica afirma que en todas las culturas los y las jóvenes que se sienten bien cuidados y se llevan bien con sus progenitores tienen mayor iniciativa social, abrigan menos ideas de suicidio y experimentan menos depresión⁴.

Hay publicaciones que muestran que la falta de comunicación con los padres se asocia a la falta de comunicación con amigos y al consumo de alcohol y drogas a edades muy tempranas. Por lo tanto, se podría decir que la existencia de una relación familiar distante puede contribuir a que los adolescentes lleven a cabo conductas de riesgo¹⁸.

En la adolescencia se producen cambios en las relaciones entre progenitores y sus descendientes, aun así, la familia continúa constituyendo una importante influencia para la maduración y la acomodación de la persona adolescente. Las últimas investigaciones indican que hay que evitar los posicionamientos estereotipados que plantean que las relaciones entre padres y adolescentes son un tormento, y que siempre existe una lucha permanente de los adolescentes con el mundo adulto, pues solo ayudaría a que se cumpla la profecía anunciada. Además, aunque en la adolescencia temprana suelen aparecer algunas turbulencias en las relaciones entre progenitores e hijos/as, en la mayoría de familias estas relaciones siguen siendo afectuosas y estrechas. Solo en un reducido porcentaje de casos, los conflictos alcanzarán una gran intensidad¹⁹.

Como ya hemos observado, un gran número de publicaciones plantean que los progenitores son un elemento esencial en la tarea de ofrecer orientación a los jóvenes. También hay que decir que no hay que culpabilizar a los padres y madres, pues incluso en las familias en las que las relaciones se caracterizaron por la comunicación, el apoyo y el afecto mutuo, comenzarán a aparecer situaciones de hostilidad o conflicto al recorrer esta etapa. En primer lugar, habría que destacar los cambios hormonales propios de la pubertad, que suelen tener consecuencias sobre los estados emocionales del adolescente y repercuten de forma negativa en sus relaciones con quienes les rodean. Además, el aumento del deseo y de la actividad sexual que conllevan los cambios hormonales puede inclinar a los progenitores a mostrarse más restrictivos y controladores con respecto a las salidas y amistades del chico y, sobre todo, de la chica adolescente, en un momento en el que éstos buscan una mayor autonomía; con lo que los enfrentamientos serán más frecuentes¹⁹.

El grupo de trabajo Joves i tecnologies de la informació i la comunicació (JOITIC) llevó a cabo en un estudio multidisciplinal, entre 5538 adolescentes, donde se confirma que el acceso a las TIC es homogéneamente masivo: el 98% tiene ordenador en casa, y el 44,8% lo usa 2 o más horas diariamente; el 98,6% accede a Internet, el 47,2% sin control paterno. El 90% tiene móvil (83% en primero y 95% en cuarto), el 45,6% antes de los 12 años. Las chicas lo utilizan más para relaciones sociales y los chicos para jugar. El 64,4% juegan a videojuegos, el 36,5% durante 3 o más horas a la semana, y el 66,8% sin control paterno. Su uso disminuye con la edad. El control paterno de las TIC se asocia a mejor rendimiento escolar²⁰.

Como explica el Informe de la Juventud en España, realizado en el 2016, los denominados nativos digitales organizan sus vidas alrededor de la Red, lo que hace que un buen número de sus experiencias cotidianas se estén modificando. Cómo se relacionan, cómo se comunican, cómo se

informan o cómo consumen, son prácticas que están viéndose profundamente transformadas, debido a la irrupción de la cultura digitales. En este mismo informe se plantea la importancia del cuerpo en nuestra sociedad; pues en las últimas décadas, uno de los fenómenos más interesantes que se han producido tiene que ver con la creciente preocupación e interés por el propio cuerpo. Sin ser exclusivo de la juventud, el síndrome de Afrodita y Adonis se ha instalado en el imaginario de las sociedades de consumo hasta el punto de condicionar buena parte de nuestras prácticas sociales un aspecto importante²¹.

No podemos dejar de dar una pincelada de la importancia del espacio educativo en la conducta del adolescente. Por tanto, el ambiente en la escuela y la actitud del profesorado hay que tenerlo presente en el análisis. Algunos autores han estudiado la importancia del ambiente escolar y el profesorado en la conformación de la personalidad del adolescente. Por ejemplo, en un estudio realizado en Alemania por Lussi, se plantea que los y las adolescentes que se sintieron queridos, respetados y estimados por sus maestros y compañeros, fueron enfocados en los valores de logro y seguridad, parece que experimentan un proceso de autonomía y de sentido mayor en sus vidas²².

Nos parece interesante resaltar como las investigaciones sobre la adolescencia dan mucha importancia a los programas educativos escolares y a competencia de los profesionales que los imparten. Pues como plantea Páramo: “la mayoría de las evaluaciones muestran que los programas intensivos, integrales y flexibles son los que más sirven para prevenir las conductas de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias. El contar con profesionales de la educación interesados, entrenados y con habilidades de liderazgo es otro elemento importante. Para ello, deben ser capaces de priorizar los mejores intereses del adolescente, y colocar en un segundo lugar su propio desarrollo profesional. Esa capacidad de entrega, es algo que los adolescentes captan rápidamente, pues un buen profesional docente, que realmente se dedique a ellos, es lo que debería perseguir los adultos que trabajamos con ellos”²³. Reflexiones interesantes de un docente que le preocupa los resultados de su trabajo.

Dentro de los espacios educativos, en Andalucía desde el año 2001 está implantada la Estrategia Forma Joven²⁴. Esta estrategia de salud, busca que entre los jóvenes de Andalucía se promuevan conductas y entornos saludables. Esto se lleva a cabo mediante actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos en los distintos espacios educativos impartidas por profesionales sanitarios de Atención Primaria. Las actividades se pueden englobar en 4 áreas: estilos de vida

saludable, sexualidad y relaciones afectivas, salud mental y convivencia. Son los propios centros los que eligen las áreas que se van a desarrollar²⁵.

Los progenitores son una pieza clave que debe conocer y buscar las mejores oportunidades educativas para sus hijos.

La influencia de las relaciones con los progenitores influye en un gran número de campos, también en las relaciones entre iguales, según gran parte de la bibliografía consultada. Ya que según muestran algunos estudios aquellos chicos y chicas que recuerdan haber tenido relaciones con sus progenitores durante los años adolescentes, basadas en el afecto, la comunicación y la estimulación de la autonomía son quienes mejores relaciones afectivas desarrollan con los amigos en general o con el mejor amigo en particular. También se ha encontrado resultados satisfactorios aunque el vínculo no sea excelente con ambos progenitores. Al mismo tiempo, encontramos que aunque existe bastante coincidencia entre el vínculo afectivos que el adolescente establece con el padre y con la madre, en los casos en que el vínculo no coincida, basta con que exista un vínculo seguro con uno de los dos progenitores, para que exista una relación positiva con los iguales²⁶. En este mismo sentido, se defiende que los niños y niñas que establecieron relaciones de apego seguro con uno de los progenitores que se mostraron cariñosos y sensibles a sus peticiones, estarán más capacitados para establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto con sus iguales²⁷.

También hay quienes defienden que no sólo hay que poner el foco o la responsabilidad en los progenitores, pues en muchos momentos la mayor o menor adaptación del adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos de que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social, las relaciones con los iguales se verían intensificadas, según plantea Musitu cuando las relaciones familiares no aportan el apoyo que el adolescente necesita²⁸.

El grupo de iguales puede ser descrito a partir de las características de los miembros que lo componen. Desde una perspectiva psicosocial se consideran relevantes la edad, el sexo, la clase social y la etnia²⁹. El grupo, como agente socializador es un espacio donde se desarrollan habilidades sociales y ofrece puntos de referencia para confrontar dicha identidad al margen del marco familiar y los papeles que este le asigna, lo que le permite aumentar su autonomía e independencia³⁰.

El proceso de autoidentificación con el grupo de iguales influye de forma decisiva en: la construcción de la identidad, exploración en grupo de temas tabú para esa edad, experiencias que rompen con las expectativas de rol impuestas por los adultos, ensayo de procesos de independencia afectiva de pares/madres y personas adultas y elaboración de mecanismos de evasión. Los factores de riesgo que se pueden vincular con el grupo de iguales son los siguientes: asociación con iguales que consumen o valoran las sustancias peligrosas, asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad, susceptibilidad a la presión de iguales negativa, conducta antisocial o delincuente temprana³¹.

En la adolescencia, en la medida en que aumenta el grado de autonomía, las relaciones con los iguales van adquiriendo importancia, intensidad y estabilidad, de tal forma que éstos van a pasar a constituir un contexto de socialización preferente y una importante fuente de apoyo²⁶.

Según lo que defiende Conger Corchado en su tesis doctoral: “el adolescente orientado por los pares es más un producto de la indiferencia paternal que del atractivo del grupo de pares ya que la influencia de los pares reemplaza la de los padres cuando³²:

- * Forman parte de un grupo fuerte y homogéneo que tiene actitudes y conductas muy diferentes a las de los padres. No existe una relación satisfactoria padre-hijo.
- * Los valores paternos no son transmitidos, son incoherentes, poco realistas, inadaptados o hipócritas.
- * El adolescente carece de independencia y de seguridad en sí mismo con las que mitigar o contrarrestar la influencia de los pares”.

Por tanto, la familia como el grupo de iguales son grupos primarios de socialización en la adolescencia, pues en ellos las relaciones son personales, directas, sus componentes interactúan habitualmente, en ellos predomina la afectividad²¹.

Como se ha explicado las acciones preventivas son fundamentales para asegurar que los adolescentes puedan tener una buena salud futura, ya que es una etapa crucial. La educación tiene un papel fundamental a la hora de realizar estas acciones. Los estudios muestran que los adolescen-

tes mayoritariamente usan los servicios de atención primaria para dolencias físicas puntuales o bien para consultas una vez realizadas conductas de riesgo, sobre todo sexuales³³.

Podemos concluir que cuando en su ambiente cercano un o una adolescente se siente bien tratado, respetado y con posibilidad de elección en su desarrollo personal, su calidad de vida y por tanto sus actuaciones para mantener su salud y no asumir riesgos son más eficaces.

2. SEXUALIDAD

2.1 Definición y componentes de la sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define sexualidad como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones³⁴.

Para comprender el desarrollo psicosexual de los adolescentes es importante definir una serie de conceptos:

- * Sexo biológico: se refiere al componente anatomofisiológico de la persona. Incluye los órganos sexuales internos y externos, los cromosomas y las hormonas. Según este concepto las personas se pueden clasificar en: machos, hembras o intersexuales. Debemos sobrepasar el concepto binario de sexo que hasta ahora se utiliza³⁵.
- * Género: es una construcción social con respecto a los roles esperados, adecuados y permitidos para varones o mujeres. Esta construcción social es cambiante y va a depender del momento y el lugar que analicemos podemos encontrar diferencias importantes entre ambos géneros. Hay autores que hablan del género como un espacio donde la persona se posiciona. En los extremos de este espacio se encontrarían las personas cuyos comportamientos y forma de pensar se adaptan en mayor grado a lo que se consideran esperado para cada género (femenino y masculino) y hacia el centro de este espacio se posesionarían las personas andróginas, aquellas que sus comportamientos y forma de pensar incluyen tanto los del género femenino como masculino; son las personas que se ha demostrado más adaptadas y que más éxito social tiene³⁵.
- * Identidad de género: hace referencia a cómo se siente la persona y como se quiere ser identificado por el grupo. La identidad de género tiene que ver con el sentimiento de querer pertenecer a uno u otro género. No todas las personas se identifican siempre con identidad femenina o masculina; hay personas que su identidad es cambiante y pueden sentirse por momen-

tos de su vida más o menos femenina o masculina, incluso no identificarse totalmente con uno de los géneros³⁶.

- * Expresión de género o rol de género: se refiere a la imagen que presenta, expresa o manifiesta externamente cada persona, incluyendo el modo de vestir, corte de pelo, lenguaje corporal, tono de voz, gestos, comportamientos y/o modificaciones corporales. La expresión de género puede ajustarse a lo que la sociedad entiende por ‘femenino’ o ‘masculino’, o adoptar formas no binarias, es decir, que presenten comportamientos y apariencias mixtos atribuidos a uno u otro género. No siempre en la persona la expresión y la identidad coinciden en el mismo género³⁶.
- * Orientación sexual: se refiere a la atracción y el deseo sexual que siente la persona, si es a personas de su mismo sexo se le identifica como homosexual, hacia el sexo distinto se le identifica como heterosexual o hacia ambos sexos que se denomina bisexual. Hay también un concepto dentro de la orientación que es el de: asexual, aquella persona que no siente deseo sexual por ninguna persona; pansexual, se refiere a las personas cuya orientación sexual es muy amplia y pueden sentir atracción por personas de ambos sexos y personas variantes de sexos como transexuales femeninos o masculinos, queer, etc. La orientación sexual no en todas las personas es única e inmutable, puede cambiar a lo largo de la vida³⁷.

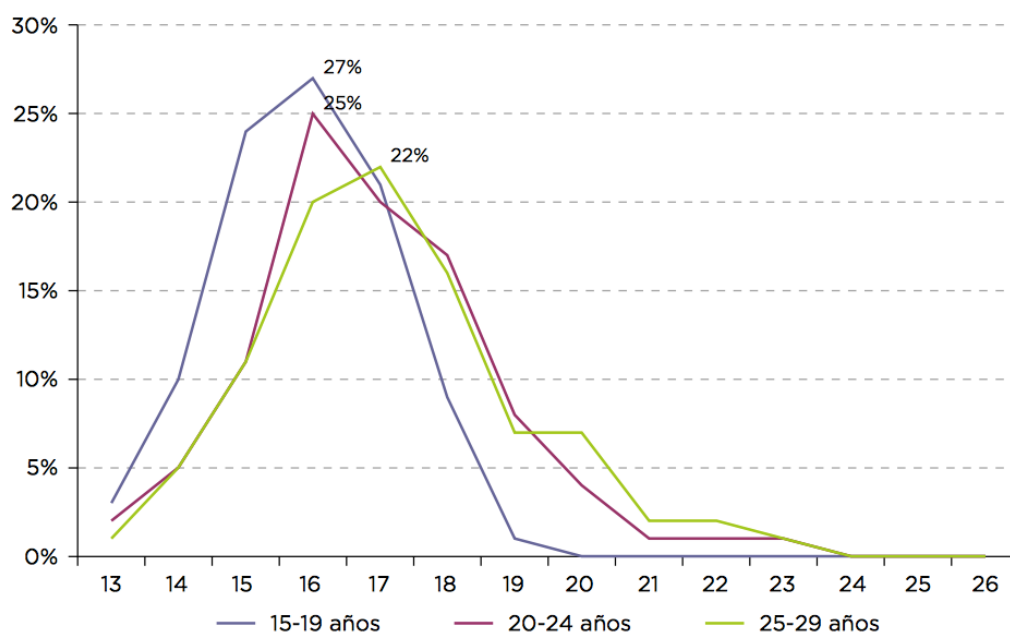
Como recoge la Guía de información para la ciudadanía sobre Atención sanitaria a personas transexuales editada por la Escuela Andaluza de Salud Pública “la diferencia hay entre identidad de género, expresión de género y orientación sexual: a) La identidad de género hace referencia a la vivencia interna e individual del género. b) La expresión de género a la forma de manifestar la propia identidad de género a través de la forma de vestir, el lenguaje corporal, etc. c) La orientación sexual se refiere a la afectiva y/o sexual hacia otras personas. Las tres dimensiones pueden cambiar a lo largo de la vida o mantenerse estables. En cada caso, es importante que la permanencia o el cambio sean libremente elegidos y no forzados”³⁸.

La conducta sexual se refiere a la forma en que cada persona expresa sus deseos, pensamientos, fantasías, actitudes, actividades prácticas y relaciones interpersonales y es el resultado de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos, espirituales y comunicativos³⁹. Existen múltiples expresiones de la sexualidad, tantas como seres humanos. En definitiva, sería todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona o grupo⁴⁰.

En la conducta sexual en la adolescencia la influencia de su círculo social más próximo (familiar y grupo de iguales) se ha demostrado como uno de los aspectos más influyentes y uno de estos entornos claves es también el escolar, como ya hemos comentado⁴¹.

La sexualidad está presente durante toda a vida, aunque especialmente en la adolescencia, donde se inician las relaciones sexuales. Según el informe que realiza anualmente El Instituto Nacional de la Juventud en España (INJUVE) en 2016 la edad media de inicio de las primera relación sexual es a los 17 años, observándose una diferencia de pocos meses entre ambos sexos. Todo parece indicar que la edad a la que las personas entrevistadas responden que tuvieron su primera experiencia sexual se va reduciendo. En el gráfico 1 presenta dichos datos diferenciados por edades, según el INJUVE²¹.

Gráfico1. Distribución de las edades a las que se tuvo la primera relación sexual completa, según grupo de edad.



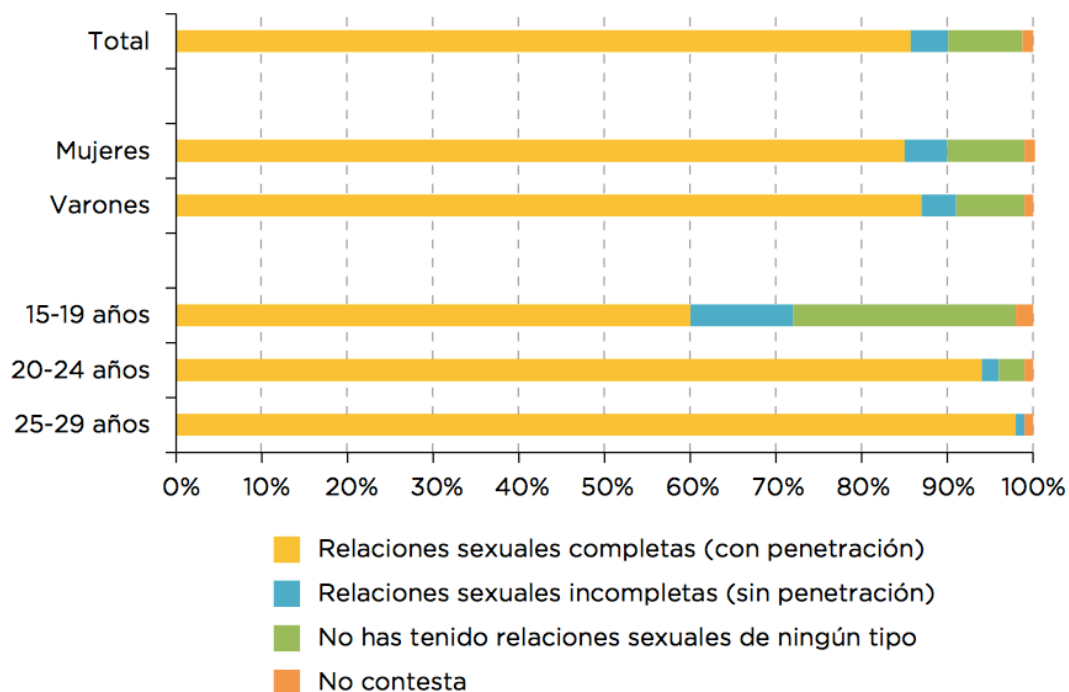
Fuente: INJUVE, Informe de la Juventud 2016²¹.

Según este informe: todo parece señalar que el contexto familiar y de proximidad es el factor que más influye en el momento de despliegue de la sexualidad juvenil, pero hay un sector de la juventud en el que coinciden precocidad sexual y autonomía económica²¹. Según la encuesta realizada por la Asociación Española de Contracepción la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales en España se sitúa en la media de 16,29 años para ese mismo año⁴².

Un dato que nos parece importante que se debe tener en cuenta para implementar estrategias de protección de la salud de la población joven es los cambios que se ha producido en esta población en el inicio de la edad de las relaciones sexuales. El estudio Health Behaviour in School-aged children (HBSC) llevado a cabo por la Universidad de Sevilla en Andalucía detalla que en 2006 el porcentaje de adolescentes de entre 15 y 18 años que han mantenido relaciones sexuales ha aumentado de media en un 13,5%, pasando 30,3% del 2006 a al 43,8% en 2011. También nos parece interesante que los datos presentan que existen pocas diferencias por sexo, ya que los porcentajes se diferencian muy poco, 0,4% mayor para los chicos⁴³.

Por otro lado, en el INJUVE se recoge también datos sobre el tipo de relaciones sexuales mantenidas al menos una vez, según sexo, edad y si fueron o no completas (gráfico 2). Observamos que las relaciones sexuales son algo ya experimentado por la mayoría de la juventud en España (86%) mayores de 15 años²¹. Por tanto, podemos plantear si comparamos los datos que estas cifras van aumentando cada año, pues en este estudio más del 70% de los adolescentes de 15 a 19 años en 2016 han mantenido relaciones de algún tipo.

Gráfico 2. Tipo de relaciones sexuales mantenidas al menos una vez, según sexo y edad.



Fuente: INJUVE, Informe de la Juventud 2016²¹.

2.2 Sexualidad en jóvenes: conductas sexuales saludables

La OMS define salud sexual como: “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.” Por tanto, se entiende por sexualidad saludable aquella que implica el poder expresar la propia sexualidad, apoyada con los conocimientos necesarios para que ésta enriquezca la vida. Incluye relaciones que basadas en el respeto y consensuadas con la pareja. En definitiva, es poder tener un desarrollo sexual libre de cualquier violencia o represión⁴⁴.

La adolescencia es una etapa en la que, como ya hemos comentado, los jóvenes deben enfrentarse a numerosos retos, entre los que se encuentra la sexualidad, un reto importante es que se les ofrezca la posibilidad de que tengan competencias para tener una buena salud sexual. La pubertad supone la transformación de un cuerpo infantil en uno adulto, de ahí que la adquisición de la capacidad reproductiva sea el hito quizás más llamativo de esta transformación⁴⁵. Las conductas sexuales y la evolución sexual que tenga el adolescente dependerán de muchos factores, entre ellos encontramos: la aceptación de la imagen corporal, el desarrollo de la personalidad, el conocimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo puberal, el aprender sobre las relaciones sexuales y la instauración de unos valores sexuales, esta adaptación ocurre mientras se enfrenta a todas las dificultades y cambios propios de la adolescencia⁴⁶.

Como plantea el estudio HBSC-2014 en España, la consecución de una sexualidad saludable en la adolescencia, que aporte satisfacción y bienestar a la persona, pasa por saber integrar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la sexualidad, algo que no se alcanzará si no se consigue separar la sexualidad de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados⁴⁵. En este mismo estudio se presenta que el porcentaje de chicos y chicas adolescentes de 17-18 años que informa haber mantenido relaciones sexuales coitales es mayor que el que dice lo mismo con 15-16 años. Si se presentan los resultados por sexo, el porcentaje de chicos que informan haber mantenido relaciones sexuales coitales es algo superior (36,9%) que el de las chicas (34,3%). Estas diferencias son más claras entre los adolescentes de 15-16 años que entre los de 17-18 años que tienden a igualarse los porcentajes entre sexos⁴⁵.

Los estudios explican que existen diferencias de género dentro de las prácticas sexuales. En este trabajo asumimos, como recogen otros autores, que el género es una realidad compleja que se

asienta en el sexo biológico pero que podría no coincidir con él, dado que intervienen de forma decisiva procesos socioculturales y ambientales. Es decir, el género no está directamente determinado por el sexo, ni es directamente determinante de la sexualidad aunque para saber si hay diferencias o no, hay que poner el foco en el estudio de lo peculiar y de lo que predomina, sea por casa biológica o biográfica en cada sexo⁴⁷. En la actualidad, los estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en chicos y chicas se tiende a igualar, dándose una androgenización del comportamiento, asumiéndose en general que las chicas se aproximan más al estereotipo de comportamiento sexual masculino, particularmente en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios⁴⁸.

2.3 Sexualidad en jóvenes: conductas sexuales de riesgos

La conducta sexual de riesgo se define como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado⁴⁹.

La edad con la que se tienen la primera relación sexual ha disminuido en las últimas décadas, como ya hemos planteado, lo que supone que se amplía el intervalo en el que el individuo está sexualmente activo. Los estudios afirman que el estilo de vida sexual de adolescente y adultos jóvenes en el marco de una relación afectiva, también ha cambiado: se mantienen relaciones con un mayor número de parejas sexuales con más relaciones monógamas a corto plazo⁵⁰.

Además del alcohol, el tabaco y otras drogas son también factores de riesgo de precocidad sexual en los y las adolescentes, tener una mala relación con los padres y de los padres entre sí, según un estudio que se realizó con 1289 adolescentes en España⁵.

Existe una aceptación entre los jóvenes de los roles de género con respecto a la sexualidad y a las conductas de riesgo. Entendemos como roles de género el conjunto de estereotipos, normas sociales y de comportamientos sexuales que se consideran cada sistema social apropiados para hombres y mujeres. Hay diferencia de género en las conductas sexuales de riesgo. A los chicos, que socialmente se les asigna un papel activo de búsqueda de sensaciones sexuales nuevas para estimularse, aunque en materia de protección se le asigna un papel menos activo³⁶.

En este sentido también se podría decir que el hombre percibe las conductas sexuales como una necesidad para conseguir un reconocimiento social y como mecanismo de autoafirmación, unido a la importancia del marco social, lleva a que tengan menor percepción de riesgo⁵¹.

Mientras a las chicas la presión social, por lo general, se les asigna un papel de pasividad sexual. Esto les alienta a que no se empareden con respecto a la su sexualidad, a que no tomen decisiones respecto a la elección de sus parejas sexuales, negocien el momento y la naturaleza de la actividad sexual o se protejan de un embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual; a la vez que les hacen la responsable de la protección frente a estas conductas, para evitar el embarazo u otras consecuencias para su salud⁵². Por tanto, mientras para las chicas la sexualidad es una conducta condenable, para los chicos es estimulada y reforzada⁵³.

Aunque los estudios muestran que la percepción de riesgo a nivel de relaciones sexuales es mayor en mujeres que en varones, esta percepción se ve disminuida cuando creen tener una pareja estable, ya que conciben que estar con una pareja durante más tiempo es una protección frente a posibles infecciones⁵⁴. La confianza depositada en la pareja estable, conduce a no utilizar este método en ciertas ocasiones, o por otro motivo²¹.

Como informa el INJUVE con respecto al uso de medidas de protección en la sexualidad: “Todo señala que mientras en las edades más tempranas se hace un uso mayoritario del preservativo a medida que aumenta la edad la píldora anticonceptiva va ganando terreno. Aunque es complicado tratar de interpretar la compleja manera de gestionar la sexualidad por parte de las parejas jóvenes, pueden apuntarse varios elementos explicativos para este cambio conforme se hacen mayores: a) un traslado de la responsabilidad del ámbito masculino al femenino; b) un factor de desconfianza hacia los hombres o de búsqueda de seguridad por parte de las mujeres; c) la búsqueda de una solución más estable”²¹.

En el estudio el estudio HBSC-2014 en España plantean datos muy interesantes sobre los métodos anticonceptivos que los y las jóvenes de 15 a 18 años declaran haber utilizado, aunque en nuestro estudio ese apartado no es central, sí que nos parece interesante presentar los datos de las medidas que utilizan, ya que en muchos casos podemos concluir también para qué fin. Los datos que presentamos son, según explica el estudio, de los y las jóvenes que han declarado haber tenido en la última relación coital completa⁴⁵:

* Usaron preservativo: Entre 15-16 años, los chicos que 79,4% y las chicas 85,8%. Entre 17-18 años los chicos 82,3% y las chicas 74,4%. Las diferencias por centros educativos: centros

privados 78,1% y públicos 80,4%, 2 puntos aproximadamente de diferencia. Por estatus socioeconómico de las familias: estatus socioeconómico bajo 76,3%, medio y 78,1%, y alto 86,6%.

- * Usaron píldora anticonceptiva: Como cabe esperar es más alto en chicas 17,2% que en chicos 13,7%. Dicho porcentaje es también mayor en el grupo de 17-18 años (16,2%) que el de 15-16 años (13,4%). Según centro educativo: centros públicos 16% y centros privados 14,3%. Según estatus socioeconómico de las familias: bajo (16,6%), medio 14,5% y alto 13,7%.
- * Usaron “marcha atrás”: Por sexo las chicas 9,5% y los chicos 6,6%. Por edad es mayor su uso a los 17-18 años el 8,8% que a los 15-16 años el 6,1%. Según centro educativo: centros públicos 7% y centros privados 9,9%. Según estatus socioeconómico de las familias: bajo 7,4%, medio 10,3% y alto 6,0%.
- * Usaron “píldora de día después”: Aumenta con la edad de la chica. Un 34,0% de las chicas dice haber tomado alguna vez la píldora “del día después”. Que la tomaron una vez: de 15-16 años el 20,8%, de 17 a 18 años 22,2%. Que la tomaron 2 o más veces de 15 a 16 años el 8,5% y de 17 a 18 años el 13,7%. Según centro educativo: centro privado el 31,8% y centro público 32,8%. Según el estatus socioeconómico de las familias que proviene: bajo 28,7%, medio 34,0% y alto 18,2%.

Cuando se aplica el instrumento de medida de la variable género, el Bem Sex Role Inventory^a la autora García-Vega concluye que la generalización de que los hombres inician antes las relaciones coitales y asumen mayores riesgos debe ser tomada con cautela, dado que las mujeres tipificadas como masculinas se aproximan bastante en su comportamiento sexual a los chicos. Se señala que las personas que se identifican con el género masculino y las que identifican con un género indiferenciado (androginia, según el cuestionario) son las que refieren mayor número de conductas sexuales (eroto-filia). Quienes se identificaban con el género masculino son los que mayor número de conductas de riesgo realizan. Las mujeres tipificadas como masculinas, y quienes se identifican con un género indiferenciados quienes menor percepción de riesgo tiene. Las personas andróginas son las que mayor número de conductas sexuales refieren y son las que

^a El inventario de Rol de Genero de Bem (BSRI) mide las respuestas de las personas en función de la posesión autopercibida del individuo tanto en sus atributos expresivos e instrumentales que considera positivos y que se consideran socialmente deseables para el género masculino y femenino. Sandra Bem introdujo en 1974 la idea de que los roles de género no necesariamente tienen que ser uno u otro, y que la persona puede ser altamente femenina, altamente masculina o ninguno de los dos, introduciendo así el concepto de personalidades andróginas o indiferenciadas.

mayores medidas de prevención realizan⁴⁰. Por tanto, como refieren algunos autores la androginia puede ser predictora de una mejor o más saludable sexualidad⁵⁵.

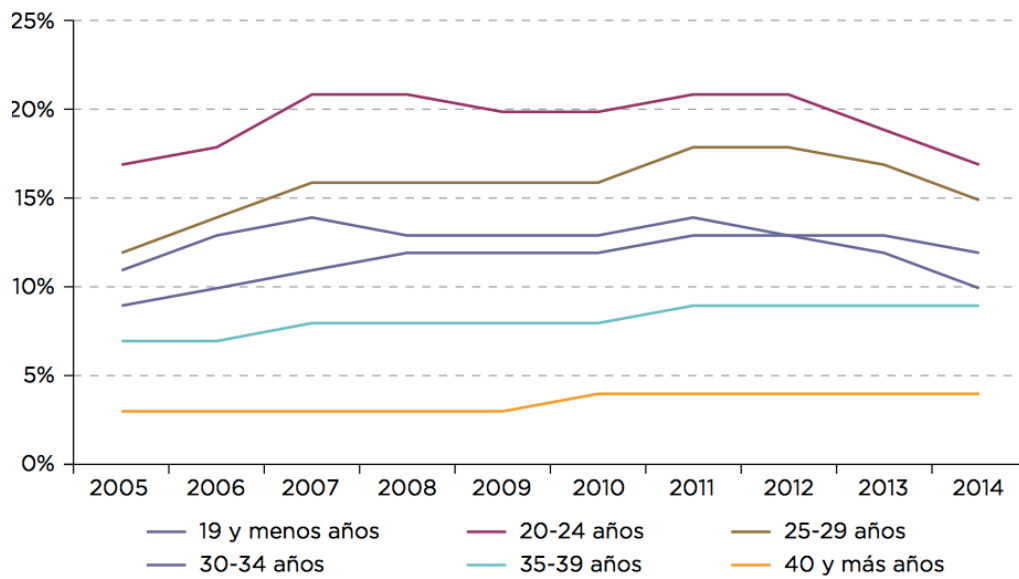
Una de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo son los embarazos no deseados. El número de mujeres jóvenes que han tenido embarazos no deseados según el informe INJUVE^b, aumenta con la edad, aunque los datos hay que tomarlos con cautela, pues informan el número de personas que contestaron fue pequeño. De las jóvenes que se han quedado embarazadas contra su deseo, el 3% lo ha hecho antes de cumplir los 15 años, el 24% entre los 15 y 17 años, el 31% entre 18 y 20 años y el 38% con más de 20 años²¹.

Otras fuentes nacionales como son los datos del Ministerio del Igualdad y Servicios Sociales e Igualdad, indican que la edad media a la que las adolescentes y jóvenes tienen un embarazo no deseado se aproxima a los 20 años. El número de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en España según el en el año 2016 fue de 93.131 (10,36 por cada 1000 mujeres) y entre las mujeres de 19 o menor edad el 8.9 por mil⁵⁶.

Aunque la tasa va disminuyendo en los últimos años, no es nada despreciable esa cifra. En el año 2015 de 94.188 IVE que se produjeron en España, 10.012 fueron a menores de 19 años y de ellos 371 a menos de 15 años⁵⁶. En el gráfico 3 aparecen datos de la tasa de IVE por edad y años.

^b Embarazo no deseado no significa necesariamente un embarazo que no se ha continuado hasta el nacimiento, significa que no ha sido planificado con antelación, no se buscaba directamente y, sin embargo, se ha producido sin conocer cuál haya sido el resultado final pues no está aclarado.

Gráfico 3: Evolución de la tasa de interrupción voluntaria del embarazo, según grupos de edad (2005 y 2014)



Fuente: INJUVE con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2005-2014⁵⁶.

Otra consecuencia de la conducta sexual de riesgo es el contagio por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que en algunos casos puede desencadenar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La diferencia entre ser portador del VIH y padecer SIDA es importante que se resalte. Ser portador del VIH o seropositivo quiere decir que una persona ha adquirido el virus y que puede transmitirlo, pero que todavía no ha desarrollado la enfermedad.

El proceso en desarrollar el SIDA puede tardar años y los y las infectados/as pueden evitar que la enfermedad avance con tratamiento de antiretrovirales. Las personas enfermas de SIDA presentan un conjunto de síntomas (síndrome), que indica que sus defensas están disminuidas porque contrajo el virus del VIH, aparecen enfermedades “oportunistas” que pueden ser importantes. En el caso del VIH los casos positivos van aumentando cada año, en el año 2014 hubo 4139 nuevos casos, siendo el número más alto de casos desde 2003. En el 2015 hubo 4004 casos nuevos. Las cifras bajaron, pero siguen siendo datos alarmantes. El 2% de estos casos nuevos se dan en menores de 19 años⁵⁷.

Otras infecciones de transmisión sexual de importantes repercusiones para la salud de la persona y de las que hay registro es la del contagio de Hepatitis C. En España la prevalencia de infección por VHC es muy superior a la de VIH, entre 1 y 2%, frente a 0,3% de VIH. Actualmente hay

disponibles tratamientos capaces de eliminar la infección y alcanzar grandes cotas de calidad de vida y supervivencia⁵⁸.

La preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a partir de 1982, se ha reducido considerablemente hasta prácticamente desaparecer. Esta relajación de la conciencia sobre los riesgos de transmisión de estas enfermedades está suponiendo su incremento, especialmente entre los jóvenes, en los últimos años. La fuerte vinculación de las ITS con el VIH/SIDA en el pasado, y una inadecuada educación sexual, posiblemente por insuficiente, entre adolescentes y jóvenes está posibilitando su crecimiento²¹.

Más adelante abordaremos la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

2.4 Conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad

En el análisis de las publicaciones con respecto al nivel de conocimientos que tienen los y las adolescentes sobre salud sexual encontramos diversidad de resultados al respecto.

Un estudio realizado en Castilla y León muestra que los adolescentes de 13 y 14 años que han mantenido relaciones sexuales consideran que lo que saben sobre sexualidad es más que suficiente⁵⁹, en otro realizado en Valladolid el 81% expresó que tienen una información muy buena o buena sobre sexualidad⁵, mientras que existen estudios que señalan que los adolescentes no tienen en general un conocimiento alto sobre sexualidad⁶⁰. Esto puede llevar al aumento de conductas de riesgo, y por tanto aumento de las ETS y embarazos no deseados.

En otro estudio realizado a adolescentes de Granada y Jaén, se encontró que estos usaban el preservativo para evitar embarazos pero no para prevenir las ETS. También mostraron un conocimiento deficiente sobre ellas⁶¹.

A nivel internacional, los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Serbia, realizada a adolescentes entre 15 y 16 años, se vio que había una fuerte relación entre el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) y el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años⁶². También se han consultado dos estudios realizados en Italia. Uno de ellos realizado a 2867 adolescentes entre 14 y 21 años, mostró que solo un 0,5% reconoció las enfermedades de transmisión sexual de una lista que les proporcionaron, además de que solo el 22% sabía que la única forma de prevenir ETS es usando preservativo y con la abstinencia⁶³. Otro estudio realizado a 1588 adolescentes italianos, mostró que estos poseían un conocimiento limitado de las ITS, estable-

ciendo una relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de estudios de los padres⁶⁴. En una encuesta realizada en Alemania a adolescentes, mostraron conocer el VIH, pero solo el 23% había oído hablar de clamidias y solo el 13% conocía el VPH⁶⁵.

Una de las intervenciones que se plantean como importantes en la realización de conductas de riesgo son los conocimientos que tienen los individuos sobre la repercusión para la salud. En una revisión realizada en varias bases de datos se vio, que intervenciones como el fomentar el uso del preservativo y el aumentar los conocimientos sobre salud sexual dando información sobre las ITS y conductas sexuales seguras, puede llevar a una disminución de las mismas. La mayor parte de estas intervenciones fueron llevadas a cabo en centros de salud por profesionales sanitarias⁶⁶.

En una encuesta realizada en España a adolescentes, el 40,1% de los entrevistados dijo que el personal sanitario era quienes más influencia habían tenido en ellos a la hora de elegir el método anticonceptivo⁴².

Con estos datos podemos afirmar que actuar con los jóvenes en materia de prevención es una asignatura pendiente, y tanto progenitores, educadores y personal sanitario debe realizar actuaciones que fomenten en la población conocimientos fidedignos y claro sobre sexualidad.

2.5 Educación sexual

La educación sexual permite responsabilizar a los jóvenes de su salud, ya que con ésta se busca que ellos sean capaces de decidir el estilo de vida que quieren adoptar⁶⁷.

Como ya hemos comentado antes, la familia tiene un papel muy importante en las conductas y comportamientos que tenga el adolescente.

Existen estudios que muestran que el comportamiento sexual y las actitudes de un adolescente frente a este tema, dependerá de la percepción que tenga éste de la estructura de su hogar y de la funcionalidad del mismo, por tanto los jóvenes que perciben su hogar como disfuncional tendrán mayor número de relaciones con riesgo⁵².

Algunas publicaciones destacan que las familias en los que existe una buena comunicación y un buen soporte familiar, pueden fomentar el uso del preservativo por parte del adolescente. Ya que la existencia de este soporte lleva al adolescente a tener mayor capacidad para negociar el uso del preservativo con la pareja y les ayuda a ser asertivos con ella⁶⁸.

Esto mismo se recoge en otro estudio, donde se demuestran que los y las adolescentes que habían tenido comunicación con sus padres sobre las relaciones sexuales, tenían mayor probabilidad de abordar temas como las ETS o el embarazo con su pareja, que los que no hablaban con los padres⁶⁹.

En el Informe de la Juventud del 2012 se revela que el 80% de los y las adolescentes encuestados dicen no haber tenido conversaciones sobre sexualidad en su casa con los progenitores²¹.

Información que coincide con un estudio realizado en Santander, donde los adolescentes entre 12 y 18 años que habían iniciado ya las relaciones sexuales, eran aquellos que tenían menor apoyo de la familia, realizando gran parte de ellos conductas sexuales de riesgo como no usar preservativo⁷⁰.

También a nivel internacional hay estudios como es el publicado en México, que se hizo con 909 adolescentes, donde se mostró que existía una relación entre el no usar preservativo y una mala comunicación en la familia, igualmente se vinculó el inicio de las relaciones sexuales tempranas con una falta de afecto de la familia. Por tanto, concluyeron que la comunicación y la proximidad de los padres con los adolescentes puede ser un factor protector a la hora de que este inicie conductas sexuales de riesgo⁷¹.

No solo es importante que haya una comunicación entre padres e hijos sobre sexo, si no también la calidad de esta es importante, pues se describe que debe ser abierta y en la que el hijo perciba apoyo de los padres. En un estudio realizado a padres e hijos, sugirió que aquellos cuyos padres daban sermones en vez de ser más comprensivos, interiorizaban peor los mensajes y por tanto tenían más probabilidad de tener relaciones sexuales⁷².

Además de los padres, un pilar fundamental para la educación sexual son las escuelas. Hay estudios que muestran que los adolescentes consideran los colegios como un lugar adecuado donde recibir educación sexual⁷³. Para que la educación sexual tenga éxito, es necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios y los docentes⁷⁴.

En Andalucía no existe la figura de la enfermera escolar, pero en Reino Unido numerosos estudios han mostrado que estos profesionales tienen un papel muy importante en la formación y preparación de jóvenes en educación sexual⁷⁵.

3. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

3.1 Características y clasificación del VPH

Es un virus del que se debería ser más conocido por la población de lo que realmente se conoce entre la ciudadanía. Es una enfermedad altamente contagiosa que afecta a la especie humana debido a su comportamiento sociable. Los datos que tenemos en este momento indican que la transmisión del VPH entre parejas es extremadamente común, principalmente por contacto con la piel de la zona genital, pero también puede transmitirse por contacto con mucosas y fluidos biológicos. Se ha descrito algún caso también por compartir objetos sexuales⁷⁶.

El VPH provoca una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Se calcula que entre el 80% al 90% de las personas que tienen relaciones sexuales, en algún momento de su vida han tenido o tendrán contacto con el virus. La buena noticia es que este contacto en la mayoría de las ocasiones no ocasiona problemas de salud, pues el organismo se defiende contra él. La mala noticia es que aunque exista esa defensa no deja una respuesta inmune, es decir no crea defensas, con lo que una nueva relación pone en riesgo de nuevo al individuo ante el virus⁷⁷.

Pertenece a la familia de Papillomaviridae, al grupo de virus con tropismo por los epitelios. Infectan predominantemente la piel y las membranas mucosas y producen proliferaciones benignas o papilomas, que bajo ciertas circunstancias, pueden experimentar transformaciónn maligna⁷⁸. Los papilomavirus se caracterizan por ser pequeños virus no envueltos que miden entre 45 nm a 55 nm de diámetro, con una cápside icosaédrica de proteína.

El VPH no es un virus que se trasmita por la sangre, vive en la piel, para detectar si se tiene el virus, se debería examinar toda la piel y mucosas donde pueda asentarse. Es algo muy difícil de descubrir pues no hay formas de detectarlo con anterioridad; se busca en zonas donde da los principales daños, sobre todo en el cuello de útero, pues existen pruebas específicas para ello⁷⁷.

Nos parece muy acertado el lema que se está utilizando en el año 2018 para concienciar de lo fácil que es infectarse, ya que hay riesgo al ser un virus muy frecuente de contagio fácil. Este lema dice: “El amor está en todas partes y el VPH también”⁷⁷.

En la actualidad se han descritos más de 200 genotipos del VPH de los cuales más de las dos terceras partes han sido secuenciados completamente. Su clasificación puede hacerse en relación al tropismo tisular y a sus diferentes manifestaciones clínicas. Se establecen tres grupos clínico-patológicos: cutáneo, mucoso y el grupo de la epidermodisplasia verruciforme crónica por VPH⁷⁹, que es una enfermedad poco común, en la que existe una mayor susceptibilidad genética a la infección por determinados subtipos oncogénicos del VPH, por tanto una genodermatosis de herencia principalmente autosómica recesiva (dermatosis de causa genética en las que no influyen factores ambientales)⁸⁰.

Un especial interés tiene los VPH con afinidad mucosa con progresión a cáncer. Se han clasificado en VPH-AR y VPH-BR según su capacidad oncogénica. Los VPH-BR únicamente ocasionan las verrugas y condilomas genitales y otras patologías benignas de piel y mucosas y la asociación con el cáncer de cuello de útero es bastante infrecuente, por lo que, desde el punto de vista clínico y de cribado, únicamente se deben detectar los VPH-AR⁷⁶.

Estos, como ya se ha visto, se subdividen en dos grandes grupos atendiendo a su riesgo oncológico:

- * De bajo riesgo que incluye los tipos virales 6, 11, 42, 43 y 44 cuyas principales manifestaciones clínicas son los condilomas acuminados o verrugas y lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG)⁷⁸.
- * De alto riesgo u oncogénicos, que incluyen los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67 y 68, se asocian a todo el espectro de lesiones intraepiteliales invasoras, tanto del epitelio escamoso como glandular. Hay que señalar que las dos terceras partes de todos los VPH asociados a neoplasias anogenitales los representan los tipos del grupo de bajo riesgo 6 y 11, y los tipos oncogénicos 16 y 18⁷⁸.

Las manifestaciones que presentan la infección se clasifican en:

- * Clínicas generalmente causadas por tipos de VPH de bajo riesgo oncogénico (6 y 11), suelen ser benignas, como son los condilomas, verrugas genitales, papilomas venéreos o verrugas venéreas⁸¹.

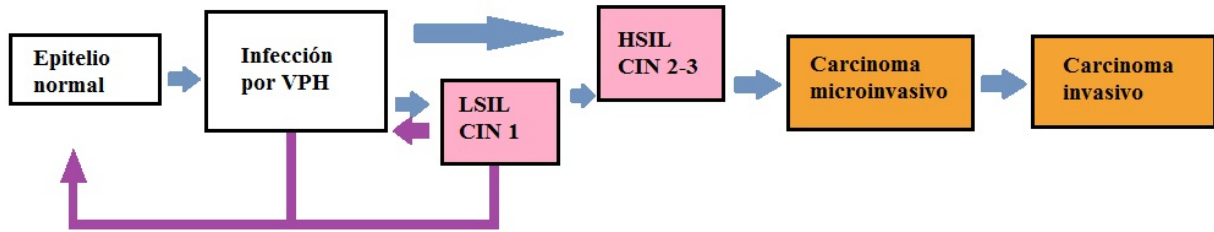
- * Subclínicas pueden incluir tanto lesiones benignas como lesiones con potencial premaligno. Suelen estar producidas por tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (16 y 18), llegando a producir lesión escamosa intraepitelial (SIL) de bajo grado (LSIL) y alto grado (HSIL). El riesgo de infección es importante, ya que al no ser aparentes las lesiones se facilita el contagio⁸¹.

Aunque en la actualidad la participación de la infección por el VPH es motivo de extensas investigaciones, sin embargo no se ha encontrado una relación causal justificada, la asociación de los tipos virales de bajo riesgo (tipos 6 y 11) con lesiones premalignas, y de los tipos virales de alto riesgo –tipos (tipos 16 y 18) con el cáncer invasor, aunque si sugieren una implicación activa en la transformación celular maligna. Se señala al VPH como causa necesaria, pero no suficiente para que se desarrolle el carcinoma⁸¹. En este momento hay suficiente evidencia científica para asegurar sin ninguna duda que la persistencia del ADN del VPH en la célula infectada es una condición indispensable para el desarrollo del cáncer⁷⁹. Por tanto, se considera que el 100% de los cánceres de cuello uterino son debidos al VPH, sobre todo los VPH 16 y 18, siendo el VPH 16 el responsable hasta en el 70% de los casos de dicho cáncer^{78,82}.

El VPH genital no se propaga a través de la sangre o fluidos corporales, se transmite, principalmente, mediante el contacto directo de piel con piel o piel con mucosa, siempre por contacto sea sexual o no. Una de las formas frecuentes de transmisión es por contacto directo durante el sexo vaginal, oral o anal. La transmisión de algunos tipos de VPH genitales es posible mediante el contacto oral-genital. La evidencia molecular y epidemiológica sugiere que hay una asociación etiológica directa del VPH con los cánceres orofaríngeos⁸³. El VPH también está asociado a otros tipos de cáncer, tal como los cánceres de la cabeza y del cuello del útero, y los cánceres de ano y de pene⁸⁴. La transmisión del virus de una madre a un bebé durante el parto es poco común, pero puede ocurrir; puede causar verrugas en las vías respiratorias (tráquea y bronquios) y los pulmones de los bebés, llamadas papilomatosis respiratorias recurrente (PRR)⁸⁵.

Como ya se ha planteado, la infección por el VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente; en más del 90% de los casos evoluciona de forma natural hacia la curación espontánea y desaparece sin dar lugar a lesión. Sin embargo, cuando no se elimina el virus y la infección persiste en el tiempo (entre un 10% y un 20% según algunos autores) puede acabar ocasionando lesiones precancerosas. En la figura 1 se muestra la historia natural de la infección por VPH y sus consiguientes lesiones en caso de no desaparecer la infección⁸⁶.

Figura 1: Evolución posible de las lesiones en el cáncer de cérvix tras la infección



Fuente: Protocolo de detección precoz del cáncer de cérvix. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2011⁸⁶.

Cuando la infección por VPH oncológico es persistente, más de 12 meses, puede y es una condición necesaria para la aparición de displasia y cáncer de cuello de útero. Muchos estudios plantean la influencia de otros factores como:

- * Ser múltipara: no se sabe a ciencia cierta el motivo. Algunos autores establecen que es porque durante el embarazo se producen modificaciones en la zona de transformación del exocervix ampliándola, lo que facilita la exposición al VPH⁸⁷. Por tanto cuantos más embarazos haya más aumenta la exposición al VPH y mayor es el riesgo de cáncer de cuello de útero⁸⁸. Otros señalan que el aumento de estrógenos que se produce puede aumentar la actividad molecular del VPH⁸⁹. Otra de las explicaciones que dan es que si estás embarazada es porque has tenido relaciones sin protección y por tanto mayor riesgo de haber estado expuesta al VPH⁹⁰. También hay quienes consideran que las embarazadas tienen el sistema inmune debilitado y por tanto esto facilita la infección por VPH⁹¹.
- * El uso de terapia hormonal durante 5 años o más: estudios muestran que el uso de anticonceptivos hormonales durante 5 años o más duplica el riesgo de padecer cáncer de cuello de útero. Después de dejar la píldora, tras 10 años, el riesgo se elimina⁹².
- * Sexo con múltiples parejas: cuantas más parejas se tenga mayor es el riesgo de exposición. También el tener relaciones con personas que hayan tenido múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de padecer cáncer de cuello de útero⁹³.
- * Edad de la primera relación sexual: según algunos estudios parece ser que el mantener relaciones sexuales a edades más tempranas es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix.

vix. Hay algunos autores que plantean que por cada caso de cáncer de cuello de útero en mujeres que iniciaron las relaciones en la edad adulta hay 7,2 casos en aquellas que las iniciaron en la adolescencia⁹⁴.

- * Tabaquismo: algunos subproductos del tabaco son capaces de llegar hasta el cuello del útero y dañar sus células lo que puede contribuir al cáncer de útero. Las mujeres fumadoras tienen el doble de probabilidad de padecer cáncer de cuello de útero que las no fumadoras⁹⁵.
- * Infección por Clamidias: las mujeres que han tenido esta infección tienen más riesgo de padecer cáncer de cuello de útero que las que no. Según los estudios la infección por Clamidia incrementa la vulnerabilidad frente al VPH al producir microabrasiones y alteración de las uniones entre las células epiteliales, lo que facilita la entrada del virus⁹⁶.
- * Bajo nivel económico: el no tener recursos económicos puede llevar a que las mujeres no tengan acceso adecuado a los servicios de salud y por tanto no se realicen las pruebas de detección e incluso que no reciban el tratamiento para las lesiones precancerosas⁹¹.
- * Sobrepeso: algunos autores han establecido que el aumento de la adiposidad se ha relacionado con mayor susceptibilidad a patógenos virales⁹⁷. Sin embargo, existen otros estudios que no establecen una relación causal entre el sobrepeso y mayor riesgo de cáncer de cuello de útero, pero sí una asociación débil con la obesidad, aunque es algo que todavía requiere mayor evidencia⁹⁸. Otra de las teorías es que las mujeres con obesidad acuden menos a los cribados para el VPH⁹⁹.
- * Ser portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): este virus causa inmunosupresión, por lo que se altera la historia natural del VPH. Las mujeres que entran en contacto con VPH tienen más riesgo de que la infección se transforme en HSIL¹⁰⁰.
- * Dieta pobre en frutas, verduras, vitamina C y E: aunque no hay una evidencia clara, algunos estudios parecen mostrar que los nutrientes antioxidantes tienen un efecto protector frente al desarrollo de cáncer de cervix⁹⁵.

3.2 Clasificación de las lesiones que produce la infección del VPH

El sistema Bethesda es el que se utiliza actualmente para clasificar las lesiones, el cual sustituye el término neoplasia por el de lesión escamosa intraepitelial (SIL son las siglas por su traducción al inglés).

Este sistema de clasificación se originó en Bethesda, Maryland, en 1988 por el National Cáncer Institute de los Estados Unidos. El fin principal de este sistema es comunicar al profesional que lo solicite la mayor información posible para ser utilizada en la atención de la paciente, pues se realiza un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico)¹⁰¹.

Los parámetros que monitoriza este tipo de clasificación son¹⁰¹:

1.- Idoneidad de la muestra para su diagnóstico. Los informes pueden ser: frotis adecuado para diagnóstico con presencia de: células endocervicales conservadas; células de metaplasia escamosa.

* Frotis limitado por: datos incompletos; material celular escaso; fijación deficiente; hemorragia; presencia de exudado inflamatorio; ausencia de células endocervicales.

* Frotis inadecuado para diagnóstico por: presencia de hemorragia intensa; mala fijación.

2.- Valoración si existen infecciones asociadas. Su presencia puede sugerirse a partir del examen citológico: flora normal, flora mixta, Cándida, Clamidia, Tricomonas, Gardnerella etc.

3.- Anomalías de las células epiteliales, es la categorización Bethesda:

* Células del epitelio escamoso sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, con alteraciones por inflamación moderada, con alteraciones por inflamación severa.

* Apatías: se utiliza cuando los hallazgos en la citología son de importancia indeterminada. Los términos son: ASCUS (Atipias epiteliales de significado indeterminado) y ASGUS (Ati-

pias glandulares de significado indeterminado). Cambios citológicos relacionados con exposición a Radio – Quimioterapia.

- * Lesiones intraepiteliales escamosas. Se acuñaron dos términos diagnósticos dentro de esta categoría:
 - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL). En este grupo se incluyen los casos donde hay cambios celulares asociados a infección por VPH y asociados a displasia leve.
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) y células glandulares atípicas (AGC). Son alteraciones celulares producidas por el VPH. Abarca los cambios celulares que indican displasia moderada o grave y carcinoma in situ.

4.- Evaluación hormonal: Define si el patrón hormonal es o no compatible con la edad e historia de la paciente. Células Basales/ intermedias/superficiales.

5.- También ofrece información sobre cuáles son las intervenciones posteriores recomendadas. Estas pueden ser:

- * Repetir examen, referir a hospital, control no antes de 3 meses, control no antes de 6 meses, control no antes de 1 año.
- * Colposcopia (exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello del útero mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes).
- * Biopsia de cérvix (extracción de tejidos del cuello del útero y analizarlos para determinar si hay condiciones anormales o precancerosas, o cáncer de cuello de útero).

3.3 Recogida de muestra según localización del VPH

Para realizar este apartado se ha seguido las recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, publicada en 2016 y en el artículo de revisión publicado por sus autoras del 2017 de como recoger la muestra adecuada. Hay que tener presente que la recogida debe hacerse en medio líquido, en recipientes estériles de cierre hermético¹⁰²:

- * Detección de VPH en cérvix: recoger mediante el cepillado con cepillos estériles (de material inerte) o biopsia, según localización. La muestra no puede contener más de un 2% de frac-

ción de volumen de sangre (para no inhibir la proteína C reactiva). Se utilizará cepillo específico, se introducirá en las dos terceras partes del canal endocervical y se rotará suavemente entre 90 y 180 grados o 5 veces en el sentido de las agujas del reloj. Cuando se visualicen lesiones, se debe recoger muestras de dichas lesiones.

- * Detección del VPH en zona anal en mujeres y hombres, se hará cepillado anal de varias zonas tomadas al azar.
- * Detección del VPH en genitales en el varón se recomienda triple toma en glande, surco coronario y uretra distal (los tres cepillos se introducen en el mismo frasco para su conservación).
- * Detección del VPH en verrugas o lesiones verrugosas resistentes al tratamiento tópico, se recomienda extracción quirúrgica y conservación para su análisis en medio líquido (no formal) en una gasa.

El cepillado de otras localizaciones no existe evidencia de valor predictivo positivo o negativo (cavidad bucal, lengua, etc.).

3.4 Prevalencia e incidencia de la infección y sus consecuencias

3.4.1 Incidencia y prevalencia de la infección en mujeres en el cuello de útero

Según la International Agency for Research on Cancer (IARC) la prevalencia del VPH varía en función de la demografía, con características de distribución parecidas a la del cáncer de cérvix¹⁰³.

La duración media de la infección por VPH varía desde meses a años. Generalmente, es más persistente en el tiempo en los virus más oncogénicos¹⁰⁰.

Según los últimos datos publicados en 2016 por la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica la prevalencia global de la infección por el VPH en mujeres con citología normal es de alrededor del 11-12%, con las cifras mayores en África subsahariana (24%), Europa del Este (21%) y América Latina (16%). Las tasas máximas de prevalencia del VPH se observan en mujeres menores de 25 años con una disminución en las edades más avanzadas en muchas poblaciones, aunque algunas de las cuales tienen un repunte secundario en la

perimenopausia temprana o en las mujeres menopáusicas. En otras poblaciones, como en China, la prevalencia de VPH es relativamente independiente de la edad. La explicación de la diferencia en estos patrones de prevalencia y la importancia clínica no se comprende con certeza. Los cinco tipos de virus más frecuentes en todo el mundo son VPH16 (3,2%), VPH18 (1,4%), VPH52 (0,9%), VPH31 (0,8%) y VPH58 (0,7%), aunque estas estimaciones representan la prevalencia puntual y no acumulativa a la exposición y pueden estar subestimadas¹⁰².

En España, la prevalencia del VPH se estima que afecta aproximadamente a un 9% de todas las mujeres de la población general¹⁰³.

En un estudio realizado a mujeres en Andalucía en el año 2007 sobre 2794 muestras de endocervix, en el 35 % (951mujeres) se detectó algún tipo de VPH, de ellos en el 30% (834 casos) se halló VPH de genotipos de alto riesgo, y en el 4% (117mujeres) genotipos de bajo riesgo¹⁰⁴.

Como ya se ha planteado, la prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, siendo más alta entre las mujeres jóvenes (menores de 25 años), con una prevalencia del 20-25%. Estas cifras disminuyen a partir de los 30 años y se mantienen estables con valores aproximados del 5%. Se produce un nuevo pico a partir de la menopausia. Según los diferentes estudios puede deberse a la pérdida de la inmunidad que ocurre en este periodo. Y aunque en las mujeres de edad media hay un descenso de infecciones, estas son más persistente en el tiempo, es decir el organismo no las elimina, lo que implica un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello^{104,105}.

Según el estudio Cleopatre llevado a cabo en España se considera que hay 2 millones de mujeres infectadas en nuestro país. La prevalencia de este virus en mujeres entre 18 y 65 años se cree que es del 14,3%, mientras que esta cifra aumenta hasta el 28,8% en mujeres entre 18 y 25 años¹⁰⁶.

Los resultados del estudio también indican que los hábitos sexuales de las mujeres españolas han cambiado sustancialmente en los últimos años. Los datos también muestran que en la actualidad hay un inicio más temprano en las primeras relaciones sexuales y un mayor número de parejas sexuales en las mujeres más jóvenes, comparado con las mujeres más mayores¹⁰⁷.

Según un estudio realizado en Holanda la prevalencia del VPH puede llegar a alcanzar el 30-40% en grupos de entre 15-25 años, esta prevalencia disminuye entorno al 3-10% entre los 25-40 años¹⁰⁸, mientras que en algunas poblaciones de África, América y Europa, se muestra un pico en las mujeres de 45 años o más¹⁰⁹.

3.4.2 Incidencia y prevalencia de cáncer de cuello de útero y mortalidad en mujeres

Los recientes datos epidemiológicos sugieren un aumento de la incidencia y prevalencia de las SIL y una disminución del promedio de edad de las pacientes portadoras de estas lesiones. La existencia de lesiones precancerosas durante un período prolongado explica la necesidad de plantear medidas preventivas como la vacuna y acciones de detección sistemática del cáncer del cuello uterino con los cribados, ya que se han evidenciado como pertinentes y eficaces¹¹⁰.

Los datos de incidencia indican que el cáncer de cuello de útero es el segundo tumor en frecuencia en mujeres en el mundo. Se estima que anualmente se producen más de 500.000 casos nuevos y en torno a unas 280.000 defunciones¹⁰³.

El cáncer de cérvix es el cuarto cáncer más común en las mujeres, y el séptimo en la prevalencia general, con una estimación de 528.000 nuevos casos en 2012 y de 609.000 para 2020. Al igual que con el cáncer de hígado, una gran mayoría (alrededor del 85%) de los casos se producen en las regiones menos desarrolladas, donde representa casi el 12% de todos los cánceres que afectan a la mujer. Las regiones de alto riesgo, con una tasa estandarizada por edad superior a 30 por 100.000, incluyen el este de África (42,7%), Melanesia (33,3%), sur de África (31,5%) y África central (30,6%). Los índices más bajos están en Australia/Nueva Zelanda (5,5%) y en Asia occidental (4,4%)¹⁰³.

Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer:

El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años. Respecto a la frecuencia de este cáncer, hay diferencias entre países más y menos desarrollados (como ya se ha visto), en el caso de los menos desarrollados es el segundo tumor más frecuente tras el de mama, mientras que en los más desarrollados su frecuencia ha disminuido de manera drástica en la última década¹¹¹.

En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama.

En España se diagnostican unos 2.511 casos al año de cáncer de cérvix, produciendo este unos 844 fallecimientos anuales, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los

tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos¹¹². Las estimaciones para 2020 son de 2.710, y en cuanto a la mortalidad, se producirán 949¹⁰².

Es un tumor propio de las edades medias de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 50 años, con un máximo entre los 40 y los 45. Hay un número significativo de casos desde los 30 años. Entre el 85-95% de los casos son carcinomas escamosos (o epidermoides). El resto son adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos¹¹¹.

Entre el 80 y el 85% de los casos se registran en países en vías de desarrollo. Las campañas de diagnóstico precoz han jugado un papel esencial en la disminución de la incidencia de este tumor en los países desarrollados. Antes de las campañas de screening, la incidencia era similar en todos los países¹¹¹.

Aproximadamente un 70 % de las pacientes que sufren un cáncer invasivo de cérvix en España sobreviven más de 5 años. Se trata de una supervivencia global, sin tener en cuenta edad, tipo histológico o fase de la enfermedad. La supervivencia en España es superior a la media europea, y semejante a la que se registra en EEUU. La supervivencia ha mejorado en la última década (41% para casos diagnosticados entre 1980 y 1985, y 69% para los diagnosticados entre 1990 y 1994), y se espera que esta tendencia continúe¹¹¹.

La edad media al fallecimiento por cáncer de cérvix en España es de 60 años¹¹².

El 85% de los fallecimientos por cáncer de cérvix se producen en países en vías de desarrollo.

Se puede estimar que la prevalencia de mujeres portadoras con ADN del VPH es de 271 millones en países en vías de desarrollo y 39 millones de mujeres en países desarrollados¹¹³. De estos casos se estima que el 31% están infectadas por VPH tipo 16 y/o 18¹¹⁴.

3.4.3 Otros tipos de lesiones producida por la infección del VPH en ambos sexos

Existe la idea de que los hombres solo pueden transmitir la infección por VPH, y que no la padecen es erróneo. Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de la infección genital por VPH¹¹⁵. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres, también pueden adquirir la infección¹¹⁵.

Se aprecia un sesgo de género en lo que se refiere a los datos publicados con la prevalencia e incidencia de la infección del VPH en hombres. En la mayoría de los estudios al hombre se le tiene en cuenta por su contribución al cáncer de cuello de útero, pero no por el impacto que este pueda tener en su salud. Se sabe que es él quien más posibilidades tiene de transmitirlo, pues los datos del contagio por el VPH en los hombres son mayores. Hay estudios que demuestran que en ocasiones, las consecuencias para su salud dependiendo del tipo de cáncer que origina la infección puede afectar más a la población masculina que a la femenina. Datos de EE. UU muestran que la prevalencia de la infección oral por VPH de alto riesgo en la población general, es mayor en hombres que en mujeres (7.3% frente al 1,4% respectivamente)¹¹⁶.

En una revisión sistemática publicada en 2010 por la OMS sobre la prevalencia de VPH genital en hombres mayores de 18 años se obtuvo que el punto máximo de la prevalencia se alcanzó en edades ligeramente mayores que en las mujeres y se mantuvo constante o disminuyó levemente con el aumento de la edad. La prevalencia del VPH fue alta en todas las regiones, pero osciló de 1% a 84% entre los hombres de bajo riesgo (aquellos que tienen parejas estables o no tenían relaciones) y del 2% al 93% en los hombres que tienen conductas en las que existe alto riesgo de contagio (asistentes a la clínica de ITS, hombres con el VIH positivo, y parejas masculinas de mujeres con infección por VPH o citología anormal). Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y VIH positivos mostraron la prevalencia más alta. Las infecciones analizadas por VPH son muy comunes en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y son casi universales entre las personas infectadas por el VIH¹¹⁷.

En este mismo documento aparece los resultados de un ensayo clínico multicéntrico que examinó la prevalencia basal de la infección por VPH en el pene, escroto y perineal/perianal en hombres heterosexuales. La prevalencia de cualquier tipo de VPH fue del 18,7% en el pene, 13,1% en el escroto, 7,9% en la región perineal/perianal y 21,0% en cualquier sitio. Los hombres africanos fueron los que más prevalencia de VPH tuvieron, mientras que los de Asia y el Pacífico los que menos. No hubo asociación entre la edad y el riesgo de VPH positivo. Tener al menos 3 parejas sexuales femeninas de por vida tuvo el mayor efecto sobre la prevalencia del VPH: odds ratio (OR) 3,2 (IC del 95%: 2,1-4,9) para los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18; y OR 4.5 (IC 95%: 3.3-6.1) para todos los tipos de VPH evaluados¹¹⁷.

En otra revisión sistemática, consideran que se puede atribuir al VPH 17.403 casos nuevos de cáncer cada año en hombres, de los cuales 15.497 a las cepas 16/18. También recogen que en

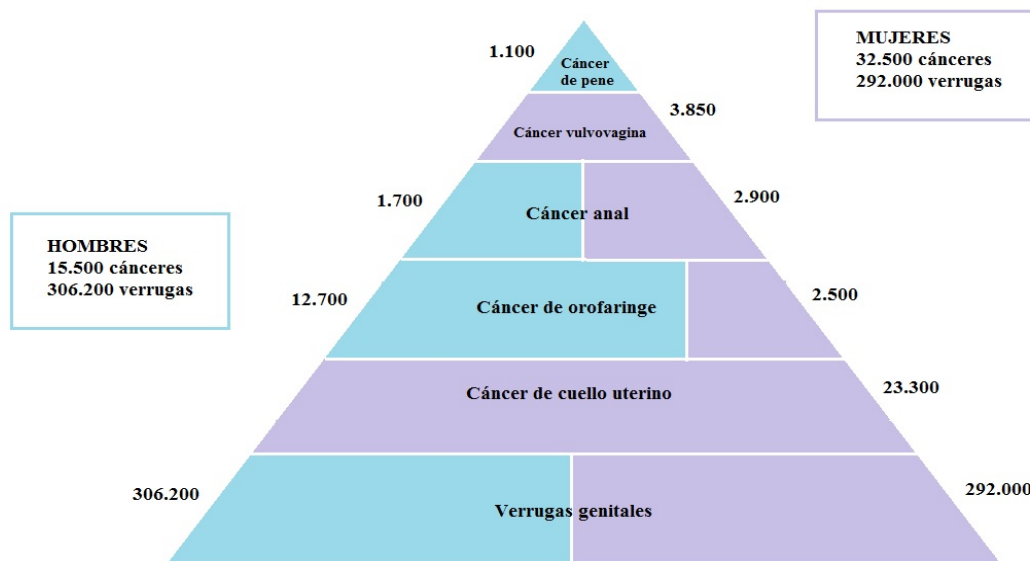
Europa se estima que anualmente ocurren entre 335.301 y 380.961 casos de verrugas genitales, de los cuales entre 286.682 y 325.722 se podrían atribuir a las cepas 6/11¹¹⁸.

La infección VPH en ocasiones puede afectar a diferentes partes del cuerpo. Algunos estudios muestran una relación entre la presencia de VPH genital y el oral. Así pues, se pone de manifiesto que la prevalencia de VPH oral es de 13,7% hombres con infección genital de VPH, mientras que en hombre sin infección genital la prevalencia del VPH oral disminuye al 3,9%¹¹⁶.

Como ya hemos visto la infección por VPH es el causante del cáncer de cérvix además de poder producir cáncer de pene, testículos, orofaríngeo, etc. Pero también puede tener otras consecuencias. En una revisión sistemática se sugiere que puede haber una relación entre la presencia de VPH en el semen y la infertilidad idiopática masculina, ya que entre otras cosas la infección puede producir astenozoospermia (consiste en la disminución del porcentaje de espermatozoides móviles en una muestra seminal y se determina mediante un semiograma o análisis seminal)¹¹⁹. Las consecuencias pueden ir más allá, incluso algunos estudios sugieren que la presencia del VPH en el semen puede estar relacionado con efectos en el desarrollo embrionario, así como con el aumento del número de abortos^{120,121}.

En la figura 2 aparece el número de casos, diferenciados por sexo, de verrugas y cánceres diagnosticados por año en Europa¹²².

Figura 2: Número de casos de verrugas genitales y cánceres con VPH 6/11/16/18 diagnosticados cada año en Europa.



Fuente: Sociedad Española de Pediatría extrahospitalaria y atención primaria¹²².

3.4.4 Medidas de prevención de la infección del VPH y del cáncer

Según las evidencias publicadas la infección del VPH se puede prevenir con varias medidas, pero no todas son fiables y factibles¹²³:

- * La abstinencia sexual durante toda la vida.
- * La monogamia mutua de la pareja, pero eso tiene que ser para siempre y desde siempre, ya que si alguno de los miembros de la pareja tiene o ha tenido otras relaciones ambos van a heredar esa carga de virus.
- * El preservativo es otra de las opciones, se ha demostrado que amortigua el contagio, pero no es suficiente ya que no es completamente impermeable al virus, no hay ningún preservativo que proteja toda zona que contacta en una relación sexual y que no siempre se usa durante toda la relación.
- * La administración de la vacuna, esta es la única que ha demostrado su eficacia en la prevención.

Por tanto, la infección es prevenible con administración de vacunas, y curable cuando se cuenta con métodos screening a mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados¹¹⁷.

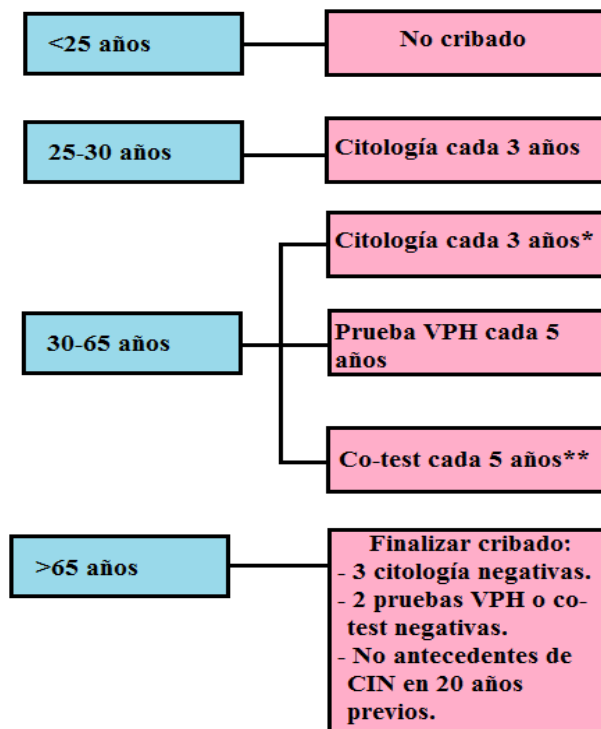
El cribado es una parte importante para la prevención de las consecuencias de la infección por el VPH, ya que permite detectar lesiones premalignas asintomáticas. Las pruebas existentes para la detección son:

- * Citología, prueba Papanicolaou: se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación del epitelio cervical. Existen dos tipos, la convencional, donde las células se obtienen por cepillado o rascado del exocervix y endocervix, donde el material obtenido se conserva en un medio líquido. Cuando se obtiene una muestra, si hay infección por VPH, las células del epitelio cervical presentan cambios morfológicos¹²⁴. Pero la citología por si sola tiene defectos. En un metaanálisis llevado a cabo, se encontró que el 29,3% de los cánceres de cérvix invasivos habían sido falsos negativos y en el 11,9% el seguimiento de los resultados anormales había sido deficiente¹²⁵.

- * Prueba de ADN del VPH: mediante esta prueba lo que se busca es ADN de los tipos de VPH más cancerígenos en las células del cuello del útero. La muestra se obtiene de la misma forma que en la prueba de Papanicolaou¹²⁶. Este procedimiento tiene una gran sensibilidad, lo que ocasiona que se detecten muchos casos de VPH en mujeres, lo que las llevará a tratamientos y pruebas quizás innecesarias porque como ya se sabe la infección puede ser transitoria y las lesiones o infección no avanzar¹²⁷.
- * Inspección visual con ácido acético: lo que se lleva a cabo es un lavado del cuello del útero con ácido acético y una inspección visual tras esto. Se considera el resultado positivo cuando aparecen zonas acetoblancoas cercanas a la unión escamocolumnar. Se usa sobre todo en países con bajos recursos económicos. Un metaanálisis sugiere que esta prueba tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 92%¹²⁸.

Las recomendaciones de la Asociación Española Patología Cervical y Colposcopia para el cribado de cáncer de cérvix a mujeres aparecen en la figura 3¹²⁹:

Figura 3: Recomendaciones de cribado de cáncer de cérvix en mujeres.



* Aunque la citología cervical exclusiva en el cribado primario continúa vigente, siempre que se cumplan los controles de calidad preceptivos, la transición a cribado con prueba VPH debería ser un objetivo alcanzable en el plazo

de 3-5 años para todos los ámbitos del cribado primario de cáncer de cuello uterino. Esta recomendación se justifica en base a la ganancia en calidad y validez del cribado.

** Globalmente, prueba de VPH y citología (co-test) no añade mayor rendimiento y eficacia a la prueba de VPH-AR como método único y conlleva un mayor gasto de recursos. La elección del co-test debe tener una utilidad transitoria mientras se incorpora e implementa la tecnología para la detección del VPH. CIN: neoplasia cervical intraepitelial; VPH: virus del papiloma humano

Fuente: Asociación Española Patología Cervical y Colposcopia¹²⁹.

Las recomendaciones se podrían resumir en los siguientes puntos¹²⁹:

- * El cribado del cáncer de cuello uterino se debe iniciar a los 25 años. No iniciar el cribado antes, independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales u otros factores de riesgo.
- * El cribado del CCU debe finalizar a los 65 años siempre que se cumplan los siguientes criterios:
 - Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años previos.
 - No antecedente de CIN o cáncer de cuello de útero tratado durante los 20 años previos.
- * El cribado entre 25 y 30 años debe realizarse únicamente con citología y en caso de resultado negativo repetir la citología cada 3 años hasta los 30 años.
- * Cribado a mujeres de 30 a 65 años aparecen distintas recomendaciones:
 - Opción preferente: realizar una prueba de VPH clínicamente validada cada 5 años. Debe realizarse dentro de un programa de cribado poblacional.
 - Opción aceptable: realizar cribado con citología cada 3 años. Se ha demostrado ser eficaz reduciendo la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero. El cribado exclusivo con citología sólo debería justificarse por la falta de recursos e infraestructura que impida la implementación de la prueba de VPH.
 - Opción aceptable: cribado conjunto con citología y prueba de VPH cada 5 años (co-test). La realización de co-test cada 5 años confiere los beneficios de la prueba VPH antes referidos.
- * Cribado a mujeres con histerectomía previa:

- Las mujeres con histerectomía total por patología benigna deben finalizar el cribado tras la histerectomía (independientemente de la edad, la existencia o no de cribado previo adecuado negativo o de factores de riesgo sexual).
 - Las mujeres con histerectomía por lesión \geq a HSIL, una vez se derivan al cribado rutinario, deben realizar seguimiento durante un periodo mínimo de 20 años.
 - Mujeres con antecedentes de lesión HSIL: as mujeres con antecedente de lesión \geq a HSI que han sido tratadas, una vez se derivan al cribado rutinario, deben realizar seguimiento durante un periodo mínimo de 20 años.
 - Mujeres inmunodeprimidas: citología anual a partir de los 21 años.
 - Mujeres VIH positivas correctamente tratadas que tienen un co-test negativo a los 5 años presentan una tasa de lesiones cervicales premalignas similar a la observada. Las pacientes con inmunodepresión congénita o adquirida, o las pacientes con infección VIH son altamente susceptibles a la infección persistente por VPH y poseen mayor riesgo de desarrollar lesiones precursoras o cáncer de cuello de útero. El control debe ser más estricto.
- * En ninguna comunidad Autónoma de España se hace diferenciación por grupos, simplemente se realizan cada 3 años a las mujeres entre 25 y 65 años.

En España cada Comunidad tiene su protocolo acerca del cáncer de cuello de útero. En todas ellas se hace un cribado oportunista (actividad de reconocimiento no sistemática que se suele realizar dentro de los servicios de salud a petición del interesado o aprovechando una consulta por otro motivo médico), salvo en La Rioja y Castilla y León que es poblacional (cuando esta actividad preventiva se aplica a todas las personas residentes en la comunidad, independientemente del sistema de aseguramiento que cada persona tenga o de cualquier otra circunstancia individual o social, de manera sistemática, con invitación individual de cada persona de la población que se haya definido como objetivo)¹¹⁹.

Como plantea la médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública Nieves Ascunce, no todas las enfermedades son susceptibles de control mediante la práctica del cribado. Los criterios a este respecto, según esta autora, están claros: “debe ser una enfermedad que plantea un importante problema de salud, con una historia natural bien definida y conocida etc. La prueba del cribado debe tener unas características: Tampoco se puede ni se debe considerar cualquier tipo de prueba; un test de cribado debe ser válido, fiable, simple, seguro y aceptable por la población a la que va dirigido. Debe haber un claro consenso respecto al proceso de confirmación

diagnóstica y evidencia de que el tratamiento en fase presintomática es más efectiva¹³⁰.

Se ha demostrado que el cribado oportunista parece no ser útil en la prevención de lesiones por VPH, puesto que los niveles de mortalidad del cáncer de cérvix, se han estabilizado¹³¹, pues este tipo de cribado nunca se debe considerar como una alternativa al poblacional cuando este no ha demostrado ser eficaz, y esto es algo que se debe tener en cuenta a la hora de ofertar en la práctica clínica habitual pruebas de cribado. En el cribado oportunista la población con bajos recursos económicos (suelen ser los que menos usan los servicios sanitarios), no se benefician de este programa, mientras que las personas con más recursos los sobreutilizan¹³². Esto queda demostrado en una investigación realizada en EEUU, donde de los cánceres de cuello de útero diagnosticados, el 50% eran en mujeres que no se habían realizado nunca una prueba de detección y el 10% en mujeres que en los últimos 5 años no se la habían realizado, la mayor parte mujeres con pocos recursos¹³³. Por mucho que avancen los métodos de detección, no van a tener el impacto deseado si no se llega a esta población con pocos recursos¹³⁴.

En España, dentro de la población diana para la mayoría de las Comunidades Autónomas (mujeres entre 25 y 65 años), aproximadamente el 15% no se ha realizado nunca una citología, siendo mayor el porcentaje en las menores de 35 años. Aunque si es cierto que aproximadamente el 70% dice haberse realizado una hace 3 años o menos¹³⁵. Es necesario plantear estrategias de cribado que acaben con la heterogeneidad entre las distintas Comunidades.

Como plantea también plantea Nieves Ascunce: “los programas organizados de carácter poblacional, con la oferta de realización de la exploración a toda la población garantizan el principio de equidad, pero además suelen integrar actividades de sensibilización especial y formas de acceso también especiales para grupos especialmente desfavorecidos, grupos que de entrada suelen tener una participación menor. De esta forma se consigue disminuir ese gradiente social que de por sí siempre se produce en la práctica de actividades preventivas”¹³⁰.

El cáncer de cérvix es raro en adolescentes, por lo que las citologías no pueden prevenirlo¹³⁶. El cribado en adolescentes puede llevar a detección y “sobretreatmento” de lesiones que probablemente tendrían una regresión espontánea, lo que ocasiona un riesgo mayor de complicaciones a nivel reproductivo¹³⁷. Pues como se plantea, los cribados como toda actividad sanitaria tiene beneficios, pero también efectos adversos. Además de los potenciales efectos secundarios asociados a las pruebas y al tratamiento, los pacientes en los que la detección precoz no suponga una mejora en su pronóstico sufrirán un periodo de morbilidad mayor por el adelanto diagnóstico que

el propio proceso implica. La detección de anomalías de pronóstico incierto o lesiones precursoras puede derivar en sobre-diagnósticos y sobre-tratamientos¹³⁰. En el grupo de edad de la adolescencia la mejor prevención es la vacunación de los y las adolescentes, ya que está demostrada su eficacia antes del comienzo de las relaciones sexuales¹³³.

También queremos hacer mención a las palabras que el ginecólogo Jesús de la Fuente Valero expresa como profesional sanitario que realizan su actividad con las personas contagiadas. Explica que aunque la peor consecuencia del contagio es padecer un cáncer, cuando se diagnostica una lesión por el VPH a alguna persona cambia mucho la calidad de vida, pues ese hecho le provoca mucha ansiedad; pues con la confirmación de la enfermedad se les plantean desde dudas (quién me lo habrá transmitido, cuándo habrá sido), incertidumbres (si se va a morir, si va a poder tener hijos, etc.), hasta problemas laborales por las continuas revisiones que les hace tener que pedir permiso o faltar al trabajo. Esto requiere mucho tiempo en el abordaje profesional para tranquilizar y darles seguridad¹²³.

4. VACUNAS

4.1 Definición e historia

Se define salud pública como “La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”¹³⁸. Por tanto, podemos decir que una de las principales acciones para mantener la salud pública es la promoción de la salud. La Declaración de Ottawa definió promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”¹³⁹. Las acciones realizadas van dirigidas a cambiar las condiciones sociales, económicas y ambientales que tengan influencia en los determinantes de la salud, además de aumentar las habilidades y capacidades de las personas¹⁴⁰.

Dentro del ámbito de la promoción de la salud la OMS planteo una serie de objetivos en el marco de la política de Salud 21, entre los cuales se encuentra la prevención control de las enfermedades¹⁴¹. Una de las actividades principales llevadas a cabo para conseguir este objetivo es la vacunación. Se ha demostrado que una de las medidas más eficaces para la prevención de enfermedades infecciosas es la vacunación¹⁴². Ningún avance de la medicina ha conseguido salvar tantas vidas como la vacunación¹⁴³.

Según la OMS cada año mueren 1,5 millones de niños por causa de enfermedades que pueden evitarse fácilmente con vacunas que ya existen. En los países menos desarrollados sobre todo existe la necesidad apremiante de mejorar el alcance y la fiabilidad de la administración de vacunas para proteger correctamente a todas las personas. En los países desarrollados hay que seguir fomentando la administración de vacunas a la población como medio de mejorar la salud¹⁴⁴.

Una vacuna se define como una suspensión de microorganismos vivos, atenuados, inactivados o sus fracciones, administradas para inducir inmunidad y prevenir enfermedades infecciosas o sus secuelas¹⁴⁵.

Creemos que antes de avanzar en la exposición de la historia y la clasificación de las vacunas hay que definir dos términos importantes comúnmente usados en el área inmunológica¹⁴⁵:

- * Antígeno: partículas extrañas al organismo que pueden tener naturaleza viral, bacteriana o de otro origen que desencadenan una respuesta inmune.

* Anticuerpo: moléculas del sistema inmune que serán capaces de eliminar los antígenos.

4.2 Historia de las vacunas

La historia de las vacunas se remonta a la antigua China, donde existen escritos del siglo XI en los que se hace referencia a una forma primitiva de vacunación, concretamente la conocida como "variolización". La variolización es la inoculación del pus de la viruela para provocar esta enfermedad en una forma atenuada e inmunizar así al paciente. Esta práctica no estaba exenta de riesgos, pues un cierto número de vacunados contraían la viruela en una forma grave y morían¹⁴⁶.

A finales del siglo XVIII la viruela era una plaga muy temida en Europa y América, puesto que causaba una gran mortalidad y no existía tratamiento contra ella¹⁴⁶.

La variolización fue introducida en Europa, concretamente en Gran Bretaña, en 1721 por Lady Mary Wortley Montagu¹⁴⁶.

Podemos decir, que como vacuna, la primera conocida fue la de la viruela, que apareció en 1796 gracias al médico inglés Edward Jenner, que llevó a cabo su experimento de inmunización con linfa de viruela de las vacas (de ahí su nombre de vacuna). Su experimento se basó en la observación y en los comentarios populares de que existía una viruela mala y otra menos agresiva proveniente de las vacas, y que las granjeras no se infectaban con la mala, pues se infectaban de las de las vacas lo que las protegía. La viruela de las vacas era una enfermedad que producía una erupción en sus ubres, y quienes ordeñaban las vacas se contagiaban de esta enfermedad, lo que les protegía frente a la viruela humana. Durante 20 años observó el fenómeno y desarrolló la vacuna. Jenner el 14 de mayo de 1796 llevó a cabo su experimento, inoculando la viruela de las vacas a una persona sana (un niño de 8 años). Publicó un libro "Investigación sobre las causas y los efectos de la viruela vacuna". Comenzó además una campaña para dar a conocer su vacuna, que generó una gran polémica y bastante discusión en foros científicos. Los científicos de la época, e incluso la Asociación Médica de Londres, se opusieron al tratamiento de Jenner y criticaron muy fuertemente la actividad de Jenner. Al final, esta forma de inmunización se impuso pues obtuvo resultados extraordinarios que lo hicieron ser reconocido a nivel mundial. Queremos hacer una aclaración, quizás hoy no pasarían por ningún comité ético científico este experimento. En España la vacuna no se introdujo hasta 1800^{146,147}.

Para realizar un recorrido de la aparición de las vacunas hemos elegido el artículo de Reynaga Hernández¹⁴⁸:

Es en 1879 cuando se crea la primera vacuna en laboratorio, gracias a Pasteur, al demostrar que, al administrar una forma debilitada o atenuada del microorganismo que produce la infección se consiguen unas defensas más puras que introduciendo un germen productor de otra enfermedad similar a la que se quiere prevenir. Este experimento, también creó un gran revuelo y fue muy criticado porque se introducía de manera deliberada un microorganismo mortal en el cuerpo humano¹⁴⁸.

A finales del siglo XIX se hizo público las vacunas de microorganismos muertos, aparecieron las vacunas frente al tifus, el cólera y la peste¹⁴⁸.

Un nuevo paso en el desarrollo de las vacunas fue con la inactivación química de toxinas que produce la enfermedad. Así se consiguieron los primeros toxoides: tétanos y difteria¹⁴⁸.

La vacuna contra la tuberculosis se desarrolló en 1909. Otras vacunas desarrolladas en este periodo fueron la vacuna contra la fiebre amarilla en 1935 y la vacuna contra el virus influenza A en 1936¹⁴⁸.

Podemos decir, como plantea la autora, que una fecha fundamental en las vacunas fue 1949, pues fue a partir de aquí donde se desarrolló la vacuna de la poliomielitis, la del sarampión, las paperas y la rubéola. Fue en 1970 cuando se creó la vacuna contra la varicela en Japón y la vacuna contra el tifus. Además, siguiendo el ejemplo de Pasteur, en el campo de las vacunas de microorganismos vivos, se avanzó en el desarrollo de las vacunas inactivadas frente a la poliomielitis, la rabia, la encefalitis japonesa y la hepatitis A¹⁴⁸.

Durante las décadas de 1970 y 1980 se introdujeron las vacunas que se les realizaba un paso distinto, pues se realizan con proteínas purificadas o polisacáridos capsulares, que ya no aportaban los microorganismos completos, sino una pequeña parte de los mismos, y esa forma producía la respuesta inmune. Ejemplos de ellas son la vacuna antimeningocócica y la primera generación de vacunas frente al *Haemophilus influenzae* tipo B. Posteriormente se inició la era de las vacunas conjugadas, y más adelante el uso de la ingeniería genética para la formulación de vacunas ADN recombinantes, como la de la hepatitis B, autorizada en 1986¹⁴⁸.

En realidad, creemos que en el terreno de las vacunas se abre un gran campo, pues poder llegar a prevenir la enfermedad a través de un mecanismo de inmunización que pueda incluso erradicar dicha enfermedad es el sueño de cualquier sociedad, no llegar a enfermar. Coincidimos con aquellos que piensan que se debe seguir investigando para crear nuevas vacunas para viejas o nuevas enfermedades, como es el caso del VIH, el Alzheimer, cáncer, etc.

4.3 Clasificación de las vacunas.

Antes de plantear una clasificación de los tipos de vacunas, creemos conveniente explicar los componentes incluidos en una vacuna. Son los siguientes¹⁴⁹:

- * Antígeno inmunizante.

- * Líquido de suspensión. Solución salina, agua destilada o en ocasiones productos derivados de los cultivos necesarios para la obtención de las vacunas.

- * Preservantes, estabilizantes y antibióticos. Son sustancias utilizadas para estabilizar los distintos componentes de la vacuna o para impedir la contaminación por otros microorganismos o la degradación de la vacuna. En raras ocasiones, pueden ocasionar reacciones alérgicas o tóxicas (gelatinas, aminoglucósidos, polimixina B, formaldeído).

- * Adyuvantes. Son compuestos incorporados a las vacunas inactivadas para aumentar la inmunogenicidad de los antígenos contenidos en las mismas o prolongar su efecto estimulador, haciendo posible la disminución de la cantidad de antígeno y el número de inyecciones de la serie vacunal.

En el apartado anterior, cuando hemos abordado la historia hemos hecho referencia a algunas formas de presentación de vacunas, a continuación vamos a describir la clasificación más pormenorizadamente atendiendo a diferentes características.

Se pueden encontrar diferentes formas de clasificar las vacunas que existen actualmente. La forma de clasificarlas microbiológicamente es haciendo referencia al tipo de organismo sobre el que inmuniza, bien sean virus o bacterias.

Además de esta clasificación, encontramos la más usada, que es la división según el método de fabricación:

- * Vacunas atenuadas: es aquella en la que el patógeno ha sido modificado hasta conseguir que pierda la virulencia pero mantenga la capacidad de producir una respuesta inmunitaria¹⁴⁹.
- * Vacunas inactivadas: es aquella en la que el patógeno está muerto y al inocularlo a la persona produce una respuesta inmunitaria. Son más seguras y eficaces que las anteriores, pero también la respuesta inmunizadora es menor, por lo que se necesitan varias dosis de recuerdo¹⁵⁰.
- * Vacunas recombinadas: la vacuna está compuesta por partículas proteicas producidas en células huésped, generalmente levaduras, en las que se ha insertado por técnicas de recombinación de ADN el material genético responsable de su codificación¹⁵¹.
- * Vacunas sintéticas: que están fabricadas a partir de polipéptidos que copian la secuencia primaria de aminoácidos de los determinantes antigénicos del microorganismo¹⁵⁰. Dentro de estos grupos encontramos que se pueden dividir en¹⁵¹:
 - Vacunas de células enteras: en este tipo de vacunas los microorganismos se obtienen en un medio de cultivo y tras eso se inactiva o atenúan.
 - Vacunas de subunidades o fracciones: son vacunas en las que se sintetiza o purifican determinadas partes del microorganismo.
 - Vacunas de toxoides: son aquellas vacunas en las que lo que se usa son las toxinas de una bacteria que participa en la infección y se detoxifican.
- * Vacunas combinadas: Son aquellas que contienen más de un componente antigénico de uno o de diferentes microorganismos y se administran conjuntamente en una sola inyección. Su formulación requiere garantizar la ausencia de inestabilidad física, química o biológica entre sus componentes¹⁵⁰. Las principales ventajas del empleo de vacunas combinadas son las siguientes¹⁴⁹:
 - Disminuir el número de inyecciones, lo que proporciona una mejor aceptación general y también del personal sanitario.
 - La reducción de los efectos secundarios.
 - Disminución de la exposición a excipientes.

- Facilitar las oportunidades de vacunación.
- Mejorar las coberturas vacunales.
- Permitir la vacunación simultánea contra varias enfermedades.
- Posibilitar la incorporación de nuevas vacunas.
- Simplificar los programas de vacunación.
- Facilitar la unificación de las pautas vacunales.
- Ahorro de material y de tiempo de administración.
- Facilidad de transporte, almacenamiento y conservación.

Deben reunir una serie de condiciones, como estabilidad durante un periodo de tiempo razonable bajo unas adecuadas medidas de conservación (36-48 meses), inmunogenicidad y eficacia similar a la de sus componentes por separado, misma edad de administración para cada uno de ellos, mínima reactogenicidad local y general, ausencia de interferencia inmunológica entre los antígenos que contiene, posibilidad de integrarse en el calendario de vacunación, y un volumen para inyectar tolerable y adecuado¹⁴⁹.

Los tipos de vacunas combinadas son aquellas que pueden contener antígenos distintos del mismo microorganismo (denominándose poli o multivalentes), como: las vacunas oral (atenuada) y parenteral (inactivada) del virus de la poliomielitis, la rotavírica pentavalente, las del VPH, las neumocócicas (polisacárida y conjugada) o las tetravalentes de meningococo, o bien estar compuestas por antígenos de distintos microorganismos, ya sean virus (sarampión, rubeola y parotiditis), bacterias, como la DTPa; o bacterias y virus, como las penta (DTPa-VPI-Hib) y hexavalentes (DTPa-VPI-Hib-HB). Ninguna vacuna combinada mezcla componentes atenuados con inactivados en un mismo preparado¹⁴⁹.

En la tabla 2 se representa la clasificación de las vacunas, siguiendo el Manual de Vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría, que nace en junio de 2014 y está sometida a actualizaciones periódicas de sus contenidos, así se adapta a las novedades que van apareciendo en el campo¹⁴⁹.

Tabla 2: Clasificación de las vacunas.

Tipos de vacunas		Vacunas atenuadas (vivas)	Vacunas inactivadas
Víricas	Enteras	-Poliomelitis oral (no disponible en España) -Fiebre amarilla -Rotavirus -Sarampión-Rubeola-Parotiditis (TV)	-Poliomelitis inyectable -Encefalitis transmitidas por garrapatas -Encefalitis japonesa -Hepatitis A -Rabia
	Subunidades		-Gripe fraccionada o de subunidades -Hepatitis B -Virus del papiloma humano
	Acelulares		-Tos ferina acelular
	Conjugadas polisacárido + proteína		-Haemophilus influenzae tipo b -Meningococos C y ACWY -Neumococo 10 y 13 valentes
Bacterianas	Enteras	-Tuberculosis o BCG (no disponible en España) -Fiebre tifoidea oral	-Cólera oral
	Polisacáridos capsulares		-Fiebre tifoidea parenteral -Neumococo 23 valentes
	Proteínas de superficie		-Meningococo B
	Toxoides		-Difteria -Tétanos

Fuente: Manual de Vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría¹⁴⁹.

4.4 Programas de vacunación. Calendarios vacunales

En 1963 comenzaron en España las primeras vacunaciones masivas (poliomelitis, tétanos, difteria y tos ferina), pero no es hasta 1975 que apareció lo que hoy llamamos calendario vacunal infantil, que incluía polioemolitis, difteria, tétanos, tos ferina y viruela. Cada comunidad tenía su propio calendario con lo que existían diferencias entre las vacunaciones de los niños de distintas

Comunidades. Para acabar con estas diferencias en 1995 se decidió crear un calendario para todas las Comunidades en el que se establecían unas bandas con las edades de administración de las vacunas¹⁴⁹.

La cobertura vacunal media en España, tanto de la primovacunación como vacunas de refuerzo, de todas las vacunas salvo del Virus del Papiloma Humano (VPH), está en torno al 94%, siendo más alta en la etapa infantil que en adolescentes¹⁵².

Las propiedades principales de una vacuna son seguridad y eficacia protectora¹⁵³. De hecho, las vacunas son los productos farmacéuticos con los estándares de seguridad más altos¹⁴³. En cuanto a la eficacia queda demostrado por la disminución de casos de la enfermedad tras la aparición de la vacuna¹⁵⁴. En el caso concreto del sarampión en Estados Unidos había entre 3 y 4 millones de casos al año, tras la aparición de la vacuna en 1963 se redujo en un 99% el número de casos¹⁵⁵. Lo mismo ocurrió en el caso de la poliomelitis en 1955 o la enfermedad neumocócica en 2000, por lo cual está claro que no se debe solo a mejorar en las condiciones higienico-dietéticas, como algunos colectivos quieren señalar, si no también a la aparición de las vacunas para esas enfermedades²⁹. Gracias a la vacunación se evitan unas 2,5 millones de muertes anuales¹⁵⁶.

Respecto a la eficiencia de la inmunización, se calculó en Estados Unidos para los lactantes nacidos en un mismo año, que gracias a la vacunación infantil se ahorraban a la sociedad 13.500 millones de dólares en coste directos y 68.800 millones de costos sociales, ya que se evitaban 42000 muertes tempranas y 20 millones de casos de las enfermedades en estos niños¹⁵⁷.

Las vacunas no solo evitan muertes, sino que también evitan el empobrecimiento. En un estudio realizado con un modelo de impacto económico, se ha visto que las vacunas evitarán que 24 millones de personas caigan en la pobreza en 2030 como consecuencia de los gastos sanitarios derivados de enfermedades prevenibles¹⁵⁸.

Se ha demostrado que las vacunas aportan más beneficios que riesgos, y que los efectos adversos descritos en su mayor parte son leves¹⁵⁴.

Pese a esto existen movimientos antivacunas, los cuales están en contra de las vacunaciones masivas. Estos grupos se fundamentan en que los efectos producidos por las vacunaciones masivas son minimizados, que la situación epidemiológica actual no justifica esta vacunación y que la

disminución de enfermedades infecciosas se debe a las medidas higiénico-dietéticas y no a las vacunas¹⁵⁹.

En el Informe de Evaluación del Plan de Acción de Vacunación del 2014 de la OMS se plantea estrategias para alcanzar el fortalecimiento de los sistemas de inmunización de los países. Exponen que hay rasgos comunes en la implantación de los programas para todas las vacunas, pues explican que cuando se alcanza una cobertura lo suficientemente elevada, los virus y bacterias correspondientes ya no tienen a quien infectar. Formulan dos estrategias para fortalecer dicho sistema de inmunización mundial: llegar a las personas que no han sido vacunadas por cuestiones de inaccesibilidad (“acabar con la inequidad persistente en la distribución de las vacunas”) y llegar a aquellas personas que no están vacunadas parcialmente, para ello exige que se cuente con personal suficientemente preparado, con registros exhaustivos, con medidas de conservación adecuadas y voluntad política de que la vacunación sea adecuada¹⁶⁰.

Como ya se ha dicho las vacunas no son obligatorias en España. El debate sobre si deben obligarse a la población a vacunarse y obligar a los padres que vacunen a su hijos e hijas está abierto. Siguiendo la revisión realizada por Castellanos en su artículo sobre “Deontología médica y legalidad acerca de la vacunación pediátrica en España”, la primera regulación sobre vacunación en España es de los años 80 del siglo XX. La Ley 22/1980 planteaba que: “Las vacunaciones contra la viruela y la difteria y contra las infecciones tíficas y paratíficas, podrán ser declaradas obligatorias por el Gobierno cuando, por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible, se juzgue conveniente. En todas las demás infecciones en que existan medios de vacunación de reconocida eficacia total o parcial y en que ésta no constituya peligro alguno, podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos por las autoridades sanitarias”. Pero como también explica, sólo está pensada para situaciones de epidemias. Con la Ley Orgánica 3/1986 del 14 de abril se modifica algo la anterior y permite intervenir en la conducta individual, pero también solo en caso de epidemia o peligro para la salud de la población. En la Ley general de salud pública 33/2011, de 4 de octubre, se expone que no puede limitarse derechos fundamentales de las personas, aunque hace referencia que en caso de peligro para la salud pública se remite a la ley del 86. Con respecto al consentimiento informado también plantea esta autora que: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica se informaba a los padres y se tenía en cuenta su opinión, pero podía decidir el menor (dependiendo de su edad y grado de madurez)¹⁶¹.

Para Nuria María Garrido en su capítulo “El derecho-deber a la información y la transparencia en materia de vacunación: situación actual, déficits y oportunidades” del 2016, explica como en la jurisprudencia, en temas de vacunación, se puede encontrar decisiones que van desde dar validez al consentimiento tácito que el individuo se supone que manifiesta cuando acude a vacunarse, a la condena por la deficiente información sobre los riesgos excepcionales. Esto lleva a una inseguridad jurídica que habría que salvar¹⁶².

En la ley 26/2015 se aumenta la protección del menor y se limita su autonomía, ya que se informa al menor y se tiene en cuenta su opinión, pero deciden los padres; y si esa decisión, a juicio del profesional de la medicina, atenta contra los intereses del menor, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para tomar la decisión definitiva¹⁶¹. El debate es amplio y queda sujeto a lo que se considera libertad individual o posible peligro colectivo. Aunque, judicializar la actividad asistencial tiene muchos riesgos.

La incorporación de los programas nacionales de vacunación en todo el mundo ha representado, uno de los avances más importantes en el control de las enfermedades infecciosas. Se pueden implementar distintas estrategias con respecto a la vacunación, según el objetivo que se intente conseguir. Si el objetivo es el control de la enfermedad disminuir el número de casos (incidencia, prevalencia o mortalidad a un nivel aceptable) la estrategia sería vacunar a aquellos individuos con más riesgos (ejemplo vacuna de la gripe). Si el objetivo es la erradicación de la enfermedad, como plantea el informe "El valor de las vacunas. Notas estratégicas", realizado en 2016 por el Instituto Choiseul^c se necesitan implantar de forma coordinada intensos programas de vacunación y vigilancia epidemiológica y mantenerlos indefinidamente para que se mantenga la eliminación en todo el mundo¹⁶³. Según este informe y el del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, para la inclusión y la evaluación de los programas de vacunación y adaptados a las realidades sociales cambiantes (patrones epidemiológicos y nuevas vacunas), se deben considerar cinco criterios^{163,164}:

- * Carga de enfermedad (mide el impacto de un problema de salud en una zona determinada)
- * Efectividad y seguridad de la vacuna (inmunogenicidad: respuesta inmune que produce en el organismo tras la administración. Eficacia protectora: porcentaje de la reducción de la tasa de

^c Es un centro de investigación independiente dedicado al análisis de los grandes temas económicos, políticos y estratégicos internacionales. Sus acciones se dirigen a dar luz sobre los asuntos estratégicos europeos y de sus principales actores. Las Notas Estratégicas contribuyen a facilitar el debate nacional y europeo sobre los temas de mayor interés. Disponible en <http://www.choiseul.es>

infección entre personas vacunadas y no vacunadas. Efectividad: capacidad que tienen la vacuna de prevenir los síntomas, complicaciones o mortalidad). Seguridad: Probabilidad de que la vacuna pueda causar efectos adversos o no.

- * Repercusiones de la modificación en el programa de vacunación: repercusiones epidemiológicas: evaluación de la disminución de la infección a nivel individual y grupal, cambios en la dinámica de edad de presentación de la enfermedad y fenómenos de reemplazo y/o cambios evolutivos del microorganismo. Interacción con otras vacunas. Repercusiones logísticas y organizativas.
- * Aspectos éticos: conocimiento de la opinión y actitud de la población general y/o de diferentes grupos de población frente a la vacunación. Las contrariedades que el cambio puede causar a la población diana deben ser las menores posibles. Los profesionales deben conocer el proceso seguido para recomendar el cambio y la evidencia de los aspectos tenidos en cuenta para la toma de decisiones. Distribución justa de los beneficios y las consecuencias de la vacunación en la población. Una justa distribución del riesgo en la población: La vacunación de un grupo de población frente a una enfermedad puede influir en la forma de distribución de esa enfermedad.
- * Evaluación económica: la eficacia o la efectividad. Los costes de la vacunación: costes de las vacunas, de su administración y por la atención de los efectos adversos que puedan ocasionar. El coste de la atención de la enfermedad y sus complicaciones y el posible coste social derivado de la misma.

Como se concluye en el informe “Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España” del Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad del 2011: “La autorización de una nueva vacuna requiere la evaluación de diversos aspectos para tomar la decisión sobre su utilización o no en el Sistema Nacional de Salud, así como para establecer la estrategia más apropiada. Adicionalmente, los programas de vacunación ya implementados están sometidos a una evaluación periódica y pueden sufrir cambios en función del impacto que causan en la enfermedad y de la aparición de nuevas evidencias científicas”¹⁶⁴.

4.4.1 Calendarios vacunales en España

En España existen distintos calendarios según la Comunidad Autónoma. Pero en los últimos años se está intentado establecer un único calendario. Por eso el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, establece uno, que actualmente coincide con el de Andalucía. En la tabla 3 aparece dicho calendario¹⁶⁵:

Tabla 3: Calendario vacunal infantil.

	EDAD EN MESES					EDAD EN AÑOS			
	2 m	4 m	11 m	12 m	15 m	3-4 a	6 a	12 a	14 a
Hepatitis B^(a)	HB	HB	HB						
Difteria, Tétanos y Tosferina	DTPa	DTPa	DTPa				DTPa o Tdpa		Td
Haemophilus influenzae tipo b	Hib	Hib	Hib						
Poliomelitis^(b)	VPI	VPI	VPI				VPI		
Meningococo C^(c)		Men C		Men C				Men C	
Neumococo	VNC	VNC	VNC						
Varicela					VVZ	VVZ		VVZ ^(d)	
Sarampión, Rubeola y Parotiditis			TV			TV			
Virus Papiloma Humano								VPH ^(e)	

^(a) Se administrará la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada. Pauta 0, 2, 4 y 11 meses para hijos de madres portadoras de AgHBs (o imposibilidad de conocer los resultados de cribado en las primeras 24 horas de vida).

^(b) Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años. Los niños vacunados con pauta 3+1 recibirán dTpa.

(c) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

(d) Solo niñas. 2 dosis (0 y 6 meses).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁶⁵.

Las diferencias que podemos encontrar entre Comunidades actualmente son¹⁶⁶:

- * La vacuna de la Hepatitis B se sigue administrando al nacer en Castilla y León, algo que no sucede en el resto de Comunidades¹⁶⁷. En el País Vasco se administra a prematuros de menos de 32 semanas¹⁶⁶.
- * La vacuna frente a Rotavirus es gratuita en el País Vasco a prematuros de menos de 32 semanas¹⁶⁸. En el resto de España no está financiada¹⁶⁶.
- * La vacuna hexavalente (difteria, tétanos, tos ferina, haemophilus influenzae tipo b, poliomielitis y Hepatitis b), se aplica una dosis extra a los prematuros de menos de 32 semanas nacidos en la Comunidad Valenciana y Asturias¹⁶⁹.
- * La vacuna Tetravírica (varicela, rubeola, sarampión y parotiditis) se usa en la Comunidad Valenciana, La Rioja, Islas Baleares y Galicia¹⁶⁶.
- * Actualmente, la vacuna nonavalente contra el VPH únicamente se pone en Cataluña¹⁶⁶.
- * En Madrid y Cataluña se permite que los profesionales sanitarios vacunen contra el VPH con preparados diferentes de la vacuna, si no es posible terminar con el que se comenzó¹⁶⁶.
- * Asturias es la única Comunidad que actualmente usa una vacuna combinada de Tdpa-polio¹⁶⁶.

4.5 Formación pregrado y posgrado de los y las profesionales sanitarios en vacunas

Creemos importante hacer referencia a la formación que dentro de las universidades se les da a los futuros profesionales con respecto a las vacunas, su administración e indicaciones, así como la formación continua que reciben en un contenido donde los cambios son frecuentes.

Como plantea Gil de Miguel en el capítulo: “La formación del personal sanitario respecto de la vacunación”, del informe del Instituto Choiseul, la formación en el grado sobre vacunas apenas constituye algún tema en algunas de las asignaturas existentes sobre todo en la asignatura de Pediatría, “donde también se habla de cada una de las enfermedades inmunoprevenibles y al final de cada enfermedad se habla de la prevención en general y la vacunación en particular. Si bien es cierto que en Medicina Preventiva y Salud Pública ocupan hoy en día un lugar un poco más destacado, pero...tiene que hacerse un hueco entre otros muchos temas, la gestión, la planificación, la salud ambiental, los determinantes de la salud, los sistemas sanitarios... En el Grado de Enfermería por lo general cuentan con asignaturas de enfermería comunitaria y de salud pública propiamente dicha en las que las vacunas ocupan un lugar parecido al de medicina, como es lógico en su caso los temas están muy centrados en los programa de atención primaria como el del niño sano, del que se habla tanto en enfermería materno-infantil como en salud pública pero en cualquier caso hablamos también de temas puntuales y no de asignaturas...Son muchos los cambios que se han producido en el campo de la vacunología y para estar al día hace falta una formación continua que no siempre es accesible o que no está disponible en la cantidad y calidad adecuada”¹⁶³. Hemos hecho referencia al discurso del autor tal y como está publicado pues creemos las reflexiones que hace por su claridad son muy oportunas y están muy bien explicadas. Coincidimos en que no se debe descuidar la formación pregrado y posgrado en el tema de vacunas, pues es una necesidad que demandan los profesionales sanitarios y es una estrategia para mejorar la salud de la población y el gasto sanitario. Queremos hacer un comentario al hilo de este discurso, unos profesionales bien formados y actualizados en su actividad práctica ofrecerán a la población una asistencia sanitaria de calidad, obtendrán mayor satisfacción profesional con el trabajo realizado ya que se sentirán seguros, y por tanto se obtendrán mejores resultados en salud de la población que atienden.

5. VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

En la actualidad se comercializan tres vacunas contra VPH en todo el mundo. Estas vacunas son la vacuna tetravalente, que fue autorizada en 2006 y que contiene partículas similares a virus de los genotipos de VPH 6, 11, 16 y 18 (Gardasil); la vacuna bivalente, que fue autorizada en 2007, y contiene partículas similares a virus de los tipos 16 y 18 del VPH (Cervarix) y la vacuna no-avalente(para el VPH (Gardasil-9) recombinante para los virus de los tipos 6, 11, 16 18, 31, 33, 45, 52, 58, está última comercializada en la actualidad en Estados Unidos y algunos países de Europa, incluido España¹⁷⁰.

En España desde agosto del 2007 se autoriza la comercialización de la vacuna contra el virus del papiloma humano y propone a las Comunidades Autónomas su inclusión en el calendario vacunal¹⁷¹. Hasta 2014 se recomendaban 3 dosis de ambas vacunas, pero desde 2015 las recomendaciones son de 2 dosis, ya que se ha visto que con estas se consigue una alta concentración de anticuerpos en niñas de entre 9 y 14 años¹⁷².

Ya no solo se recomienda a niñas si no que la CDC y la Academia Americana de pediatría recomienda la vacunación tanto de niñas como de niños de entre 11 y 12 años. Además también para aquellas mujeres de hasta 26 años que no hayan recibido vacuna y hombres de hasta 21 años⁵³. En Europa no hay establecido un límite de edad superior para la vacunación. En España la vacuna está autorizada a partir de los 9 años para niños y niñas sin límite de edad¹⁷³.

En las distintas Comunidades Autónomas de España la vacunación del VPH se hace solo a niñas y con la vacuna que contiene inmunización para dos tipos (16-18). Solo la Generalitat de Cataluña, con fecha 7 de noviembre, en los centros de vacunación de esta comunidad autónoma disponen de la vacuna VPH9 para administrar a¹⁷⁴:

- * Chicas de sexto de primaria (11-12 años).
- * Mujeres conizadas por neoplasia cervical intraepitelial moderada o de grado más avanzado, o adenocarcinoma endocervical *in situ*, intervenidas en el último año.
- * Mujeres con VIH de hasta 26 años de edad.

Las características de las vacunas comercializadas hasta la actualidad y sobre que virus actúan aparecen en la tabla 4:

Tabla 4: Características de las vacunas contra el VPH.

	Cervarix	Gardasil	Gardasil 9
Tipo proteínas del virus	16/18	6/11/16/18	6/11/16/18/31/33/45/52/58
Contenido	20/20 mcg	20/40/40/20 mcg	30/40/60/40/20/20/20/20/20 mcg
Pauta	0, 6 meses (9-14 años) 0, 1, 6 meses (≥ 15 años)	0, 6 meses (9-13 años) 0, 2, 6 meses (≥ 14 años)	0, 6 meses (9-14 años) 0, 2, 6 meses (≥ 15 años)
Indicaciones	Lesiones precancerosas cervicales, vulvares, vaginales y anales, y cáncer de cérvix y ano.	Lesiones precancerosas cervicales, vulvares, vaginales y anales, y cáncer de cérvix y ano; verrugas genitales	Lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino, vulva, vagina y ano; verrugas genitales

Fuente: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia¹⁷³.

Según la nota de la Secretaría de Salud Pública de la

Según el Documento de Consenso de las sociedades científicas del 2011, “en España los niveles de cobertura de prevención del cáncer, con algunas excepciones, son poco satisfactorios. Sobre todo, porque la vacunación del VPH a la población diana fuera de la cohorte de niñas adolescentes es muy escasa y aún persisten programas obsoletos de prevención secundaria del cáncer de cuello de útero que, además, aún no se realiza de forma reglada la diferenciación del ADN de los VPH vacunales en la población vacunada por la Sanidad Pública Según este documento, otra causa es el poco apoyo en los programas públicos hacia las nuevas estrategias recomendadas, así como la dudas de los profesionales sobre la utilidad real de las nuevas recomendaciones de cribado y de los aspectos fundamentales de las vacunas frente al VPH (eficacia, seguridad), ya que se observa una alta y sorprendente penetración en sus juicios de las posiciones de los grupos anti-vacunas¹⁷¹.

En la revisión del programa de vacunación del VPH publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo ya en el 2013 se exponía la evidencia de que las vacunas tienen una eficacia protectora cruzada frente a las lesiones de cérvix precancerosas causadas por tipos adicionales del virus y, en consecuencia, “confieren protección adicional frente a las lesiones precursoras del cáncer de cuello de útero causado por los tipos de virus sobre los que la vacuna no actúa directamente. Por lo tanto, la vacunación ejerce una protección total que se situaría en torno al 80% (protección del 72,4% debido a VPH 16 y VPH 18, y el resto correspondiendo a la protección cruzada de los VPH oncogénicos adicionales no incluidos en las vacunas)¹⁰⁷.

Como ya se ha apuntado, la infección por el VPH es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello de útero, la vacuna es un instrumento de prevención primaria seguro⁵⁴. Según los conocimientos actuales, la vacuna tiene su máxima eficacia en niñas de entre 11 y 14 años, antes de la edad de inicio de las relaciones sexuales. Además, se ha demostrado que en poblaciones de mayor edad una reducción de las verrugas genitales y la disminución de la infección por VPH en países con una alta cobertura vacunal como es Australia¹⁰⁸.

Datos recientes del National Health and Nutrition Examination Survey muestran una disminución superior al 50% en las infecciones por VPH causada por los tipos específicos de la vacuna tetravalente entre mujeres de 14 a 19 años en los primeros 4 años del programa de vacunación contra el VPH. Además, les han producido reducciones sustanciales de las verrugas genitales en países donde los programas de vacunación alcanzaron un alto objetivo de cobertura y al ponerse al día los grupos de edad¹⁰⁹.

Como se plantea desde el Ministerio de Sanidad y Consumo: “aunque ya en el momento de su inclusión en los calendarios sistemáticos españoles las evaluaciones económicas analizadas eran favorables, los datos actualmente disponibles y sin tener en cuenta factores que pudieran resultar determinantes (precio de la vacuna, nuevos esquemas de inmunización, protección comunitaria, protección cruzada y protección frente a otros tipos de cánceres genitales y extragenitales) confirman, con mayor intensidad, que la inclusión de la vacunación VPH en las cohortes de niñas pre-adolescentes era y es una estrategia altamente eficiente, de modo que la razón coste-efectividad incremental de la vacuna VPH se sitúa en el umbral en el que se considera que una tecnología sanitaria es eficiente en España”¹⁰⁷.

Aunque el mecanismo de acción de las vacunas frente al VPH no está totalmente esclarecido, se puede afirmar que la evidencia científica hasta el momento apoya que los anticuerpos neutrizantes postvacunales disminuyen el contagio por VPH¹⁷⁵.

Se ha comprobado una duración de la efectividad de hasta 9,4 años, sin una disminución de la misma durante todo el periodo de seguimiento¹⁷⁶. En Suecia, Dinamarca, Noruega e Islandia, se ha comprobado que en las mujeres vacunadas, tras 8 años desde la vacunación, no ha habido casos de lesiones precancerosas, cáncer de vulva y vagina relacionados con los tipos vacunables¹⁷⁷. Además, los estudios de seguimiento de la inmunogenicidad han arrojado datos muy positivos con una protección prevista en modelos matemáticos de no menos de 20 años y tal vez de carácter permanente^{178,179}.

Australia fue el primer país que proporcionó datos de efectividad/impacto de la vacuna respecto a genotipos de alto riesgo. La mayor reducción se observó en las lesiones de alto grado en mujeres menores de 18 años donde descendió un 47,6% (de 0,8% a 0,42%; $p=0,003$); la reducción de la prevalencia es mayor si se comparan únicamente los años 2006 y 2009 (0,85% a 0,22%; $p=0,003$)¹⁸⁰.

Un segundo trabajo en Australia analizó la cobertura vacunal en mujeres de 18 a 24 años, para ello se comparó dicha cobertura entre el periodo prevacunal (2005-7, $n=202$) y postvacunal (2010-11, $n=404$). La cobertura vacunal con al menos una dosis fue del 85,6% y la reducción observada respecto a los genotipos incluidos en la vacuna tetravalente fue del 22% (de 28,7% a 6,7%; $p<0,001$), con una efectividad vacunal del 73% (IC95%: 48, 86). En mujeres vacunadas se observó también un descenso de genotipos de alto riesgo no incluidos en la vacuna (de 37,6% a 30,8%)^{181,182}.

Así mismo, otras investigaciones realizadas en Ohio (EEUU) han comprobado una disminución de la prevalencia de infección por los virus vacunales (6, 11, 16 y 18) del 18,3% (de 31,7% a 13,4%; $p<0,0001$), siendo este descenso mayor en las vacunadas: 21,9% (de 31,8% a 9,9%; $p<0,0001$)¹⁸³. Conclusiones parecidas se obtuvieron también en otros estudios realizados en Inglaterra¹⁸⁴ y Escocia¹⁸⁵.

Los exhaustivos registros de declaraciones de reacciones adversas presuntamente asociadas a la vacunación han permitido confirmar el excelente perfil de seguridad de las vacunas frente a las infecciones por el virus del papiloma humano, con una relación riesgo/beneficio altamente favorable^{186,187}.

En Estados Unidos se ha llevado a cabo un estudio entre los años 2004 al 2013, analizando las tasas de verrugas genitales de la población adolescente tanto en chicos como en chicas. Tras la introducción de la vacuna en esta población las verrugas en mujeres se redujeron del 3,5% al 1,5% y en los hombres del 3,6% al 2,9%. La reducción comenzó al introducir la vacuna a las mujeres, la incidencia en la aparición de las verrugas fue disminuyendo al introducir en la vacunación en varones. Lo que prueba este estudio es que no solo se debería vacunar a mujeres, si no que también la vacunación de los hombres es muy beneficiosa, y que no es aconsejable que haya bajas tasas de vacunación del VPH en ningún sexo¹⁸⁸.

En un metaanálisis publicado recientemente, se mostró que la prevalencia del VPH tipo 16 y 18 se había reducido en un 68% en el periodo posvacunal, respecto al prevacunal, en los países con una cobertura vacunal de más del 50%. Además de indicios de protección cruzada frente VPH tipo 31, 33 y 45. También han descendido las verrugas en niñas de entre 13 a 19 años en un 61%. En los países con tasas de vacunación menores del 50% ha habido descenso de las verrugas y de las infecciones pero no se ha visto existencia de protección cruzada (contra tipos del VPH que no son específicamente el objetivo de las vacunas)¹⁸⁹.

La vacuna nonavalente aunque está comenzando su introducción en los calendarios vacunales tiene grandes beneficios. El objetivo del uso de esta vacuna es la prevención del 90% de los cánceres de cuello de útero y el 80% de las lesiones precancerosas relacionadas con las cepas que incluye la vacuna¹⁹⁰.

En un estudio reciente se demuestra que aproximadamente el 85% de las lesiones CIN3, más del 70% de las CIN2 y la mitad las lesiones CIN1 están asociadas a infecciones por los tipos VPH6/11/16/18/31/33/45/52/58, de lo que se deduce que una vacuna nonavalente protegería de la mayoría de las infecciones oncogénicas¹⁰².

El uso de esta nueva vacuna, aseguran algunos resultados de estudios, plantea que es necesario realizar modificaciones en los protocolos existentes respecto a las pruebas de detección del VPH, ya que gracias a ella se podrían incluso reducir el número de cribados necesario a lo largo de la vida de una mujer¹⁹¹.

Aun así, se continúa con las actividades de vigilancia de la seguridad de las vacunas por parte de las instituciones correspondientes y mediante estudios a largo plazo con la potencia suficiente como para detectar acontecimientos adversos de extremada baja frecuencia^{192,193}.

Aunque está justificado el uso de la vacuna para la reducción del riesgo de contagio del VPH, aún hay reticencias para la vacunación por parte de agentes sociales y de los colectivos de profesionales sanitarios¹⁹⁴, pues alegan poca eficacia y miedo a los efectos secundarios. Hechos que han adquirido dimensiones exageradas, pues la mayoría son efectos menores, poco justificados y muy sesgados en sus conclusiones^{187,194}.

En ocasiones se ha relacionado esta vacuna con la aparición de esclerosis y enfermedades desmielinizantes. Un estudio realizado por Journal of the American Medical Association (JAMA), en el cuál se revisaron 3.983.824 historias clínicas de mujeres danesas y suecas, de las cuales 789.082 habían recibido la vacuna, se vio que el porcentaje de mujeres vacunadas con estas enfermedades era menor que incluso en las no vacunadas¹⁹⁵.

Se ha mostrado que la vacunación en España supone un ahorro de 5700 euros por año de vida, ya que esta vacuna disminuye el riesgo de padecer cáncer de cuello de útero y verrugas genitales¹⁹⁶. Aunque existen revisiones que establecen este coste-efectividad entre 5945-40298 euros por años de vida ajustados por calidad¹⁹⁷. Otro estudio de Argentina, establece este ahorro en 1007.55 dólares por año de vida ajustados por calidad¹⁹⁸.

Los estudios consultados que han evaluado el conocimiento que tienen los adolescentes sobre el VPH y su prevención, demuestran que aún hay desconocimiento y reticencias hacia la vacuna y la detección de las complicaciones por la infección¹⁹⁹. Otros estudios también llegan a resultados similares. Incluso en población estudiante de Enfermería de Sao Pablo (Brasil) se detectó que el 69% relataron conocer las formas de transmisión y sólo el 20,7% afirmaron saber señales y síntomas del virus. El 54,3% refiere no saber lo que el virus puede causar. Con lo que se concluye que debe haber mayor inversión en la educación de los jóvenes para promoción de la salud y prevención de enfermedades, especialmente las causadas por VPH^{200 201}.

En Estados Unidos se realizó una encuesta a 4103 progenitores de adolescentes entre 13 y 17 años, se concluyó que el 79% de los padres habían vacunaron en su momento a sus hijas y estaban de acuerdo con la vacuna, mientras que el 17% se negaron a hacerlo. Los motivos principales para no vacunar fueron: la creencia de que no es necesaria, de que puede causar problemas de salud y dudas sobre la efectividad de la vacuna²⁰².

En un estudio realizado a estudiantes de la Universidad de Alicante se vio que el 90,6% tenía bajos conocimientos sobre la infección por VPH y un 82,2% sobre la vacuna, además solo el 22,4% dijo conocer la asociación entre VPH y cáncer de cérvix²⁰³. Esto es muy relevante, pues son las generaciones de reemplazo en la labor asistencial, investigadora y docente y si no son conscientes de la importancia de la infección, de sus consecuencias y de las medidas de protección, pocos referentes pueden ser para dar consejos o implementar medidas. En las universidades deben aumentar y dar más espacio en las asignaturas al tema de las vacunas¹⁶³, como ya se ha planteado.

Los resultados de un estudio cualitativo, mediante entrevistas, realizado a 25 padres que se negaron a vacunar a sus hijas en Suecia, concluye que las causas de esa negación fueron: no creer que sea el momento adecuado, creen que la vacuna es innecesaria y diferente a otras vacunas, además plantean desconfianza a las recomendaciones gubernamentales, así como la creencia de que hay falta de pruebas de su eficacia. Además, creen que la información recibida fue insuficiente²⁰⁴. Los estudios a este respecto en nuestro ámbito son escasos.

En Ecuador se realizó una encuesta a 529 padres con hijas en edad de vacunación. De los padres encuestados el 63% dijo tener poca información sobre la vacuna del VPH. De los 529 padres el 77% dijo estar de acuerdo con la vacunación, el 8% dijo no estarlo. Las razones que ofrecieron estos últimos fueron que no era una vacuna que estuviese probada, que puede ocasionar efectos secundarios y que la edad de vacunación era demasiado temprana²⁰⁵.

En un estudio realizado entre 2007-2012 sobre la vacunación del VPH, publicado por el Center for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, revela que el 23% de los padres no tenían intención de vacunar a sus hijas en los próximos 12 meses. Las cinco principales respuestas fueron: es innecesaria (19,1%), no se recomienda (14,2%), problemas de seguridad de la vacuna (13,1%), la falta de conocimiento acerca de la vacuna o la enfermedad (12,6%), y la hija no es sexualmente activa (10,1%). Como plantean los trabajos revisados se destacan tres áreas para aumentar la vacunación que son: la información/educación de los padres, aumentar la fuerza y la coherencia en las recomendaciones de la vacuna por los profesionales sanitarios que deben buscar disminuir el nº de población sin vacunar²⁰⁶.

En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio con grupos focales con adolescentes, padres de estos adolescentes y enfermeras escolares, para saber la opinión acerca de la vacuna del VPH. Este estudio mostró que todos estaban interesados en la vacunación, pero no estaban seguros de

los beneficios de la vacuna. Lo más llamativo de este estudio es que tanto los padres como los adolescentes refirieron que no consideraban los colegios un buen sitio para la vacunación. Este estudio concluyó también, que los recursos se deberían centrar en dar apoyo y educación a las enfermeras escolares, ya que las opiniones de estas son fundamentales a la hora de la captación para la vacunación²⁰⁷.

En otro estudio también en Estados Unidos con adolescentes entre 11 y 18 años, se les preguntó sobre la vacuna y la comunicación a este respecto con profesionales de la salud. Se mostró que el 49,2% estaba conciente sobre la vacuna pero que solamente el 23,5% había recibido al menos una dosis, además únicamente 24,6% habrían hablado de este tema con un proveedor de salud. Por tanto la comunicación de los adolescentes con los profesionales en un aspecto a mejorar para lograr una mayor vacunación²⁰⁸.

Por tanto, un pilar importante es conocer qué piensa el colectivo de profesionales que recomiendan y administran la vacuna, pues deben de actuar de catalizador para fomentar conductas que prevengan el contagio y la evolución hacia un estadio de cáncer, así como si hay diferencias de género en sus discursos.

Hay pocos estudios que evalúen las actitudes y el conocimiento que tienen los profesionales de la salud sobre el virus del papiloma humano, su prevención y el seguimiento que se debe hacer a la población. Un estudio realizado en Argentina plantea las dificultades para que todos los profesionales se involucren del conocimiento de los efectos y beneficios de la vacuna para su correcta prescripción y administración²⁰⁹.

En un estudio llevado a cabo en 2014 mediante una encuesta online en Estados Unidos a pediatras y médicos de familia sobre la vacuna del VPH, se vio que muchos médicos del estudio recomendaban la vacuna tarde (26% en el caso de las niñas y 39% en el de los niños), no la recomendaban en el mismo día de la consulta (49%) o lo hacía de manera inconsistente (27%), lo que puede contribuir a menores tasas de vacunación²¹⁰.

En otro estudio realizado en España a profesionales de 20 centros de atención primaria en 2013, el 40,7% de los profesionales dijeron que no existen datos suficientes que apoyen la comercialización de esta vacuna. De estos profesionales el 65,7% refirió que no hay datos de su eficacia a largo plazo, 13,4% refirió que no hay datos sobre sus efectos secundarios y refirieron que su rentabilidad no vale la pena el 13,4%. En este estudio también se vio que aunque el 89% sabía de la

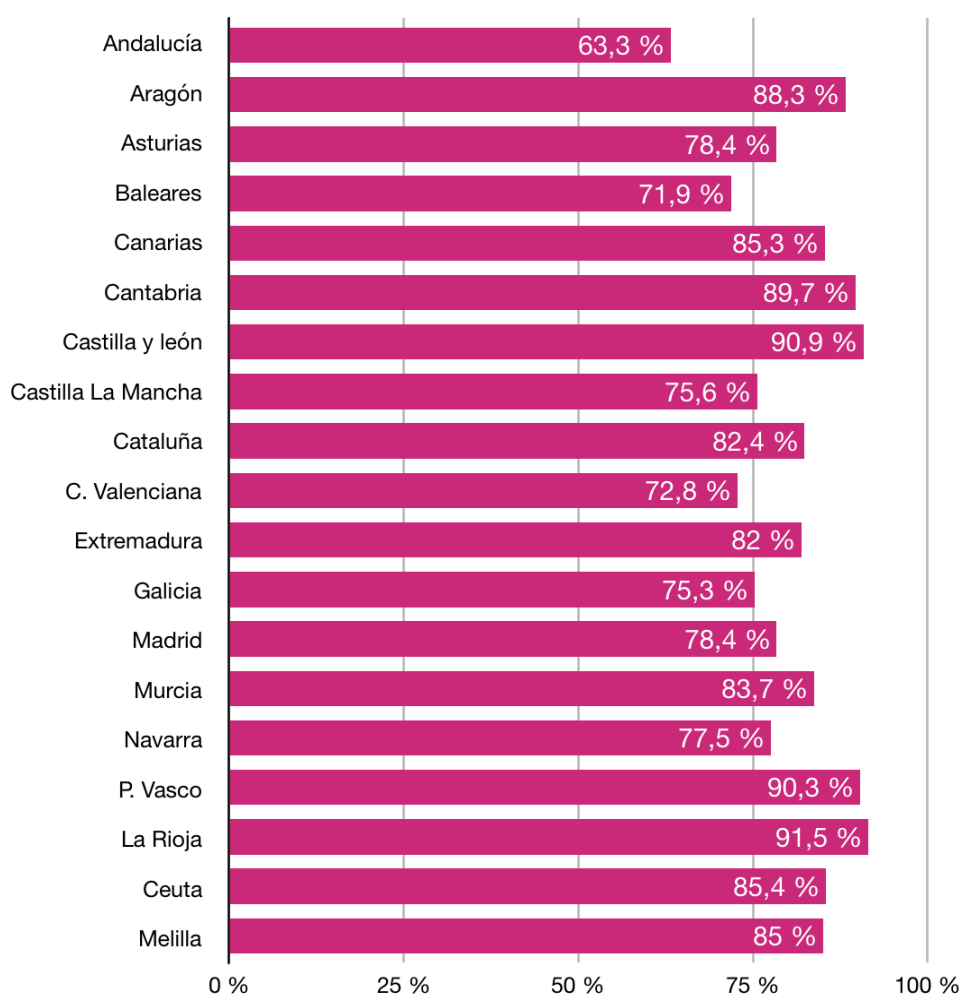
relación entre el VPH y el cáncer cervical, el 57,3% no sabía los serotipos de los que protege esta vacuna²¹¹.

El CDC de EEUU en los resultados presentados sobre la cobertura de vacunación contra el VPH en las adolescentes, afirma que no aumentó del 2011 al 2012, a pesar de la disponibilidad de vacunas seguras y eficaces y amplias oportunidades para la administración de vacunas en el entorno de atención de salud. Así mismo, el número de oportunidades perdidas, es decir durante el cual una niña recibió al menos una vacuna, pero no recibió la otra dosis contra el VPH aumentó de 20,8 % en 2007 al 84,0% en 2012²⁰⁶.

Las tasas de cobertura de vacunación frente al VPH (2 dosis; niñas 11-15 años) en España para el año 2015, curso escolar 2015-2016 fue del 77,8%, mientras que en Andalucía la cobertura es del 63,3%, la más baja a nivel nacional²¹².

En la figura 4, se presenta el porcentaje de niñas de 11 a 15 años vacunadas contra el VPH en España en 2016, por comunidad autónoma en orden alfabético. La comunidad autónoma que tiene mayor cobertura es la Rioja.

Figura 4: Niñas vacunadas de 11 a 15 años en España por CCAA en 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²¹².

La actuación con los adolescentes antes y cuando comienza a tener relaciones sexuales debe ser un objetivo de los sistemas públicos de salud, por tanto en la edad de 15 a 17 años es un momento clave para explorar las actitudes y conocimientos sobre los riesgos que tienen con respecto a sus relaciones sexuales.

Sabiendo el alcance del problema pretendemos averiguar las claves que ayuden a plantear estrategias de concienciación del riesgo a los diferentes colectivos implicados, así como cuáles son los puntos para la implementación de estrategias adecuadas de prevención. Por ello, proponemos un trabajo exploratorio que incida en lo que se sabe y las medidas de protección que realizan tanto adolescentes, padres y profesionales con respecto a la infección del VPH. Qué piensan y conocen los progenitores sobre el tema, nos parecen fundamental, pues son un apoyo importante en la defensa de la salud de los menores, además de responsables de dicha salud.

Se ha demostrado fundamental el papel que tiene el profesional en dicha cobertura vacunal, ya que una mayor implicación puede aumentarla; los conocimientos y la actitud de dicho profesional son un condicionante para su actuación. No se ha encontrado ningún estudio que evalúe las diferencias de género en el discurso de dichos profesionales, ni que explique su posicionamiento ante la vacuna.

Desde la administración pública de salud se fomenta una serie de medidas preventivas contra el virus del papiloma, como es la inclusión dentro del programa vacunal en niñas adolescentes, ignorando la importancia de vacunar a varones que son agentes transmisores y que además también pueden padecer la infección. Además, en algunos centros se realizan programas de concienciación de riesgos, con un impacto poco probado. En Internet podemos encontrar tanto discursos a favor como en contra de la vacuna del VPH.

Hoy en día el número de personas que buscan información en la red para informarse acerca de temas de salud ha aumentado. En un estudio llevado a cabo en Madrid el 61% de los encuestados refirió usar Internet para buscar información acerca de la salud e incluso hay estudios que plantean que hasta un 30% de usuarios cambian sus comportamientos tras esta consulta²¹³. En concreto, la búsqueda de información sobre vacunas es un tema bastante consultado, sobre todo cuando hay controversia en cuanto a la administración²¹⁴. Se ha publicado que hoy en día las herramientas más empleadas por los usuarios para buscar información acerca de la vacunación, son entre otras: la prensa digital, blogs y webs de asociaciones²¹⁵. Pacientes, profesionales y sociedades científicas utilizan este medio para recibir y proporcionar información.

En un estudio llevado a cabo con mujeres universitarias, se mostró que ellas preferían obtener información acerca de la vacuna VPH en Internet debido a que era la forma más rápida y fácil de conseguir información. Estas mismas mujeres señalaron la preocupación acerca de lo que se encuentra en Internet, ya que cualquiera puede publicar en él²¹⁶.

Un proyecto llevado a cabo en Estados Unidos tras la creación de una página web que daba información a padres y adolescentes sobre la vacuna del VPH. Los padres participantes tras visitar la web mostraron una mayor concienciación del riesgo de del VPH al no estar vacunados sus hijos, al igual que disminuyeron las percepciones negativas sobre la vacuna²¹⁷.

En Internet podemos encontrar tanto discursos a favor como en contra de la vacuna del VPH. Un estudio llevado a cabo con el motor de búsqueda Google reveló que el 72,7% de la información

existente en Internet está a favor de la vacuna VPH²¹⁸. Otro llevado a cabo en una red social como Youtube mostró que el 87,6% de los videos colgados estaban a favor de esta vacuna. Cabe destacar que los videos que mostraban una opinión contraria a la vacuna pertenecían a personas que dicen estar afectados por efectos secundarios de la vacuna o las vacunas; al realizar una búsqueda con el término “vacunas del VPH”, las primeras fuentes anónimas²¹⁹. Aunque la mayor parte de información existente en la red está a favor de la vacuna, los primeros resultados son de grupos contrarios a la vacunación²²⁰. En un estudio llevado a cabo en la red social Twitter, de 83.511 publicaciones en inglés que hubo entre octubre del 2013 y abril 2014 relacionadas con la vacuna del VPH, 25,13% fueron opiniones negativas acerca de esta vacuna. Este mismo estudio mostró que los usuarios que fueron expuestos a más opiniones negativas sobre la vacuna, fueron más propensos a publicar posteriormente ellos también opiniones negativas²²¹.

En un estudio llevado a cabo tanto en periódicos digitales alemanes y españoles, sólo el 39% de los alemanes y el 20% de los españoles ofrecieron información veraz acerca de la epidemiología del virus del VPH y su vacuna²²².

En definitiva, existen pocos estudios que analicen los discursos sociales en torno a la vacuna del VPH. Si bien, la mayoría de las sociedades científicas apoyan la vacunación, existe un discurso contrario a esta práctica vinculado a los grupos activistas y algunas sociedades científicas²²³. Controversia que ha provocado el rechazo de un sector de progenitores y salubristas que se resisten a que se implemente la cobertura recomendada por la OMS, según sus razones, por los efectos secundarios que parecen producir. Es, por tanto, un tema de interés social y sanitario indudable.

Desde una óptica más general, la investigación que proponemos contribuirá a conocer y comprender las creencias de los diversos actores implicados y articular actuaciones de promoción y educación sanitaria dirigida a los diversos colectivos implicados.

A nivel mundial hay 67 países que tienen implementados programas de vacunación para prevención de la infección del VPH. A nivel europeo hay diferencias entre los países en dicho programa vacunal. Nos ha parecido interesante elaborar una tabla (tabla 5) recabando información de diferentes fuentes^{224,225,226}, donde se plasman las diferencias entre los países de Europa. Para ello hemos verificado si existe o no programa, la edad de vacunación, las dosis administradas, año de inicio del programa y algunas observaciones que nos parecen importantes.

Tabla 5: Programas vacunales del VPH, edad de vacuna, año de inicio en los países y características en los países de Europa.

País	Pro-grama vacunal	Edad de va-cunación	Dosis	Año inicio programa	Observaciones
Alemania	Si	9-13 años o 9-14 años se-gún la vacuna	2	2007	Solo niñas. Si tienen >13 o 14 necesarias 3 dosis.
Andorra	Si	12 años	2	2014	Solo niñas
Armenia	Si	13 años	2	2017	Desde septiembre de 2017. Solo niñas
Austria	Si	9 años	2	2014	Niñas y niños
Bélgica	Si	10-13 años	2	2007	Solo niñas
Bulgaria	No		2	2012	No está incluida en el calendario pero la vacuna es gratis para las niñas de 12 años
Chipre	Si	12-13 años	2	2016	Vacunación en escuelas y centros de inmunización. Solo niñas
Croacia	Si	14-15 años	2	2017	Niñas y niños
Dinamarca	Si	12 años	2	2009	Solo niñas. Hasta finales de 2018 gratuita a chicos homosexuales de 15 a 20 años.
Eslovaquia	No	12 años	2	2014	Reembolso parcial por el sistema nacional de salud
Eslovenia	Si	11-12 años	2	2009	Solo niñas
España	Si	12 años	2	2007	Solo niñas
Estonia	No				Comienzo en 2018
Finlandia	Si	10-11 años	3	2013	Solo niñas
Francia	Si	11-13 años	2	2007	Solo niñas. Mayores de 14 años 3 dosis
Grecia	Si	11-15 años	3	2008	Solo niñas. Gratis para las mujeres de hasta 26 años
Hungría	No	12 años	2		Vacunas gratis para niñas en esa edad, pero es solo recomendación no programa

Irlanda	Si	12-13 años	2	2010	Solo niñas. Mayores de 15 años 3 dosis
Islandia	Si	12 años	2	2011	Solo niñas
Israel	Si	13 años	2	2013	Niñas y niños
Italia	Si	12 años	2	2007	Solo niñas
Kazajistán	Parcial	11 años		2013	Programa en algunas regiones. Solo niñas
Letonia	Si	12 años	3	2010	Solo niñas
Lituania	Si	11 años	2	2016	
Luxemburgo	Si	11 años	2	2008	Solo niñas. De 13 a 18 años vacuna gratis en farmacias
Malta	Si	12 años	2	2012	Solo niñas
Noruega	Si	12 años	3	2009	Solo niñas
Países Bajos	Si	12 años	2	2010	Solo niñas
Polonia	No				
Portugal	Si	10-13 años	2	2008	Solo niñas. Vacuna nonavalente
Reino Unido	Si	12-14 años	2	2008	Solo niñas
República Checa	No	13 años	2	2012	Vacuna recomendada solamente. Cubierta para niñas de 13 a 14 años
República de Macedonia	Si	12 años	2	2009	Solo niñas
República de Moldavia	Piloto	9-14 años	2	2017	Programa piloto. Inicio de vacunación enero 2018
Rumanía	No		3		Vacuna no financiada, solo recomendada
Rusia	Parcial	13 años	3	2009	Solo niñas de algunas regiones del país
Suecia	Si	10-12 años	2	2010	Solo niñas
Suiza	Si	11-14 años	2	2008	

Fuente: Elaboración propia. Información obtenida de OMS, ECDC y HPV information centre^{224,225,226}.

Nos parece interesante hacer un análisis sociológico del discurso de los grupos antivacunas y sobre todo con la vacuna del VPH.

Desde el estructuralismo se puede explicar la eficacia simbólica que tiene los discursos de los grupos antivacunas. Para ello vamos a seguir los trabajos de González Requena y de Peña. Hemos realizado una interpretación del análisis que plantea González Requena con la función simbólica de los mitos en el discurso social, en tanto relatos simbólicos determinantes en el proceso de la construcción de la subjetividad²²⁷. Es importante este punto pues lo podemos replicar en como articulan su discurso los grupos antivacunas con respecto a la interpretación de la enfermedad y a su curación. Como también explica Peña en su artículo “Más allá de la eficacia simbólica del chamanismo al psicoanálisis”, las personas buscamos entender el universo y por tanto la forma de enfermar está incluida²²⁸. Esta necesidad, dependiendo del tipo de pensamiento que utilicemos (científico o mágico) dará unos u otros resultados. Desde el pensamiento científico se busca dominar la enfermedad por etapas, con un acercamiento gradual a la cura. El pensamiento mágico parte del principio de que si no se comprende todo no puede explicarse nada, como dice el autor. Esta estructura de pensamiento mágico responde bien al discurso que utilizan los grupos antivacunas, que cala profundamente en los ciudadanos. Parafraseando a Peña, para sortear e integrar colectivamente el gran espacio que separa el significado (contenido de la enfermedad) del significante (como se expresa) y darle un sentido social, pues el sufrimiento no se entiende como algo que aporte sentido, se integra la vivencia de enfermar como algo íntimo que tiene un componente cultural, moral, biológico y económico, muy apartado del discurso tecnológico-científico²²⁸. El discurso médico y biológico tienen poca eficacia pues conectan poco con la experiencia subjetiva del individuo. De hecho, el recuerdo que narran los pacientes de sus enfermedades es la vivencia que han tenido en el proceso, no es el proceso fisiopatológico acaecido, lo importante para la persona es integrar el proceso de lo que le ocurre entendiéndolo y solo lo puede entender desde lo que conoce, para ello en la mayoría de los casos recurre a los mitos. Cuando esos grupos aluden a: la importancia de fortalecer el cuerpo, pues el propio cuerpo tiene mecanismos para luchar contra la enfermedad y que eso es lo natural, que introducir en el organismo contaminantes como son “virus o bacterias” junto con productos tóxicos no puede ser saludable, de que quienes el individuo que está sano y se cuida puede sobreponerse a la enfermedad, una buena conducta te hace aliado de una buena salud y que los efectos adversos de la vacuna son peores que la enfermedad, unido a la idea del enriquecimiento de las compañías farmacéuticas conectan con ese pensamiento mágico. Además, se le añade una variable de incertidumbre, pues no todos los individuos que están en contacto con la enfermedad se contagian y eso hace que sea difícil de explicar desde un pensamiento racional el mecanismo de transmisión.

Otra perspectiva que también queremos analizar es “el efecto perverso” del que habla Boudon y que también nos ayuda a interpretar el fenómeno de los grupos antivacunas y su proliferación, sobre todo en contra de la vacuna del VPH. “Efecto perverso” para autores como Cristiano sería un efecto pernicioso, involuntario de las acciones humanas, “las consecuencias no intencionadas de la acción social”²²⁹. Con la introducción de la vacuna contra el VPH, que apareció como la solución racional a un problema de salud, en algunos colectivos se produjo el efecto contrario al deseado cuando se inició el programa. Siendo más concretos, cuando se implementó la vacuna se anunció era algo beneficioso para la sociedad. Al plantearse como algo beneficioso se esperaba que la sociedad lo recibiese como tal, pero al contrario de lo que se pensó en un principio, la entrada de la vacuna del VPH para algunos colectivos supuso la introducción de algo perjudicial para su salud, por lo que ha llevado al rechazo de la misma, pues los efectos no estaban descritos ni esperados como se publicitaron.

Como plantea Fishman en su trabajo “la creación periodística de una ola de crímenes”, a raíz de que los periodistas prestaron mayor atención a los ataques sufridos por ancianos, para la sociedad parecía que habían aumentado los casos, cuando realmente estaban estancados o incluso disminuyendo²²⁹. Algo parecido podríamos aplicarlo a la vacuna del VPH. A raíz de los casos de las chicas de Valencia, se prestó un mayor interés a los efectos adversos de la vacuna del VPH y a todo lo que tuviera que ver con ella, cuando los efectos no son diferentes ni mayores que los del resto de vacunas del calendario.

Otro debate sobre el tema es cuando se plantea la obligatoriedad de la vacunación, algunos autores plantean el efecto perverso que podría llegar a ocurrir, haciendo que se generase un rechazo por una parte de la población hacia las vacunas²³⁰.

C. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Detectar e identificar creencias y discursos científicos, profesionales, institucionales y sociales sobre la vacunación contra el VPH, así como las actitudes de los agentes implicados en el proceso de vacunación en contra el VPH.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el conocimiento sobre el VPH y la vacuna, la percepción de riesgo que genera, las ideas sobre sexualidad y el conocimiento del propio cuerpo que tienen los y las adolescentes y su relación con el género.
2. Indagar en el conocimiento sobre el VPH y su vacuna, los miedos que genera la vacunación y las creencias sobre la sexualidad que tienen padres y madres de los y las adolescentes.
3. Conocer las actividades preventivas de conductas de riesgo que realizan los profesionales con los adolescentes, así como su opinión con respecto a los aspectos débiles y de mejora de dichas intervenciones.
4. Indagar en las creencias y argumentos de profesionales sanitarios respecto al VPH, la utilidad y efectos secundarios que produce la vacuna.
5. Evaluar el peso de los discursos científicos, profesionales e institucionales en las actitudes de rechazo y desconfianza de los agentes sociales ante la vacuna del VPH.
6. Evaluar el peso de las actitudes free-rider ante la vacunación contra el VPH.
7. Explorar posible estrategias de información que desbloquean las actitudes de rechazo en los distintos agentes ante la vacuna del VPH.

3 HIPÓTESIS

El rechazo social ante la vacunación contra el VPH es causado por cuatro factores:

- * Discursos científicos y profesionales informales que ponen en cuestión la eficacia de la vacuna y sobredimensionan los riesgos potenciales.
- * Desinformación de los agentes sociales sobre el VPH.
- * El efecto inmunidad provocado por déficit en la formación sexual de adolescentes y familia, que comporta una devaluación de los riesgos, incrementado por el sesgo de género.
- * La falta de seguimiento y vigilancia epidemiológica de la administración sanitaria en los ciclos de vacunación con el consiguiente mensaje institucional de desconfianza sobre la eficacia de la vacunación contra el VPH.

D. METODOLOGÍA

1. TIPO DE DISEÑO

Se llevó a cabo un estudio cualitativo fenomenológico sobre alumnos de 3º y 4º de la E.S.O, progenitores con hijos de esa misma edad y profesionales sanitarios de atención primaria. Para ello se han realizado grupos focales. Se ha elegido esta técnica de recogida de información ya que permiten identificar variaciones entre la población de estudio sobre el tema a tratar. Además de esto tienen otras ventajas, como que permiten recoger información en un corto periodo de tiempo en un grupo, ver como los miembros interactúan e influyen entre sí.

Se realizaron 26 grupos focales a partir de un guion diseñado ad hoc.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Se planteó conocer la opinión de adolescentes, progenitores y profesionales sanitarios de Granada, Sevilla y Jaén.

Se incluyeron en el estudio distintos tipos de centros educativos: privados, concertados y públicos. Esto permitió cubrir áreas en el que el perfil socioeconómico de la población sea diferente (bajo, medio y alto).

3. POBLACIÓN

Nuestra población de estudio fue: adolescentes que cursan 2º ciclo de la E.S.O, progenitores o tutores de dichos adolescentes y profesionales que estén prestando sus servicios en los centros de salud de Granada, Sevilla y Jaén.

Se eligió la franja de edad del alumnado que cursa 2º ciclo de la E.S.O. (de 14 a 18 años), puesto que según la bibliografía consultada esta edad es clave en el proceso de la prevención. Es el momento de las primeras relaciones sexuales, se tiene mayor número de parejas sexuales y además se producen en las mujeres cambios del cuello uterino específicos de la edad. Además, deberían haber concluido el proceso de vacunación para VPH que propone la Junta de Andalucía. En estos cursos podemos encontrar una franja de edad mayor, puesto que al ser en estos años donde se encuentran alumnos repetidores de mayor edad que pueden ofrecer un punto de vista diferente.

Los participantes fueron 137 alumnos de 3º y 4º de la E.S.O divididos en 15 grupos focales. Fueron seleccionados por muestro de conveniencia en las provincias de Granada, Sevilla y Jaén, por proximidad a los investigadores. De los grupos realizados 6 fueron en centros concertados, 1 en privado y el resto en centros públicos.

Otro pilar importante en nuestra investigación fueron los progenitores de adolescentes que cursan 2º ciclo de la E.S.O en Institutos de Granada, Sevilla y Jaén puesto que la mayoría de ellos son menores de edad y sus tutores son responsables de la vacunación, así como de su orientación y tutela. El total de participantes fueron 37 progenitores de alumnos de 3º y 4 de la E.S.O divididos en 5 grupos. Los participantes fueron seleccionados de los institutos donde se recogieron los datos de los alumnos que participaron en los grupos focales. Se tuvo en cuenta: tener un hijo/a en 3º o 4º de la E.S.O en ese momento y su voluntad de participar. De los grupos realizados a padres 2 se llevaron a cabo en centros concertados y 3 en centros públicos.

También fue importante conocer la opinión de los profesionales de los centros de salud. Los participantes fueron 45 profesionales sanitarios (enfermeras/os de atención primaria, médicos de familia y pediatra) divididos en 6 grupos focales. Todos atendían a población adolescente. Los participantes fueron seleccionados por muestreo por conveniencia, en centros de Atención Primaria (AP) de Granada, Sevilla y Jaén, por la accesibilidad y proximidad de los investigadores a los centros. Se tuvo en cuenta: su actividad asistencial en AP (al menos de un año), la atención a jóvenes y su voluntariedad de participar.

El número de grupos de discusión dependió de la saturación de la información. En un principio se realizaron 2 grupos de discusión por cada grupo de participantes. Finalmente se ampliaron el número de grupo para poder comparar discursos entre las distintas provincias y saturar la información. En la tabla 6 queda reflejada esta información:

Tabla 6: Provincias donde se ha realizado el estudio y nº de grupos realizados según tipo de participantes.

Provincia	Número de grupos de discusión		
	Estudiantes	Progenitores	Profesionales
Granada	5	3	3
Sevilla	5	1	2
Jaén	5	1	1

Fuente: Elaboración propia.

En las tablas 7 y 8 se recoge el perfil del alumnado participantes y composición de los grupos focales (15 grupos).

Tabla 7: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (137 alumnos)

		GF 1	GF 2	GF 3	GF 4	GF 5	GF 6	GF 7
Lugar de realización		Jaén	Jaén	Jaén	Jaén	Jaén	Sevilla	Sevilla
Curso académico		3º ESO	3º ESO	4º ESO	4º ESO	4º ESO	3º ESO	4º ESO
Sexo	Mujeres	3	5	5	9	6	2	6
	Varones	6	4	6	1	2	3	1
Media años (Desviación Típica)		14,1 (±0,3)	14,3 (±0,5)	15,2 (±0,4)	15,5 (±0,7)	15,6 (±0,9)	14 (0)	15,7 (±1)
Vacuna	Si	3	4	5	9	6	2	5
	No							1
	No lo sabe		1					

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8 Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (137 alumnos).

		GF 8	GF 9	GF 10	GF 11	GF 12	GF 13	GF 14	GF 15
Lugar de realización		Sevilla	Sevilla	Sevilla	Grana-da	Grana-da	Grana-da	Grana-da	Grana-da
Curso académico		3º ESO	4º ESO	4º ESO	3º y 4º ESO	4º ESO	4º ESO	3º ESO	3º ESO
Sexo	Mujeres	4	2	2	5	11	8	7	7
	Varones	6	4	6	5	5	2	3	1
Media años (Desviación Típica)		14,6 (±0,7)	16,3 (±0,8)	15,8 (±0,4)	14,4 (±0,5)	15,9 (±0,9)	15,7 (±0,7)	14,4 (±0,7)	15,3 (±0,5)
Vacuna	Si	3	2	2	3	7	5	3	1
	No				2	1	2	4	6
	No lo sabe					3	1		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 9 aparece el perfil de los progenitores que han participado en los grupos focales y su composición. Total de grupos para progenitores 5.

Tabla 9: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (37 progenitores).

		GF1	GF2	GF3	GF4	GF5
Lugar de realización		Granada	Granada	Jaén	Sevilla	Granada
Sexo	Mujer	8	7	8	4	8
	Hombre					2
Estudios	Primarios	2	1	2	2	
	Secundaria	1	2		2	
	Bachiller	1		2		
	Formación profesional	2	2	3		4
	Universitarios	2	2	1		6
Media años (desviación típica)		46,4 (±2,5)	46,3 (±2,3)	45,2 (±5)	47,5 (±1,7)	50,5 (±3,4)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 10 aparece el perfil de los profesionales según lugar de realización, sexo y categoría profesional (6 grupos).

Tabla 10: Perfil de los participantes y composición de los grupos focales (45 profesionales sanitarios).

		Grupo focal 1	Grupo focal 2	Grupo focal 3	Grupo focal 4	Grupo focal 5	Grupo focal 6
Lugar de realización		Sevilla	Sevilla	Granada	Granada	Granada	Jaén
Sexo	Mujeres	4	8	5	2	5	7
	Varones		1	2	5	3	2
Perfil profesional	Enfermeras/os	4	8	7		4	9
	Médicos de familia		1		7	4	
	Pediatras					1	
Media años desde fin carrera (Desviación Típica)		29,7 (±5,67)	26,8 (±14,97)	23,4 (±9,19)	32,1 (±3,7)	27 (±11,47)	20,4 (±7,79)
Media años en AP (Desviación Típica)		16 (±7,16)	13,6 (±11,81)	11,5 (±8,5)	30,7 (±4,2)	23 (±11,20)	14,7 (±9,62)

Fuente: Elaboración propia.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

La selección de los centros se realizó de forma intencionada. Se buscó que la muestra abarcara las características que se han descrito anteriormente: diferentes centros públicos (7), privados (2), concertados (6), de zona rural y ciudad, así como que abarcasen zonas de salud distintas y de distinto nivel socioeconómico. No fue posible realizar los grupos en centros religiosos.

Los criterios de inclusión de los progenitores y los alumnos fueron: voluntad de participar y en el caso de adolescentes, además, debían tener el consentimiento por escrito de los padres/madres. Para ello, previamente se les envió una carta informándoles sobre la investigación y pidiéndoles su colaboración. En la selección de los alumnos, además de que debían de traer el consentimiento de padres se buscó que fueran de distinto sexo, edad y con padres de diferente nivel socioeconómico.

Se intentó que en todos los grupos hubiese una representación importante de ambos sexos. En el caso de los profesionales nos limitó el que mayoritariamente los profesionales de enfermería son mujeres, y el criterio que prevaleció fue la participación voluntaria, creímos que esa condición debía de valorarse como primordial. Con las familias se convocó por correo a ambos progenitores, aunque mayoritariamente acudieron madres a los grupos (solo 2 padres). Creemos que puede ser una limitación, aunque también es cierto que la invitación se mandó por parte del colegio a las familias, y fueron las mujeres las que mayoritariamente acudieron. Circunstancias que si pudimos controlar así lo hicimos fueron el incluir a personas de distintos ámbitos geográficos, así como de distintas zonas con diferente desarrollo socioeconómico. Entre los profesionales se tuvo en cuenta que sean profesionales de la medicina o de la enfermería, que tuvieran distintas edades y distintos cargos dentro de la organización sanitaria para su elección.

5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Previamente a la recogida de datos, se obtuvo la autorización del Comité de Ética (anexo 1). A partir de ese momento se comenzaron los contactos con las direcciones de los centros escolares y con las de los centros de salud.

Para el grupo de los alumnos se contactó previamente con la dirección de los centros vía telefónica para hablarles de la investigación. Tras esto se tuvo una reunión presencial con las direcciones para poder explicarles en profundidad cual era la finalidad de la investigación. Una vez que

los centros escolares aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado para que se lo hicieran llegar a los alumnos y a sus padres (anexo 2). Al finalizar la reunión se fijó una cita con el centro para llevar a cabo los grupos con los alumnos que hubiesen traído la autorización firmada. Los grupos se realizaron en aulas que el centro facilitó para dicho fin.

En el caso de los progenitores a la vez que se contactó con los centros para realizar los grupos con los alumnos, se aprovechó para proporcionarles la hoja informativa para los padres sobre la finalidad de la investigación (anexo 3). Los centros se encargaron de llamar a los padres que estuvieran interesados para fijar con ellos un día para poder realizar el grupo. Previamente a la realización de los grupos se obtuvo el consentimiento informado verbal de todos los participantes. Los centros nos facilitaron una sala donde poder realizar los grupos.

Para los profesionales sanitarios se contactó previamente con los responsables de los centros, quienes citaron a los profesionales a una reunión para la realización de los grupos focales. Asistieron aquellos que estaban interesados en participar.

Los participantes se reunieron por centro de salud. De los 6 grupos realizados, 3 incluían a profesionales de enfermería, 1 incluía a profesionales de medicina y 2 mixtos (enfermería y medicina). La elección de más profesionales de la enfermería se basó en que son los responsables del programa vacunal.

Previamente a la participación de los mismos se les informó por escrito de la finalidad de la investigación (anexo 4) y se obtuvo el consentimiento informado verbal de todos los participantes. Los grupos se realizaron en la sala de reuniones de los centros de salud.

Para los grupos focales se usó un guion semiestructurado que contenía las posibles variables o dimensiones de análisis. Se comenzó con temas más generales para luego ir a los más específicos. De esta manera se buscaba crear un contexto previo. Se buscaron preguntas lo más claras posibles para evitar que los participantes se perdiesen en el enunciado o dieran lugar a equívocos. Se realizó un pilotaje previo con un grupo para comprobar la viabilidad del guion. Este se fue modificando a medida que fue progresándose en el análisis del diseño para incluir nuevas dimensiones de estudio.

Las categorías de los guiones de entrevistas se mantuvieron iguales para los 3 grupos pero se modificaron los enunciados de las preguntas para adaptarlos a la población participante.

Previamente a comenzar con los grupos se les pedía que se identificaran con un nombre ficticio escrito en un papel y que en ese papel pusieran una serie de datos para conocer su perfil.

En el caso de los estudiantes se les pidió la edad, si estaban vacunados/as contra el VPH y estudios de los padres.

En el caso de los progenitores se les pidió la edad y la profesión.

En el caso de los profesionales sanitarios se les pidió el tiempo que hacía desde que habían terminado la carrera y el tiempo que llevaban trabajando en AP.

Se eligió la técnica de grupos focales pues este método permite obtener datos que por otros medios sería difícil conseguir, ya que pone a los participantes en situaciones en las que es posible la espontaneidad y en la que surgen opiniones, sentimientos, deseos personales, gracias al clima relajado de esta metodología. El número de grupos estuvo determinado por el criterio de saturación.

La duración de las sesiones para obtener los discursos oscilo entre los 35 y los 45 minutos. Todos los grupos se moderaron por una misma investigadora. Hubo una observadora, que también tomaba notas. En la tabla 11 aparece el guion de entrevista utilizado para el alumnado. En la tabla 12 el utilizado para progenitores y en la tabla 13 el utilizado para profesionales sanitarios.

Tabla 11: Guion de entrevista al alumnado de 3º y 4º E.S.O.

Categoría	Preguntas
Conductas de riesgo y formación	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué son conductas de riesgo? - ¿Os han hablado alguna vez de lo que son las conductas de riesgo? - ¿Habéis recibido charlas/formación sobre qué cosas hacer y no hacer que pueden afectar a vuestra salud? - ¿Qué opináis de esas charlas/formación? ¿Os parecen útiles?
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Habláis de sexo con vuestros padres? ¿Qué temas tratáis con ellos? ¿Os dan alguna recomendación? - Si tenéis dudas sobre sexo ¿a quién las preguntáis? - ¿Los chicos/as de vuestra edad tienen relaciones sexuales?
VPH	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Conoce los síntomas del VPH? ¿Cómo se trasmite? - ¿A quién afecta? - ¿Qué consecuencias tiene su infección? - ¿Cómo sabes si estás infectado por el VPH? - ¿Cómo se previene su contagio? - ¿Cuál es el tratamiento tras la infección?
Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué pensáis de las vacunas?
Vacuna VPH	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Os vacunan en el colegio? - ¿Os han informado sobre la vacuna del VPH? - ¿Para qué sirve la vacuna? ¿Quién se puede vacunar? - ¿Cuándo se pone la vacuna? ¿Hasta qué edad se puede poner? - ¿Te puedes vacunar si has mantenido relaciones? - ¿Habéis tenido efectos secundarios por la vacuna o sabéis de alguien que los haya tenido?

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12: Guion de entrevista para progenitores.

Categoría	Preguntas
Conductas de riesgo y formación	- ¿Qué opinan de las charlas/formación que reciben vuestros hijos sobre prevención de conductas de riesgo?
Sexualidad	- Opiniones sobre la sexualidad de sus hijos - Hablan sobre sexo en casa. ¿Con quién? ¿Temas? ¿Cuándo?
VPH	- ¿Conocen los síntomas del VPH? ¿Cómo se transmite? - ¿A quién afecta? - ¿Qué consecuencias tiene la infección?
Vacunas	- ¿Qué opinan de las vacunas en general? ¿Y sus parejas qué opinan? - Sus hijos/as ¿están vacunados?
Vacuna VPH	- ¿Han recibido información sobre la vacuna? - ¿Han preguntado sobre ella o buscado información? ¿Dónde? ¿A quién le piden información? - ¿Para qué sirve la vacuna? - ¿Quién debe vacunarse? - ¿Pueden vacunarse tras haber mantenido relaciones? - ¿Vuestras hijas o alguien conocido ha tenido efectos secundarios tras recibir la vacuna?

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13: Guion de entrevista para profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Categoría	Preguntas
Programas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Hacen programas de prevención de VPH con jóvenes? ¿y programas de prevención sobre conductas de riesgo? - ¿Qué piensan de su efectividad? - ¿Cómo miden los resultados? - ¿Qué cosas cree que debe mejorar? ¿Dónde lo hacen? Describan cómo lo hacen. Temas que abordan. En caso de que no se haga, decir por qué.
Infecciones de transmisión sexual y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Problemática que encuentran en la consulta con respecto a las ITS, y más concretamente con la infección del VPH.
VPH	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Conoce los síntomas del VPH? - ¿A quién afecta? - ¿Qué consecuencias tiene la infección? - ¿Cómo se previene su contagio?
Vacuna VPH	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su opinión sobre la vacuna? ¿Está a favor o en contra de la vacuna? - ¿Qué beneficios tiene? - ¿Ha visto a adolescentes con algún efecto secundario tras la vacunación contra el VPH? - Desde la administración, ¿cómo abordan la vacunación del VPH?

Fuente: Elaboración propia.

6. ANÁLISIS DE DATOS

Los grupos se identificaron con las siglas GF (grupo focal) seguida de la letra “S” para los profesionales sanitarios, “P” para progenitores y “A” para alumnos, y a continuación el número del grupo. A cada integrante se le dio también un número por orden de intervención.

Tras la recogida de la información por parte de las investigadoras se llevó a cabo una transcripción literal de las grabaciones.

Gutiérrez Brito plantea que el análisis “debe ser entendido como una labor analítica ambigua que rompe y descompone el texto para luego suturarlo y recomponerlo de nuevo interpretándolo”²³¹. Por lo tanto, nuestra meta fue fragmentar y agrupar grupos de palabras (del discurso) a las que se les atribuye relaciones o significados en función de los objetivos de nuestra investigación. Se desarrolló análisis del discurso, análisis temático y análisis por categorías.

Como se plantea en los manuales que explican cómo realizar un análisis cualitativo del discurso, hay que aclarar que el análisis cualitativo no es una fase posterior a la recogida de los datos, sino que se entremezcla con ella. El carácter emergente e inductivo del proceso investigador, requiere que la persona que hace el análisis tenga que decidir desde el primer momento y de forma continua decisiones sobre el análisis, como hacerse preguntar de cuestiones emergentes, eliminar o dejar de analizar cuestiones planteadas. A medida que el que observa se familiariza con el objeto de estudio, va conociendo y sabiendo que ha de buscar en su trabajo. Por tanto, construye y reconstruye continuamente las categorías que ha recogido previamente y que en sesiones posteriores las verifica²³².

A partir de la transcripción de los discursos se elaboraron los guiones de categorías para cada grupo. Al realizarse el análisis de contenido se optó por empezar una aproximación al discurso a nivel macro-estructural, identificando las categorías generales que fueron iguales para todos los grupos pero dentro de estas según la población se establecieron subcategorías. Así los códigos se han transformado a medida que se realizaba la tarea de lectura reiterada, añadiendo nuevos, suprimiendo y reunificando.

Tras esto las transcripciones se codificaron. Una vez categorizados y codificados los discursos se volvieron más fáciles de manipular lo que ayudó a la extracción de los resultados y conclusiones. El lenguaje no verbal no se ha valorado.

Para la codificación se usó el programa de análisis cualitativo NVIVO versión 10.0.

7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Al ser un estudio descriptivo cualitativo no hubo riesgo para la salud de quienes participaron, aunque se tomaron las medidas éticas precisas, pues la información obtenida puede tener relación con conductas o planteamientos éticos que deben ser tratados con precaución. Se salvaguardó la intimidad de los participantes y la confidencialidad de sus datos según la legislación vigente (Ley Orgánica 15/99). Para ello, todos los documentos, así como el nombre de quienes participan fueron obviados. A cada grupo se le asignó un código que sólo la investigadora conocía.

Los datos obtenidos solo serán utilizados para los fines de esta investigación.

A todos los padres de los adolescentes participantes, como ya se ha dicho, se les entregó una hoja informativa sobre los objetivos de la investigación, y tras resolver sus posibles dudas, se les pidió, mediante consentimiento informado, que dieran su autorización para realizar los grupos en el colegio.

Así mismo a quienes participaron en los grupos de discusión se les entregó una hoja informativa sobre los objetivos y método de la investigación y se les pidió también su consentimiento antes de empezar. También se les pidió permiso para grabar las entrevistas. Se les informó de la posibilidad de abandonar la investigación en el momento que quisieran.

E. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

Los datos de los participantes están más detallados en la metodología. Resaltar que:

El perfil del alumnado: De los estudiantes participantes el 59,8% (82) fueron chicas, el resto fueron chicos. De las chicas participantes el 19,5% (16) no han iniciado la vacunación contra el VPH aunque en el calendario vacuna así lo propone, el 74,4% (61) si lo están. Hay un 6,1% (5) que no sabe si están vacunadas o no. De los chicos ninguno dijo haber recibido la vacuna. La edad media de todos los participantes fue de 15,12 años. Fueron muy participativos y después de romper el hielo del primer momento hablaron bastante sobre los temas requeridos.

Perfil de los progenitores: De los 37 progenitores participantes, solo hubo 2 hombres. Aclaramos que el grupo en el que asistieron los dos varones se realizó después de una reunión de tutoría grupal con el profesorado al comienzo del curso. Al resto de los grupos fueron convocados una convocatoria exclusiva para la investigación, en estos sólo acudieron mujeres. Destacar que el realizar los grupos de progenitores fue muy costoso, en algunos casos hubo que hacer cambio de hora, modificar el día; aun así la afluencia de progenitores fue baja, teniendo que cancelar en algunos institutos las reuniones por incomparecencia de los progenitores.

Perfil de los profesionales: del total de los participantes 31 (68,9%) fueron mujeres. La media de tiempo desde el fin de la carrera para todos los grupos fue de 26,6 años. La media de tiempo trabajando en AP fue de 18,3 años. En apartado de metodología aparece con más detalle el perfil.

1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL DISCURSO DE MADRES Y ESTUDIANTES

1.1 Conductas de riesgo y formación

A todos los grupos de estudiantes se les ha preguntado qué son y como definirían las conductas de riesgo. En general todos saben definir las y explican que realizar una conducta de riesgo puede provocar un peligro generalmente para la salud.

GFA12-2: “Una forma de actuar que te puede llevar a un peligro”

GFA14-3: “El chico antes de correrse da marcha atrás”.

GFA11-1: “Cuando haces algo sabiendo que tiene riesgo pero lo sigues haciendo”.

Sabemos que existe un amplio campo de conductas de riesgo. En nuestra investigación, lo que mayoritariamente identifican los grupos de estudiantes y madres son las conductas relacionadas con el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales, así como las conductas sexuales sin protección. Así por ejemplo, nos dicen frases como:

GFA15-1: “En una relación sexual no usar preservativo”.

Dos alumnos varones nos han comentado que realizar algo ilegal como robar o la delincuencia, también lo consideraban conductas de riesgo. Ninguna chica ha tenido ese razonamiento.

GFA13-5: “Por ejemplo robar, tienes riesgo de que te detengan, ¿no?”.

GFA1-3: “Alcohol, las drogas, la delincuencia”.

Las madres al igual que los jóvenes identifican las mismas conductas de riesgo.

GFP5-1: “Pues el alcohol, las drogas, delincuencia”.

Por el contrario, en ningún grupo se ha identificado en sus discursos otras conductas relacionadas con la alimentación, el ejercicio, las relaciones familiares o sociales disfuncionales, en la actividad escolar...etc.

Se saben por las estadísticas que los mayores problemas de salud en los jóvenes son causados por el uso de drogas y las conductas sexuales de riesgo, por lo que es lógico que es lo que mayo-

ritariamente se aborden estos temas en los programas de prevención de salud. Esta menor visibilización de otras conductas de riesgo creemos que principalmente se debe, en parte, a que la mayoría de las actividades informativas sobre prevención que se les dan al alumnado van dirigidas a estas áreas, pues lo que realmente más preocupa a la sociedad.

Según aparece en los informes del programa Forma Joven de Andalucía, el 40% de las actividades grupales que se llevaron a cabo en el curso 2010-2011, estaban relacionadas con el área sexualidad y relaciones afectivas. En cuanto a las asesorías se obtuvieron datos parecidos, el 47% estuvieron relacionadas con la sexualidad, seguidas por las áreas de adicciones y estilos de vida con un 18% cada una²³³. También en las políticas escolares encontramos poco abordaje de otras conductas de riesgo como la alimentación y la actividad física, como recoge una revisión sobre las políticas escolares en España del año 2006 al 2012. Los cambios realizados en los cambios de conductas por el alumnado obtuvieron una puntuación baja, 2 sobre 4²³⁴. En los resultados de nuestra investigación, como se verá más adelante, los profesionales focalizan sus actuaciones con el grupo de jóvenes sobre todo en el consumo de drogas y relaciones sexuales seguras.

En los discursos de los adolescentes se observan el interés por que se les informe sobre todo de enfermedades que pueden padecer, de los lugares donde acudir en caso de necesidad de atención o consulta:

GFA11-7: “Antes de que nos den charlas sobre el medio ambiente prefiero saber sobre las enfermedades”.

GFA8-5: “Es algo necesario conocer que enfermedades podemos tener si bebemos, no es una cosa que se pueda tomar a la ligera”.

GFA3-11: “Y qué pasaría si te quedases embarazada, donde acudir”.

Observamos que la importancia que el alumnado le da a la formación que reciben sobre cómo deben comportarse tiene mucha relación según las consecuencias que sobre su salud creen que tienen dichas conductas. Afirman que la información que le ofrece el personal sanitario es más adecuada, ya que les llega mejor; pues explican, que tienen experiencia en ese ámbito y están más formados para impartirla. Recogemos bastantes elogios a que se les dé formación, a ese respecto, el personal especializado. También hay quienes piensan que si la información la ofrece personas que hayan pasado por el problema, ayudaría a entender la magnitud de las consecuencias de sus conductas. Otra reflexión que nos plantean, que reconocen importante, es que sería

más adecuado realizarla antes en el tiempo, cuando son más pequeños. Esta circunstancia también lo recoge la bibliografía consultada²³⁵:

GFA7-1: “Alguien especializado, un médico, personas que hayan tenido que tratar con consecuencias de haber tenido relaciones sexuales sin precauciones de ningún tipo”.

GFA6-5: “La persona que ha sufrido esa enfermedad o infección, evidentemente va a darnos un punto de vista de la persona enferma. Evidentemente veo también necesario que una persona que haya estudiado el tema nos dé su punto de vista, ya que está preparado”.

GFA10-8: “Pues la verdad que muy bien, sobre todo con la de sexualidad, te enteras de muchas cosas de las que no eras consciente”.

GFA9-2: “Es que a lo mejor si no nos hubiesen dado las charlas desde primero de la E.S.O hasta ahora la mitad de las cosas, o más de la mitad de las cosas no las sabríamos”.

Estas afirmaciones coinciden con investigaciones donde se recoge que los adolescentes tienen mayor interés en el tema cuando la información la da un profesional sanitario, pues creen que está dentro de su área de competencia, y califican como menos interesante cuando la proporciona el docente²³⁶. Es cierto que la formación sanitaria es mayor en el personal de la salud, pero creemos que esto merece una reflexión por nuestra parte. En muchos momentos el alumnado establece una relación con el docente como tutor y orientador, pero a la vez este es evaluador de su actividad académica, por lo que la relación puede ser más compleja y el estudiante se pueden sentir más cuestionado por el profesorado, que por el profesional de la salud, que van al centro a formar, pero no evalúan en otras áreas de conocimiento que el estudiante necesita superar.

Otra actividad que va creciendo en interés es el uso de programas de educación para el autocuidado, donde se buscan responsabilizar a la persona de su propia conducta, para ellos se plantean iniciativas donde el individuo que han sufrido las consecuencias de una enfermedad o accidente, presentan sus experiencias a posibles candidatos. Como se plantean en algunos trabajos publicados, estas iniciativas tienen un alcance limitado y su impacto es poco conocido, más allá de la satisfacción que produce en la población en la se aplica^{237,238}.

Pero también hay un discurso más crítico, sobre todo por el propio alumnado, ya que no creen que esta formación influya en que cambien las conductas, son conscientes que no siempre cumplen su función:

GFA1-4: “Son útiles en algunas cosas, pero en otras vas a seguir haciendo lo que quieras”.

GFA10-1: “Porque el que beba va a seguir bebiendo y el que fuma va a seguir fumando”.

GFA8-2: “Tú vas a hacer eso pero ya con el riesgo de, sabiendo lo que haces”.

Una de las características, de las que ya hemos hablado, de la etapa adolescente es su egocentrismo, se sienten invulnerables e inmunes, sintiéndose diferentes y mejores. Además, esta etapa los jóvenes necesita estimulación permanente y buscan la novedad, demostrar que son independientes y que pueden resolver sus propios problemas; tienen un pensamiento presentista, del aquí y ahora, aunque probablemente sepan que tiene consecuencias negativas⁷.

Para la mayor parte de las madres entrevistadas consideran que es algo positivo la formación que se les da en el colegio, ya que observan que el mensaje que llega mejor es a través de profesionales de la salud o de la educación. Observan que para sus hijos tienen mucha credibilidad la opinión de los profesionales tanto de la educación como de la salud, pues considera que tiene un matiz diferente, muy convincente y creíble. Piensan que sus hijos no le van realizar preguntas que ellas consideran íntimas. La comunicación en el hogar con sus hijos no siempre cuando se abordan ciertos temas es fácil, según sus opiniones. Así nos lo comentan:

GFPI-8: “Veo como él (refiriéndose a su hijo) me explica las cosas que en el colegio le transmiten. Entonces pues no sé, por un lado me tranquiliza de cómo lo cogen, porque ellos la información que vosotros les dais la toman totalmente diferente a como la damos los padres. Para ellos es fantástico lo que les decís, lo toman al pie de la letra, te lo explican de una manera que tú te quedas sorprendida, de cómo ha cogido este crío, lo ha cogido entero a la perfección y como palabra de santo, eso hay que cumplirlo a raja tabla”.

GP2-5: “Si lo ha dicho un profesor o lo ha dicho cualquier profesional que viene, y a lo mejor tú se lo dices ‘no a mí me déjame’”.

GFP3-4: “Yo creo que eso les aclara muchas dudas a ellos. Cosas que se creen que saben y luego no saben, eso se las aclaran más en el colegio que nosotros, yo lo hablo por mí, mi hijo no me va a preguntar a mí una cosa de intimidad”.

Una de las características de la etapa adolescente es que se asumen un mayor número de conductas de riesgo, de comportamiento impulsivo y a veces, a pesar de que conozcan las consecuen-

cias negativas de estas conductas, las realizan, pues estas son necesarias para lograr la madurez adulta, según algunas teorías²³⁹.

Cuando le preguntamos a las madres, que han participado en los grupos, que nos expliquen qué y cómo abordan estos temas con sus hijos e hijas, sobre todo conductas de prevención del riesgo, la mayoría nos afirman que creen que los jóvenes de hoy están muy informados, que saben suficiente lo que deben y no hacer. Son conscientes de que están en un periodo crítico, aunque más de la mitad de las madres coinciden en la afirmación que aún son muy pequeños y que no han tenido oportunidades para realizar dichas actuaciones.

GFP3-6: “Tiene conocimientos básicos sobre lo que se hace, qué se hace y cómo se debe de hacer”.

GFP4-3: “Están en la edad del riesgo, tienen entre 15 y 16 años”.

GFP5-9: “Mi hijo no se ha iniciado ni en el botellón, ni en las drogas”.

GFP4-2: “Pero es que a mí no me entra en la cabeza que mis hijos con 14 y 15 años me digan...vamos”.

GFP5-6: “Yo creo que está más entretenido con el ordenador”.

También hay quienes nos expresan que con sus hijos abordan los temas planteados cuando sus hijos e hijas lo permiten, cuando no lo hacen es por la negativa de los jóvenes; la excusa es que ya saben suficientemente, incluso más que los propios adultos. Hay un grupo minoritario de 4 madres del total, que nos afirman que ellas abordan cualquier tema con sus hijos e hijas, sienten que sus hijos se lo cuentan todo.

GFP3-7: “Alguna vez he hablado algo con ella levemente porque ella tampoco se abre a hablar conmigo, le da cosa y como a ella le da vergüenza, no sabes tampoco como hablarle directamente”.

GFP2-1: “Mi experiencia con la mía fue de hablar de todo y con claridad...Yo siempre le he dicho que a mí lo importante me lo tenía que decir, pero eso es su vida privada... de hecho no comenta conmigo cosas, porque no quiere”.

GP2-4: “En mi casa de lo que se tenga que hablar se habla, pero a él le preguntas y me dice ‘mama si yo sé casi más que tú’, le digo bueno hijo alguna duda y me dice: ‘de qué vamos a hablar, si yo lo sé todo’”.

Algunas madres que sienten que no tienen suficientes habilidades en el manejo de la comunicación o que tienen miedo de interferir negativamente en la conducta de sus hijos, prefieren sentir que en realidad el problema no existe. También hay quienes plantean que la responsabilidad de que sus hijos no quieran abordar sobre ciertos temas en la familia la tienen los adolescentes, lo justifican alegando que estos sienten vergüenza hablar del tema o por que ya tienen suficientes conocimientos (más que los adultos) y sienten que no les pueden ayudar. Estos estilos educativos se han comprobado poco eficaz y en muchos momentos contraproducente.

Se ha evidenciado la correlación entre los estilos educativos de la familia y la toma de decisiones de sus miembros. Como plantea Luna Bernal en su artículo: “Toma de decisiones, estilos comunicativos en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes de bachilleres”: “un patrón de comunicativo caracterizado por la empatía, la escucha activa, la autorrevelación, la libertad, la comprensión y la transferencia de información entre padres e hijos adolescentes estaría asociado a procesos de toma de decisiones más sistemáticos y racionales, mientras que la menor presencia de dicho patrón comunicativo implicará la aparición o el aumento de procesos de toma de decisiones menos adaptativos y funcionales en los adolescentes, vinculándose esto último, también, al incremento de interacciones comunicativas ofensivas y evitativas”²⁴⁰.

Aunque las madres defienden que el apoyo en la formación/información tanto de profesionales sanitarios y de educación es muy efectiva para los adolescentes, hay estudios que afirman, como el realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y otros autores, que justifican que la principal fuente de información para los hijos son los progenitores, seguidos de los profesores y por último los profesionales sanitarios^{241,242}. Sin embargo, en otro estudio realizado en España con adolescentes plantean que la fuente de donde más obtuvieron la información los participantes fueron las charlas en los colegios según 52,3%, seguida de amigos e Internet²⁴³.

Por tanto, es importante recalcar de nuevo la importancia de que los profesionales de atención comunitaria se le diera espacio y tiempo para intervenir con familias. Desde esta perspectiva, creemos que se sería adecuado plantear estrategias donde los profesionales de la atención primaria se conviertan en un referente para las familias, y que estas así los vean estas. La atención comunitaria dentro de sus objetivos se encuentra el cuidado y apoyo a las familias, como pilar para mantener una adecuada salud de toda la población. En el año 2002 se publica el Plan de apoyo a las familias andaluzas por la Junta de Andalucía con la publicación del Decreto 137/2002, de 30 de abril. Como se recoge en la página de publicación: “Este decreto establece un conjunto de medidas, servicios y ayudas que se reflejan en un apoyo a la institución familiar desde una pers-

pectiva global. Así, incide en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas. La orden de 9 de marzo de 2004, publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas". Este plan está pensado para familias con miembros dependientes y con necesidades de cuidados domiciliarios, donde se apoya a la persona que cuida a estos pacientes. Con el objetivo de mejorar la atención a los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia, la Orden de 9 de marzo plantea, en el artículo 32 desarrollar una red especializada para las patologías más complejas para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia, pero no se recogen espacios de atención y apoyo a las familias en otros ámbitos que no sea la dependencia o problemas graves de salud mental²⁴⁴. La promoción y educación por la salud se queda diluida, en un sistema donde la atención a la enfermedad se prima antes que a la prevención.

No se puede olvidar el papel importante que tiene el profesorado, ya que la colaboración de ambos colectivos es fundamental para conseguir buenos resultados²⁴⁵. Por lo tanto la atención interdisciplinar es una medida por la que se debería apostar desde las Administraciones Públicas.

En la bibliografía, al igual que el discurso de los participantes de nuestro estudio, se recoge que los programas de prevención son eficaces, pero que para tener mayor éxito deben de ser interactivos y de varias sesiones²⁴⁶. Algo que no siempre ocurre en los llevados a cabo en Andalucía²⁴⁷, lo que justifica que algunos adolescentes opinen que no son tan eficaces dichos programas. La implementación de los programas de prevención va a depender del perfil y de la implicación profesional de quien lo imparte, cómo se evalúa y a quién se implique, por lo que los resultados son variados y difíciles de comparar.

Creemos que hay que apostar fuertemente por educar al adolescente para que aumente sus conocimientos, y por tanto, interiorice la importancia de adoptar conductas menos perjudiciales en aspectos cruciales de salud, que les proporcione mejor calidad de vida presente y futura. Para ello, los y las jóvenes deben ser actores y actrices principales de su proceso, es decir que sean quienes identifiquen sus problemas, a los que se les tenga en cuenta sus necesidades educativas, esto es una tarea inaplazable, que puede lograrse con más eficacia a través de las fortalezas y oportunidades que ofrece la colaboración entre distintos ámbitos como el familiar, el educativo, el sanitario y la relación entre iguales²⁴⁸.

Hay estudios que recogen que las enfermeras son los profesionales ideales para enseñar las habilidades para reducir los comportamientos sexuales de riesgo²⁴⁹, invertir en promoción de salud es efectivo a largo plazo y eso es un reto de los servicios sanitarios actualmente. La enfermera escolar se ha demostrado como una figura clave y eficaz en el asesoramiento y manejo de conductas de riesgo²⁵⁰. Además de su papel importante en la promoción de salud, la presencia de la enfermera escolar ha mostrado mejorar la salud del alumnado de los centros donde se desarrolla su trabajo, así como el aumento de la asistencia a clase²⁵¹.

1.2 Sexualidad

La sexualidad es un tema que sobre todo a los adolescentes entrevistados les cuesta abordar en general, la mayoría suelen sentirse incómodos hablando de ello con los adultos. Suele causarles ansiedad y vergüenza, con lo que frecuentemente en los grupos hay risas y miradas, bajada de cabeza o toques entre ellos. La creación de un ambiente distendido, donde no se cuestionó lo que opinaban ayudo a que se reflejasen y nos dieran su opinión abiertamente. En general, hemos observado que son a los varones los que más les cuesta abordar el tema en público. La perspectiva de género creemos que puede ayude a entenderlo, pues los varones se sienten más cuestionados y a la par que más obligados en dar una imagen de fortaleza y seguridad que en esas edades no siempre tienen, pero a la que no quieren renunciar.

En nuestro caso lo que hemos obtenido del discurso de los adolescentes, es que la información que se les proporciona suele ser escasa. Reconocen que les da vergüenza hablar con sus progenitores de esos temas y que cuando lo hacen los comentarios giran, casi siempre, en torno al uso de métodos anticonceptivos o de protección.

GFA11-7: “Me dice que siempre que lo haga me ponga protección”.

GFA11-5: “Mi madre me ha dicho que si hago algo, siempre con protección”.

GFA2-2: “Siempre que lo hablamos, lo poco que lo hablo yo con ellos, siempre que lo haga con protección y precaución, y que lo haga con una persona que sepa que luego no lo va a ir contando”.

GFA15-3: “A mí me dicen eso que si quieres saber algo no sé qué, hay que hablar pero yo no les pregunto porque me da vergüenza”.

GFA12-2: “Mis padres como que ha intentado hablar conmigo, pero yo nunca he hablado con ellos”.

GFA1-1: “Es que es algo embarazoso para nosotros”.

GFA13-6: “Claro, cuando en nuestro grupo alguna tienen dudas le pregunta a las otras, pero no se hace con todo el mundo, solo con las más íntimas, pues luego puede haber comentarios”.

GFA3-6: “Si a veces miro en internet, encuentras de todo”.

GFA3-9: “No todo lo que dice internet es verdad”.

Como se observa coincide con lo que las madres nos comentan, el abordaje de temas sobre sexualidad o conductas de prevención es un tema en lo que no se sienten cómodos. Estos datos coinciden con otro estudio realizado a adolescentes donde el 44,7% de los encuestados expresa que en su casa se aborda el tema del sexo con poca frecuencia²⁵². Como expresan los entrevistados y como se recoge en la bibliografía la principal fuente de información suele ser los amigos²⁵³.

En la bibliografía también se han encontrado estudios donde los adolescentes varones participantes expresan como fuente de información Internet por el 40,5% de los participantes, y las películas porno por el 17,2%²⁴³. Ambos datos no son coincidentes con el discurso de nuestros participantes, donde Internet apenas es nombrado como fuente de información y las películas porno ni aparecen.

Los estudios avalan que los adolescentes que reciben de sus padres cierta formación en sexualidad, suelen tener menos conductas sexuales de riesgo⁶⁸, algo importante para tenerlo en cuenta.

Llama la atención que existe diferencias de género en como abordan los padres el tema de la sexualidad dependiendo si es hijo o hija. A ellos se les insiste con el tema de la protección, pero a ellas se les añade también el que sea con alguien definitivo, no con cualquiera, los mensajes de control están más dirigidas a ellas.

GFA11-8: “A mí me dicen que cuando tenga a mi novio definitivo, cuando sea el indicado, que lo haga”.

GFA12-14: “Que hay que tomar precauciones y tal y que sea con alguien que quieres ¿no?, que no te obliguen ni nada de eso”.

GFA7-6: “Bueno, lo típico, lo de prevención, con quien tu estés segura y que no hay que tomárselo a la ligera”.

En la bibliografía también se recoge estas diferencias de género, donde los padres creen que las consecuencias de la actividad sexual son más dañinas para las hijas que para los hijos. Esto muestra los dobles estándares sociales que existen respecto a las relaciones sexuales, donde se aprueba con mayor complacencia que los chicos mantengan relaciones a que sean las chicas²⁵⁴.

También en un estudio realizado en España a adolescentes obtuvieron datos parecidos, los padres aconsejaban evitar el sexo al 45,9% de las chicas que participaron frente al 23,8% de los chicos²⁴³. Otro aspecto a destacar de los participantes, es que la mayoría expresa que son las madres las que les dan los consejos, algo que coincide con un estudio donde las madres eran fuente de información para el 9,5% de los participantes frente al 2,9% del padre²⁴³.

Analizando el discurso con una perspectiva de género vemos que hay diferencias en la calificación que se les da a las chicas que son más activas sexualmente respecto a los chicos en la misma situación, sobre todo lo hemos recogido por parte de los varones adolescentes participantes. Las chicas remarcan más estas diferencias de calificación, quejándose de dicha diferencia. Una diferencia clara es que mientras que todas las chicas plantean abiertamente como hay distintos raseros para medir los comportamientos sexuales de los sexos, las hacen visibles y las denuncian de ella, no todos los varones la plantean en términos de desigualdad. Incluso algunos varones reafirman el discurso machista de la calificación diferente según el género, calificando negativamente a las chicas que sus comportamientos sexuales son más frecuentes o menos cohibidos.

GFA13-3 “Si fuéramos niños, a lo mejor nos resultaba más fácil porque sí, yo que se pierdes la virginidad muy joven eres un crack, pero si eres una niña eres una de estas que se pone en las esquinas”.

GFA12-5: “Para mí las niñas de hoy en día están un poco salidas”.

GFA12-11: “Una mujer a lo mejor le apetece, ella busca a un tío y lo hace porque el tío no le va a decir que no y si le dice que no ése, el siguiente le va a decir que sí. Es simple. Y ahora un tío lo intenta y a lo mejor una dice que no, la otra que no tampoco y otra que no”.

GFA4-3: “Hablamos de tías normales, no de guarrillas que están por ahí”.

GFA4-6: “Pero por eso te estoy diciendo, que el 90% son guarrillas”.

GFA2-1: “El machismo es mucho, si una chica se acuesta con muchos van a llamarla guarra”.

GFA2-4: “Y si es un tío le dicen ‘tío eres un puto crack, eres un campeón...’”.

GFA15-5: “Si una niña lo hace con 15 o 16 años, ya se gana una fama”.

Esto mismo se recoge en un estudio, donde los entrevistados ven a las mujeres sexualmente activas como una mujer con menos valía y donde el papel activo, seductor y conquistador le corresponde al hombre²⁵⁵. También en una investigación realizada a adolescentes, el 10% consideró que las mujeres deben ser más recatadas y sumisas que los hombres al vivir su sexualidad²⁵⁶. Incluso, como se recoge en el discurso analizado, las propias mujeres son las que han interiorizado estos estereotipos machistas. Hay estudios que presentan resultados llamativos, pues, según se ha publicado, aún a la mujer le cuesta tomar la iniciativa en las relaciones, además lo justifican por el hecho de que no consideran adecuado que esa conducta la tenga las mujeres, por el simple hecho de ser mujer²⁵⁷. En otra investigación, el 70,4% de las encuestadas estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación “a los chicos les interesa más el sexo que a las chicas”²⁴³.

Los alumnos que han intervenido en los grupos de discusión tienen edades que oscilan desde los 14 años a los 17 y por tanto entran dentro de la edad media que plantean los estudios para mantener la primera relación sexual²⁵⁸, algo que coincide por lo comentado por ellos. La mayoría han tenido relaciones sexuales completas ya en esas edades, y explican que los adultos que los creen demasiado pequeños es porque no conocen su realidad.

GFA12-6: “A partir de los 14 casi todos, la gran mayoría”.

GFA15-1: “Hay pocos que no hayan tenido ninguna relación”.

GFA6-1: “Si yo tengo amigos que ya las han tenido, rondando unos 10” “Es diverso, conozco gente de hace 2 años, de este año, de hace un mes”.

GFA10-5: “Yo sé que algunos piensan, sobre todo los mayores ‘es que sois unos niños’, pero yo que sé, nosotros ya no nos vemos así. Que no te digo que tenga que estar bien, porque 100% no está bien pero, es lo que hay (risas), todos hemos pasado por eso”.

También destaca que muchos de ellos expresan conocer compañeros/as que tienen conductas sexuales de riesgo como el no usar los métodos anticonceptivos adecuados o el tener múltiples parejas sexuales a edades tempranas.

GFA11-3: “Yo conozco a gente que lo ha hecho a pelo y se toma pastillas para que no se quede embarazada, se toma las píldoras del día siguiente y siendo más chica que yo, yo tengo 15 años, así que imagínate. Con 13 años, con 14...”.

GFA12-8: “Yo conozco a una que, hablando mal, se ha chingado a más de 12”.

GFA13-10: “Somos más irresponsables, y pensamos que da igual que si tú usas preservativo no pasa nada”.

El sentimiento de “inmunidad” y la poca percepción de riesgo que se tiene a estas edades, favorece este tipo de conductas²⁵⁹. Este sentimiento de invulnerabilidad también lo recoge un estudio realizado a adolescentes, donde la razón para no usar medidas de protección, en la primera relación sexual para el 68,4% de los participantes fue la creencia de que no les iba a traer consecuencias perjudiciales para su salud²⁴³.

En los discursos de algunos chicos se observan como tienen interiorizada la idea patriarcal de hacer a la mujer un objeto para su uso, podemos plantearlo como micromachismo sutiles, encubiertos claramente.

GFA8-2: “Yo tengo amigos que tienen pareja y al día siguiente ya se la está tirando y hay otros que tienen que estar con ella unos 2 o 3 años o 1 año o meses. Hay algunas que al día siguiente de conocerla ya te la estas tirando”.

Estos micromachismos definidos por Bonino, son comportamientos que para la sociedad patriarcal en la que vivimos podemos considerarlos como "invisibles" donde hay violencia y dominación hacia las mujeres, que casi todos los varones realizan cotidianamente en el ámbito de las relaciones de pareja. Estos comportamientos tienen sus efectos sobre la autonomía y en la conciencia de las mujeres (como ellas llegan a valorarse). Creemos que como dice Luis Bonino, para favorecer la igualdad de género, los varones deben reconocer y transformar estas actitudes, grabadas firmemente en el modelo masculino; aún diríamos más, las mujeres deben ser conscientes de esa manipulación no las utilicen, se revelen y no se sientan culpables por hacerlo²⁶⁰.

Hay estudios que muestran que en muchas ocasiones la presión de grupo en el caso de los hombres y la persuasión por parte de las parejas en el caso de las mujeres, lleva a que mantengan relaciones sexuales sin preservativo²⁶¹.

Frente a estas afirmaciones tenemos las de las madres, las cuales, la gran mayoría mantienen que sus hijos no han mantenido relaciones sexuales, ya que los consideran muy pequeños.

GFP1-4: “Yo creo que no, porque yo también le tengo muy machacado, que no hay que acostarse con el primero que pase por la puerta, que tiene que ser alguien especial para ti”.

GFP5-7: “Tienen 14 años son muy chicos”.

GFP4-2: “Yo la verdad, ahora mismo no me entra, primero porque son pequeños, no tienen una pareja”.

Una de los problemas al abordar el tema de las relaciones sexuales con los jóvenes es la creencia de los adultos de que aún son muy infantiles y que dentro de sus prioridades no está el tener relaciones sexuales, ni comportamientos propios de adultos. En realidad los padres ven a sus hijos en el hogar mucho más infantiles, pues aún se dejan cuidar y la forma de relacionarse con ellos no es de un adulto, pero como dicen la mayoría de los estudios la necesidad de dependencia y autoafirmación en esta etapa es una contradicción importante de la que los padres deben ser conscientes, no mínusvalorarlos y reconocer sus espacios y necesidades. Las afirmaciones de que sus hijos son demasiado jóvenes para mantener relaciones, se puede considerar una barrera a la hora de la comunicación, como recogen algunos estudios²⁶². Por ellos es importante hacerles ver a los padres que la sexualidad forma parte de la vida de sus hijos y es algo positivo a la que se van a enfrentar. Como ya hemos planteado hay que presentar la sexualidad no como una conducta de riesgo, sino como una experiencia que vivida a adecuadamente produce bienestar. Que los padres participasen en la formación en la formación sobre sexualidad que se les da a los hijos, es una estrategia que puede ayudar a que guíen a sus hijos y hablen con ellos de este tema²⁶³.

Está claro que hay que crear espacios de debate donde los adolescentes expresen sus dudas, miedos pueda hacer su valoración críticas, expresar su motivaciones y cuestionen lo que se les plantea sobre su cuerpo, su salud y su sexualidad, espacios donde puedan expresarse sin ser cuestionados y si guiados hacia metas de salud responsable²⁶⁴.

Nos llama la atención como hemos encontrado muy poca visibilidad en el discurso hacia las conductas no heterosexuales, ya que en ninguno de los grupos hemos recogido comentarios o alguna alusión a relaciones homosexuales o a identidades diferentes, la sexualidad no heteronormativa no se reconoce, la persona cissexual (aquella que coincide sexo e identidad y el deseo sexual es hacia el sexo opuesto) es el modelo. Esa invisibilidad demuestra como interiorizan el modelo patriarcal donde la sexualidad es siempre entre parejas del mismo sexo. Este es reflejo de algunas publicaciones, donde los adolescentes incluso clasifican la homosexualidad como en-

fermedad o vicio²⁶⁵. También estudios muestran que al 43,3% de los encuestados les molestan ver en público las muestras de amor entre dos hombres²⁵⁶.

Abordar desde los espacios educativos, sanitario y en los hogares otras formas de vivir la sexualidad y la identidad es una asignatura pendiente del sistema social y de nuestra cultura patriarcal. La sexualidad no hay una única forma de vivirla, hay muchas maneras; cuando se hace desde el respeto y se entiende como una comunicación entre iguales permite el crecimiento personal.

1.3 Virus Papiloma Humano

Uno de nuestros objetivos es indagar en el conocimiento sobre el VPH del alumnado participante. Hemos constatado que, en general, presenta poco conocimiento acerca del VPH, únicamente algún participante de los grupos plantea que es una enfermedad de transmisión sexual y que está relacionado con el cáncer de útero. Hay que resaltar que quienes contesta a esta pregunta son chicas, seguramente por ser a las que el sistema sanitario les ofrece la vacuna y en esos momentos se le ha explicado algún concepto sobre el VPH. Los chicos ninguno ha sabido responder qué era, ni las consecuencias de infectarse.

GFA7-4: “Que es una enfermedad que tiene vacuna y poco más”.

GFA6-1: “Que tenía algo que ver con el cáncer de útero o de una enfermedad que se transmitía sexualmente”.

GFA9-6: “Si, nos explicaron que era un virus que se transmitía sexualmente pero no mucho más”.

GFA4-8: “Es como una verruga en el pene y al tener relaciones sexuales sin anticonceptivo se pasa a la mujer y es como un cáncer de útero”.

GFA6-2: “Cuando nos pusieron la vacuna nos hicieron una introducción pequeña introducción”.

Las madres al igual que sus hijos conocer y han sido hablar del virus, pero siempre relacionando con la vacuna. Algunas nos explican que han sido que ha sido que hay muchos tipos, En general reconocen tener una información vaga y poco científica.

GFP3-5: “He oído que hay muchos tipos y que no todos son malignos. En realidad no se mucho sobre eso”.

GFP2-3: “Para mí que es un virus del que se poco, solo cuando tuve que vacunar a mi hija, pero no tengo mucha idea”.

Como en algunas investigaciones se ha mostrado, existe un gran desconocimiento por parte de la población de lo que es el VPH y de sus consecuencias²⁶⁶. Al igual que en nuestros resultados, en una revisión sistemática de los estudios existentes, se encontró que el género era el factor predictivo más importante, ya que las chicas son más propensas a haber oído hablar del virus que los chicos²⁶⁷.

Otra de las cuestiones a las que pedimos que nos contestasen al alumnado fue al modo de transmisión del VPH. Ninguno lo tenía claro, sus contestaciones iban desde que se transmitía por los fluidos corporales, tanto semen como la saliva. Incluso rellenan su desconocimiento inventando formas de transmisión que han oído de otras enfermedades o incluso para el embarazo. Así aseguran que el semen e incluso cualquier liquido corporal lo puede transmitir

GFA11-1: “El hombre por ejemplo, toca el pene, que no sé qué, que se hacen... que se masturban ¿no? y sale semen ¿no? Entonces el hombre con las manos del semen, me toca a mí y se pone el condón y el condón ya está manchado de semen, y luego te la mete”.

GFA12-3: “Por el semen”.

GFA7-4: “El hombre, cuando está haciendo el amor, no suelta el fluido que él tiene, el semen no lo suelta. Él suelta como otro liquidillo que no es semen y ahí creo yo que se puede contagiar con la saliva”.

GFA6-1: “También por el contacto con la saliva”.

GFA13-7: “El virus esta puesto en las partes, si tú te pones el preservativo ya no está tocando la piel ni el tejido, entonces ni el fluido, el semen, entonces no puede tocar el fluido por dentro a las mujeres, entonces no se contagia porque hay por medio una barrera pero si esta sin papelito sí, porque los fluidos etcétera se contagia”.

GFA9-6: “Por la sangre, un beso, cualquier cosa”.

Otra de las formas de transmisión del VPH que nos plantean los adolescentes es la falta de higiene, o el contacto con superficies que estén sucias. Nos llama la atención como relacionan lo que saben de otras formas de enfermar o padecer una infección con el VPH.

GFA2-2: “A lo mejor cuando vas a un baño y está sucio”.

GFA9-5: “Yo creo que de la poca higiene también, que puede transmitirse a través de algún hongo o algo”.

GFA6-1: “Porque si a lo mejor existe la bacteria y es por falta de higiene, el hecho de mantener relaciones sexuales hace que la bacteria pueda entrar en el medio interno de la mujer”.

Para las madres está claro que se transmite practicando sexo. Aunque la mayoría creen que el preservativo pueden evitar el contagio:

GFP1-7: “Por lo que me han dicho y he leído cuando tienen sexo, se transmite en las relaciones sexuales, por tanto el preservativo es importante que lo usen”.

GFP5-5: “Me imagino que como todas las demás enfermedades, realizando el sexo. Influirá también si estas mal de defensas, creo”.

Como se observa el alumnado y las madres entrevistados tiene poco conocimiento sobre el VPH, lo que debería hacernos pensar si la formación que se le da a los y las jóvenes está en consonancia con sus necesidades. Hay varios estudios que han identificado antes que nosotros este desconocimiento, por ejemplo, un trabajo publicado por Unger en el 2015, se describe el conocimiento sobre el VPH entre las mujeres de 19 a 26 años que buscan una asistencia en los centros de salud reproductiva, sus resultados expresan que la mitad de las mujeres desconocían las formas de transmisión, donde el 90% creía que se transmitía por fluidos²⁶⁸, en otro estudio publicado incluso se afirma por los encuestados que mayoritariamente se transmitía por falta de higiene²⁶⁹ como expresan nuestros participantes. Esto puede deberse a que como las enfermedades a las que se le ha dado más visibilidad por producir consecuencias graves a corto plazo se transmite por fluidos como la Hepatitis o el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el desconocimiento se rellena con lo que saben de otras enfermedades.

También se les preguntó si conocían la sintomatología que produce cuando la persona se infecta con el VPH. Sus respuestas las orientaban a lo que produce otras infecciones que conocen, sobre todo síntomas físicos. Todos expusieron que producía algún síntoma. Entre los que nombran: vómitos, fiebre, diarrea, sangrado, picor, mareos, dolor, etc.

GFA15-8: “Fiebre sería lo primero” “Puedes tener muchas hemorragias grandes”.

GFA6-2: “Un tipo de picor o sangrado, algo así que se vea”.

GFA7-3: “Yo creo que al ser una infección u hongo, algo así, pues picor y eso”.

GFA14-9: “Si produce cáncer de útero, cuando tienes cáncer de útero tienes un montón de diarrea y o sea, vas súper mal”.

GFA1-5: “Las mujeres sangran, es como una hemorragia interna y los hombres tienen picores”.

GFA9-2: “Vómitos y mareo”.

La misma pregunta se les realizó a las madres que acudieron a los grupos. Encontramos que entre ellas también había bastantes lagunas de conocimiento sobre los síntomas que produce la infección, aunque sí reconocen que saben poco sobre el tema.

GFP5-10: “Una secreción serosa o algo similar a una secreción serosa y algún tipo de lesión epitelial que se nota en la piel”.

GFP4-3: “Me imagino que sangrado o molestias o dolor o volumen en el abdomen me imagino, tampoco lo sé seguro”.

Este desconocimiento es coincidente con estudios realizados en diferentes países, donde la mayor parte de los participantes desconocían los síntomas y factores de riesgo del VPH^{270, 271}.

En cuanto a las consecuencias de la infección la mayoría del alumnado no sabe identificar que ocurre cuando te contagias de VPH. Los que responden afirmativamente, reconocen el cáncer de útero^d como consecuencia, pero ninguno plantea que el contagio pueda causar otros tipos de cáncer.

GFA2-4: “Pues si te lo ha contagiado un hombre pues puedes tener un cáncer de útero”.

GFA9-3: “El cáncer de útero”.

Una relación directa que hacen es que al hablar de cáncer, relacionan las consecuencias con la muerte. Algunos participantes, todos varones, relacionan la infección con la muerte.

GFA12-3: “La muerte, porque disminuye las defensas”.

GFA13-6: “Que es muy malo, que yo qué sé que te mueres”.

^d Aunque en realidad lo que se produce es un cáncer de cérvix, entendemos que tiene un plus de dificultad para personas no sanitarias diferenciar cuello de útero y cuerpo de útero.

Estos datos también los recoge otro estudio donde el 68,6% no supo identificar las consecuencias de la infección por VPH²⁷².

También las madres tienen dudas con respecto a las consecuencias de estar infectado durante tiempo y no eliminar esa infección, al igual que sus hijos lo relacionan con el cáncer de útero, pero, no identifican ninguna consecuencia más.

GFP2-3: “Se contagia por transmisión sexual y que puede derivar en un cáncer de útero”.

GFP3-2: “En caso de la mujer sé que crea el cáncer de útero y se transmite a través de relaciones sexuales”.

GFP4-1: “Pues me imagino que el cáncer de útero, desembocara en un cáncer”.

Algunas madres tienen información más avanzada sobre el virus, por ejemplo, saben que existen diferentes tipos de VPH y que no todos producen cáncer.

GFP2-6: “Por lo visto tiene distintas cepas y algunas pueden desembocar en un cáncer y otras no”.

El reconocer como única consecuencia de la infección por VPH padecer cáncer de cuello de útero también la encontramos en la bibliografía, pues en un estudio publicado recientemente el 89,3% de los encuestados la identificaron como única consecuencia que conocían²⁷³. Una revisión sistemática que incluyó diferentes estudios mostró que el conocimiento sobre las verrugas genitales y el VPH en general, era deficiente en los participantes de las investigaciones incluidas²⁷⁴.

Existe un desconocimiento acerca de la forma adecuada de detectar el VPH. Únicamente 3 participantes, 2 mujeres y un hombre, identifican la necesidad de ir a realizarte una revisión ginecológica. El resto, que no sabe a ciencia cierta cómo se detecta, especula sobre ello, refiriendo que es porque se notan síntomas físicos, que te hacen acudir al médico y mediante analítica de sangre es como se puede ver si tienes estas contagiado con el VPH o no.

GFA11-6: “Yo creo que es haciéndote pruebas y análisis de sangre”.

GFA11-5: “Por síntomas, te lo notas, vas al médico”.

GFA6-2: “Supongo que cuando vas al médico, te harán varias pruebas”.

GFA7-1: “Pienso que puede ser por un análisis de sangre, si es una infección puede que un análisis de sangre aparezca algo diferente”.

GFA5-3: “Cuando vas al ginecólogo, te notan algún síntoma, o te lo notas tu misma y vas a que te revisen y verificarlo”.

GFA7-5: “Ir al ginecólogo y que te vea, ósea que al mirarte el crea que puedes tener la enfermedad y luego hacerte un análisis”.

GFA13-2: “A una cierta edad cuando mantienes la primera relación sexual siempre hay que hacerse, hay que ir al ginecólogo para que te examinen. Ahí te detectan si tienes algún problema”.

Este desconocimiento que muestran los participantes acerca de la necesidad de realizarse citologías para la detección del VPH también lo encontramos en la bibliografía²⁷⁵. El realizarse las citologías de forma rutinaria no está contemplado en el discurso de nuestros participantes, al igual que ocurre en otros estudios existentes²⁷⁶. Este hecho hay que tenerlo muy presente cuando se planifican políticas preventivas, pues si las mujeres y los hombres no son conscientes de la importancia del cribado en las revisiones ginecológicas para el VPH y la exploración de pene, testículos, ano, en caso de encontrar lesiones, pues la infección por el virus no produce síntomas físicos que ayuden a identificar el riesgo más allá que las verrugas o pequeñas lesiones. Además, debe plantearse que cuando tienen parejas sexuales tienen la posibilidad de contagiarse con la carga viral de sus parejas y de las parejas anteriores de éstas.

Como plantea Sopracordevole en su artículo: “La información errónea puede aumentar los comportamientos sexuales de riesgo. Sin información completa sobre la infección y vacunación contra el VPH e información sobre otras enfermedades de transmisión sexual, estas podrían ser difícil de controlar entre los adolescentes, mientras que algunos malentendidos sobre la utilidad de la prevención secundaria podrían persistir”²⁷⁰. Creemos que importante reflexionar sobre este segundo aspecto, pues hay asociaciones de profesionales de la medicina española que apuestan por una prevención secundaria antes que la vacunación, cuando incluso hay evidencias de lo contrario²⁷⁷.

Otro aspecto de desconocimiento que observamos en el alumnado que ha participado en los grupos de discusión, es sobre el tratamiento del VPH. Al igual que en los otros aspectos que desconocen incorporan al discurso los datos que tienen sobre el tratamiento de otras enfermedades a la infección por el VPH. Así por ejemplo, plantean que comer saludablemente, administrar me-

dicación por varias vías, etc., sería la solución. Todos plantean que se debe ir a pedir asistencia al sistema sanitario, y en concreto los facultativos médicos.

GFA11-2: “Dieta para no comer cosas malas, yo que se alguna cosa que te comes está infectada, te la comes y ya pues”.

GFA15-1: “Radio y quimio”.

GFA4-7: “Supongo que será tomando antibióticos o de alguna otra manera que te recomienda el médico”.

GFA2-4: “Te mandarían una crema o algo ¿no? No sé. Para el picor o algo”.

Al preguntarles si afecta a hombres el VPH, la mayor parte del alumnado piensa que no les pasa nada, pero que si les afectará sería de manera más débil que a las mujeres. También un grupo destaca que el hombre es el portador y quien lo trasmite, pero es la mujer quien padece la enfermedad. Se observa que no tienen clara la fisiopatología de la enfermedad. El hecho de que se vacune sólo a mujeres, puede hacer pensar al alumnado que el VPH solo les afecta a ellas. Hay que tener presente que la información sobre el virus, cuando se ha ofrecido, ha sido preferentemente a las chicas y a los progenitores de éstas.

GFA11-1: “Yo pienso que esa enfermedad la tiene el hombre en su parte y la trasmite a la mujer por transmisión sexual”.

GFA15-7: “Yo creo que no, porque si es de útero”.

GFA2-6: “Yo creo que no nos pasa nada”.

GFA10-3: “Yo digo que las chicas nada más”.

GFA9-1: “Es que yo pienso que los hombres no lo tienen”.

GFA11-6: “Si, pero no somos como ellas, son distintos síntomas”.

GFA11-4: “El cáncer de mama, se supone que es solo para las mujeres ¿no? También ha habido casos que le ha pasado a los hombres, pero que no eran tan fuertes ese cáncer, a lo mejor también puede pasar eso con el papiloma”.

GF12-5: “Los chicos no, yo creo que los chicos lo pueden contagiar”.

GFA3-8: “Sí lo puede tener pero no lo pasa tanto como a las mujeres”.

GFA12-8: “También pueden contagiarlo y tienen los mismos síntomas que las mujeres. Si lo tiene la mujer lo puede transmitir al hombre y si lo tiene el hombre lo puede transmitir a la mujer”.

Este desconocimiento también es recogido en la bibliografía, donde en estudios se llega incluso a que el 91,3% de los participantes desconozcan las consecuencias en el hombre²⁷⁴.

Las madres expresan opiniones parecidas al alumnado, ya que muchos piensan que no les afecta a los hombres, aunque si es verdad que existen una mayor proporción de madres, que afirman que si se puede infectar a los hombres por igual que a las mujeres.

GFP4-1: “Yo tengo entendido que es una enfermedad de la mujer”.

GFP1-2: “Era algo que nos afectaba a las chicas a una edad pero que los chicos no tenían”.

GFP5-6: “Por lo visto el tema de vacunar a las mujeres y a los hombres, es porque nosotras padecemos más estos temas que ellos, que las consecuencias son para nosotras para ellos casi que no...”.

GFP2-5: “Lo que pasa que en las mujeres se desarrollaba más ¿no? El hombre es portador pero no lo padece”.

GFP3-3: “Igual afecta a las mujeres que a los hombres”.

GFP3-2: “Cáncer también, de cuello de útero no, será de glande”.

GFP2-3: “Es de transmisión sexual y se puede dar en hombres y en mujeres”.

Como se puede observar de los resultados de nuestra investigación hay un vacío de desconocimiento sobre lo que rodea a la infección por el VPH. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en occidente y en otras realidades culturales donde se recoge que el 37,4% de los progenitores encuestados considera que sus hijos varones no están expuestos a la infección por VPH si mantienen relaciones²⁷⁸.

Creemos que es importante realizar un análisis que resuma nuestras aportaciones después de la lectura de los trabajos publicados sobre el tema y los resultados de nuestra investigación con respecto al VPH. Hay una serie de factores que influyen para que exista ese gran vacío de conocimiento sobre una infección que se ha demostrado muy frecuente y que además puede tener consecuencias graves para la salud de mujeres y hombres si progresa la infección.

En general, creemos que a partir de verdades científicas comprobadas se han construido una serie de razonamientos basados en la cultura patriarcal que hace que se ignoren aspectos muy importantes de la infección por el virus:

- * No toda la persona que se infecta del VPH tiene consecuencias graves para su salud, a veces el virus se puede eliminar como ya hemos planteado.
- * La infección por el VPH, se produce en un momento, la aparición de las lesiones puede aparecer desde meses a años después.
- * Depende del tipo de virus del tipo de VPH con el que se infecte la persona se desarrolla un tipo u otro de lesión.
- * No da síntomas aparentes, a no ser las verrugas, hasta que las lesiones son muy graves.
- * El momento donde más peligro hay de contagio en las mujeres es en la edad adolescente, ya que en el cuello del útero se produce la proliferación celular (descamación) es más rápida, el virus tiene más posibilidades de anidar y progresar la infección. Aunque también hay otras edades donde se ha demostrado que hay picos de mujeres infectadas.
- * Tiene relación con la sexualidad, con lo que tiene una carga moral importante: las madres piensan que sus hijos son jóvenes para tener relaciones sexuales y los hijos/as evitan hablar del tema con los mayores.
- * Además, este componente sexual si se analiza desde una perspectiva de género lo que se observa es que los mensajes explícitos e implícitos que se ofrece a la población es que quien puede padecer consecuencias graves para la salud son las mujeres activas sexualmente, sobre todo mujeres cissexuales (sexo de mujer, identidad femenina y orientación heteronormativa) que tiene relación con hombres (pues ellos transmiten la enfermedad, según el discurso que más ha calado). Se sabe que se contagia más en la etapa adolescente, y sus consecuencias se producen tiempo después; con esto se comienza con el control de los cuerpos femeninos, pues la consecuencia vendría después de tener una sexualidad muy activa. Esa visión patriarcal convierte al hombre en transmisor del VPH y no de posible enfermo, por lo que no limita su libertad sexual. Se ha puesto la mirada es en el cáncer de cérvix como consecuencia fatal, ignorando otros tipos de cáncer más frecuentes en varones como son los de pene, ano y oro-

faríngeos. Todo esto fomenta que el control de la sexualidad y las medidas preventivas las sientan las mujeres heterosexuales, ignorando a otros colectivos como mujeres lesbianas, hombres homosexuales, personas bisexuales o con identidades diversas. Además al intentar controlar a las mujeres con discursos de cuerpos necesitados de control, se le ignora las consecuencias para el hombre, incluso se le hace daño a su salud, pues él como mero transmisor no se le relaciona con la enfermedad, por lo que no tendría que tomar medidas preventivas.

Existen estudios que muestran que cuanto mayor es el conocimiento sobre el VPH, mayor es la aceptabilidad de la vacuna. El no conocer las consecuencias de la enfermedad puede comprometer la aceptabilidad de la vacuna²⁷⁹.

1.4 Vacunas

Como ya se ha comentado, las vacunas han sido una de las medidas de salud pública que junto con la potabilización del agua ha conseguido erradicar enfermedades y bajar la prevalencia de la mayoría de ellas¹⁴³.

A los grupos de chicas y chicos adolescentes se les preguntó por su opinión sobre las vacunas. En general en su discurso no existe posicionamiento claro ni a favor ni en contra de las vacunas, ni sobre su vacunación; manifiestan que son sus progenitores los que deciden y ellos aceptan la decisión. Sobre todo las referencias son que preguntan a las madres y las que les firman el consentimiento.

GF15-4: “Mi madre me dijo que si me la pusiese, me firmo el papel que me mandaron del colegio”.

GF14-2: “Mi padre está de acuerdo con la vacuna, mi madre siempre dice que me ponga la vacuna cuando vienen a ponérselas”.

Esta misma pregunta se les realizó a las madres, principalmente pues fueron las madres que fueron a los grupos. Todas las asistentes de nuestros grupos, excepto una madre, refieren que habían vacunado a sus hijos e hijas con la mayoría de las vacunas que propone el calendario vacunal. Sobre todo, el discurso se centra en que confían en las recomendaciones que les ofrecen los profesionales, creen que las vacunas son seguras y además no han sufrido efectos secundarios cuando se les han administrado:

GFP1-3: “Yo estoy a favor de cualquier vacuna que este recomendada por los profesionales”.

GFP2-4: “Es que dices si están en el calendario es que si son necesarias, entonces desde chicos se les va poniendo, porque están en el calendario”.

GFP4-2: “Hombre, yo mi pensamiento es que cuando una vacuna ha salido al mercado, ha sido probada muchas veces, muchas, muchas, en animales o lo que sea, pero eso se prueba, sigue todo su registro por sanidad, yo creo que cuando ya se prueba en personas es porque está más que demostrado”.

GFP4-3: “Yo siempre he vacunado a mis hijas y la verdad es que no he tenido ningún problema”.

GFP1-5: “Yo en mi caso a mi hijo todas las obligatorias, y solo ha habido un caso que no he puesto vacuna, que fue cuando la gripe A”.

Solamente encontramos caso de una madre que no ha vacunado a su hijo con ninguna vacuna, lo justifica y explica que las vacunas lo que hace es introducir en la persona vacunada una serie de aditivos contaminantes que le perjudica e incluso plantea que no es necesaria. Incluso justifica su negativa porque ha consultado a expertos que le han dado esas indicaciones.

GFP5-7: “Yo tengo 3 hijos y ninguno está vacunado de nada...Porque creo que es perjudicial para su salud...Pues todos los aditivos que lleva y además creo que no es necesaria...Yo me he informado también con médicos, enfermeras y epidemiológicos y con otros especialistas de otras terapias alternativas”.

Es frecuente que las personas que se niegan a la vacunación son personas que tienen más información sobre cómo actúan las vacunas, aunque dicha información sea errónea, pues más probablemente ha sido un tema que les ha preocupado y han buscado información, su pensamiento sobre lo que es saludable o no coincide con las nuevas tendencias que todo lo que contamine al individuo es malo, coincide con las proclamas de los grupos antivacunas.

GFP3-1: “Tú ves que es una vacuna que es un bien para tu hijo y lo haces sin pensar, pero claro, pero cuando empiezas a ver y a ver y a informarte pues ya dices ¿pero que he hecho yo?”.

Hay también una madre que nos dice que aunque no está de acuerdo con las vacunas, su hijo e hija están vacunados pues se la han puesto en el colegio sin preguntar. Algo que cuesta creer, pues el protocolo es siempre el de informar a los padres y que lleven la autorización firmada.

GFP3-1: “Ni siquiera nos consultaron, al día siguiente vacunaban a toda la clase y punto”.

Creemos que el debate si las vacunas se deben administrar en el centro de salud y en el colegio, o si es de obligado cumplimiento como medida de salud pública, o interviene la libertad individual se puede plantear aquí.

Como explica Haverkate la vacunación obligatoria puede considerarse una forma de mejorar el cumplimiento de los programas de vacunación. Sin embargo, En Europa donde se utiliza mayoritariamente como estrategia el modelo de recomendación de las vacunas, la cobertura es muy grande. Que se realicen estudios que aporten más información sobre la diversidad en la oferta de vacunas a nivel europeo puede ayudar a los países a adaptar estrategias de vacunación basadas en esas experiencias. Aunque también plantea que para introducir cualquier estrategia vacunal debe tenerse en cuenta las costumbres del contexto local al que va dirigido²⁸⁰.

Como no podía ser de otro modo estando en Andalucía y España, los datos que ofrecen nuestros participantes con respecto a la aceptación en general de las vacunas es alta. La confianza en las vacunas de la población en España queda reflejada, como ya se ha dicho, en la cobertura vacunal, siendo el porcentaje de la primovacuna superior al 97% y las de refuerzo superior al 95%¹⁵². En el Barómetro Sanitario de 2016, sólo el 4% de los encuestados consideró que es mejor pasar la enfermedad de forma natural, lo que contrasta con el 90% que consideró que las vacunas son eficaces para prevenir enfermedades²⁸¹.

Esto también se refleja en el proyecto “The vaccine Confidence Project”, donde España se encuentra por debajo de la media Europea en desacuerdo con la importancia de las vacunas y dudas sobre su seguridad²⁸².

Lo que más problema causa en el debate de los grupos con respecto a las vacunas es cuando algunas madres cuestionan la vacunación, pues en el calendario vacunal se introducen vacunas que no cubre su pago la seguridad social. Despunta la duda al considerar que quizás haya intereses económicos tras la vacunación, más que interés en proteger la salud de sus hijos.

GFP2-5: “Yo cuestiono las vacunas, porque creo que hay poca claridad. Yo no es que considere que sean inútiles, yo veo que ahí hay muchas cosas alrededor de las vacunas de lucro, de las empresas farmacéuticas y a veces nos confunden a cosa hecha. Mis niños están vacunados de las obligatorias, luego mi niño cuando tenía 4 o 5 años, salió la de la hepatitis, de esa yo no lo vacune porque me pareció que era una vacuna, por ejemplo como la de la meningitis paso igual, no es obligatoria, pero... padres/madres gastaros la pasta si queréis proteger a vuestros hijos.” “Me parece una cosa, vamos que si es obligatoria tendría que estar en el calendario de vacunaciones y obligar a la seguridad social”.

GFP2-2: “Es que dices, si están en el calendario es porque si son necesarias, entonces desde chicos se las vas poniendo porque están en el calendario, cuando salieron, esas que hay que poner aparte, que se pagaban las dosis y todo eso, ahí es cuando yo por ejemplo empecé a cuestionarme, decía, si no están en el calendario, y no las pone el SAS, pues es porque no será tan importante, pensé yo, ya no sé si estaba en lo acertado o no”.

Para el análisis de este discurso hay que tener presente el contexto en el que estamos, pues existe un sistema sanitario muy garantista en España con respecto a la salud, y sobre todo en Andalucía donde la cobertura sanitaria es casi universal. Los mensajes que se les da a la población desde los poderes políticos y sanitarios es que se vela y se incorporan las mejores medidas para proteger la salud de la población. Por ello, es frecuente que no se entienda por la ciudadanía, que si algo es bueno para la salud, como por ejemplo incorporar una nueva vacuna, no sea subvencionada por la institución sanitaria, el lucro aparece como sombra de la recomendación. Además, también hay que tener en cuenta que en muchos casos, cuando la vacuna es de pago, para muchas familias supone un esfuerzo económico grande. Esto incorpora una variable de descontento a las personas responsables de la salud de sus hijos e hijas, que encuentra su apoyo en los discursos de los grupos antivacunas, ya que de alguna manera, permite descargar y justificar la responsabilidad de no poder poner la vacuna a problemas de seguridad en las vacunas o de intereses económicos de las industrias, en lugar de por problemas económicos, donde la culpabilidad puede parecer más fácilmente en el ámbito familiar.

Estas dudas también se recogen en estudios, donde las reticencias o rechazo a las vacunas surgen de las dudas acerca del ánimo de lucro de los políticos y la industria farmacéutica en el área de las vacunas²⁸³. En un estudio realizado a padres de Granada que rechazaban o tenían dudas sobre las vacunas, en el discurso de todos ellos, aparecía que una de las razones por la que tenían desconfianza hacia los programas vacunales era el pensar que existían intereses económicos diferen-

tes a la salud, falta de transparencia así como la existencia de estudios sesgados sobre las vacunas²⁸⁴. Como se plantea desde Nelson en 2012: “Fortalecer y publicitar las políticas y procedimientos que eliminan potenciales conflictos de intereses percibidos entre los cuerpos que regulan y recomiendan las vacunas, y los fabricantes que las producen, podrían mejorar la confianza del público y también abordarían la faceta de transparencia”²⁸⁵.

Como podemos apreciar es importantes que los mensajes que se ofrezcan desde los poderes políticos y sanitarios sean coherentes con los valores de nuestro sistema social, pues los mensajes contradictorios, poco claros apoyan posturas de descontento y rebeldía que hacen daño a la salud del individuo de forma personal y sobre todo del grupo social.

La sensación que tienen las madres de nuestra investigación es de que no se hace suficiente esfuerzo por el sistema sanitario en dar la información sobre las vacunas. Para algunos es un tema del que se habla poco, y cuando se hace es a partir de hechos puntuales de alarma por efectos negativos de las vacunas, como efectos negativos de éstas o por no vacunarse.

Otra reflexión que plantea una madre es como se lleva el control de la vacunación cuando el seguro es de compañía privada, cree que puede haber personas que al no pertenecer como asegurado al Sistema Sanitario Público puede estar fuera de control de las vacunaciones.

GFP52-5: “Luego veo también que hay muy poco control, porque mucha gente que pertenece a compañías privadas, vacunan a sus hijos, si hubiera una epidemia, ¿quién tiene la referencia de donde está el recuerdo?, es decir, que veo yo que ahí hay muchas lagunas de información y que nos dejan a los padres con el mal cuerpo de responsabilidad”.

Las vacunas se deben administrar en los Servicios Públicos de Salud a todos los grupos de edad y grupos de riesgo, según plantea el Calendario de Vacunación del Sistema Nacional de Salud, ningún centro público puede negarse a la administración de estas vacunas, hay obligación de su administración siempre que haya una prescripción médica adecuada.

Según nuestra búsqueda en páginas oficiales de compañías aseguradoras privadas y en alguna página de asesoramiento sobre vacunas por expertos. En el caso aseguradoras privadas, encontramos dos casos y actuaciones distintas según la compañía:

- * Asegurados con póliza privada, es decir, aquellas personas que además tienen Seguridad Social, siendo ésta la que les proporciona cualquier tipo de medicación. En este caso, ocurre como con cualquier otro fármaco, es decir, corresponde al Servicios Sanitario Público la administración de la vacuna. Se justifica según dice en su página: “Las vacunas se consideran medicamentos especiales y por lo tanto, no están incluidas en las coberturas de la póliza privada. Esto significa que tendrás que abonar su importe”²⁸⁶.
- * Asegurados pertenecientes Compañías Privadas. Estos asegurados han optado por seguridad privada y por tanto, no tienen Seguridad Social. En el caso de Mutualistas, sí están incluidas todas las vacunas de todos los grupos de edad y grupos de riesgo, según el Calendario de Vacunación del Sistema Nacional de Salud. Va a depender del acuerdo que tiene el Servicio de Salud de cada comunidad con la Compañía en cuestión²⁸⁶.

Las vacunas incluidas en el calendario vacunal oficial, que siempre son gratuitas, se pueden administrar sin coste tanto en los centros públicos como en los privados autorizados, a los que se suministran las vacunas. Depende de la compañía la persona asegurada se le puede reclamar el pago si va a la Seguridad Social del acto vacunal si acude al centro público (la consulta de enfermería). En caso de vacunas que no están en el calendario vacunal, el o la asegurado/a o su representante legal deberá acudir a su médico de la compañía para que le prescriba la vacuna, comprarla en cualquier farmacia con la receta, pagará según acuerdo con su póliza como cualquier otro producto farmacéutico y podrá ir a cualquier centro de su compañía o de la Seguridad Social a que se la administren. Hay acuerdos puntuales de Compañías Privadas con el Sistema Sanitario Público donde la persona asegurada en esas compañías puede acudir al centro de salud donde se administra la Vacunas, totalmente gratis, sin tener que adelantar el importe de dicha vacuna.

Un ejemplo que nos parece aclarado de esta polémica lo aclara el Comité Asesor de Vacunas de Asociación Española de Pediatría, en una pregunta de su foro. A la pregunta de si en los centros de salud públicos de la Comunidad de Madrid tiene obligación de poner la vacuna a niños de familias cobertura por aseguradora privada, la respuesta que se le da desde es: “Según acuerdo, no tienen obligación de vacunar a los niños de estas familias, atendiendo a la normativa vigente y la elección voluntaria de las familias de la aseguradora privada, y al hecho de que la vacunación está garantizada a través de los centros de vacunación de las aseguradoras. No obstante, la misma normativa refiere que, independientemente de la no obligación de hacerlo, el centro de salud puede proceder a facilitar la vacunación, observando ciertas condiciones por parte de la

familia: 1) pedir cita previa estándar (no urgente); 2) aportar prescripción médica, valoración de contraindicaciones y alergias emitidos por un facultativo de la aseguradora; 3) aportar la cartilla vacunal; 4) acudir acompañado de un adulto identificado con DNI; y 5) firmar el impreso de facturación correspondiente legalmente establecido”²⁸⁷.

Hemos reflexionado sobre este hecho y creemos que es, al menos, delicado posicionarse si la vacunación debería realizarse en centros públicos o privados. Si atendemos al objetivo que es que la población este lo más protegida posible, lo ideal sería que el ciudadano pudiese acudir al centro de referencia que mejor le venga y hacérselo fácil, que el proceso de vacunación sea más cómodo y así asegurar que la persona no se canse y olvide o deje la vacunación. Pero si atendemos al criterio de economía y sostenimiento de un sistema público, es lógico que si una compañía que cobra por unos servicios de cobertura de sus asegurados, cubra los gastos que produce la atención sanitaria y la prevención de estos.

Una cuestión que también ha salido en nuestros grupos es la relación que a veces se establece entre la administración de la vacuna y los efectos adversos de esta. En un caso, una madre nos plantea sus dudas sobre la vacunación, pues tiene un hijo con autismo y le han informado de la relación que existe entre la vacunación y el autismo, como efectos secundario.

GFP3-1: “Yo es que tengo un niño con autismo, el mayor, con 19 años, entonces claro, como hay tantas teorías sobre el autismo y las vacunas, yo ya no estaba predispuesta a las vacunas”.

En ocasiones cuando en una familia alguno de los miembros sufre una enfermedad cuyo origen es dudoso o no está claro, se necesita buscar una explicación. Como algunos agentes sociales han hablado de la relación entre vacunas y autismo, estas familias asumen este discurso como cierto. La falsedad de esta afirmación ya fue demostrada, pero aun así hoy en día sigue causando dudas a los padres²⁸⁸. En muchas ocasiones estos sesgos o confusiones llevan a los progenitores a dudar sobre la vacunación²⁸⁹. Aún hoy aunque se ha demostrado su falta de veracidad, estas afirmaciones se siguen escuchando, ya que los medios de comunicación le han dado bastante publicidad.

En nuestra sociedad occidental los medios de comunicación y de información son un potente pilar para desarrollar corrientes de opinión y posicionamiento. Las nuevas tecnologías como internet ha supuesto un gran avance en la cantidad y la calidad de la información que el ciudadano puede recibir. La salud es un tema que preocupa mucho a la población, Internet se ha convertido

en una de las estrategia preferidas. Según el trabajo publicado por Marín Torres un 61% de lo pacientes de atención primaria buscan información sobre salud en internet, llegando hasta el 83,5% en el grupo de 25 a 44 años; a la par Internet produce cambios en la forma de pensar y en los comportamientos de salud, principalmente en los menores de 45 años²⁹⁰. Además, los ciudadanos son cada vez más conscientes que erigirse como ciudadanos on-line, blogueros y participantes de los distintos foros debe entenderse como algo estratégico para la defensa de la salud²⁹⁰.

Muchas de las organizaciones a nivel mundial como por ejemplo la OMS tiene un apartado dedicado única y exclusivamente a desmontar las leyendas contra la vacunación²⁹¹.

Actualmente a partir del desarrollo de las herramientas informáticas como internet, ha supuesto un cambio radical con respecto a los modelos de los medios de comunicación tradicionales, ya que permiten a la vez rapidez en la respuesta, que la persona se comunique directamente con distintos usuarios, interactuar entre si e intercambiar contenidos. Otra característica es que estas redes sociales permiten conectar mediante enlaces generados, lo que le da un dinamismo y un carácter de veracidad mayor a quien lo consulta.

Al igual que pueden suponer una influencia positiva para que la población acepte o incorpore en sus actuaciones para mejorar la salud, pueden influir para incorporar desconcierto y conductas poco saludables.

Desde las organizaciones profesionales el avance del discurso de los grupos antivacunas les preocupa, para ello se han planteado iniciativas que fomente un discurso científico y que sea capaz de llegar a la población general. Algunos investigadores como Luis Luque, del grupo saludmedia.com de España²⁹², ha realizado un análisis del discurso de los grupos antivacuna, concluyendo que sus discursos utilizan lenguaje más cercano a los padres con miedo que el que utilizan las autoridades sanitarias²⁹³. En el mismo sentido el catedrático de psicología de la Universidad Complutense de Madrid y director de la cátedra de comunicación y salud Ubaldo Cuesta, en una entrevista realizada por el diario el Mundo, plantea que los grupos antivacunas “utilizan una de las técnicas persuasivas más eficaces para la audiencia: el storytelling”. Estas historias, como plantea Cuesta, son las que afectan a las personas²⁹³.

Las redes sociales han demostrado ser útiles también para promover la vacunación. Pero hay que tener presente que en los mensajes no pueden culpar a los padres, pues ello va a provocar un alejamiento de estos. Los profesionales y las administraciones deben saber comunicar, actitud

positiva, de acercamiento y de acuerdos. Lo importante es que se den mensajes veraces, creíbles, cercanos que se entiendan por el destinatario y que lo acepte²⁹⁴.

Realizando un pequeño análisis de cómo influye las noticias ofrecidas por los medios de comunicación y las redes sociales con respecto al posicionamiento sobre vacunas de la población, nos llama la atención como cuando se publicitan casos de efectos secundarios de las vacunas se cuestiona mucho su uso y los grupos antivacunas se emparedan dentro de las redes sociales y los medios de comunicación. Un ejemplo de esto es el caso de las niñas de Valencia, que en 2009 se relacionaron los síntomas de convulsiones y pérdida de conocimiento con la administración de la vacuna del VPH²⁹⁵, el cuestionamiento sobre el uso de las vacunas fue muy grande a nivel nacional e internacional. Por el contrario, cuando ocurrió la muerte del niño de Olot por la bacteria de la difteria en 2015 o la muerte de tres bebés en menos de dos meses por tosferina también en 2015, hubo también bastante alarma social cuestionando los beneficios de la no vacunación^{296,297}. Los comentarios que aparecieron, en el primer caso, fueron que el único que desarrolló la infección fue el niño fallecido por no estar vacunado, mientras que en su entorno había niños portadores sanos, asintomáticos de la bacteria, que no padecen la enfermedad por estar vacunados. Este hecho tan lamentable y doloroso ayudó a plantear el debate y reforzando la idea de lo positivo de la vacunación. En el segundo caso, también por otros hechos lamentables se planteó el debate de los beneficios de vacunar a embarazadas de tosferina en el último trimestre. En ese momento solo siete Comunidades Autónomas de España (Asturias, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra y País Vasco) seguían las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de vacunar a embarazadas, eso y la escasez de vacunas planteó también una alarma social que hizo que otras Comunidades Autónomas incorporaran esa vacuna en el calendario obligatorio, entre ellas Andalucía²⁹⁸.

Como plantea Bello en su artículo del 2017, se debe estudiar científicamente el fenómeno anti-vacuna. Y propone: “acercarnos al paciente que piensa diferente con una especial predisposición, para entenderle, para aprender y para enseñar, para consensuar un tratamiento, una vacuna, un cambio de actitud”²⁹⁹.

Una de las nuevas estrategias creemos que pueden ser las páginas web. Hay que hacer una mención especial al aumento del número de páginas que en los últimos años se han creado para la información a padres y profesionales sobre vacunas y que hacen campaña activa sobre la conveniencia de estar vacunado. Creemos que es una estrategia necesaria, pues es importante que la ciudadanía cuente con espacios de acceso rápido y veraz sobre cuestiones de salud que se les

puede plantear. Así, queremos hacer mención a algunas que nos parecen relevantes tanto por su planteamiento científico y su facilidad de acceso, entre las que nos parece más interesante encontramos:

- * Asociación Española de Pediatría que incorpora una de sus estrategias el Comité Asesor de Vacunas en su página oficial (<http://www.vacunasaep.org/>). En su página explican que tiene como misión; realizar recomendaciones, evaluar periódicamente, atender dudas y ofrecer consejo a los profesionales sanitarios encargados de la atención a niños y adolescentes y a los propios niños/adolescentes y sus familias. Se creó con el objetivo de ser el referente de todos los pediatras y de las familias residentes en España en temas de vacunas. Su lema: "Vacunas para todos los niños. Un mundo sin enfermedades inmunoprevenibles"³⁰⁰.
- * Asociación Española de Vacunología, asociación multidisciplinar que tiene como objetivo, según expresan en su página (<http://www.vacunas.org>) difundir los avances científicos, revisar criterios médicos, clínicos, epidemiológicos, de investigación inmunobiológica y de análisis coste-beneficio, expandir los programas vacunales recomendados por las Autoridades Sanitarias para apoyar las coberturas, organizar, patrocinar y promover conferencias, Cursos, Congresos y Reuniones con el fin de difundir y actualizar los conocimientos que se vayan adquiriendo en vacunología³⁰¹.
- * Hablemos de vacunas es una campaña internacional, que tiene sus inicios en Estados Unidos y ha seguido en Japón y España. En la página en español (<http://hablemosdevacunas>) aparece información acerca de su misión y valores. Según se plantea en ella, se busca concienciar a la sociedad acerca de la importancia del debate sobre las vacunas en diferentes espacios. Como estrategia propone una campaña intergeneracional (incorporara a diferentes generaciones), pues parte de la base de que las personas de todas las edades deben prestar atención al tema de la vacunación, pues con ello se conseguirían sociedades más saludables. Como objetivo que se hable más de las vacunas en todos los ámbitos. Esta campaña la lleva a cabo en España por el Laboratorio de Espacios Intergeneracionales (EiG). Como presenta en su página: "Parte de la idea de que cualquier persona, tenga la edad que tenga, debería prestar atención al tema de la vacunación a lo largo de toda su vida". Por eso, la campaña propone hablar más de vacunas y hacerlo donde coinciden niños, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores: reuniones familiares, centros de salud, colegios o centros comunitarios. Sus estrategias: han realizado una mini-guía con

claves que faciliten las conversaciones sobre vacunas en las familias con miembros de todas las edades, realizan intervenciones en distintos medios de comunicación para fomentar el dialogo, así como colgar en las redes y la página web noticias actualizadas sobre las novedades e investigaciones sobre las vacunas. También están llevando a cabo charlas en colegios sobre las vacunas. Lo interesante es que estas charlas las dan personas mayores, que de forma altruista se han querido implicar, para así fomentar que haya comunicación intergeneracional sobre las vacunas³⁰².

- * Hay otras iniciativas que creemos que son interesante para alertar a profesionales y ciudadanos sobre los bulos que aparecen en redes sociales. Una de ellas es el Observatorio de los Bulos de salud en Internet. Con el #SaludSinBulos se publicista en las redes sociales. En su página (<http://saludsinbulos.com/observatorio/>) explica que su objetivo es: “detectar con rapidez los bulos y desmontar las informaciones falsas que circulan por las redes sociales y las aplicaciones de mensajería instantánea. Su actividad la realizan una red de colaboradores formada por profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y periodistas”³⁰³. En el apartado de Alertas cuenta con un espacio especial para vacunas.

Nos parece importante hacer mención de la seriedad y rapidez con la que se realiza el control de los efectos secundarios que se presentan tras la administración de las vacunas. En el transcurso de la elaboración de esta tesis se ha publicado un artículo en la Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra, donde se presentaba las “Opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Andalucía acerca del virus del papiloma humano y su vacuna”³⁰⁴. En éste se hacía referencia a que algunos profesionales nos había narrado efectos adversos que habían sido o habían vivido en sus consultas. La autora recibió un correo del sistema de Farmacovigilancia de la compañía MSD instando a que esos profesionales registrasen esos efectos en un modelo de registro y así poder ellos también enviarlo a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Esto fue al mes de haberse publicado el artículo, lo que destaca el compromiso de vigilancia de cualquier efecto adverso que tienen las compañías farmacéuticas.

1.5 Vacuna VPH

Uno de los puntos principales que nos interesaba recoger es la información con respecto a la vacuna del VPH de la que disponían quienes participan en nuestra investigación. Los resultados mayoritarios son que el alumnado tiene información escasa y en ocasiones hasta contradictoria a

lo que se debe recomendar como adecuado. La mayoría la información que tienen es de lo que han escuchado en su entorno

Hay quienes la consideran que la vacuna es peligrosa, que no es muy efectiva e incluso la relacionan con que produce cáncer. Siempre se basan en comentarios que ha oído:

GFA12-3: “Es que hay mucha gente que dice que la vacuna no se puede poner porque da cáncer o algo de eso...”.

GFA14-1: “Pues que decían que eso no servía, que con el tiempo, como que caducaba o algo así y ya no servía”.

GFA15-1: “Una amiga mía fue al médico y pregunto por esa vacuna y le dijeron que puede producirse el cáncer o lo que sea, entonces mi madre fue con la madre, lo escucho y dijo que no me la ponía”.

Por el contrario, hay quienes explican que han preguntado a profesionales y que estos les dieron el visto bueno para su administración:

GFA15-3: “Yo tengo un amigo médico y me dijo que me la pusiera, que no pasaba nada”.

O incluso también nos dicen que es la administraron sin darles más información, en el colegio le dijeron que deberían ir al centro de salud de Atención Primaria y eso hicieron:

GFA3-2: “Nos dijeron eso que también nos teníamos que ir ponernos la del papiloma (en el colegio), pero no nos dijeron si era buena o era mala”.

GFA2-9: “De hecho yo, donde yo fui ni me dijeron para que era. Sí que me la pusieron, yo ya sabía de qué era, pero donde yo fui (centro de salud) no me dijeron para que era”.
También le han informado los profesionales de enfermería de que si tenían relaciones sexuales antes de 6 meses no sería efectiva:

GFA14-5: “Yo me la puse y me dijeron que en 6 meses no podía hacer nada ni antes ni nada y pues ya está, no me dijeron más nada”.

Esta falta de información o la información no correcta en general sobre la vacuna del VPH que expresan los participantes, también ha sido recogida en otro estudio con adolescentes españolas. En este mismo estudio las propias adolescentes expresaban que si hubiesen tenido más información seguramente más compañeras se hubiesen vacunado³⁰⁵. Esto nos alerta, pues como se abordará más adelante, que los profesionales no den recomendaciones claras y científicas provoca desconcierto a la hora de tomar decisiones sobre su salud a la población.

El alumnado nos confirma las diferencias que existen en el protocolo de administración entre la vacuna del VPH y las demás vacunas, ya que para que las chicas puedan recibir la vacuna del VPH, tienen que acudir al centro de salud, mientras que para el resto de vacunas que se administran en la edad escolar son los profesionales sanitarios los que acuden al colegio. Un estudio llevado a cabo en España, mostró que la tasa de vacunación del VPH en las Comunidades donde se vacunan en los colegios es un 14% mayor que aquellas en las que solo se hace en los centros de salud³⁰⁶. Esta afirmación también la avala una revisión de los distintos programas de vacunación a nivel mundial, donde se ha visto que la cobertura vacunal del VPH es mayor en los países en los que se financia las vacunas y la vacunación se lleva a cabo en los colegios³⁰⁷.

En el discurso de las madres encontramos una situación parecida, la gran mayoría expresan la falta de información recibida y que, en muchos casos, cuando se les han preguntado a los profesionales sanitarios sobre qué hacer, estos les han dicho que hagan lo que ellos vean conveniente bajo su responsabilidad, dejándoles con la sensación de inseguridad de si estarán haciendo lo correcto.

GFP2-3: “La contestación desde la sanidad pública, siempre me he encontrado la misma. Muy poca información, la información por ejemplo del VPH si me he informado recientemente y si me acuerdo de lo que he visto, y después de informarme yo por mi cuenta fui al centro de salud y pregunte a la enfermera, al médico de mi hija de menores, en ese transcurso se pasó al de adultos, también le pregunte, y la respuesta es siempre la misma de la sanidad pública, ‘lo dejo en tus manos’, ‘si está ahí es porque es eficiente’ y ‘y eso no hay ninguna seguridad de lo que tú estás leyendo sea cierto’”. “La respuesta de la sanidad pública, privada no he preguntado a nadie, la sanidad oficial en este caso, siempre es la misma, no me han dado información, me han soltado la responsabilidad”.

GFP1-1: “Yo es que le pregunte también, cuando yo fui a preguntarle por lo de mi niña, que no, que si quería que se la pusiera y si no pues que no se la pusiera que ahí estaba, pero bueno, dice ‘hombre, te lo dejo a ti’, a ver la responsabilidad es mía, pero decirme si es bueno, pónsela porque va a ser bueno, pero si no te dicen si sí o si no, pues nada”.

GFP3-4: “Es que no nos informan para nada”.

GFP4-1: “Yo en mi caso ningún tipo de información. Tu llegabas a vacunación, tú para que vienes, el papiloma, la edad, pincha, cartillita, sellito y para tu casa”.

GFP4-4: “Yo le pregunte a su pediatra y demás, de hecho la primera vez que la vacuné a la que tiene 15 años, la primera dosis, le dijo la enfermera, porque le tocaba la de los 14

años y la primera, y le dijo la enfermera 'esto es para que no, para evitar el cáncer de útero', eso fue lo que le comento".

GFP5-4: "Yo tengo dudas, porque no conozco todavía los efectos que puede provocar la vacuna después de aquello que se oyó en la televisión, que les pasaba a aquellas muchachas. Yo no estoy segura todavía, entonces quisiera que me lo explicaran, porque el médico me dijo que él no me lo podía explicar que fuera directamente al que las pone".

También hay quienes sienten desconfianza por que han oído que la protección es de corta duración o por que el propio prospecto de la vacuna así informa:

GFP3-1: "Dicen 5 años, pero después en el video ese informativo decían que un año o año y medio. De los 15 virus que pueden conllevar el VPH solamente eran unos pocos, los más agresivos, quiero decir que es una información que no tenemos, pero es importante a la hora de decidir".

GFP3-2: "Sé que la vacuna hace poco por solucionar ese problema. Yo por lo menos creía que era una vacuna que verdaderamente prevenía eso e incluso en el prospecto de la vacuna pone que no, que no se previene, ósea que no es una cosa que sea el 100%, puede ser que prevenga algo pero no quiere decir que no vaya a desarrollar un cáncer de cérvix en un futuro".

Para algunas madres, como el caso de la última referencia se basa en lo que dice el prospecto: "Como con cualquier otra vacuna, la vacunación con Gardasil no siempre asegura la protección completa de todos los vacunados"³⁰⁸, esta advertencia le hace dudar de su eficacia.

Estas dudas expresadas por las madres coinciden con otros estudios donde los progenitores expresan que la falta de información acerca de ella les hace pensar que no es eficaz ni tan importante³⁰⁹.

Coincidiendo con nuestros resultados, en el Barómetro Sanitario del 2016, cerca del 30% de los encuestados consideró que los profesionales sanitarios no les informa de manera adecuada sobre las ventajas y los riesgos antes de la vacunación²⁸¹. En otra investigación en España, el 24% de los participantes expuso que sus dudas sobre las vacunas vienen por la información deficiente que se les proporciona sobre ellas³¹⁰.

Esto unido a la novedad de la vacuna, pensar que sus hijos no son sexualmente activos, son identificadas por los padres como las principales barreras para la vacuna contra el VPH³¹¹. El aumento de los conocimientos sobre el VPH y hablar con un profesional sanitario sobre la vacuna, han sido identificadas como aspectos que llevan a una mayor aceptación de la vacuna del VPH por los padres de los adolescentes³¹². Los profesionales sanitarios son una de las principales fuente de información para los padres, por lo que no es una excusa válida dejar de asesorar, basándose en el respeto de su autonomía a la hora de decidir³¹³. El principio de autonomía en la ética profesional se basa en que la persona tenga toda la información basada en la evidencia³¹⁴. Los profesionales de enfermería deben ser conscientes de qué y cuánto deben dejar a la elección y responsabilidad del paciente en la situación concreta³¹⁵.

El debate sobre si hay que pedir el consentimiento informado escrito cuando se administra una vacuna está aún abierto.

La legislación plantea que cualquier procedimiento que se realice sobre las personas debe respetar su libertad para decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida, permitiéndoles así asumir sus propias responsabilidades en la toma de decisiones sanitarias de dicha persona o su representante legal. La Ley Básica que regula la Autonomía del paciente³¹⁴, plantea la importancia de pedir el consentimiento informado como requisito en cualquier intervención que suponga un riesgo para el paciente. Este ofrece la posibilidad de que el ciudadano tome parte activa en la toma de decisiones sobre su salud/enfermedad. Este consentimiento se debe plantear por parte de los profesionales como un plus mayor de seguridad y de calidad asistencial, pues debe ir acompañada de una información clara, adaptada al ciudadano y basada en las mejores evidencias científicas. Debe contener: en qué consiste el tratamiento, para qué sirve, cómo se realiza, qué efectos puede producir, cuáles son sus beneficios, qué riesgos tiene y si existen otras alternativas disponibles³¹⁶.

Se han dictado sentencias en España donde se resuelven que para las vacunas que entran dentro del calendario vacunal bastaría con informar verbalmente de los riesgos típicos, las consecuencias leves de su administración, su duración y las medidas para mejorar dichos efectos³¹⁷. Para que quede constancia del hecho, en la historia clínica e la persona debe aparecer recogido que se le ha llevado a cabo de acuerdo con el paciente o representante, así como de la información que se le ha facilitado.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que no preguntamos directamente a los encuestados quienes en el hogar se sentía más responsable de las decisiones sobre los cuidados de la salud y concretamente de la vacunación de los miembros de la familia. Aunque, es cierto que del discurso tanto de los y las jóvenes como de las madres que asistieron a los grupos, podemos concluir que mayoritariamente en los hogares de parejas mixtas son las mujeres las que se encargan de este tema. Lo apoyamos tanto por las referencias indirectas que nos en los colegios nos hicieron los estudiantes y porque fue mayoritariamente el número de mujeres que vinieron a los grupos. Esto creemos, que determina en gran medida a quien le preocupa más y se siente responsable de dicho aspecto.

Otro apartado a debatir es si los adolescentes tienen capacidad para decidir por sí solos si se ponen o no la vacuna en caso de que no haya acuerdo en las familias. Encontramos el caso de California, donde se legisló para eliminar las barreras que podían suponer los progenitores a la vacunación contra el VPH de personas vulnerables, sobre todo adolescentes. Se aprobó una ley estatal que permite que los menores de 12 años accedan a la atención médica relacionada con la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluida la obtención de la vacuna contra el VPH, sin el consentimiento parental. Para algunos autores como Nelson, este es un ejemplo de cómo cuando el estado se implica y tienen claro los objetivos de proteger la salud de la población, la legislación elimina las barreras éticas. Este mismo autor defiende considerar al menor “suficientemente maduro” para comprender la necesidad de vacunarse y de dar el consentimiento para que se le administre la vacuna que prevenga o disminuya los efectos negativos de la infección. Con esta justificación el derecho individual del menor a tomar tales decisiones sobre su propio cuerpo se puso por encima del derecho de sus padres a tomar decisiones que les atañen a los hijos²⁸⁵.

Creemos que es un debate complejo y que la perspectiva con la que se analice va a repercutir en cómo se valore. Que el gobierno se involucre para mejorar la salud de sus ciudadanos es loable, pero legislar eliminando derecho no nos parece tan ético como justifica el autor. Creemos que la mayoría de los progenitores son los primeros interesados en que sus hijos se críen saludables y que se les proteja de los posibles riesgos, lo ideal sería involucrarlos en la toma de decisiones compartida informándoles y eliminando sus dudas. Aunque también es cierto, que si la mirada se pone en el bien social, el estado debería poder velar por la salud colectiva, sobre todo cuando los padres limitan la libertad de los hijos por ideales morales no compartidos.

Sabemos que una fuente de información sobre temas de salud es Internet²¹³, sobre todo cuando se tienen dudas o desconocimiento sobre algún tema. Por tanto, fue una pregunta que realizamos en los grupos, si habían buscado alguna vez información sobre la vacuna del VPH en internet. Nos llamó la atención que la mayoría de las respuestas fue que no, y las que afirmaron que si lo habían hecho fueron aquellas madres que tenían dudas o estaban en contra de las vacunas en general o de las vacunas del VPH en particular.

GFP3-1: “Pues tengo el correo, navegando por internet me descargué un programa donde había un médico, creo que de medicina interna, que lideraba un movimiento en contra del virus, hace tiempo, pero ahí decidí que no”.

Nos llama la atención como adquiere autoridad al discurso cuando el que lo ofrece se relaciona como profesional de la medicina. Internet aparece como segunda fuente de información sobre el VPH y su vacuna, después de los profesionales sanitarios³¹⁸. Como ya se ha planteado anteriormente, los grupos antivacunas son grupos activos y que utilizan internet y las redes sociales como principal medio para crear opinión en contra de las vacunas^{214,215}. Hemos encontrado estudios que reflejan que los usuarios que usan internet para buscar información, tienen más probabilidades de saber que es el VPH y sus consecuencias que los que no lo hacen, así como mayor probabilidad de aceptar la vacunación de sus hijas³¹⁹, sobre todo cuando no van con una idea predeterminada, pues hay más páginas a favor que en contra de la vacuna en Internet²¹⁸.

Cuando preguntamos al alumnado para qué sirve la vacuna, casi todos nos contestan que la vacuna sirve para prevenir la infección y en concreto el cáncer de útero. En ningún caso nos han hecho referencia a que actúen en la prevención de verrugas genitales u otros tipos de cánceres.

GFA11-4: “Previene la infección”.

GFA7-6: “Te previene de cierto modo de la transmisión de ese virus”.

GFA2-9: “Para prevenir el cáncer de útero”.

GFA9-1: “Tienes menos posibilidades de tener cáncer de útero ¿no?”.

En el caso de las madres reconocen que la vacuna actúa en la prevención del cáncer y las verrugas genitales.

GFP5-2: “La vacuna creo que una de las indicaciones que tiene es que evita el cáncer de útero”.

GFP5-1: “Y verrugas genitales, depende de la vacuna porque hay dos tipos”.

Se puede observar que hay un componente de género importante, ya que, como ya se ha comentado anteriormente, se relaciona el VPH con infecciones genitales femeninas, obviando las infecciones en varones.

Otras afirmaciones que llaman la atención, también relacionadas con las diferencias que aparecen cuando aplicamos la perspectiva de género, es cuando preguntamos sobre quién debe vacunarse. Todos tienen claro que son las mujeres las que lo hacen, pero también es verdad que tanto en los grupos de alumnos como de madres existen participantes que expresan la necesidad de que los hombres también se vacunasen, ya que pueden infectarse. Esto último lo afirman pocos participantes, pues que la mayor parte de nuestras informantes no identifica que el hombre pueda infectarse del VPH ni padecer ninguna enfermedad producida por el mismo.

GFA11-3: “No, si la vacuna es para el cáncer de cuello de útero, ellos no tienen útero”.

GFA14-6: “A los niños no los vacunan, es para el cáncer de útero”.

GFA9-2: “Yo creo que las chicas es para prevenir”.

GFA6-3: “Si, si se pueden contagiar igual que las chicas yo creo que si se deberían poner la vacuna”.

GFP3-4: “Sólo a las mujeres, no existe vacuna de hombres”.

GFP5-9: “Si se trasmite entre hombre y mujeres, se supone que al hombre evidentemente hay que vacunar, hay esta la evidencia de que hay que vacunar, porque si no”.

El desconocimiento que tienen los adolescentes de que los hombres se pueden vacunar también lo encontramos en la literatura, incluso en países donde la vacunación para ellos es gratuita³²⁰. La pauta de vacunación del Sistema Nacional de Salud es que son las mujeres quienes deben vacunarse¹⁶⁵, los participantes no cuestionan esta decisión en ningún momento. Esto nos muestra como los usuarios confían en las indicaciones que les dan los profesionales sanitarios, solo lo cuestionan cuando han tenido experiencias con algún profesional que no ha sido concluyente su respuesta³²¹. Las interacciones de los profesionales sanitarios con el paciente se basan en una relación de dependencia y poder. La confianza es el primer paso en la relación que se establece con los pacientes, porque con ella se consigue implicarlos en la experiencia de salud, pero los profesionales sanitarios deben tener claro que es algo frágil por la diferencia de poder que hay entre profesional y paciente³¹⁵.

Algunos estudios plantean que los pacientes consideran a los profesionales sanitarios como la profesión en la que más confiar, por encima del resto, eso sí, esta confianza se centra en el profesional, no en el sistema sanitario ni las instituciones³²². En una encuesta realizada en España por GfK, se obtuvo que según los participantes, la enfermería es la segunda profesión en la que más se puede confiar, después de los bomberos, en cuarto puesto están los profesionales de emergencias sanitarias y en sexto lugar los médicos. A nivel mundial la enfermería mantiene su segundo puesto mientras que los médicos suben al cuarto³²³. Un meta-análisis expuso que según los pacientes, una mayor confianza en el profesional sanitario influye en que éstos lleven a cabo comportamientos más saludables, tengan menos síntomas así como una mejor calidad de vida³²⁴. La atención sanitaria hoy en día se busca que esté alejada del modelo paternalista y lo que se intenta fomentar es la toma de decisiones compartida, para ello la confianza mutua entre los profesionales sanitarios y los pacientes es algo fundamental³²⁵. Cuanto mejor sea la relación con el paciente, más participará éste en el control de su salud, mejor manejará las enfermedades crónicas, mayor uso hará de los servicios preventivos y mostrará mayor satisfacción³²¹. La confianza hacia los profesionales también lleva a que los pacientes vivan mejor su proceso de enfermedad, los tranquiliza y da seguridad, incluso aumenta su autoconfianza y empoderamiento. Los beneficios de este tipo de relación no son solo para los pacientes, cuando la relación es buena y los pacientes cumple las recomendaciones, aumenta la satisfacción laboral de los profesionales³²⁶. Pero los profesionales deben ser conscientes de que pertenecer a una profesión confiable no significa que el paciente confíe en él y además deben tener en cuenta que esta relación se debe reforzar y mantener³²¹.

Autores como Carter plantean que la confianza en la relación con el paciente, puede considerarse más fundamental que los principios de Beneficencia, Veracidad y no Maleficencia, porque sin confianza nadie tendría una razón para asumir estos principios³²⁷.

Cuando se ha establecido esta relación de confianza, el paciente respeta el juicio del profesional sanitario. Aunque la confianza en el profesional y en la organización sanitaria son diferentes, están relacionadas entre sí. A nivel europeo, según la consultora Health Consumer Powerhouse, en 2017 España ocupaba el puesto 18 de 35 en cuanto a la satisfacción de los usuarios con los sistemas sanitarios³²⁸. En este documento plantean que en España la atención médica excelente depende de la capacidad del paciente de pagar asistencia sanitaria privada, sobre todo relacionado con la accesibilidad a especialista, tiempo de espera... Pese a esto la confianza de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud ha ido aumentando con los años hasta colocarlo por encima de otras organizaciones sociales³²⁹. En el informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2016,

el 63,7% consideró que funcionaba bastante bien, aunque necesitaría algunos cambios. En concreto la Atención Primaria es el servicio sanitario mejor valorado con una puntuación de 7,3 sobre 10³³⁰.

Con respecto al momento de administración de la vacuna, si tienen claro la edad de inicio de la misma, pero no así la edad hasta la que pueden vacunarse. Entre los alumnos encontramos diferentes respuestas.

Los hay que piensan que es hasta que tienes relaciones sexuales.

GFA12-13: "A la edad que tú quieras, mientras seas virgen..."

GFA15-4: "Eso no tiene edad, es hasta que tu tengas relaciones"

GFA13-1: "Si ya has tenido relaciones no te sirve de nada"

Otros piensan que es efectiva si te la administran antes de que termine el desarrollo o alcances la mayoría de edad.

GFA11-8: "Hasta que termine el proceso de formarte"

GFA4-3: "Hasta los 18 creo que es, porque es hasta cuando ya empiezas a ser un adulto"

GFA5-7: "En la adolescencia, hasta los 14 ¿no? Hombre no te vas a vacunar con 30 años"

Y existen aquellos que piensan que te la puedes poner en cualquier momento

GFA6-5: "Creo que te podrías vacunar siempre que no lo tengas ¿no? Si no te has vacunado a los 13, pues a los 18, no sé, siempre ¿no?"

GFA7-7: "Todas las mujeres a partir de una cierta edad, no es que se lo pongan a una niña de 7 años"

GFA1-1: "Yo creo que no tiene límite de edad ¿no?"

Como ya se ha comentado en EEUU si hay establecida la recomendación de vacunarse hasta los 26 años en el caso de las mujeres y hombres con VIH o que tengan sexo con hombres y hasta los 21 para el resto de hombres. En países como Australia la vacuna está autorizada para mujeres de 9 a 45 los y hombres de 9 a 26, así como la vacunación sistemática de hombres y mujeres hasta

los 18 años³³¹. Sin embargo, en Europa y España no hay establecido un límite de edad para poder ponerse la vacuna¹⁷³. Eso sí, como ya sabemos en España solo se cubre la vacunación gratuita a las niñas de 12-13 años¹⁶⁵.

Basándonos en los comentarios que hay en torno a la vacuna del VPH se les pregunto sobre si la vacuna era efectiva si habían tenido relaciones. La respuesta mayoritaria fue que no era efectiva y que no se podían vacunar, aunque también hay quienes refieren, aunque en menor número, que no pasa nada si has tenido relaciones sexuales.

GFA11-5: “Si mí me han dicho que si has tenido relaciones sexuales que luego no”.

GFA12-6: “Lo único que sé es que para vacunarte tienes que ser virgen”.

GFA15-3: “A mí me han dicho que no puedes tener relaciones antes de ponértela, que si no no te sirve”.

GFA13-2: “Cuando fui al médico, la médica que me vacuno me dijo que era importante que me vacunase a los 14 años antes de tener relaciones y todo eso”.

GFA14-3: “No podías haber tenido relaciones sexuales, ni podías tener relaciones sexuales en 6 meses”.

GFA9-3: “A mí me han dicho que si por ejemplo te has puesto la primera y te pones la segunda, y ahora tienes relaciones sexuales, la siguiente que te pongas ya no te vale”.

GFA7-5: “Yo creo que sí que se puede, porque en ningún momento te preguntan si tú has tenido relaciones sexuales cuando te ponen la vacuna, entonces o no afecta cuando ya lo has hecho o si te puede seguir previniendo”.

GFA2-7: “Yo creo que si no estás infectado si ¿no?”.

GFA2-3: “Aunque yo haya tenido relaciones sexuales y no esté vacunada, me vacuno y supuestamente creo yo que puedo prevenir posibles, que vengan”.

El discurso mayoritario es el que asevera que el momento límite de vacunación es hasta que mantienen la primera relación sexual, esto puede ocasionar a que muchas de las adolescentes que no le han dicho a sus padres que han mantenido relaciones sexuales, no le den importancia a la administración de la vacuna, puesto que ya piensan que no va a ser efectiva.

En los discursos paternos encontramos resultados parecidos, ya que la mayor parte nos explican que los profesionales sanitarios le han advertido que si sus hijas han mantenido relaciones sexuales no deben ponerse la vacuna del VPH, ya que no es efectiva. Esta afirmación ha hecho que

algunas madres piensen interpreten que vacunarse y tener relaciones sexuales puede ser incluso peligroso.

GFP2-6: “Para poner la primera dosis no podías haber tenido relaciones. Eso nos dijeron (refiriéndose a profesionales sanitarios)”.

GFP5-3: “Una de las cosas que le dijeron a nuestra hija cuando fue a vacunarse, cuando la vacunaron la enfermera le dijo, “Ósea es que ahora no puedes mantener relaciones sexuales”.

GFP3-2: “Yo tenía entendido que si tenía relaciones sexuales no le servía porque ya había tenido relaciones y era una prevención antes de tener relaciones sexuales”.

GFP4-1: “Lo que te venden y lo que te dicen es que deben vacunarse antes de su primera relación”.

Aunque la evidencia dice que es recomendable ponerla en edades tempranas y antes de tener relaciones, también se ha demostrado la eficacia de la vacuna incluso cuando ya se ha tenido relaciones y a edades mayores. Además, la vacuna es recomendada a mujeres que ya estén infectadas por el VPH, teniendo una eficacia de hasta el 90%¹⁷³. Algunas Comunidades como Asturias, Cataluña, Baleares, Canarias, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra tienen recomendaciones de vacunación financiada a mujeres de riesgo elevado, dentro de las cuales están: mujeres inmunocomprometidas, mujeres que hayan tenido una conización, infectadas por VIH y mujeres que tengan enfermedad inflamatoria intestinal¹⁷³.

Según el documento “Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones”, en el que participaron 4 sociedades científicas españolas, se obtuvieron conclusiones acerca de la vacunación de las mujeres fuera del calendario vacunal. Entre ellas estaba que las mujeres sexualmente activas se podían beneficiar de los efectos protectores de la vacuna, ya que siguen teniendo el riesgo de poder adquirir nuevas infecciones de VPH y la vacuna ha mostrado una eficacia alta, además de un buen perfil de seguridad en estas mujeres. En este documento también se recoge que las mujeres con lesiones cervicales también deberían vacunarse, ya que son susceptibles de desarrollar nuevas lesiones e incluso cáncer de cérvix³³².

Al preguntarles a las alumnas sobre los efectos secundarios que les ha producido la administración de la vacuna del VPH, de manera general refieren no haber tenido ninguno o algún efecto leve (dolor de brazo).

GFA12-4: “A lo mejor te puedes poner mala unos días después de la vacuna, pero eso puede pasar con todas”.

GFA15-7: “Dolor en el brazo, pero lo normal”.

GFA6-3: “Se te hincha un poco el brazo, pero lo normal”.

GFA7-5: “Yo creo que igual que todas las vacunas que como te ponen una parte de esa enfermedad pues a lo mejor te puede afectar teniendo fiebre o algo, pero en general no te pueden afectar mucho más”.

GFA9-1: “Que no podía levantar el brazo hasta una altura”.

Pero encontramos el caso de dos alumnas con un familiar que parecía haber sufrido efectos secundarios tras la vacunación aunque no saben seguro si fue por esta o que coincidió en el tiempo la aparición de la patología con la puesta de la vacuna.

GFA11-1: “Mi prima, que todavía no se lo han diagnosticado, pero mi prima le habían salido bultos y muchas cosas después de haberle dado la 2ª dosis del papiloma, como un efecto secundario y no le pusieron la 3ª dosis por lo mismo. Y por eso, pero que no se lo han diagnosticado todavía que sea por la vacuna”.

GFA7-4: “Pero yo sé que mi prima tuvo problemas y eso, pero no sé de qué, porque ella tiene ya un problema como en la sangre y tuvo varios problemas y no podía ir al colegio”.

En casi todos los grupos ha salido en el discurso que esta vacuna tiene efectos secundarios y en concreto la noticia de las adolescentes de Valencia que paso en el año 2009²⁹⁵. Aunque en su momento la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, tras dos meses de estudio de los casos y su conclusión de que no había causalidad entre la vacuna y el efecto que se produjo³³³, la relación entre estos eventos y la vacuna es algo que ha permanecido en la memoria de todos los participantes de los grupos. Este miedo a los efectos secundarios de la vacuna está también presente en el discurso de los adolescentes que aparecen en otras investigaciones. Esto unido al desconocimiento y la información errónea hace que surjan tantas dudas acerca de las vacunas en los propios adolescentes.

Respecto a las madres cuyas hijas se habían vacunado, ninguna refirió que hubiesen tenido efectos secundarios tras la aplicación de la vacuna salvo en un caso. Esta madre nos contó el proceso que estaba pasando su hija y según ella todo era consecuencia de la vacuna del VPH, aunque nadie le había confirmado la relación. Debemos decir que al finalizar el grupo la madre nos comentó que su marido padecía Parkinson y que ella padecía esclerosis múltiple.

GFP3-2: “Yo ojalá, ojalá hubiera conocido eso antes de ponérselas a mis dos niñas. Primero porque con la primera no tenía conocimiento, yo vi que era una vacuna que prevenía un cáncer” “Entonces yo lo vi como estupendo, una vacuna que previene un cáncer yo se lo pongo a mi niña, a mi hija mayor que ahora tiene 21 años. Cuando llego en el colegio se la puso. A los 3 días de ponerse la vacuna empezó con una otitis exagerada, la lleve a la otorrina y la otorrina dijo ‘madre mía que otitis tan exagerada, ¿pero de dónde?’ y le dije ‘mira lo único que hace 3 días le han puesto la vacuna esta’, entonces aparecieron en la tele 2 casos de 2 niñas, no sé si por Valencia o por ahí, que estaban hospitalizadas después de ponerse la vacuna con temblores y tal, pero yo no lo asocie, sino que le había dado una otitis a mi niña y ya está. Total que venga a ponerle antibiótico, la otorrina a la semana ‘madre mía esto no se le baja, que otitis más tremenda tiene’, después una faringitis, después le dio sinusitis, bueno estuvo fatal, yo me decía ‘¿tendrá relación con la vacuna?, yo no, no como va a tener, esto que ha dado casualidad y ya está’, empezó la chiquilla que no tenía ni fuerza ni nada como si fuera una depresión, digo ‘bueno como ha estado mala y le han puesto tanto antibiótico, ya está, no pasa nada’. Al mes le volvían a poner la vacuna del VPH, se lo dije al médico de cabecera ‘mira ¿tendrá relación?’ ‘no, no eso es que ha dado casualidad, no pasa nada’. Se la volvieron a poner la 2ª dosis, a los 3 días empezó la chiquilla otra vez ‘que me duele el oído, que me duele el oído, mama que me pica mucho el cuerpo’, le levanto los pantalones y tenía una reacción, una urticaria por todo el cuerpo exagerado, a los 3 días justos como la otra. La llevo al médico y me dice esto es que le ha dado una reacción a la vacuna, lo de antes era reacción y esto es una reacción todavía más fuerte, ya es una reacción generalizada, porque ya está como si fuera unas pinticas por todo el cuerpo, ‘esto es una reacción exagerada, hay que comunicarlo a las autoridades, no se te ocurra ponerle la 3ª dosis’. La médico de cabecera me hizo el informe, le dio otra vez otra otitis más fuerte que la anterior, la chiquilla no levantaba cabeza, otra vez sinusitis. Lleve el informe del médico de cabecera a lo de las vacunas, me dijeron ‘se ve que es una reacción lo que le ha dado, a lo mejor con la 1ª y la 2ª ya está cubierta y le protege, pero ni se te ocurra ponerle la 3ª’, y no se le puso la 3ª dosis. Desde entonces empezó que ya no

le bajaba el periodo, decían que era síndrome de ovarios poliquísticos, no le bajaba el periodo siempre sino cada 3,4 o 5 meses, unos dolores de cabeza tremendos, total que hace 5 años de aquello y ahora este verano ha desarrollado unos temblores, solo al hacer fuerza, al hacer fuerza cuando quiere coger algo temblores en las piernas, temblores en los brazos y no sabemos de lo que es y yo creo que todavía puede ser reacción a la vacuna” “Bien no ha estado nunca, ha estado de médico en médico, hasta que este verano de pronto. Ella dice que no, que lo ha tenido siempre, pero yo la veo que no, que coge una jarra de gazpacho y se va a echar en un vaso y empieza a temblar y como ha dado la casualidad que a su padre le han diagnosticado una enfermedad neurodegenerativa este verano y le dan temblores también y al ver hemos dicho , a ver qué problema es” “La hemos llevado a todos los neurólogos, el cobre le salió muy alto en sangre, que si puede ser Enfermedad de Wilson, total que la están estudiando. Lo que sí es verdad que tiene acumulación de metales en el cuerpo, entonces todo esto de la vacuna, he leído que la vacuna tiene metales, yo creo que puede ser todavía. Todo esto no lo sabíamos y a la otra hija si la hemos vacunado”.

Diversos estudios recogidos por Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas de la OMS evidencian que no hay relación causal entre la vacuna del VPH y la aparición de enfermedades como la esclerosis múltiple y otras autoinmunes³³⁴. En una revisión de estudios que incluyó a 57.580 personas, recogieron que la vacuna tenía un perfil beneficio/riesgo aceptable³³⁵. La mayoría de los efectos recogidos en los ensayos previos a la licencia de la vacuna fueron dolor, eritema e hinchazón³³⁶. En la revisión realizada por Cochrane en 2018, se ha mostrado que la vacuna es segura y que no hay diferencias entre los grupos que han recibido la vacuna y los de placebo respecto a los efectos secundarios mayores y sistémicos leves.

Respecto a los metales, el adyuvante de las vacunas es el aluminio no el cobre, además el metabolismo del aluminio en sangre es rápido y desde hace más de 70 años es el adyuvante de todas las vacunas inactivadas. El aluminio es uno de los metales más frecuentemente encontrados en la naturaleza y por tanto los niveles altos de aluminio en sangre no tienen que ser por la vacunación³³⁷.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL DISCURSO DE PROFESIONALES SANITARIOS

2.1 Conductas de riesgo y formación

En los grupos de profesionales, la primera pregunta que se le realizó iba dirigida a saber si en su actividad asistencial realizan prevención de conductas de riesgo y prevención de la salud con adolescentes. Cabe destacar que en todos los grupos los profesionales expresan que la única manera de llevar a cabo tareas de prevención es en los institutos y a través de la estrategia sanitaria de Sistema Andaluz de Salud Forma Joven; ya que los adolescentes apenas acuden a los centros de salud para que se les dé educación sanitaria. La captación en los centros sanitarios es su estrategia.

GFS2-2: “Si que la hacemos. La hacemos en el instituto sobre todo”.

GFS3-3: “Es que vienen pocos jóvenes y la verdad, yo las oportunidades, no ahora, si no la vez anterior que estuve trabajando pues sí que había habido gente que me había comentado problema de tipo relaciones sexuales y tal. Les he explicado, les he asesorado, les he dicho. Pero la verdad que no contactamos con muchos jóvenes en la consulta”.

También reconocen que los temas que principalmente abordan son los del consumo de drogas y relaciones sexuales, consideran aspectos claves en esta edad. Ningún participante nos presenta que aborden otros temas o que le pregunten a los adolescentes si las relaciones con su entorno son adecuadas y satisfactorias:

GFS3-2: “Se hace la Forma Joven en los institutos, allí se dan charlas, intervención sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, se habla de drogas, de tabaco.. etc.”.

Los propios profesionales expresan la importancia del lugar para dar dicha formación, pues según observan, los jóvenes consideran que los centros de salud no son un lugar que les ofrece suficiente confidencialidad. Para la atención a los adolescentes, es importante, que éstos se sientan seguros y no juzgados, que se les proporcione privacidad y apoyo³³⁸. Hay estudios que recogen que según los profesionales sanitarios, la falta de espacios privados es la principal barrera para la educación para la salud³³⁹. La existencia de un programa en espacios donde estén entre iguales ayuda a que los jóvenes se sientan cómodos, ya que les da más confianza el discurso de

una persona que ellos perciben como más cercana³⁴⁰. Hay estudios que plantean que esta estrategia es más efectiva que la educación de los profesionales sanitarios³⁴¹ aunque también a quienes plantean falta de evidencia de la efectividad²³⁸. Aunque la figura del mediador se recoge en el programa Forma Joven²⁵, no es un recurso del que se hace uso habitualmente. La bibliografía establece que lo ideal es una combinación de distintas intervenciones, entre las que se incluye la participación de los padres y cambios en las políticas sanitarias³⁴².

Que los profesionales sanitarios, que realizan su actividad en la comunidad, incluyan su actividad de promoción de salud en espacios educativos requiere de nuevas estrategias conjuntas, por lo general dan buenos resultados.

GFS4-1: “Quizás por eso Forma Joven es un medio más asequible para ellos (adolescentes), porque ellos saben que van a consultarte algo como profesional pero que de allí no va a salir lo que diga”.

Como plantea González Meas, la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema educativo, se debe plantear de forma creativa y estimulante, tanto para el grupo escolar como para los profesionales sanitarios participantes. Se trata de realizar educación sanitaria a partir de la propia demanda del alumnado y posibilidad de estudio de la demanda³⁴³.

Así mismo, también exponen la necesidad de comenzar con la prevención a edades tempranas, pues cuando superan la edad infantil su actitud es más de confrontación a la norma que de aceptación. Además, son conscientes de que la efectividad de sus actuaciones, en muchas ocasiones, no es la adecuada; debido al poco tiempo que tienen para trabajar con ellos y para implementar el programa. En cambio, de las redes sociales y los medios de comunicación reciben información continuamente. Por otro lado, les influye más, según los profesionales, la información de los medios de comunicación y redes sociales que lo que le diga un adulto.

GFS5-3: “La intervenciones en salud se deberían de hacer desde mucho más pequeños los niños y más continuadas. Primero, se hace a una edad que no es la propicia porque es una época de mucha rebeldía y de ir en contra de todo lo que me digan sistemáticamente”.

GFS6-5: “Yo creo que las intervenciones y las cosas para la salud se deberían de hacer desde los primeros años, desde preescolar, que empiecen con los temas más básico, la

higiene bucal, el cepillado de dientes. Primero que hay que hacerlo a edades más tempranas y que tenga una continuidad, una frecuencia, más de la que se tiene”.

GFS2-9: “Lo que son ideas preconcebidas del adolescente, esas son las que triunfan, más la series de televisión, nosotros intervenimos a lo mejor en media hora, una hora y la televisión cada media hora le está mandando un mensaje contradictorio totalmente”.

La información proporcionada por los medios de comunicación en ocasiones es contradictoria con la proporcionada por los profesionales, y por desgracia la primera causa más efecto que la segunda. Por ello es importante aprovechar la formación oportunista en las consultas desde el inicio del desarrollo puberal, ya que los estudios muestran que la educación antes de la aparición de la conducta es eficaz para su prevención. Aunque según se recoge en la bibliografía el lugar ideal para la educación para la salud son las escuelas³⁴⁴. En cuanto a la frecuencia de las charlas, en un estudio realizado a adolescentes en España, se recoge la misma percepción que tienen nuestros profesionales sanitarios, el 50,9% de los participantes consideró que deberían darse con más frecuencia en los institutos²⁴³.

En casi todos los grupos aparece el discurso de “la falta de tiempo” que tienen los profesionales para llevar a cabo estrategias de prevención en las consultas de los centros de salud. Incluso plantea que los padres tampoco les demandan esa información preventiva, pues éstos cuando acuden al centro con sus hijos es para la administración de medicación, vacuna o diagnóstico de la patología que les afecta y preguntan poco por otras acciones sanitarias como la prevención.

GFS3-5: “Si no tenemos tiempo ni de ponerle la vacuna”.

GFS1-3: “Si es que vamos ahogados”.

GFS6-5: “Pero ya empezamos con el mismo tema, que es la falta de personal, que esas cosas no se pueden hacer actualmente con la falta que tenemos”.

GFS3-2: “Además otra cosa, los padres tampoco se prestan, es mucha prisa, venga que nos vamos. No se prestan, de 5 que vengan, si se presta 1”.

Las dificultades encontradas en los programas de prevención coinciden con lo que se refleja en otro estudio, donde los profesionales expresan la falta de tiempo para realizar el programa, unido a la carga asistencial y la no inclusión de Forma Joven en las agendas de Enfermería, lo que disminuye el tiempo de dedicación al programa³⁴⁵. Los padres no identifican a los profesionales cuando están en los centros de salud como personal referente para dar información sobre prevención en las conductas de riesgo de los jóvenes, esto queda refrendado por una encuesta donde

solo el 57,65% de los participantes identificó la educación para la salud como una función de la enfermería³⁴⁶. Si lo ven más habitual que sé de en los colegios (donde se aprende), pero AP sigue siendo para una gran parte de la ciudadanía el lugar donde se va a pedir asistencia sanitaria cuando enfermas y la función de las enfermeras es la realización de técnicas³⁴⁷.

La combinación de la falta de tiempo, falta líneas prioritarias sistema sanitario sobre la prevención en jóvenes y la poca demanda social a los profesionales sanitarios, hace que quede diluida las responsabilidades, con lo que los profesionales que lo hacen prevención son aquellos que tienen un especial interés (les gusta o les parece importante) y tienen formación que les hace implementar dichas actuaciones.

En los resultados de nuestra investigación observamos como lo que piensan los profesionales es reflejo de las líneas de trabajo que marca el sistema de salud, pues éste, principalmente prioriza en actuaciones que curan la salud de la ciudadanía, más que implementar medidas de prevención en jóvenes. Los datos sobre gasto sanitario informan de que solamente se dedica a este tipo de actividades el 2% del gasto sanitario³⁴⁸. Existen estudios que muestran que las actividades de promoción suponen un gran ahorro a largo plazo^{349,350}, pero tienen el inconveniente de que no se ven los resultados de inmediato con lo que son menos rentables para los dirigentes políticos³⁵¹. Las líneas asistenciales no implementan objetivos que impulsen las actuaciones profesionales en este sentido como importantes y prioritarias, sino como aconsejables. Esto conlleva a que los profesionales, entre sus objetivos asistenciales, valoren en menor grado implementar objetivos de prevención de riesgos, y aún menos entre la población adolescentes que es en su mayoría una población sana. Para los profesionales, realizar una captación activa de jóvenes dentro de su actividad asistencial es muy difícil y no urgente, cuando la demanda mayor y urgente es la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. A esto se le une que los adolescentes no hablan de sexualidad con los profesionales sanitarios al menos que estos saquen el tema³⁵². En muchas ocasiones aunque el profesional saque el tema, la duración de la conversación es escasa, como se refleja en un estudio donde la duración media de las conversaciones sobre sexualidad fue menos de 40 segundos³⁵³.

Destacar que los profesionales manifiestan que cuando dan educación y prevención en el centro de salud a los adolescentes es mayoritariamente, después de que éstos acudan a los centros a por atención sanitaria tras haber realizado conductas de riesgo; la mayoría de las veces por haber tenido relaciones sexuales sin protección (sobre todo chicas) o por haber sido derivados por otro

profesional del centro. La mayoría de las veces son chicas que vienen por creer que pueden estar embarazadas o por embarazo, entonces si se plantea actuaciones con ellas.

GFS3-7: “Cuando vienen a hacerse un test de embarazo, se le explica un poco, si es un embarazo deseado, si no es deseado, y un poco se oferta el acceso a un médico de familia, por si el método que ha usado no ha sido efectivo o si no ha usado ningún método pues proporcionarle alguno”.

GFS5-4: “Yo cuando vienen a la consulta y hacen una conducta ya de cierto riesgo, entonces pues asesoras. Generalmente como vienen ya preguntando por una cuestión ya en la que ha habido cierto riesgo y entonces ya es cuando, porque se nos preguntan. Si en una niña de 13 años, de 14 años si viene a por un análisis o por otro motivo, no se lo abordas, pero si ya ha habido una conducta o la madre habla de algún tema así en relación haces hincapié”.

GFS1-3: “Se le aconseja también cuando vienen a hacerse los test de gestación, se les coge aparte”.

GFS2-6: “Si vienen a por la pastilla o a por un test de gestación también las informamos, cosas puntuales porque no tenemos consultas con ellos”.

GFS2-2: “Yo te puedo decir que por ejemplo, yo tengo la hora joven y cuando vienen son derivados por la trabajadora social, es decir son niños que sí que tienen problemas, y además tienen el problema añadido de que casi todos tienen el coeficiente intelectual bajito, por lo cual cuesta meterle eso en la cabeza”.

GFS1-1: “Los que vienen son porque han ido al médico porque han tenido problemas, embarazos...”.

Nos llama la atención que en ningún momento se plantea contactar con la pareja masculina. De alguna manera también se refuerza la idea de que la chica asume las peores consecuencias cuando mantiene relaciones sexuales de riesgo y la que se debe de proteger. Como se recoge en un estudio, los médicos en muchas ocasiones tienen una percepción de mayor vulnerabilidad de las chicas en relación con los embarazos y las ETS³⁵³.

Tampoco son visibles en la consulta y por tanto no son población diana los chicos o los y las jóvenes que mantienen relaciones con personas del mismo sexo, queda al margen o no visualizada la población joven gay o lesbiana de las pocas actuaciones de educación que se pueden realizar en el centro³⁵⁴. Aunque existe igualdad ante la ley, los estudios muestran falta de información respecto a la atención sanitaria a las personas con diversidad sexual³⁵⁵.

A los pocos recursos económicos y tiempo que se le dedica a la promoción de la salud, se les une que los adolescentes no acuden a los centros de salud y cuando acuden rechazan que se les hable de cualquier tema que se salga del motivo de consulta.^{356,357} Lo que hace que el acceso a ellos para abordar temas de prevención sea más complicado. Se hace necesario implementar estrategias de captación activa a toda la población joven sin diferencias de sexo u orientación, pues es una asignatura pendiente que tiene el sistema de salud. A los profesionales se les debe dar recursos humanos y de formación, a la vez que pedirles mayor implicación en la implementación de medidas de prevención de conductas de riesgo en jóvenes de cualquier sexo u orientación³⁵⁸

Es importante crear espacios donde los jóvenes se reúnan con su grupo de iguales o individualmente con profesionales que les puedan ayudar a incorporar entre sus comportamientos actividades que ayuden a tener una mejor y mayor educación sanitaria y que ayuden a la prevención de enfermedades prevenibles. Aunque el programa Forma Joven es una de sus líneas así lo plantea, en los discursos de los profesionales no se hace referencia con la fortaleza que se requiere.

2.2 Sexualidad en jóvenes

Cuando a los profesionales les hemos preguntado sobre lo que opinan acerca de la información que tienen de las ETS los jóvenes, todos han destacado que los adolescentes tienen poca conciencia del riesgo que conlleva tener relaciones sin protección, pues dentro de sus preocupaciones no está la de contagiarse de alguna enfermedad y que lo que lo que más les preocupa es el embarazo, ya que es algo que ellos ven como un problema más inmediato y la enfermedad algo más a largo plazo.

GFS2-1: “Ellos se centran más en el embarazo, las ETS les da igual”.

GFS6-1: “El concepto de enfermedad no lo tienen”.

GFS5-6: “A no ser que tengan una amiga o algo así que lo haya pasado o que se lo hayan detectado, entonces pueden saber algo, pero ellos más es el tema del embarazo que otra cosa”.

GFS2-4: “Porque son inconscientes y no tienen en mente eso, a lo más el embarazo, pero una ETS es que no se les pasa ni por la cabeza”.

GFS4-1: “La gente joven pasa olímpicamente de todo, les dices bueno usa preservativo, ‘ah me da igual’”.

GFS1-1: “Lo adolescentes no tienen conciencia de riesgo”.

Incluso hay profesionales que forman que a los propios padres es también el embarazo lo que les preocupa y no la prevención:

GFS3-2: “El único miedo de los padres y de los hijos es el embarazo, porque yo he hecho urgencias y es la pildora, es lo que vienen buscando”.

Si reconocen que dentro de las enfermedades de transmisión sexual si hay alguna que les preocupa algo más es el contagio por el VIH, por sus repercusiones en la salud. En cambio, de otras como del VPH no saben nada y ni siquiera son conscientes de su importancia.

GFS6-4: “No tiene conciencia de riesgo. Del papiloma, no manifiestan que tengan conciencia de lo que puede provocar el papiloma en un cuello, a no ser que tú se lo cuentes, entonces se aterrorizan. Pero mientras no se lo cuentes, ellas no creen” “El VIH, creen que es más importante preocuparse por el VIH, que tampoco el papiloma hace demasiados estragos, mientras que el VIH si, le tienen más miedo a otro tipo de enfermedades de transmisión sexual a lo que es en si el papiloma, porque no saben las consecuencias”.

Los adolescentes, se sabe que es una población que, en general, tiene poca conciencia de riesgos de los comportamientos que realizan³⁵⁹. Un estudio realizado a la población adolescentes recoge que la principal preocupación previa a mantener la primera relación sexual es el embarazo, no apareciendo el contraer una enfermedad hasta el 5º puesto²⁴³. La poca conciencia de riesgos sin ver las consecuencias futuras, pueden hacer que los jóvenes contraigan una ETS. Al igual que en otros trabajos publicados, a los profesionales participantes les preocupa que los adolescentes tengan poca conciencia del riesgo que le atribuyen a ciertas actuaciones que pueden comprometer su salud, pues aunque tienen información a su alcance sobre prevención, les falta formación^{360,361}. Coincidimos como dicen algunos autores que los adolescentes en la actualidad pueden tener acceso a mucha información sobre prevención, pero no la capacitación necesaria, sobre todo porque no es prioritario para ellos³⁶² Es importante poner en marcha medidas que sin asustar, informe y conciencia a jóvenes y a sus progenitores de la importancia de la prevención de las ETS, que sepan que además de VIH, hay otras enfermedades importantes que pueden ser prevenibles y en la que los profesionales pueden ser una ayuda para los jóvenes y los progenitores, que deben ser impulsores en la prevención de la salud sexual de sus hijos³⁶³.

En general, los profesionales hacen referencia en su discurso a las madres como principal responsable de los cuidados de la salud y especialmente en el tema de vacunas. En dos grupos que emergió el tema no los comentaron:

GFS2-9: “En general son las madres las que vienen y se preocupan en preguntar, es lógico”.

GFS6-3: “Ahora se ven padres cuando son pequeños en la consulta de vacunas, pero muchas veces vienen las abuelas con ellos y cuando les das alguna recomendación terminan diciendo...se lo diré a su madre”.

Que los cuidados son tradicionalmente una ocupación femenina es sobradamente sabido. La incorporación de los padres al cuidado es reciente y en pocos casos son un referente, se ven como ayuda para realizar tareas puntuales^{364,365}. Incorporar la perspectiva de género en sociedad y por tanto que los profesionales sanitarios la apliquen es aún una tarea pendiente.

2.3 Virus del Papiloma Humano

En general la mayor parte de los profesionales refieren que el VPH no da ningún síntoma y que cuando se detecta, en el caso de las mujeres, es cuando se hacen una citología. En el conocimiento de los síntomas saben que las verrugas genitales es uno de ellos. Esto muestra que existe un conocimiento aceptable acerca de la sintomatología de la infección.

GFS2-6: “Síntomas, yo creo que hay personas que tienen el virus que no tienen síntomas. Yo creo que hay personas que se lo detectan por una citología”.

GFS2-4: “La mayoría es por citología, que cuando se la hacen ven las lesiones”.

GFS3-1: “Síntomas son, los síntomas exteriores aparecen una especie de verruguillas alrededor de los labios, normalmente alrededor de los labios, y si, y cuando ya está establecida”.

También llama la atención como algunos profesionales no tienen claro cómo detectar la infección y plantean que la analítica puede ser un medio, cuando no existe ninguna evidencia de que se altere algún parámetro en las analíticas ni de sangre ni de orina¹⁰².

GFS1-3: “Ninguno, solamente que en citología veas que tiene verruguitas en el cuello del útero y entonces ya le hacen una biopsia o lo que sea. En el hombre prácticamente a largo tiempo es cuando a lo mejor van a empezar con verruguitas en sus partes, y entonces tampoco tienes medios para saber si el hombre esta contagiado, le puedes hacer una analítica”.

En general en los grupos no hay un discurso experto sobre los diferentes tipos de VPH que existen y el tipo de consecuencias para la salud de las personas que puede producir su contagio. En el grupo de facultativos solamente hay algunas referencias a dicha clasificación. Si saben que estar infectado por el VPH puede ser una causa de riesgo para contraer cáncer de cuello de útero en mujeres, lo que coincide con otros estudios³⁶⁶, pero a diferencia de la bibliografía desconocen las consecuencias sexuales y reproductivas de la infección como son el cáncer de pene en varones y orofaríngeo en ambos²²⁶. Por tanto no queda tan claro que sepan las consecuencias de la infección sobre todo en hombres o que conozcan que produce otros tipos de cáncer que no sea el de cuello de útero.

En cambio, cuando preguntamos quién puede padecer la enfermedad, sólo 3 profesionales afirmaron que el hombre puede padecerla, el resto manifiesta que la transmiten, pero no la padece.

GFS3-4: “Los hombres, son los que más van contagiando, una mujer a otra”.

GFS6-1: “Lo transmiten, pero no lo padece”.

GFS6-5: “Es un portador sano, pero es un vector de contagio”.

GFS3-4: “Puede ser el portador del papiloma, él no lo padece”.

GFS3-3: “El hombre lo transmite, no lo padece”.

GFS4-2: “Generalmente la mujer, pero puede causar lesiones en el hombre”.

GFS4-5: “Es que en los chavales también puede producir cáncer de pene”.

GFS2-8: “Ellos van a tener enfermedad, no un cáncer de cuello de útero, pero van a tener enfermedades”.

También nos llama la atención, que no refieran en ningún grupo que cuando las mujeres se infectan con VPH de alto riesgo, pueden tener consecuencias importantes para su salud, pues cuando es así y tienen lesiones pero o cancerosas se les realiza una extirpación de parte del cuello de útero, lo que puede hacer que su embarazo se convierta en un embarazo de riesgo por tener mayor amenaza de parto prematuro

Según la evidencia, para evitar la mayoría de las ETS es importante el uso de métodos barrera, algo que no es tan efectivo para el VPH, ya que se transmite por el contacto piel con piel, y éstos por sí solos no son totalmente eficaces³⁶⁷. Que los profesionales recomienden métodos barrera como prevención puede sugerir que desconocen la forma de contagio del VPH. El desconocimiento sobre su forma de transmisión es posible que sea porque aunque los jóvenes se infecten, los resultados fatales de ese contagio se ven a edad más adulta

Como se ha mostrado, los profesionales tienen dificultades para reconocer como persona con riesgo de padecer las consecuencias de la infección a los varones, más allá que las propias verrugas genitales, que son el posible efecto de la infección por los VPH de bajo riesgo (6 y 11). Mayoritariamente consideran a los varones como un mero transmisor. Esto no coincide con lo que hemos encontrado en la bibliografía, pues en estudios consultados si refieren que los profesionales reconocen a los varones como personas que pueden padecer los síntomas y la enfermedad^{368,369}. Puede que sea porque en los países donde se han realizado los estudios ya se vacunan a los varones, por tanto los profesionales tienen más información al respecto.

También puede ser que se haya quedado en estos profesionales el discurso que ha habido durante algunos años de que el hombre es un mero transmisor, catalogando de vector silencioso del virus y que no hayan ahondado más en ese tema³⁷⁰. Creemos que en la no percepción de los efectos más allá de las verrugas en los varones puede influir que éstas son las consecuencias de la infección más reconocidas, ya que la incidencia es mayor en ellos que los cánceres³⁷¹. Es conveniente que los profesionales sanitarios sean conscientes de que el virus afecta a los hombres porque aunque en las mujeres parece que el riesgo de infección disminuye con la edad, en el caso de los hombres la probabilidad de contraer una infección por VPH se mantiene estable³¹⁷.

Hay que tener en cuenta que la infección por el virus del papiloma tiene consecuencias a largo plazo, no produce sintomatología de forma inminente y que cuando hay problemas de salud más graves acuden al especialista, por ejemplo al ginecólogo o al otorrinolaringólogo, por tanto no a atención primaria, por lo que los profesionales no conocen tanta casuística de complicaciones posibles.

2.4 Vacuna del VPH

A la pregunta de qué piensan de las vacunas en general todos los profesionales están a favor de su administración, en ningún caso hemos observado reticencias cuando se plantea el discurso en general.

La opinión general de la mayoría de los profesionales está a favor de la vacuna y piensan que es muy beneficiosa

GFS5-3: “Bueno yo soy pediatra y entonces estoy a favor siempre de las vacunas. Yo a mi hija que tiene ahora 29 años, la vacune, comprando yo la vacuna, hace 6 o 7 años, ósea que lógicamente estoy a favor de la vacuna. Una enfermedad que son una serie de virus que producen un cáncer, y aunque sea el 70% de los cánceres que se producen, pero aunque sea que previene 2 de cada 3 cánceres, perfecto”.

Aunque hay quienes especifica que la recomiendan informando que son temporales sus efectos y que se debe administrar si no han tenido relaciones sexuales.

GFS5-7: “Yo si estoy totalmente de acuerdo con la vacuna, pues previene, aunque no sea para toda la vida. Viene preparada para un periodo antes de que empiecen las relaciones sexuales y pienso que todo son beneficios”.

Además, nos parece muy acertado como los profesionales son conscientes, en una gran mayoría, de que además de la vacuna es necesario seguir manteniendo medidas de prevención y realización de citologías.

GFS2-3: “Yo la aconsejaría lo que pasa que, además de aconsejar la vacuna, también tienen que explicarle, darle información de que la vacuna no te cubre todo, lo que decía antes que la gente piensa que porque se ponga la vacuna ya está protegida de todo, de todas las enfermedades SIDA, sífilis, entonces yo creo que habría que ponerles la vacuna, que le cubre solamente 4 serotipos pero por lo menos de eso está cubierto, pero también informarle de que para otras cosas tiene que seguir usando preservativo”.

GFS2-9: “Yo creo que sí que hay que ponerla, pero siempre acompañado de la educación sanitaria, que no te previene de otras ETS e incluso del papiloma, la que teníamos antes la Cervarix solamente de 2 serotipos”

GFS1-2: “Yo también la aconsejaría, pero siempre reforzando el tema de que no te cubre para todo, que las otras enfermedades también se contagian y como no sea con condón no hay manera”.

GFS3-5: “Yo estoy totalmente de acuerdo con la vacuna, desde que salió lo he difundido a muchísima gente, pero también soy de acuerdo en la educación sanitaria por supuesto y pienso que el colegio, la escuela ahí puede ayudar mucho”.

GFS4-2: “Si, pero con la adecuada información complementaria. Porque algunas personas piensan que con el hecho de la vacuna ya están cubiertos de todo”.

GFS5-2: “Si recomiendo la vacuna sin bajar la guardia, es decir, y cuando se inicien las relaciones sexuales que deben de someterse a las citologías”.

Como se ha visto la prevención es una parte importante para los profesionales encuestados, esto mismo se recoge en otros estudios, la medicalización no puede ser el único recurso para evitar el riesgo de contagio en jóvenes³⁷².

Algunos profesionales expresan que el hecho de vacunarse puede llevar a que realicen conductas sexuales de riesgo, hay estudios que han mostrado que esto no es así, que no hay asociación entre ponerse la vacuna y estos comportamientos^{373,374}. Hay estudios que recogen que las mujeres vacunadas incluso tienen una actitud más positiva hacia comportamientos sexuales más seguros que las no vacunadas³⁷⁵.

Aunque los profesionales están de acuerdo con la administración de la vacuna de manera teórica, nos llama la atención su discurso cuando nos expresan que tienen información contradictoria sobre los beneficios (efectividad y eficacia) de la misma y de las consecuencias para la salud de los jóvenes que ocasiona la vacunación. Por ello, la mayoría de los profesionales cuando los progenitores les preguntan sobre el tema, dudan a la hora de dar una información rotunda sobre sus ventajas.

GFS2-1: “Yo recomendaría más los procesos de cribado a la gente joven en mi consulta antes que la vacuna. Si es obligatoria que nos obliguen pero que dejen claro porque si o porque no. Yo voy más a prevención del tipo ten cuidado con lo haces o lo que dejas de hacer y su citología a partir de X años, más que la vacuna en sí”.

GFS2-2: “Pues yo veo que está bien, pero yo recomendarla así, decirle a las madres pónsela, aquí en este barrio, lo primero no porque no hay datos suficientes para demostrar la efectividad y la eficacia de esa vacuna y tampoco los efectos secundarios que

puede tener en un momento dado si los tiene, y luego por otra parte es que tu estás viendo a la persona que tienes enfrente y es una información innecesaria, es que va a cubrir muy poquito, porque es que van a tener eso y más ETS, que un momento pueden ser incluso hasta más graves, que no veo yo la percepción ni la necesidad que tienen la gente de aquí del barrio de todo eso, lo veo como secundario. Un poquito lo que están diciendo los demás, es que más la prevención y que sean conscientes y que sea capaz de percibir el peligro que eso puede traer, no eso, si no todo, el uso adecuado de los métodos de barrera y todo esto, es mucho más importante. Recomendarla así, no, yo no sé la impongo a la gente y si me preguntan le digo que sí que es lo que recomiendan, lo que se recomienda sanitariamente, pero porque viene impuesto desde arriba vaya”.

GFS1-3: “Yo creo que todavía es pronto para saber la efectividad y demás...es una medida que puede que sea efectiva, todavía no se sabe, pero siempre está acompañada de eso, de la prevención, del cribaje, de la educación en sexualidad, de las medidas de barrera que son las que protegen, que siempre este acompañada de una educación y una prevención, no solamente la vacuna”.

Hay otros que al no tener claro los beneficios y los posibles efectos secundarios, dejan en manos de los padres la decisión. Podemos plantear que no se lleva a cabo una ayuda en la toma de decisiones.

GFS6-1: “Desde mi punto de vista es difícil, yo doy la información, yo lo que hago en mi trabajo es que yo doy la información de lo que hay y luego ya los padres y las madres deciden si se la ponen o no se la ponen, pero yo nunca voy a decir si sí o si no”.

GFS5-2: “Yo no la recomiendo, pero ni eso ni nada, yo doy la información lo más fiel que puedo, les explico en la medida que ellos puedan entender un poco de que va y que a pesar de vacunarse tienen que tomar las mismas medidas que si no se hubiesen vacunado, que ellos decidan”.

GFS1-1: “Yo ni la recomiendo ni la dejo de recomendar, lo que si le dejo claro es que la vacuna del papiloma solo tiene efectividad con ciertas cepas y que el resto no las tiene y que eso no le va a quitar de que coja la niña el papiloma”.

La información que tienen los profesionales sobre la vacuna no siempre está basada en las recomendaciones de los últimos estudios²¹¹. Lo anterior unido a la influencia de los grupos antivacunas, que han creado una gran polémica social sobre los efectos adversos mayores de la vacuna del VPH, así como los mensajes implícitos de la administración, que no exige a los profesionales

entre sus objetivos el mismo porcentaje de cumplimiento en la tasa de vacunación del VPH que con otras vacunas de la infancia, hace que los profesionales duden a la hora de dar información a los padres sobre los beneficios de la vacuna, rellenando esa duda con comentarios no científicos¹⁷¹. Los profesionales deben tener información basada en la evidencia sobre los beneficios, eficacia y efectos secundarios de la vacuna y las organizaciones sanitarias deben favorecer dicha formación^{376,377}.

Aunque se sabe que son importantes las medidas de cribado para evitar complicaciones post-infección³⁷⁸ la administración de la vacuna es una medida preventiva que se ha demostrado eficaz³⁷⁹.

Se sabe que el asesoramiento y las recomendaciones de los profesionales sanitarios tienen una gran influencia en los progenitores a la hora de decidir sobre la salud de sus hijos³⁸⁰. Cuando los profesionales no se posicionan claramente a favor de la vacuna y dejan la decisión en los progenitores, sin una información clara y rotunda, crea en éstos mucha desconfianza; lo que hace que estos busquen información sobre el tema en otros ámbitos como internet; donde aparece posicionado en las primeras opciones la que ofrecen los grupos antivacunas, muy activos en estos nuevos canales de comunicación^{381,382}. Como consecuencia, en muchas ocasiones, los progenitores se deciden por la no vacunación de sus hijas e hijos³⁸³.

Aunque muchos profesionales han planteado la citología como una medida de prevención importante, en realidad es que la citología no se hace en las jóvenes hasta que no tienen 25 años y tampoco se plantea como rutina de cribaje (revisión de lesiones) en la población masculina. El cribado es una parte importante para la prevención, pero se ha visto que la implementación de programas de vacunación es más viable contra el VPH que otras estrategias, sobre todo en población donde las medidas de seguimiento de la salud no son tan accesibles³⁷⁸. Por lo que la actualidad con la disminución de la edad en tener la primera relación sexual entre los jóvenes y la desconfianza que se tiene de la vacuna, hace que la población joven esté más en riesgo de tener problemas de salud por el contagio del VPH.

Al preguntarle a los profesionales si han visto algún efecto derivado de la vacuna del VPH, todos salvo una refieren que no han atendido a nadie, y las que han acudido al centro, son adolescentes, con efectos locales iguales al resto de vacunas. La profesional que refiere haber visto efectos más graves, fue cuando trabajó en otra unidad a la que llegaban chicas tras haber sufrido síncope después de la vacunación, aunque no sabe si finalmente se había relación con la vacuna o no.

GFS2-6: “Las niñas que están viniendo ahora a vacunarse, yo siempre les pregunto si han tenido efectos secundarios, si les ha sentado bien la vacuna, no está habiendo efectos secundarios de la vacuna” “No notan nada normalmente, a lo mejor un dolorcito en el brazo pero como cualquier otra vacuna”.

GFS3-4: “Lo que salió en las noticias pero ya está”.

GFS6-2: “Los típicos de todas”.

GFS5-1: “Yo los efectos secundarios, hasta ahora no he conocido efectos secundarios de esa vacunación”.

GFS5-2: “Los efectos secundarios yo personalmente no he conocido, no he visto a nadie en la consulta ni he oído de compañeros ni nada de eso”.

GFS3-2: “Yo vi en un verano, por lo menos había 6 niñas, le puse Holters, y era relacionado con la vacuna del papiloma. Bueno relacionado, un efecto”.

La información no científica sobre los efectos adversos producidos, supone una barrera importante a la hora de la vacunación de las adolescentes³⁸⁴. Expertos sugieren que las notificaciones de efectos adversos han podido verse influenciadas por la atención mediática a esta vacuna, ya que han sido mayores que para otras³⁸⁵.

Como ya se ha dicho en la introducción, la vacuna del VPH es segura, teniendo efectos secundarios similares al resto de vacunas y sobre todo de tipo local en el punto de inyección³⁸⁶. Los exhaustivos registros de declaraciones de reacciones adversas, presuntamente asociadas a la vacunación, han permitido confirmar el excelente perfil de seguridad de las vacunas frente a las infecciones por el VPH, con una relación riesgo/beneficio altamente favorable³⁸⁷

Contad con profesionales sanitarios formados que puedan apoyar a los padres y a los jóvenes a tomar decisiones basadas en la evidencia y con el conocimiento adecuado debe ser prioritario para un sistema de salud que fomente conductas de salud eficaces y eficientes.

2.5 Administración sanitaria y la vacuna del VPH

Uno de los aspectos que reflejan los profesionales sanitarios, es que la vacuna del VPH no tiene el mismo trato desde Distrito Sanitario que el resto de vacunas. Expresan que apenas les llega información ni datos estadísticos sobre está, algo que si ocurre con el resto.

GFS3-5: “Incluso con otras vacunas, a través del distrito si nos mandan los porcentajes de vacunación que tenemos, pero del papiloma es que ni nos mandan datos, nada, para el resto si nos mandan datos”.

Así mismo también nos dicen que no hay reciclaje, ni información específica de esa vacuna.

GFS5-2: “Ni reuniones para el papiloma, nada”.

Otra observación que plantean los profesionales y que hace estos la vean diferente al resto de las vacunas es que con la vacuna del VPH se administra en el centro de salud en lugar del colegio como ocurre con el resto de las vacunas. Por tanto, la captación es en el centro de salud no en el colegio, como ya hemos comentado, los profesionales también manifiestan que la vacunación es menor, sobre todo en los barrios transformación social.

GFS2-3: “La tasa es baja, porque aquí tampoco viene mucho, muchas veces la madre viene y le dices la vacuna de los 14 años que es tétanos y papiloma, y ya ahí metes el papiloma, el porcentaje de niñas que se vacunan yo creo que es bajo”.

La participación de profesionales de los centros de salud en la implantación y seguimiento de los programas de vacunación es amplia y compleja. Estos son los responsables de la administración, la farmacovigilancia de los efectos adversos, la vigilancia de las enfermedades que son inmunoprevenibles (detectar brotes) y el mantenimiento de la vacuna, preservando la cadena de frío y su adecuada conservación. En la mayoría de los centros de salud de Andalucía existe la figura del responsable de vacunas, esta figura es un elemento imprescindible para la consecución de los objetivos de vacunación. Una buena gestión de dichos programas pasa por la evaluación del proceso, para ello la retroalimentación de la información a los profesionales sobre el grado de consecución de los indicadores vacunarles, la reconocimientos e incentivos que el profesional debe conocer desde antes, así como informar y formar de los cambios que plantean las nuevas evidencias son imprescindibles³⁸⁸. Cuando esto no ocurre, el mensaje que el profesional recibe es que

esa actividad no tiene una entidad suficiente o no es tan determinante en la salud del ciudadano; si a esto se le une que socialmente hay un movimiento que plantea que la vacuna es peligrosa, las consecuencias son que a dichos profesionales se les planteen dudas a la hora de recomendar la vacuna.

3. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA VACUNACIÓN

En nuestro entorno las tasas de vacunación son altas en la mayoría de las vacunas, aun así creemos que es importante conocer las estrategias para mejorar la cobertura vacunal de aquellas que tienen una cobertura más baja, que se establezcan o que no disminuyan las tasas actuales de vacunación.

El CDC plantea la división de las estrategias en tres grandes grupos: estrategias que aumentan la demanda de vacunas, estrategias que mejoran el acceso a los servicios de vacunación y estrategias basadas en los profesionales sanitarios y el sistema. Hemos decidido usar esta clasificación y establecer dentro de ellas las estrategias posibles recogiendo el grado de efectividad según otros trabajos publicados

3.1 Estrategias que aumentan la demanda de vacunas.

- * Recordar a la población susceptible, en el caso de adultos, y a los padres en el caso de niños, la fecha de vacunación, está es una de las principales estrategias establecidas. De esta manera también se consigue la recaptación de pacientes. Esta se ha planteado como una de las más efectivas para mejorar las tasas de vacunación entre varios grupos y en diferentes entornos, eso sí, la evidencia es limitada para los padres que tienen dudas sobre la vacunación³⁸⁹.

Dentro de esta estrategia algunos estudios plantean que se usen mensajes de texto recordatorios. Parece ser que además de la efectividad de esta estrategia, los progenitores se sienten muy satisfechos con la atención recibida. Entre otros beneficios los padres destacan la rapidez con la que reciben la información, posibilidad de vincularlo a calendarios y que les resulta una forma fácil de comunicación. Las barreras que perciben los padres están vinculadas con no comprender el uso de las tecnologías así como no entender el contenido del mensaje. Además se puede aprovechar esta estrategia para impartir educación sobre salud relacionada con la inmunización a los padres de niños y adolescentes incluso en entornos socioeconómicos desfavorecidos³⁹⁰. Por tanto, se puede concluir que el uso de los mensajes de texto se puede adaptar a los programas de vacunación³⁹¹.

Otros autores plantean el uso del correo electrónico como medio para mejorar la captación. En un estudio realizado a jóvenes universitarios esta estrategia fue muy útil, ya que la mayo-

ría expuso que ese correo fue una excelente fuente de información³⁹². Aunque no existe suficiente evidencia que la avale, se necesitan más estudios.

- * Realizar educación comunitaria es la difusión de información a la mayoría o a la totalidad de una población, en el caso de las vacunas lo que se busca es motivar a las personas a buscar las vacunas recomendadas. La información que se aporta suele ser sobre la importancia que tiene vacunarse y cuándo y dónde se puede llevar a cabo. La educación comunitaria si funciona para la difusión de información, pero no hay evidencia de que sea efectiva a la hora de mejorar las tasas de vacunación en la población³⁹³.
- * Llevar a cabo campañas masivas, según los análisis publicados pueden mejorar ligeramente las tasas de vacunación, pero sobre todo mejorar la actitud positiva hacia las vacunas. Como medio se plantea el uso de Internet y las redes sociales³⁹⁰. Estas estrategias tienen un coste bajo y facilidad para adaptar los mensajes. Como problema se recoge que existe dificultad para captar a los padres reticentes a la vacunación y se con esta estrategia se excluye a personas sin acceso a Internet o con bajos niveles de alfabetización. Las intervenciones que aplican herramientas basadas en Internet parecen ser más adecuadas para los adultos jóvenes, en particular para los estudiantes universitarios y, consecuentemente, para las vacunas dirigidas a esos grupos de edad³⁹⁴. En algunos casos de campañas masivas que han funcionado de manera exitosa todas tenían unas características en común: la enfermedad sobre la que se quería fomentar la vacunación era conocida y temida, los casos causados por la enfermedad fueron publicitados, los líderes políticos y religiosos participaron activamente y se facilitó el acceso a la vacunación³⁸⁹.
- * Realizar intervenciones de manera individual con los padres sobre la inmunización de sus hijos. Las intervenciones que se llevan a cabo van dirigidas a permitir que los padres comprendan el significado y la relevancia de la vacunación. Según la revisión realizada, esta estrategia parece ser que tiene una efectividad limitada y no demasiado impacto sobre las tasas de vacunación. Los autores plantean que no tiene sentido realizar esta actividad de manera aislada, que la manera de que pueda ser más factible es si se lleva a cabo cuando el paciente acuda a consulta por cualquier motivo³⁹⁵.
- * Ofrecer incentivos financieros para los padres, según algunos autores, pueden aumentar las tasas de vacunación. Los incentivos pueden ser monetarios o no, suelen plantearse que se les de incentivos pequeños: cupones de alimentación, productos para bebés, tarjetas regalo, etc.

En una revisión sistemática se expuso que no se ha demostrado la efectividad de esta estrategia porque puede no abordar adecuadamente los motivos de la no vacunación³⁹⁶. Sin embargo, encontramos otra revisión donde si recogen la efectividad de esta estrategia para el aumento de la tasa de vacunación. En esta revisión plantean que como para recibir el incentivo deben visitar a los profesionales sanitarios, es una oportunidad de atención preventiva adicional. Uno de los problemas que sugieren sobre los incentivos es que quizás pueda considerarse que fuerzan la toma de decisiones del paciente³⁹⁷.

- * Obligatoriedad de presentar el certificado de vacunación correcto para el acceso a una plaza escolar de cualquier nivel (se ha implementado en Francia recientemente). Hay evidencia suficiente que avala que cuando la vacunación es un requisito de acceso a la escolarización (incluso a universidades) aumentan las tasas de vacunación y disminuyen las tasas de enfermedad prevenible por vacunación así como la morbilidad y mortalidad asociadas³⁹⁸. En una revisión se recogió que esta estrategia a algunos padres les pareció adecuada que los incentivos financieros³⁹⁶. Aunque en España no es algo habitual, encontramos dos sentencias donde se negó la admisión a centros educativos a dos menores cuyos padres no quisieron vacunarles³¹⁷.
- * Penalizar con sanciones monetarias también se ha estudiado como una posible estrategia, aunque eso sí, no hay muchos estudios respecto al uso y resultados de la misma. Las sanciones establecidas pueden variar desde reducciones en la cantidad de asistencia hasta la pérdida de beneficios. Respecto a esta estrategia no se ha encontrado evidencia suficiente que avale su uso. Antes de implementar estrategias como ésta, es fundamental como plantean algunos autores, establecer el rango de daños potenciales que pueden ocurrir a partir de estas políticas³⁹⁹.

Aunque no se ha planteado como una estrategia como tal y no hay evidencia sobre su implementación, nos ha parecido interesante la reflexión realizada por The SAGE Working Group.

The SAGE Working Group sobre la reticencia hacia las vacunas, plantea que como a los niños no se les educa en las escuelas sobre la importancia de las vacunas, esto puede llevar a que cuando se conviertan en adultos muestren desconfianza a la vacunación, pues pueden no apreciar sus beneficios para la salud y el valor social para sus hijos y para ellos mismos. Por ello, asegurar la educación y el conocimiento sobre vacunas en individuos más jóvenes, a través de programas escolares, puede brindar una buena oportunidad para alentar la futura aceptación de vacunas por parte de padres y adultos y minimizar el desarrollo de vacilación ante las vacunas⁴⁰⁰.

3.2 Estrategias que mejoran el acceso a los servicios de vacunación

- * Reducir los costos de las vacunas mediante seguros o copagos (en el caso de España todas las vacunas son gratuitas, excepto 2).
- * Vacunar en las escuelas o centros infantiles y realizar visitas domiciliarias para llevar a cabo la vacunación⁴⁰¹. La vacunación en los colegios existe evidencia que avala que aumenta las tasas de vacunación³⁰⁷. Además, de aumentar las tasas, esta estrategia disminuye las diferencias de acceso de la población infantil a la vacunación, proporcionándole a todos las mismas oportunidades de vacunarse⁴⁰².
- * Hacer visitas domiciliarias. En una revisión sistemática se plantean que cuando otras estrategias fallan como el recordatorio, la figura de visitador/a puede funcionar⁴⁰³. En ella las persona que realiza la visita (no tiene por qué ser un profesional sanitario, puede ser trabajador social) su objetivo será informar al usuario qué visita la importancia de las vacunas recomendadas y proporcionarles vacunas en sus hogares o remitirlos a los servicios de vacunación disponibles. Aunque establecen que económicamente es más costoso que otras intervenciones, tiene una gran eficacia en la mejora de la tasa de vacunación. Esta revisión propone que, aunque esta estrategia funciona deben probarse previamente con otras, ya que tiene inconvenientes como el tiempo que hay que dedicar a las visitas que puede ser difícil conseguir el necesario, actitudes de rechazo por parte de los pacientes a que otra persona entre en su hogar así como manejo más difícil en el caso de una reacción adversa a la vacuna⁴⁰³.

3.3 Estrategias basadas en los profesionales sanitarios y el sistema.

Algunas publicaciones plantean que además de con la población, hay estrategias dirigidas a las personas encargadas de la vacunación que pueden llevar al aumento de las tasas vacunales. Entre estas estrategias las que han mostrado evidencia en que funcionan son: listas u otras herramientas que les recuerden a los profesionales cuando se deben vacunar sus pacientes, evaluación de los registros de vacunación y retroalimentación sobre su rendimiento, sistemas de información sobre inmunización y establecimiento de políticas que permitan que el personal no médico administre vacunas⁴⁰¹.

- * Listas u otras herramientas que les recuerden a los profesionales cuando se deben vacunar sus pacientes, es decir sistemas de información de inmunización. Estas estrategias se plantea como la utilización de un programa informático que en el momento que el paciente

acuda a la consulta proporcione al profesional sanitario el historial de inmunización para que pueda recordárselo al usuario, se evidencia que aumentan las tasas de vacunación⁴⁰⁴. Entre los beneficios de este programa se encuentra la rápida generación de registros oficiales de vacunación que podrán ser usados por los colegios, los departamentos de salud y los proveedores de vacunas. Además, también facilita la implantación de otras estrategias como la recaptación de pacientes y los sistemas de recordatorio⁴⁰⁵.

- * La evaluación del profesional sanitario y la retroalimentación. Esta estrategia consiste en evaluar al profesional y darles información de qué y cuantas vacunas ha administrado con su actividad, a la par que se le proporciona comentarios al respecto. Esta estrategia puede además incluir incentivos o evaluaciones comparativas con otros compañeros. Parece ser que existe evidencia de que tiene efectividad a la hora de aumentar las tasas de vacunación, aunque no hay consenso acerca de las características que deben tener tanto la evaluación como la retroalimentación⁴⁰⁶.
- * Que el profesional disponga de un recordatorio sobre quien se debe vacunar y que vacuna le corresponde a los usuarios que atiende. Los sistemas de recordatorio son variados, entre otras intervenciones están las alertas en las historias de los pacientes y el envío de correos electrónicos al profesional. Según la bibliografía existe una fuerte evidencia de la efectividad de los recordatorios al profesional en el aumento de las tasas vacunales en distintas poblaciones y grupos de edad⁴⁰⁷.
- * La existencia de ordenes permanentes basadas en protocolos establecidos que autoricen que enfermeras y farmacéuticos revisen el estado vacunal y administre vacunas, sin necesidad de una orden previa de un médico, tiene una gran efectividad en el aumento de las tasas vacunales. Parece ser que esta estrategia es más efectiva que el recordatorio a los profesionales⁴⁰⁸. Esta estrategia actualmente se lleva a cabo en España gracias a un protocolo que recoge la prescripción colaborativa, por la cual las enfermeras pueden vacunar sin necesidad de que el pediatra deba prescribir la vacuna. Está abierto el debate de si en las farmacias se deben administrar

La mayor evidencia de efectividad de este tipo de estrategias, se ha recogido cuando se han combinado con alguna de los grupos anteriores. De hecho, los estudios han mostrado que esa combinación es útil para mejorar las tasas de vacunación en cualquier tipo de población y con cualquier vacuna⁴⁰⁹.

The Community Preventive Services Task Force en una revisión sistemática plantea que la combinación de intervenciones que mejoren el acceso a los servicios de vacunación e intervenciones que aumenten la demanda de vacunación (como recordatorios, educación...) tienen una fuerte evidencia en el aumento de las tasas de vacunación⁴¹⁰.

Las estrategias que se planteen no pueden ser universales para todos los países y poblaciones. El desarrollo de intervenciones personalizadas y culturalmente adaptadas han demostrado ser eficaces para mejorar el cumplimiento de las conductas preventivas, incluida la vacunación⁴¹¹.

En la tabla 14 se muestran las intervenciones y el nivel de evidencia científica respecto al aumento de las tasas de vacunación.

Tabla 14: Intervenciones para aumentar las tasas de vacunación y su evidencia.

Intervención	Evidencia
Estrategias que aumentan la demanda de vacunas.	
Incentivos financieros para el paciente o familia	Fuerte evidencia
Sistemas de recaptación y recuerdo	Fuerte evidencia
Requisito de vacunación para asistencia a guarderías, escuelas y universidades	Fuerte evidencia
Intervenciones basadas en la comunidad	Leve evidencia
Educación comunitaria	Leve evidencia
Intervenciones individuales	Leve evidencia
Políticas de sanciones	Leve evidencia
Intervenciones basadas en la comunidad combinadas con otras	Fuerte evidencia
Estrategias que mejoran el acceso a los servicios de vacunación	
Reducir los costos de desembolso del paciente	Fuerte evidencia
Programas de vacunación en escuelas y centros de cuidado infantil organizados	Fuerte evidencia
Visitas domiciliarias para aumentar las tasas de vacunación	Fuerte evidencia

Estrategias basadas en los profesionales sanitarios y el sistema	
Intervenciones basadas en el sistema de atención médica implementadas en combinación con otras estrategias	Fuerte evidencia
Evaluación y retroalimentación del proveedor	Fuerte evidencia
Recordatorios de proveedores	Fuerte evidencia
Uso de ordenes permanentes dentro de protocolos	Fuerte evidencia
Sistemas de información de inmunización	Fuerte evidencia

Fuente: The Community Preventive Services Task Force⁴⁰¹.

F. CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

A partir de lo expuesto en este trabajo presentamos las siguientes conclusiones divididas según los resultados de la investigación:

Conductas de riesgo:

Las conductas de riesgo que los y las adolescentes más identifican como problemáticas en esas edades son aquellas relacionadas con el uso de drogas legales e ilegales y relaciones sexuales sin protección. Otras conductas de riesgo vinculadas con la alimentación, falta de ejercicio, afrontar situaciones de estrés o relaciones conflictivas entre iguales o en la familia, etc., no son tan identificadas ni por adolescentes, ni progenitores ni profesionales como de abordaje preferente.

Los y las adolescentes creen necesario y adecuado que se le de información/formación sobre cómo mantener la salud y evitar peligros y que se les ayude a conocer sobre el tema. Prefieren que sean profesionales de la salud quien imparta dicha formación, pues son a quienes consideran mejor formados sobre ello. Los docentes creen que no están igual de preparados.

Los progenitores creen que la formación sobre salud en el ámbito educativo realizada por profesionales sanitarios y/o docentes es efectiva, pues tienen bastante calado en sus hijos e hija, incluso más que los mensajes que ellos les dan.

Los profesionales sanitarios que intervienen con jóvenes en atención primaria reconocen que les es difícil dentro de sus agendas buscar espacios para trabajar con éstos de forma activa y constante, ya que la falta de recursos humanos y las necesidades de atención de la población con patologías crónicas absorbe la mayor parte del tiempo de su práctica.

Los profesionales se desplazan a los centros educativos para realizar formación en salud al alumnado, ya que ni padres ni adolescentes reconocen el centro de salud como lugar de promoción de salud, lo asocian como sitio de consulta cuando existe un problema agudo, crónico o una potencial complicación de la salud.

Los profesionales utilizan el paraguas del programa Forma Joven impulsado por la Junta de Andalucía para realizar las actividades con jóvenes, sobre todo presentaciones en los institutos y algunas consultas puntuales cuando han realizado conductas de riesgo y les preocupa las consecuencias. Una de sus ventajas es que permite a los profesionales dentro de sus agendas asisten-

ciales buscar algunos espacios, aunque al realizarlas de forma puntual son difícil de medir los resultados mas allá de la propia satisfacción del alumnado

El sistema sanitario y educativo deben buscar estrategias donde se unifiquen medidas que apoyen al adolescente a hacerse responsable de sus autocuidados y conducta, para ello implementar nuevas medidas como la enfermera escolar dentro de los centros educativo, que permita incorporar dentro del programa de las asignaturas de forma integrada promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Queda como asignatura pendiente dentro de los programa de atención a la salud del adolescente que se incorporen nuevas metodologías, que la forma de realización sea sistemática y que se planteen evaluaciones que nos permita conocer cuáles son los resultados en salud de dichos programas.

Sexualidad

Su primera relación sexual la realizan los jóvenes de ambos sexos antes de los 14 años. Una relación prolongada de pareja no es condición para tener relaciones sexuales.

La sexualidad es un tema que cuesta abordar a los jóvenes en público con adultos, les produce inseguridad pues continuamente observan como el grupo evalúa sus comentarios, lo que produce risas, miradas y gestos de complicidad. A los varones son a quienes más les cuesta abordar el tema abiertamente cuando hay adultos presentes.

Con respecto a la comunicación sobre sexualidad en el hogar del adolescente, lo progenitores piensan que sus hijos son pequeños para abordar este tema y que aún no tienen esa necesidad; creen que abordar el tema prematuramente les puede incitar a iniciar antes las relaciones. Cuando los progenitores abordan el tema lo hacen desde la posición de instructores y jueces.

Los adolescentes mayoritariamente piensan que sus padres no entienden sus necesidades, por lo que cuando les proponen abordar el tema casi siempre lo eluden o aguantan sus indicaciones sin plantear debate.

En las familias, según los adolescentes se aborda poco el tema de la sexualidad, aunque los progenitores mayoritariamente lo proponen, ellos evaden dichas conversaciones. La principal cues-

ción de la que tratan que tratan en ambos sexos es el tema de la protección y a las mujeres se les insiste en que las relaciones sexuales sean con alguien “definitivo” y “especial”.

Las chicas adolescentes son conscientes que entre sus iguales sigue persistiendo el doble estándar de discriminación de género en la calificación de la conducta sexual, pues mientras que la chica activa sexualmente es etiquetada negativamente, al chico activo sexualmente es reconocido como potente. Algunos chicos también han incorporado ese discurso, pero no es algo unánime dentro del grupo de varones.

Las relaciones sexuales no binarias y no heteronormativas están ausentes del discurso mayoritario de los adolescentes, padres y profesionales, esta invisibilidad hace que el abordaje sea dificultoso y que quede excluido de intervenciones cuando no discriminado el grupo de adolescentes con orientaciones e identidades no heteronormativas

Virus del Papiloma Humano

Los jóvenes tienen un profundo desconocimiento sobre el VPH, el mecanismo de transmisión y la identificación de los síntomas. Las consecuencias de la infección si las relaciona con el cáncer, pero solo en mujeres y no asocian la relación que tienen con el cáncer de pene, ano u orofaríngeo. Rellenan ese desconocimiento con lo que saben de otras enfermedades de transmisión sexual

Los progenitores admiten que tienen poco conocimiento sobre el VPH y su forma de transmisión. Al igual que sus hijos saben que produce cáncer de cérvix en la mujer, aunque desconocen otras consecuencias. Hay un grupo numeroso que ignora las consecuencias de la infección para la salud de los varones.

Al analizar el discurso social sobre el VPH desde una perspectiva de género se observa que no está exento de intención para el control de la sexualidad de las mujeres cissexuales e ignora otros colectivos no heteronormativos. Ha calado más el discurso de que las mujeres activas sexualmente pueden padecer cáncer por la infección del VPH, mientras que los hombres transmiten la enfermedad y no tienen riesgo de enfermar. Este discurso patriarcal y acientífico castiga a las mujeres que son sexualmente activas con hombres.

Los profesionales sanitarios en general no tienen un conocimiento experto sobre el VPH y sus consecuencias más allá de que produce cáncer de cérvix, sobre todo en lo que tienen que ver con la infección en hombres y las complicaciones. Sus actividades se centran en la atención e información a las chicas.

Las vacunas

Los adolescentes dejan a criterio de sus familias la opción de vacunarse. Su conocimiento sobre este tema es escaso y se basan en comentarios que han oído en su entorno para crear su relato.

Las madres en general confían en las vacunas como medio de evitar enfermedades, aunque les crea conflicto cuando les recomiendan que se administren algunas vacunas que no las subvenciona el Sistema Sanitario Público, sobre todo porque piensan que es un modo de lucrarse de las industrias farmacéuticas. La opinión de los profesionales les importa y puede ser un criterio para aceptar la vacunación.

Las familias que están en contra de la vacunación son principalmente aquellas que sienten que los intereses comerciales priman en las políticas sanitarias antes que la salud de la población, o bien tienen un concepto de salud donde consideran que cualquier producto manufacturado, no natural es perjudicial.

En las guías docentes de las profesiones sanitarias las vacunas ocupan un espacio reducido, no se les da la importancia que se requiere. Además, los profesionales sanitarios necesitan formación continua en actualización sobre vacunas, ya que en este ámbito son frecuente los cambios que plantean las nuevas investigaciones.

Es necesario fomentar nuevas estrategias y canales de comunicación que ayuden a la ciudadanía y a los profesionales a tener información rápida y científica sobre la salud. Cada vez hay más recursos en Internet, que los lideran asociaciones profesionales, que pueden ser una buena opción, pues dan información científica accesible y actualizada.

Vacuna VPH

La vacuna del VPH es efectiva, eficaz y los efectos secundarios son menores, según las últimas investigaciones científicas publicadas. Estos efectos son iguales que los de las demás vacunas,

pero en los participantes, tanto profesionales como madres, hay una mayor vigilancia y miedo hacia los efectos de esta vacuna que las del resto del calendario vacunal, entre otras cosas por los “bulos” que circulan sobre la vacuna.

Los discursos de los grupos antivacunas sobre la vacuna del VPH han conseguido una gran expansión, sobre todo porque se introdujo en el calendario vacunal de mujeres adolescentes y se publicó como una medida para prevenir, en esa población, la infección o el cáncer que se produce sobre todo si tienes parejas múltiples, lo que le da una connotación moral que provoca menos aceptación.

Para que una intervención en salud se asuma como necesaria por parte de la ciudadanía es fundamental que se plantee la necesidad y las ventajas de su implementación por la mayoría de los agentes sociales.

La vacuna del VPH es el reflejo de como una intervención en salud que no consigue la recomendación de todos los agentes sociales, provoca en la población desconcierto, quedándose fijada la idea de cohecho y enriquecimiento de las industrias farmacéuticas, esto hace que se magnifiquen los efectos adversos de la intervención.

En las familias preocupa la salud de sus hijos. En general confían en los profesionales de la salud y creen que no siempre reciben de estos la información clara y científica de los beneficios y efectos adversos de las vacunas.

Entre los grupos antivacunas se encuentra el fenómeno free-rider, creemos que en el caso de la vacuna del VPH influye tanto este fenómeno a la hora de la decisión de no vacunar, como el desconocimiento de los efectos de la infección del VPH, la facilidad de transmisión, las consecuencias de la infección y el miedo a los efectos secundarios de la vacuna, unido al componente moral de que se trasmite por las relaciones sexuales promiscuas y la creencia de que solo infecta a mujeres. Lo expuesto anteriormente, junto a la falta de información por parte de los profesionales sanitarios y la influencia de las redes sociales en la difusión de los discursos antivacuna podríamos concluir que son las causas de la no vacunación.

Los profesionales en general, tiene una opinión favorable hacia la vacuna del VPH, aunque plantean la importancia del cribado. Pese a esto, algunos de ellos no se atreven a recomendársela a

los progenitores, pues consideran que no tiene la información suficiente sobre la efectividad y eficacia de la vacuna.

Los profesionales deben interiorizar su responsabilidad de actualizar conocimientos y cuando tengan información contradictoria sobre su actuación acudir a fuentes científicas.

Cuando desde la administración no se ofrece información clara sobre la vacuna del VPH a los profesionales les produce dudas sobre la misma, por lo que estos no transmiten información franca a la ciudadanía. Esta situación lleva a que calen mejor los “bulos” que existe sobre la vacuna que la información científica.

El incremento de la vigilancia y seguimiento del calendario de vacunación por parte de la administración sanitaria reforzaría a las campañas de información y formación y a la confianza sobre la eficacia clínica de la vacuna contra el VPH, bloqueando la penetración los mensajes negativos sobre los supuestos efectos adversos.

Implementar estrategias de formación en vacunas y medir el cambio de actitud de los profesionales antes y después de dicha implementación deben ser línea prioritaria de los sistemas sanitarios.

La incorporación de la vacunación del VPH mejora los resultados en salud de la población.

On the basis of the above, the following conclusions are presented, divided according to the results of the investigation:

Risk behaviour

The risk behaviour that adolescents identify most as problematic at this age are those related to the use of legal and illegal drugs and sexual relations without protection. Other risk behaviours linked to the diet, lack of exercise, stressful situations or peer conflictive relations or conflicts with the family, etc., are not identified as priority neither by adolescents nor by parents or professional

Adolescents find it necessary and adequate to be given information/education about how to maintain their health, avoid dangers and to be helped to know about the issue in hand. They prefer health professionals to provide them with such education, since it is them who they consider best trained about it. Teachers are believed to not be as prepared.

Parents believe that the education on health carried out by health professionals and/or teachers is effective, leaving a great mark on their children, greater than they could convey themselves.

The health professionals who intervene with teenagers in primary health care admit that they find it difficult to find a gap in their agendas to work with them in an active and constant way because the lack of human resources and the need of attention to the population with chronic pathologies absorb most of their practice time.

Professionals go to schools to carry out health trainings for the students, because neither parents nor adolescents recognise the health centre as the place of promotion of health; they associate it with a place of consultation when a severe, chronic problem or a potential complication of health occurs.

Professionals use the umbrella of the 'Forma Joven' plan backed by the regional government of Andalusia (Junta de Andalucía) to carry out activities with teenagers, mainly presentations in secondary schools and some occasional consultations when they have engaged in risk behaviour and they are worried about the consequences. One of the advantages is that it allows professionals to find some gaps to assist within their agenda, although as they are carried out occasionally, the results beyond the student satisfaction itself are difficult to measure.

The health and educational system must search strategies where measures are unified in order to encourage the adolescent to be responsible for their self-care and behaviour. For this, implementing new measures, such as the school nurse in educational centres, allows the incorporation of promotion of health and prevention of diseases onto the syllabus.

In the planning of attention to adolescent health, the incorporation of new methodologies, the systematic way of realization and the raise of assessment which allows knowledge of the results in health within such plans are still pending subjects.

Sexuality

Adolescents of both genders have their first sexual relation before the age of 14. A long relationship is not a condition to have sexual relations.

Addressing teenagers in public with adults regarding sexuality is difficult; it evokes insecurity since they constantly observe how the group assesses their comments, which provokes laughs, eyes on the speaker and gestures of complicity. Males find it more difficult to openly address the issue with the presence of adults.

Regarding communication about sexuality in the home of the adolescent, parents feel that their children are too young to address the issue and that they do not have the need yet. They believe that addressing the issue prematurely may incite them to start relations earlier on. When parents address the issue, they do it from the position of instructors and judges.

Most adolescents feel that their parents do not understand their needs and therefore when they are proposed to address the issue, they almost always avoid it or hold their indications without raising a debate.

According to adolescents, sexuality is scarcely addressed in families; although most parents are willing to talk about it, they avoid such conversations. The main point that they address in both genders is protection, and to women they insist on the fact that sexual relations will occur with someone “definitive” and “special”.

Adolescent girls are aware of the persistence of the double standard in gender discrimination among teenagers regarding the qualification of the sexual conduct; since while the sexually active girl is labelled negatively, the sexually active boy is recognised as virile. Some boys have also incorporated that discourse, but it is not unanimous within the group of males.

Non-binary and non-heteronormative sexual relations are absent in most of the discourses of the adolescents, parents and professionals and this invisibility makes addressing the issue difficult and excluded from interventions where the group of adolescents with non-heteronormative orientations and identities are not discriminated against.

Human Papillomavirus

Teenagers have a profound lack of knowledge about HPV, its mechanism of transmission and the identification of the symptoms. They do not connect the consequences of the infection with cancer, but only in women and they do not associate the relation that they have with penile, anal or pharyngeal cancer. They complete that lack of knowledge with facts that they know about other sexually transmitted diseases.

Parents admit that they have little knowledge about HPV and the mode of transmission. Similarly their children know that it produces cervical cancer in women, although they fail to know other consequences. There is a large group that ignores the consequences of the infection in the health of males.

When analysing the social discourse about HPV from a gender perspective, it is observed that it is not exempt from intention for the control of sexuality of cissexual women and ignores other non-heteronormative collectives. The discourse that sexually active women may suffer from cancer due to the HPV infection has had a bigger impact in comparison to the discourse that men transmit the disease and have no risk to suffer from it. This patriarchal and unscientific discourse punishes women who are sexually active with men.

Other than the fact that HPV produces cervical cancer, in general health professionals do not have expert knowledge about the virus and its consequences, mainly concerning the infection in men and its complications. Their activity is focused on the attention and information aimed at girls.

Vaccines

Adolescents leave to their families the option to vaccinate. Their knowledge about this topic is scarce and they are based on comments that they have heard in order to create their account.

Mothers in general trust vaccines as means of avoiding diseases, although they are in conflict when they are recommended to dose some vaccines which are not subsidised by the Public Health System, mainly because they feel that it is a way for the pharmaceutical industry to make profit. They care about the opinion of the professionals and it might be criterion to accept the vaccine.

Families against vaccination are mainly those who either feel that business interests prevail in health policies over the health of the population, or they have a concept of health in which they consider that any manufactured product, not natural, is harmful.

In the teaching guides of health professions, vaccines occupy a reduced space, they are not given the importance that they require. Moreover, health professionals need continuous training in updating vaccines, since in this area, changes raised by new research are frequent.

Fomenting new strategies and channels of communication which help the citizenship and professionals to have quick and scientific information about health is necessary. There are more and more resources on the Internet, led by professional associations, which may be good options, since they provide accessible and updated scientific information.

HPV vaccine

The HPV vaccine is effective and the side effects are fewer, according to the last published scientific research. These effects are the same as those of other vaccines, but in the participants, both professionals and mothers, there is greater monitoring and fear towards the effects of this vaccine in comparison to those of the rest of the vaccination scheduler, amongst others, due to the “unfounded rumours” which circulate about the vaccine.

The discourses of the anti-vaccination groups about the HPV vaccine have extended greatly, mainly because it was introduced in the vaccination scheduler of adolescent women and was published as a measure to prevent, in that population, the infection or cancer which is mainly

produced if the patient has multiple partners, which adds a moral connotation which provokes less acceptance.

For an intervention in health to be assumed as necessary on the part of the citizenship, it is fundamental that the necessity and advantages of its enforcement by most of the social agents are raised.

The HPV vaccine is the reflection of how an intervention in health which does not accomplish the recommendation of all social agents, provokes bewilderment in the population and thus the idea of bribery and enrichment of pharmaceutical industries remains, magnifying the adverse effects of the intervention.

The health of the children worries families. In general, they trust health professionals, however they believe that they do not always receive from them clear and scientific information about the benefits and adverse effects of the vaccines.

Amongst the anti-vaccination groups is the free-rider phenomenon. In the case of the HPV vaccine, the decision to not vaccinate is influenced by this phenomenon and the lack of knowledge of the effects of the HPV infection, the ease of transmission, the consequences of the infection and the fear of the side effects of the vaccine, together with the moral component of the virus being transmitted through promiscuous sexual relations and the belief that only women are infected. Together with the explained above, the lack of information on the part of the health professionals and the influence of social networks in the diffusion of anti-vaccination discourses might be used to conclude that those are the causes of non-vaccination.

Professionals in general have a favourable opinion towards the HPV vaccine, although they raise the importance of the selection. Despite this, some of them do not dare to recommend it to parents, since they consider that they do not have enough information about the effectiveness and efficacy of the vaccine.

Professionals must embrace their responsibility to update their knowledge and to resort to scientific resources when they have contradictory information about their action.

When clear information about the HPV vaccine is not offered to the professionals by the administration, the former have doubts about it, therefore they do not transmit frank information to the

citizenship. This situation leads to a deeper prevalence of the “unfounded rumours” about the vaccine above scientific information.

The increase in the monitoring and tracking of the vaccination scheduler on the part of the health administration would reinforce the education campaigns and the confidence about the clinical effectiveness of the HPV vaccine, thus eliminating the introduction of the negative messages about the alleged adverse effects.

Implementing strategies of education on vaccines and measuring the change of attitude of professionals before and after such implementation must be the priority for health systems.

The incorporation of the HPV vaccine improves the results in the health of the population.

G. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Téllez Infantes A. El análisis de la adolescencia desde la antropología y la perspectiva de género. *Interaccões* [Internet]. 2013 [citado 2 febrero 2016];52–73. Disponible en: <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/viewFile/2851/2356>
- ² Lorente Acosta M. ¡Me alegro de reconocerte! Juventud, identidad y violencia de género. *Rev Estud Juv* [Internet]. 2009 [citado 26 julio 2017];86:15–28. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ86-03.pdf>
- ³ Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 21 noviembre 2017]. Desarrollo en la adolescencia [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- ⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia una etapa fundamental [Internet]. Nueva York; 2002 [citado 23 noviembre 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- ⁵ Alfaro González M. Observatorio de hábitos, conocimientos y actitudes relacionadas con la salud de los adolescentes en la provincia de Valladolid [tesis doctoral en internet]. Universidad de Valladolid; 2015 [citado 7 marzo 2018]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16052/1/Tesis783-160218.pdf>
- ⁶ Giménez-García C, Ruiz-Palomino E, Gil-Llario MD, Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J. Una perspectiva de género en el estudio de conductas de riesgo de los adolescentes. *Int J Dev Educ Psychol INFAD Rev Psicol* [Internet]. 2016 [citado 2 marzo 2017];2:189–98. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/210/226>
- ⁷ Rosabal García E, Nancy Romero Muñoz D, Keyla Gaquín Ramírez D, Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes Risk behavior in adolescents. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2015 [citado 16 octubre 2017];44(2):218–29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010
- ⁸ Garcia del Castillo JA. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Heal Addict / Salud y Drog* [Internet]. 2012 [citado 3 enero 2017];12(2):133–51. Disponible en: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/2/184>
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Mayo 2017. [citado 3 junio 2017]. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- ¹⁰ Rebotier J. La vulnerabilidad urbana: reducción de riesgo y emancipación social. Ejemplos en Venezuela. *Polis*. 2013;13(38): 573-95.
- ¹¹ Cardona OD, Davis I, van Aalst M, Birkmann J, Fordham M, McGregor G, et al. Determinants of Risk: Exposure and Vulnerability. *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation* [Internet]. Cambridge University Press; 2012 [citado 4 febrero 2017]. Disponible en: https://www.ipcc.ch/pdf/special-reports/srex/SREX-Chap2_FINAL.pdf
- ¹² Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan* [Internet]. 2012 [citado 16 mayo 2017];12(2):169-82. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124103008>
- ¹³ Câmara S, Castella Sarriera J, Carlotto M. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista interamericana de psicología/Interamerican journal of psychology* [Internet]. 2007 [citado 12 julio 2017];41(2):161-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441206>

- ¹⁴ José M, Ma R, Máiquez L, García M, Mendoza R, Ascensión R, et al. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* [Internet]. 2004 [citado 3 maro 2017];16(2):203–10. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>
- ¹⁵ Diez JP, Peirats EB. Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 1997 [citado 3 marzo 2017];9(3):609–17. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/131.pdf>
- ¹⁶ Valenzuela Mujica MT, Ibarra R. AM, Zubarew G. T, Correa ML. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería* [Internet]. 2013 [citado 4 julio 2017];22(1–2):50–4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100011
- ¹⁷ González-Quiñones JC, De la Hoz-Restrepo F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psico-sociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Revista de Salud Publica /Journal of Public Health* [Internet]. 2011 [citado 13 octubre 2017];13(1):67-78. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33530/38088>
- ¹⁸ Gómez Cobos E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Rev Intercont Psicol y Educ* [Internet]. 2008 [citado 15 noviembre 2017];10(2):105–22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006>
- ¹⁹ Oliva Delgado A. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología* [Internet]. 2006 [citado 3 marzo 2017];37(3): 209–23. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61838/82584&q=chicas>
- ²⁰ Muñoz-Miralles R, Ortega-González R, Batalla-Martínez C, López-Morón MR, Manresa JM, Torán-Monserrat P. Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. *Estudio JOITIC. Aten Primaria* [Internet]. 2014 [citado 14 octubre 2017];46(2):77–88. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-acceso-uso-nuevas-tecnologias-entre-S021265671300187X?redirectNew=true>
- ²¹ Instituto de la Juventud. Informe Juventud en España 2016. [Internet]. Madrid; 2017. [citado 10 junio 2017]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
- ²² Lussi I, Hube SG. Experiences of Recognition in School and Its Relevance for Value Development in Adolescence. *Forum qualitative social resarch* [Internet]. 2015 [citado 2 febrero 2018];16(3). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2304/3901>
- ²³ Paramo MA. Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Ter Psicol* [Internet]. 2011 [citado 2 enero 2018] Jul;29(1):85–95. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
- ²⁴ Dirección General de Salud Pública y Participación. Guía Forma Joven. [Internet] Sevilla; 2004 [Consultado el 24 de agosto 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/guia_forma_joven.pdf
- ²⁵ Junta de Andalucía. Forma joven, una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía [Internet]. Sevilla; 2009 [citado 3 febrero 2017]. Disponible en: http://www.formajoven.org/pluginfile.php/130/course/section/34/guia_forma_joven2009.pdf
- ²⁶ Sánchez-Queija I, Oliva A. Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Rev Psicol Soc* [Internet]. 2003 [citado 17 junio 2017];18(1):71–86. Disponible en: <http://personal.us.es/oliva/vinculos.pdf>

- ²⁷ Oliva-Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. *Rev Psiquiatr y Psicol del niño y Adolesc* [Internet]. 2004 [citado 17 junio 2017];4(1):65–81. Disponible en: <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- ²⁸ Musitu G, Cava MJ. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Interv Psicosoc* [Internet]. 2003 [citado 2 enero 2018];12(2):179–92. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/mjesus/8cava.pdf>
- ²⁹ Moreland RL, Levine JM. Group composition: Explaining similarities and differences among group members. En: Hogg MA, Cooper J, editores. *Sage handbook of social psychology*. London: SAGE publication; 2003.p. 367-381.
- ³⁰ Garcés de los Fayos EJ, Gómez, A. Promoción de la actividad física y el deporte en niños y adolescentes. En: Ortigosa JM, Quiles MJ, Méndez FX, editores. *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide; 2003.
- ³¹ Lila, MS, Van Aken M, Musitu G, Buelga S. Family and adolescence. En: Jackson S, Goossens L, editores. *Handbook of adolescent development*. Barcelona: Psychology Press; 2006.p. 154-174.
- ³² Corchado Castillo AI. Conductas de riesgo en la adolescencia [tesis doctoral en internet] Universidad Complutense de Madrid; 2012 [citado 23 junio 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/17437/1/T34028.pdf>
- ³³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de la Juventud en España. [Monografía en Internet]. España: Instituto de la Juventud; 2012. [citado 25 Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-de-la-juventud-en-espana-2012>)
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 3 diciembre 2017]. Temas de salud [aprox. 3 pantallas]. Disponibel en: <http://www.who.int/topics/es/>
- ³⁵ Principios de Yogyakarta [Internet]. 2007 [citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <http://yogyakartaprinciples.org>
- ³⁶ Comisión Interamericana de derechos humanos. Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en America [Internet]. 2015 [citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- ³⁷ Organización Mundial de la Salud. FAQ on Health and Sexual Diversity. An Introduction to Concepts [Internet]. Genova; 2016 [citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/20170329-health-and-sexual-diversity-faq.pdf?ua=1>
- ³⁸ Avilés Pérez et al. Guía de Información a la ciudadanía sobre atención sanitaria a personas transexuales. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. En imprenta.
- ³⁹ Gorguet Pi IC. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2008.
- ⁴⁰ García-Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández P, Rico R. Influencia del género en el comportamiento sexual de los adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2010 [citado 24 julio 2017];22 (4):606-12. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3774.pdf>
- ⁴¹ Obaya Prieto C, Fernández Rodríguez S. Consulta joven en un instituto atendida por enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2016 [citado 23 febrero 2018]; 4(1):7-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5353328>

-
- ⁴² Observatorio de Salud sexual y reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción. Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España 2016 [Internet]. España; 2016 [citado 3 junio 2016]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/OBS_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf
- ⁴³ Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jimenez-Iglesias A, Garcia-Moya I. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces [Internet]. 2011 [citado 23 junio 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/hbsc_estudio_andalucia_def.pdf
- ⁴⁴ Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 21 noviembre 2017]. Salud Sexual. [aprox 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- ⁴⁵ Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jimenez-Iglesias A, Garcia-Moya I, Sánchez-Queija, I et al. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 3 abril 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_ResultadosEstudio.pdf
- ⁴⁶ Garcia-Vega E, Robledo EM, García PF, Izquierdo MC. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2012 [citado 19 diciembre 2017];5(1):79–87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134684>
- ⁴⁷ Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas M. *El Género: la Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*. México: Universidad Autónoma de México/Porrúa; 1986.p. 265–302.
- ⁴⁸ García Vega E, Menéndez Rico R, García Fernández P. Sexo, roles de género y actitudes sexuales en estudiantes universitarios. *Psicothema* [Internet]. 2010[7];29(2):178–83. Disponible en: <https://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/11816/10935>
- ⁴⁹ Espada Sánchez JP, Quiles Sebastián MJ, Méndez Carrillo FJ. Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del psicólogo* [Internet]. 2003 [citado 4 mayo 2017];(85):4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>
- ⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013. Breaking the chain of transmission*. [Internet] Ginebra;2007. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy\[1\]en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy[1]en.pdf)
- ⁵¹ Bahamón Muñeton M, Viancha Pinzón M, Tobos Vergara A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2014 [citado 4 mayo 2017];31(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836009>
- ⁵² Marly JB, Mildred AV, Adriana Reneé TV. Behaviors and unsafe sex in adolescence. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2014 [citado 2 febrero 2018] 05;31(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008
- ⁵³ Tronco Cristina Benites, Dell'Aglio Débora Dalbosco. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. *Gerai, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2012 Dez [citado 12 octubre 2017] ; 5(2): 254-269. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200006&lng=pt

- ⁵⁴ Lameiras Fernández M, Rodríguez Castro Y, Davonte Perez S. Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema* [Internet]. 2002 [citado 14 julio 2017];14(2):255–61. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/717.pdf>
- ⁵⁵ Fernández J, Quiroga MA, Del Olmo I. Is there any relationship between sexual attraction and gender typology? *Span J Psychol* [Internet]. 2006 [citado 15 diciembre 2017] May;9(1):3–9. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/SJOP0606120003A/29047>
- ⁵⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] Madrid [citado 21 noviembre 2017]. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos estadísticos [aprox. 3 pantallas] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm.
- ⁵⁷ Plan Nacional sobre el Sida - SG de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. [Internet]. Madrid; 2016 [citado 29 noviembre 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf
- ⁵⁸ Red Nacional de vigilancia epidemiológica/ ISCIII. Vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de infección por virus de hepatitis C. [Internet]. Madrid; 2016 [citado 29 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/estadisticas/docs/Vigilancia_Epidemiologica_HepatitisC.pdf
- ⁵⁹ Royuela Ruiz P, Rodríguez Molinero L, Marugán de Miguelsanz JM, Carbajosa Rodríguez V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015 [citado 12 octubre 2017] Jun;17(66):127–36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300004
- ⁶⁰ Espada JP, Guillén-Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [citado 10 enero 2018] Dec 1;46(10):558–64. Disponible en: Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y o...
- ⁶¹ Torres Robles JC. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. *Epidemiología, Percepción y Conocimiento. Paraninfo Digit* [Internet]. 2014 [citado 10 septiembre 2017];8(20):1–12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/083.pdf>
- ⁶² Jeremić V, Matejić B, Soldatović I, Radenović S. Early sexual initiation and risk factors in Serbian adolescents: data from the National Health Survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Jun;19(3):211–9.
- ⁶³ Drago F, Ciccarese G, Zangrillo F, Gasparini G, Cogorno L, Riva S, et al. A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behaviour in Italian Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2016 [citado 14 diciembre 2017] Apr;13(4):422. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847084/>
- ⁶⁴ Visalli G, Picerno I, Vita G, Spataro P, Bertuccio MP. Knowledge of sexually transmitted infections among younger subjects of the city of Messina (Sicily). *J Prev Med Hyg* [Internet]. 2014 [citado 20 diciembre 2016] Mar;55(1):17–22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718334/>
- ⁶⁵ Samkange-Zeeb F, Mikolajczyk RT, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases among secondary school students in two German cities. *J Community Health*. 2013 Apr;38(2):293–300.

- ⁶⁶ La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS [Internet]. Ginebra; 2012 [citado 3 diciembre 2017] De Broutet N. Intervenciones para prevenir el cáncer de cuello uterino mediante modificaciones de la conducta sexual. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/gynaecology-infertility-and-cancers/gynaecological-cancers-1>
- ⁶⁷ Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev.Bras.Enferm* [Internet]. 2010 [citado 13 julio 2017];63(1):117-21. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>
- ⁶⁸ Rodríguez Campuzano M de L, Díaz-González Anaya E. Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicol y Salud* [Internet]. 2011 [citado 15 octubre 2017] ;21(1):17–24. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/582/1004>
- ⁶⁹ Hicks MS, McRee A-L, Eisenberg ME. Teens Talking with Their Partners about Sex: The Role of Parent Communication. *Am J Sex Educ*. Taylor & Francis Group;2013 Jan;8(1–2):1–17.
- ⁷⁰ Orcasita LT, Uribe AF, Castellanos LP, Rodríguez MG. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Rev Psicol* [Internet]. 2013 [citado 14 diciembre 2016] Dec 19;30(2):371–406. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3809/3786>
- ⁷¹ Lavielle-Sotomayor P, Jiménez-Valdez F, Vázquez-Rodríguez A, Aguirre-García M del C, Castillo-Trejo M, Vega-Mendoza S. The impact of family characteristics in sexual risk behaviour of teens. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(1):38–43.
- ⁷² Rogers AA, Ha T, Stormshak EA, Dishion TJ. Quality of Parent-Adolescent Conversations About Sex and Adolescent Sexual Behavior: An Observational Study. *J Adolesc Health* [Internet]. 2015 [citado 13 septiembre 2017] Aug;57(2):174–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4514915/>
- ⁷³ Latifnejad Roudsari R, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* [Internet]. 2013 [citado 13 septiembre 2017];11(2):101-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941358/>
- ⁷⁴ Barreto LA, Silva DV da, Bárbara J de FRS, Oliveira J da SF, Ribeiro JC. Dialogue about sexuality in adolescence: an experience report through school health program. *J Nurs UFPE line* [Internet]. 2015 [citado 14 mayo 2017] May 20;9(5):8486–92. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10617/11602>
- ⁷⁵ Klein J, Sendall MC, Fleming M, Lidstone J, Domocol M. School nurses and health education: the classroom experience. *Health Education Journal*. 2012;72(6):708–15.
- ⁷⁶ Mateos-Lindemann ML, Pérez-Castro S, Rodríguez-Iglesias M, Pérez-Gracia MT. Microbiological diagnosis of human papilloma virus infection. *Enfermedades Infecc y Microbiol Clin (English ed)*. 2017 Nov;35(9):593–602.
- ⁷⁷ Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sex Transm Dis*. 2014 Nov;41(11):660–4.
- ⁷⁸ De la Fuente Villarreal D, Guzmán López S, Barboza Quintana O, González Ramíre RA. Biología del Virus del Papiloma Humano y técnicas de diagnóstico. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2010 [citado 23

diciembre 2016];12(49):231-38. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-biologia-del-virus-del-papiloma-X1665579610901659>

⁷⁹ De la Fuente Villarreal D. Epidemiología de la infección y detección de tipos oncogénicos del VPH por tecnología de captura de híbridos en mujeres sin aparentes factores de riesgo. [tesis doctoral en internet] Universidad Complutense de Madrid; 2011 [citado 10 enero 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/13873/1/T33052.pdf>

⁸⁰ Cerviche MF, Buonsante ME. Epidermodisplasia verruciforme. *Piel*. 2013;28: 86-94.

⁸¹ Grillo Ardila CF, Martínez-Velásquez MY, Morales-López, B. Virus del papiloma humano: aspectos moleculares y cáncer de cérvix. *Rev. Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 [citado 2 enero 2017];59(4):310-15. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n4/v59n4a07.pdf>

⁸² Alemany L, Pérez C, Tous S, Llombart-Bosch A, Lloveras B, Lerna E, et al. Human papillomavirus genotype distribution in cervical cancer cases in Spain. Implications for prevention. *Gynecol Oncol*. 2012 Mar;124(3):512-7.

⁸³ Cleveland JL, Junger ML, Saraiya M, Markowitz LE, Dunne EF, Epstein JB. La conexión entre el virus del papiloma humano y los carcinomas orofaríngeos de células escamosas en los Estados Unidos. *J Am Dent Assoc*. 2011;6(6):248–58.

⁸⁴ Schiech L. Cáncer relacionado con el HPV: un peligro muy repartido. *Nursing*. 2011;29(1):28-34.

⁸⁵ Rojo Conejo P, Martín Puerto MJ, Mendoza Soto A, Malalana Martínez A, Villafruela Sanz MA. Papi-lomatosis respiratoria recurrente: una causa de dificultad respiratoria progresiva. *An Pediatr*. 2001; 55(6):558-60.

⁸⁶ Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad. Protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix [In-ternet]. Cantabria; 2015 [citado 5 mayo 2017]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/folleto%20deteccion%20cancer%20cervix%20AP%20WEB.pdf>

⁸⁷ Carrillo FJO, de Regil DBG, Jiménez MTV. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gac Mex Oncol*. 2015;14(3):157–63.

⁸⁸ Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002 Mar 30;359(9312):1093–101.

⁸⁹ Delvenne P, Herman L, Kholod N, Caberg JH, Herfs M, Boniver J, et al. Role of hormone cofactors in the human papillomavirus-induced carcinogenesis of the uterine cervix. *Mol Cell Endocrinol*. 2007;264:1–5.

⁹⁰ Trottier H, Mayrand M-H, Baggio ML, Galan L, Ferenczy A, Villa LL, et al. Risk of Human Papillo-mavirus (HPV) Infection and Cervical Neoplasia after Pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Oct 7;15:244.

⁹¹ American Cancer Society. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino? [Internet]. 2017 [citado 1 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

⁹² Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Wacholder S, Bratti MC, Sherman ME, et al. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *Br J*

- Cancer [Internet]. 2001 [citado 7 abril 2018] May 5;84(9):1219–26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2363883/pdf/84-6691779a.pdf>
- ⁹³ Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *J Infect. Elsevier*; 2013 Mar 1;66(3):207–17.
- ⁹⁴ Rosell Juarte E, Muñoz Dobarganes A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. *AMC [Internet]*. 2007 [citado 7 abril 2018] Feb;11(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000100001
- ⁹⁵ Muñoz N, Castellsagué X, Berrington De González A, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine [Internet]*. 2006 [7 abril 2018]; 24:S1–S10. Disponible en: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/CAP%201%20-%20ETIO%20CANCER.pdf
- ⁹⁶ Hernanz Lozón A, Sánchez Pascual M, Muñoz Arberas L, Carrera Puerta A, Cisterna Cáncer R, Andía Ortiz D. Relación entre la infección por el virus del papiloma humano y *Chlamydia trachomatis*. *Clin Invest Ginecol Obstet. Elsevier Doyma*; 2017 Oct 1;44(4):167–73.
- ⁹⁷ Baker R, Dauner JG, Rodriguez AC, Williams MC, Kemp TJ, Hildesheim A, et al. Increased plasma levels of adipokines and inflammatory markers in older women with persistent HPV infection. *Cytokine*. 2011 Mar;53(3):282–5.
- ⁹⁸ Poorolajal J, Jenabi E. The association between BMI and cervical cancer risk: a meta-analysis. *Eur J Cancer Prev*. 2016 May;25(3):232–8.
- ⁹⁹ Bussière C, Sicsic J, Pelletier-Fleury N. The effects of obesity and mobility disability in access to breast and cervical cancer screening in france: results from the national health and disability survey. *PLoS One [Internet]*. 2014 [citado 7 abril 2018];9(8):e104901. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4136821/>
- ¹⁰⁰ Vaz LP, Saddi VA, Amaral WN, Manoel WJ. Epidemiologia da infecção pelo HPV em mulheres infectadas pelo HIV. *Feminina [Internet]*. 2011 [citado 25 julio 2017];39(1):35-40. Disponible em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2402.pdf>
- ¹⁰¹ Vivar N. Sistema Bethesda: citología cérvico-vaginal [Internet]. *Info net-l@b*; 2006 [citado 3 abril 2018]. Disponible en: <https://www.netlab.com.ec/documentos/BOLETIN1-06.pdf>
- ¹⁰² Mateos Lindemann ML, Pérez-Castro S, Pérez-Gracia MT, Rodríguez-Iglesias M. Diagnóstico microbiológico de la infección por el virus del papiloma humano [Internet]. *Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*; 2016 [citado 3 abril 2018]. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia57.pdf>
- ¹⁰³ International Agency for research on cancer. Human papilloma viruses [Internet]. 2007 [citado 3 mayo 2016]. Disponible en: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100B/mono100B-11.pdf>
- ¹⁰⁴ Junta de Andalucía. Virus del Papiloma Humano Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. [Internet]. *Andalucía*; 2008 [citado 25 mayo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/galerias/documentos/p_4_p_3_preencion/vacunas/virus_papiloma.pdf
- ¹⁰⁵ Reynales Londoño J. Infección por virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino. *Medicina [Internet]*. 2012 [citado 17 julio 2017];34(4):323-46. Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/99-4/163>

- ¹⁰⁶ Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX et al. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: The CLEOPATRE study. *J Med Virol*. 2012;84(6):947-56.
- ¹⁰⁷ Grupo de trabajo VPH 2012. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. [Internet] 2013 [citado 10 enero 2015]. Disponible en: <http://msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>
- ¹⁰⁸ Garland SM, Brown DR. Potential of the quadrivalent human papillomavirus vaccine in the prevention and treatment of cervical cancer. *Expert Opin Biol Ther*. 2014 Abril;14(4):527-34.
- ¹⁰⁹ Stokley S, Jeyarajah J, Yankey D, Cano M, Gee J, Roark J, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescents, 2007-2013, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2014--United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2014 [citado 12 enero 2017] Jul 25;63(29):620-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779422/>
- ¹¹⁰ Carcopino X, Mergui JL, Prendiville W, Taranger Charpin C, Boubli L. Tratamiento de las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino: láser, crioterapia, conización, resección con asa de diatermia EMC. *Ginecología-Obstetricia*. 2012;48(1):1-12.
- ¹¹¹ Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Madrid [citado 4 marzo 2018]. Evolución del cáncer de cérvix [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix/evolucion-cancer-cervix>
- ¹¹² Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Spain. Summary Report 27 July 2017 [Citado 14 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/ESP.pdf>
- ¹¹³ De Sanjose L, Longueras S, Garcia Garcia AM. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. [Internet]. Sociedad Española de Epidemiología;2006 [citado 23 julio 2017]. Disponible en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>
- ¹¹⁴ De Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, Bosch FX. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2007 Jul;7(7):453-459.
- ¹¹⁵ Centros para el control y la prevención de enfermedades [Internet]. Atlanta [acceso 13 agosto 2015]. El VPH y los hombres: hoja informativa [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-hpv-and-men-s.htm>
- ¹¹⁶ Sonawane K, Suk R, Chiao EY, Chhatwal J, Qiu P, Wilkin T, et al. Oral Human Papillomavirus Infection: Differences in Prevalence Between Sexes and Concordance With Genital Human Papillomavirus Infection, NHANES 2011 to 2014. *Ann Intern Med*. 2017 Nov 21;167(10):714.
- ¹¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec* [Internet]. 2014 [citado 12 mayo 2017];43(89):465-92. Disponible en: *Wkly Epidemiol Rec*. 2014;43(89):465-92.
- ¹¹⁸ Hartwig S, Syrjänen S, Dominiak-Felden G, Brotons M, Castellsagué X. Estimation of the epidemiological burden of human papillomavirus-related cancers and non-malignant diseases in men in Europe: a

review. *BMC Cancer* [Internet]. 2012 [citado 16 julio 2017] Dec 20;12(1):30. Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-12-30>

¹¹⁹ Foresta C, Noventa M, De Toni L, Gizzo S, Garolla A. HPV-DNA sperm infection and infertility: from a systematic literature review to a possible clinical management proposal. *Andrology*. 2015;3(2):163-173.

¹²⁰ Garolla A, Engl B, Pizzol D, Ghezzi M, Bertoldo A, Bottacin A et al. Spontaneous fertility and in vitro fertilization outcome: new evidence of human papillomavirus sperm infection. *Fertil Steril* [Internet]. 2016 [citado 13 enero 2018] Jan;105(1):65-72. Disponible en: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(15\)01935-4/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(15)01935-4/fulltext)

¹²¹ Luttmmer R, Dijkstra MG, Snijders PJ, Hompes PG, Pronk DT, Hubeek I et al. Presence of human papillomavirus in semen in relation to semen quality. *Hum Reprod* [Internet]. 2016 [13 enero 2018] Feb;31(2):280-6. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article/31/2/280/2380212>

¹²² Sociedad Española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria [Internet]. 2017 [citado 2 marzo 2018]. La vacuna frente al virus del papiloma humano en niños [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://sepeap.org/la-vacuna-frente-al-virus-del-papiloma-humano-en-ninos/>

¹²³ De la Fuente J. Virus del Papiloma Humano [entrevista radio]. *Onda Cero*. 4 maro de 2018 [citado 5 marzo 2018]. Disponible en: http://www.ondacero.es/programas/mas-de-uno/videos/jesus-de-la-fuente-doctor-entre-el-80-y-el-90-de-las-personas-en-algun-momento-tendran-contacto-con-el-virus-del-papiloma-humano_201803025a9911880cf2552830c2c7d5.html

¹²⁴ Torné Blade A, del Pino Saladrigues M, Cusidó Gimferrer M, Alameda Quillet F, Andia Ortiz D, Castellsagué Piqué X. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Prog Obstet Ginecol*. 2014;57 Supl 1:1-53.

¹²⁵ Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med (Baltim)*. 2007 Aug 1;45(2-3):93-106.

¹²⁶ American Cancer Society [Internet]. 2014 [citado 2 febrero 2018]. Prueba del VPH ADN [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/prueba-de-vph.html>

¹²⁷ Castle PE, Schiffman M, Wheeler CM, Solomon D. Evidence for Frequent Regression of Cervical Intraepithelial Neoplasia-Grade 2. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [citado 24 abril 2017] Jan;113(1):18-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694845/>

¹²⁸ Sauvaget C, Fayette J-M, Muwonge R, Wesley R, Sankaranarayanan R. Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. *Int J Gynecol Obstet*. 2011 Apr 1;113(1):14-24.

¹²⁹ Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Prevención del cáncer de cuello de útero 2014 [Internet]. 2015 [citado 4 enero 2018]. Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/01/AEPCC_revista02.pdf

¹³⁰ Ascunce Elizaga N. Cribado: para qué y cómo. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2015 [citado 23 diciembre 2017] Abr;38(1): 5-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001

¹³¹ Cervantes-Amat M, López-Abente G, Aragonés N, Pollán M, Pastor-Barriuso R, Pérez-Gómez B. The end of the decline in cervical cancer mortality in Spain: trends across the period 1981-2012. *BMC Cancer* [Internet]. 2015 [citado 11 agosto 2017] Apr 15;15:287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408572/>

¹³² Cortés J. Estrategias de cribado del cáncer de cuello uterino. *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48:228-30.

¹³³ Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol* [Internet]. 2012 [citado 23 diciembre 2017] Apr;137(4):516-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3801360/>

¹³⁴ Scarinci IC, Garcia FAR, Kobetz E, Partridge EE, Brandt HM, Bell MC, et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. *Cancer* [Internet]. 2010 [20 octubre 2017] Jun 1;116(11):2531-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2876205/>

¹³⁵ Instituto Nacional de Estadística. Tiempo transcurrido desde la última citología por grupos de edad [Internet]. 2014 [citado 22 enero 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d05005.px

¹³⁶ Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ* [Internet]. 2009 [citado 14 octubre 2017] Jul 28;339:b2968. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2968>

¹³⁷ Moscicki AB, Cox JT. Practice improvement in cervical screening and management (PICSM): symposium on management of cervical abnormalities in adolescents and young women. *J Low Genit Tract Dis* [Internet]. 2010 [citado 3 enero 2018] ;14:73-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058950/>

¹³⁸ Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud glosario [Internet]. Ginebra; 1998 [citado 4 abril 2015]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf>

¹³⁹ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud. En: Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Ottawa;1986.

¹⁴⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. [citado 3 abril 2017]. Promoción y educación para la salud [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>

¹⁴¹ Organización Mundial de la Salud. Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI [Internet]. Madrid;1998 [citado 4 abril 2015]. Disponible en: <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/SALUD-21.pdf>

¹⁴² Galindo Santana BM, Arroyo Rojas L, Concepción Díaz D. Seguridad de las vacunas y su repercusión en la población. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado 10 julio 2017];37(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_01_11/spu13111.htm

¹⁴³ Comité Asesor de vacunas. [Internet] Madrid; 2016 [citado 5 mayo 2017]. Manual de vacunas en línea AEP. Seguridad de las vacunas, contraindicaciones y precauciones [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-3#6>

¹⁴⁴ Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: 2018 [citado 20 abril 2018]. Cobertura vacunal [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

-
- ¹⁴⁵ Moreno M, Amat J, Moya M, Cruz S. Reacciones adversas producidas por vacunas infantiles. *Alergol Inmunol Clin* [Internet]. 2005 [citado 14 febrero 2018];20:51-63. Disponible en: <http://revista.seaic.org/abril2005/51.pdf>
- ¹⁴⁶ History of vaccines. [Internet]. [citado 03 noviembre 2017]. Disponible en: <https://www.historyofvaccines.org>
- ¹⁴⁷ Sociedad Española de Epidemiología. Epidemiología de las enfermedades incluidas en un programa de vacunación [Internet]. EMISA; 2006 [citado 4 febrero 2017]. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/monografia1_vacunas.pdf
- ¹⁴⁸ Reynaga Hernández E, Ruiz García J. Una breve historia sobre el origen y uso de las vacunas. *C2 Ciencia y Cultura* [Internet][citado 3 marzo 2018]. Disponible en <http://www.revistac2.com/una-breve-historia-sobre-el-origen-y-uso-de-las-vacunas-parte-1>
- ¹⁴⁹ Comité Asesor de vacunas [Internet]. Madrid; 2018 [citado 4 febrero 2018]. Manual de vacunas en línea AEP. Generalidades de las vacunas [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-1>
- ¹⁵⁰ Vaccines [Internet]. 2017 [citado 3 marzo 2018]. Tipos de vacunas [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <https://espanol.vaccines.gov/basicos/tipos/eskw/%C3%ADndice.html>
- ¹⁵¹ Asociación Española de Vacunología [Internet]. 2006 [citado 5 mayo 2017]. Clasificación de las Vacunas [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.vacunas.org/clasificacion-de-las-vacunas/>
- ¹⁵² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] Madrid [citado 21 noviembre 2017]. Cobertura de vacunación. Datos estadísticos [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>
- ¹⁵³ Arrazola Martínez MP, de Juanes Pardo JR, García de Codes Ilario A. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España. Impacto de los programas de vacunación. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2015 [citado 2 mayo 2017] Jan 1;33(1):58–65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-conceptos-generales-calendarios-vacunacion-sistemica-S0213005X1400398X>
- ¹⁵⁴ Cilleruelo Ortega MJ. Evaluación del riesgo de la vacunación versus la enfermedad. En: *Jornadas de vacunas de la AEP*. 2014.
- ¹⁵⁵ New Medical life sciencie [Internet]. 2017 [citado 20 diciembre 2017]. Historia del sarampión [aprox 1 pantalla]. Disponible en: [http://www.news-medical.net/health/Measles-History-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Measles-History-(Spanish).aspx)
- ¹⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Boletín de Inmunización*. 2013 febr; 35(1).
- ¹⁵⁷ Zhou F, Shefer A, Wenger J, Messonnier M, Wang LY, Lopez A, et al. Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States, 2009. *Pediatrics* [Internet]. 2014 [citado 12 mayo 2017] Apr 3;133(4):577–85. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/4/577>
- ¹⁵⁸ Chang AY, Riumallo-Herl C, Perales NA, Clark S, Clark A, Constenla D et al. The Equity Impact Vaccines May Have On Averting Deaths And Medical Impoverishment In Developing Countries. *Health Aff (Millwood)*. 2018 Feb;37(2):316-324.
- ¹⁵⁹ La liga para la libertad de la vacunación [Internet]. Gerona [citado 10 mayo 2017]. Nuestra historia [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.vacunacionlibre.org/nova/quienes-somos/nuestra-historia/>

¹⁶⁰ Grupo de expertos de asesoramiento estratégico sobre inmunización. Informe de evaluación del plan de acción mundial sobre la vacunación [Internet]. 2014 [citado 31 marzo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_DoV_GVAP_Assessment_report_2014_Spanish.pdf

¹⁶¹ Castellano M, García-Guerrero J, Monés J. Deontología médica y legalidad acerca de la vacunación pediátrica en España. Reflexiones a partir del caso de un niño fallecido por difteria y no vacunado. *Rev Enf Emerg* [Internet]. 2016 [citado 2 enero 2018];15(2):85-91. Disponible en: http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a43/ENF2016-15-02_special-castellano.pdf

¹⁶² Garrido NM. El derecho-deber a la información y la transparencia en materia de vacunación: situación actual, déficits y oportunidades. En *El valor de las vacunas. Notas estratégicas*; 2016. P. 33-52. Disponible en: <http://www.choiseul.es/images/stories/choiseul/papers/NotaEstrategica3-Vacunas.pdf>

¹⁶³ Instituto Choiseul. El valor de las vacunas. Notas estratégicas [Internet]. 2016 [citado 4 abril 2018]. Disponible en: <http://www.choiseul.es/images/stories/choiseul/papers/NotaEstrategica3-Vacunas.pdf>

¹⁶⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España [Internet]. 2011 [citado 23 abril 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf

¹⁶⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2017 [citado 3 enero 2018]. Calendario de vacunación 2018 [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/Calendario2018.htm>

¹⁶⁶ Comité Asesor de Vacunas [Internet]. Madrid; 2018 [citado 3 abril 2018]. Novedades en los calendarios vacunales de algunas CC.AA [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/novedades-calendarios-vacunales-ccaa-2-2018>

¹⁶⁷ Junta de Castilla-La Mancha [Internet]. 2017 [citado 3 abril 2018]. Vacunación infantil [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-infantil-1>

¹⁶⁸ Osakidetza.[Internet]. 2018 [citado 3 abril 2018]. Novedades en vacunación para el año 2018 [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/osakidetza-novedades-en-vacunacion-2018.pdf>

¹⁶⁹ Generalitat Valenciana. Protocolo de vacunación infantil en la Comunitat Valenciana [Internet]. 2016.[citado 3 abril 2018]. Disponible en: http://www.enferalicante.org/Documentos/2016/ProtocolodeVacunacionInfantil_diciembre%202016.pdf#page=23

¹⁷⁰ Bosch FX, Moreno D, Redondo E, Torné A. Vacuna nonavalente frente al virus del papiloma humano. Actualización 2017. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2017 [citado 13 enero 2018] May;43(4):265–76. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-vacuna-nonavalente-frente-al-virus-S1138359317301168>

¹⁷¹ Sociedades Científicas Españolas. Documento de consenso vacunación frente al Virus del Papiloma Humano [Internet]. 2011 [citado 3 noviembre 2017]. Disponible en: http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/VPH_Consenso_Sociedades_2011.pdf

¹⁷² Herrero R, González P, Markowitz LE. Present status of human papillomavirus vaccine development and implementation. *Lancet Oncol*. 2015 May 1;16(5):e206–16.

- ¹⁷³ Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Vacunación selectiva contra el Virus del Papiloma Humano en poblaciones de riesgo elevado [Internet]. Publicaciones AEPCC; 2014 [citado 4 febrero 2018]. Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/12/AEPCC_revista07_VACUNACION-SELECTIVA.pdf
- ¹⁷⁴ Comité Asesor de Vacunas [Internet]. Madrid; 2017 [citado 25 febrero 2018]. Cataluña incorpora al calendario la vacuna nonavalente frente al VPH [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/VPH9-en-Catalunya>
- ¹⁷⁵ Stanley M. HPV - immune response to infection and vaccination. *Infect Agent Cancer* [Internet]. 2010 [citado 12 septiembre 2017] Oct 20;5(1):19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161350/>
- ¹⁷⁶ Roteli Martins CM, Naud P, De Borba P, Teixeira JC, De Carvalho NS, Zahaf T et al. Sustained immunogenicity and efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: up to 8.4 years of follow-up. *Human Vaccine Immunother* [Internet]. 2012 [citado 13 mayo 2017] Marzo; 8(3):390-97. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.4161/hv.18865>
- ¹⁷⁷ De Vincenzo R, Conte C, Ricci C, Scambia G, Capelli G. Long-term efficacy and safety of human papillomavirus vaccination. *Int J Womens Health* [Internet]. 2014 [citado 12 mayo 2017] ;6:999–1010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262378/>
- ¹⁷⁸ Zhao H, Lin Z-J, Huang S-J, Li J, Liu X-H, Guo M, et al. Correlation between ELISA and pseudovirion-based neutralisation assay for detecting antibodies against human papillomavirus acquired by natural infection or by vaccination. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2014 [citado 14 septiembre 2017];10(3):740–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24384608>
- ¹⁷⁹ David MP, Van Herck K, Hardt K, Tibaldi F, Dubin G, Descamps D et al. Long-term persistence of antiHPV-16 and -18 antibodies induced by vaccination with the AS04-adjuvanted cervical cancer vaccine: modelling of sustained antibody responses. *Gynecol Oncol*. 2009;115:S1-6
- ¹⁸⁰ Brotherton J, Fridman M, May C, Chappell G, Saville A, Gertig D. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet*. 2011;377:2085-92.
- ¹⁸¹ Tabrizi S, Brotherton J, Kaldor J, Skinner S, Cummins E, Liu B et al. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. *J Infect Dis* [Internet]. 2012 [citado 20 junio 2017] ;206:1645-51. Disponible en: <https://academic.oup.com/jid/article/206/11/1645/896918>
- ¹⁸² Hariri S, Markowitz L. Monitoring HPV vaccine impact: early results and ongoing challenges. *J Infect Dis* [Internet]. 2012 [citado 20 junio 2017];206:1633-35. Disponible en: <https://academic.oup.com/jid/article/206/11/1633/897145>
- ¹⁸³ Kahn J, Brown D, Ding L, Widdice L, Shew M, Glynn S et al. Vaccine-type human papillomavirus and evidence of herd protection after vaccine introduction. *Pediatrics* [Internet]. 2012 [citado 10 febrero 2017];130:249-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408690/>
- ¹⁸⁴ Mesher D, Howell-Jones R, Panwar K, Manyenga P, Gill N, Beddows S et al. Reduction in HPV infection young women following introduction of HPV immunisation in England. *Vaccine* [Internet]. 2013 [citado 14 octubre 2017] Dec; 32(1):26–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898718/>

- ¹⁸⁵ Kavanagh K, Pollock KGJ, Potts A, Love J, Cuschieri K, Cubie H, et al. Introduction and sustained high coverage of the HPV bivalent vaccine leads to a reduction in prevalence of HPV 16/18 and closely related HPV types. *Br J Cancer* [Internet]. 2014 [citado 10 enero 2018] May 27;110(11):2804–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037824/>
- ¹⁸⁶ European Medicines Agency. Eudravigilance [Internet]. abril 2018 [citado 17 abril 2018]. Bases de datos europea de informes de presuntas reacciones adversas. Gardasil [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <https://bi.ema.europa.eu/analyticsSOAP/saw.dll?PortalPages>
- ¹⁸⁷ European Medicines Agency. Eudravigilance [Internet]. abril 2018 [citado 17 abril 2018]. Bases de datos europea de informes de presuntas reacciones adversas. Cervarix [aprox 1 pantalla]. Disponible en: https://bi.ema.europa.eu/analyticsSOAP/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared%2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2=%22Line%20Listing%20Objects%22.%22Product%20High%20Level%20Code%22&P3=1+78518
- ¹⁸⁸ Perkins RB, Legler A, Hanchate A. Trends in Male and Female Genital Warts Among Adolescents in a Safety-net Health Care System 2004–2013: Correlation With Introduction of Female and Male Human Papillomavirus Vaccination. *Sex Transm Dis*. 2015 Dec 1;42(12):665–8.
- ¹⁸⁹ Drolet M, Bénard É, Boily M-C, Ali H, Baandrup L, Bauer H, et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2015 [citado 12 febrero 2018] May;15(5):565–80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5144106/>
- ¹⁹⁰ Hartwig S, Baldauf J-J, Dominiak-Felden G, Simondon F, Alemany L, de Sanjosé S, et al. Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, precancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: Potential additional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines. *Papillomavirus Res* [Internet]. 2015 [citado 11 enero 2018] Dec 1;1:90–100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405852115000099>
- ¹⁹¹ Gervais F, Dunton K, Jiang Y, Llargeron N. Systematic review of cost-effectiveness analyses for combinations of prevention strategies against human papillomavirus (HPV) infection: a general trend. *BMC* [Internet]. 2017 [citado 3 marzo 2018] ;17(1):283. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371248/>
- ¹⁹² Omer S. Safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine. *J Intern Med* [Internet]. 2012 [citado 6 mayo 2017] ;271:177-78. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1363509>
- ¹⁹³ Bonanni P, Cohet C, Kjaer S, Latham N, Lambert P, Reisinger K et al. A summary of the post-licensure surveillance initiatives for GARDASIL/SILGARD. *Vaccine*. 2010;30:4719-730.
- ¹⁹⁴ Gavilan Moral E, Padilla Bernaldez J. La vacuna del papiloma humano. *Actualización en Medicina de Familia*. 2013;9(4):201-7.
- ¹⁹⁵ Scheller NM, Svanström H, Pasternak B, Arnheim-Dahlström L, Sundström K, Fink K, et al. Quadrivalent HPV Vaccination and Risk of Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases of the Central Nervous System. *JAMA* [Internet]. 2015 [citado 13 junio 2017] Jan 6;313(1):54. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2088853>
- ¹⁹⁶ López JM, Cortés J, Gil A. Estudio de coste-efectividad de la vacuna tetravalente del papiloma humano. *Rev Esp Econ Salud*. 2007;6:400–408

- ¹⁹⁷ Casado Buesa MI, García Hernández L, González Enríquez J, Imaz Iglesia I, Rubio González B, Zegarra Salas P. Evaluación económica de la introducción de la vacuna contra VPH en España para la prevención del cáncer de cuello uterino [Internet]. Madrid; 2012 [citado 4 febrero 2017]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=01/04/2013-3d0800b9f7>
- ¹⁹⁸ Pichón-Riviere A, Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Rey-Ares L, Klein K, et al. Costo-efectividad de la vacuna tetravalente contra VPH en Argentina, a partir de un modelo dinámico de transmisión. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015 [citado 14 octubre 2017] ;57(6):504–13. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v57n6/v57n6a8.pdf
- ¹⁹⁹ Portero-Alonso A, Alguacil-Ramos AM, Martín-Ivorra R, Pastor-Villalba E, Lluch-Rodrigo JA. Conocimientos, creencias y actitudes de los adolescentes sobre la vacuna del virus del papiloma humano en la Comunidad Valenciana. *Vacunas* [Internet]. 2012 [citado 4 diciembre 2017] Jan 1;13(1):7–14. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100024
- ²⁰⁰ Panobianco MS, Lima ADF de, Oliveira ISB, Gozzo T de O. Knowledge concerning HPV among adolescent undergraduate nursing students. *Texto Context - Enferm*. 2013 Mar;22(1):201–7.
- ²⁰¹ Arias Gómez ML, Pineda Lince SA. Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el Papillomavirus Humano. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2011 [citado 1 diciembre 2017] ;16(1):110–23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126695008.pdf>
- ²⁰² Dorell C, Yankey D, Jeyarajah J, Stokley S, Fisher A, Markowitz L, Smith PJ. Delay and refusal of human papillomavirus vaccine for girls, national immunization survey-teen, 2010. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014 Mar;53(3):261-69.
- ²⁰³ Caballero-Pérez P, Tuells J, Rementería J, Nolasco A, Navarro-López V, Aristegui J. Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en estudiantes universitarios españoles durante la etapa pre-vacunal: Un estudio transversal. *Rev Esp Quimioter*. 2015;28(1):21–8.
- ²⁰⁴ Grandahl M, Oscarsson M, Stenhammar C, Nevéus T, Westerling R, Tydén T. Not the right time: why parents refuse to let their daughters have the human papillomavirus vaccination. *Acta Paediatr* [Internet]. 2014 [citado 4 enero 2018] ;103(4):436–41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383348/>
- ²⁰⁵ Barreno Lopez, JL. Cobertura alcanzada con la vacuna del papiloma humano en relación con el grado de aceptabilidad por parte de los padres de familia de tres instituciones educativas vinculadas al centro de salud n° 1 de la ciudad de Ambato, periodo septiembre 2013 a julio 2014 [tesis doctoral en internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2015 [citado 8 junio 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9504>.
- ²⁰⁶ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Curtis CR, Jeyarajah J, Harrington T, Gee J, Markowitz L. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescent girls, 2007-2012, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2013 - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013 Jul 26;62(29):591–5.
- ²⁰⁷ Nodulman JA, Starling R, Kong AS, Buller DB, Wheeler CM, Woodall WG. Investigating stakeholder attitudes and opinions on school-based human papillomavirus vaccination programs. *J Sch Health* [Internet]. 2015 [citado 4 febrero 2018] May;85(5):289–98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4576450/>

- ²⁰⁸ Bhatta MP, Phillips L. Human Papillomavirus Vaccine Awareness, Uptake, and Parental and Health Care Provider Communication Among 11- to 18-Year-Old Adolescents in a Rural Appalachian Ohio County in the United States. *J Rural Heal*. 2015 Jan 1;31(1):67–75.
- ²⁰⁹ Mazzadi A, Paolino M, Arrossi S. Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina. *Salud pública Méx* [Internet]. 2012 [citado 1 mayo 2017] Oct;54(5):515-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000500008
- ²¹⁰ Gilkey MB, Malo TL, Shah PD, Hall ME, Brewer NT. Quality of physician communication about human papillomavirus vaccine: findings from a national survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 2015 [citado 1 mayo 2017] Nov;24(11):1673–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633386/>
- ²¹¹ Pérez MRO, Violeta VB, Del Campo AV, Ruiz C, Castaño SY, Conde LPP, et al. Cross-sectional study about primary health care professionals views on the inclusion of the vaccine against human papillomavirus in the vaccine schedules. *Infect Agent Cancer* [Internet]. 2015 [citado 7 marzo 2017];10:41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4645478/>
- ²¹² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Coberturas de Vacunación. Datos estadísticos [Internet]. Madrid: 2016; [consultada 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#octavo>
- ²¹³ Marin-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente MI, Polentinos-Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [citado 4 enero 2017] Jan;45(1):46–53. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-internet-como-fuente-informacion-sobre-S0212656712003782>
- ²¹⁴ Betsch C, Brewer NT, Brocard P, Davies P, Gaissmaier W, Haase N, et al. Opportunities and challenges of Web 2.0 for vaccination decisions. *Vaccine*. 2012 May 28;30(25):3727–33.
- ²¹⁵ Bodemer, N, Müller, SM, Okan, Y, Garcia-Retamero, R, Neumeier-Gromen, A. Do the media provide transparent health information? A cross-cultural comparison of public information about the HPV vaccine. *Vaccine*. 2012 May 28;30(25):3747-56.
- ²¹⁶ Stephens DP, Thomas TL. Social Networks Influence Hispanic College Women’s HPV Vaccine Uptake Decision-making Processes. *Women’s Reprod Heal* [Internet]. 2014 [citado 4 enero 2017] Jul 1;1(2):120–37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295831/>
- ²¹⁷ Starling R, Nodulman JA, Kong AS, Wheeler CM, Buller DB, Woodall WG. Beta-test Results for an HPV Information Web site: GoHealthyGirls.org – Increasing HPV Vaccine Uptake in the United States. *J Consum Health Internet* [Internet]. 2014 [citado 4 enero 2017] Jan 1;18(3):226-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159190/>
- ²¹⁸ Pías-Peleteiro L, Cortés-Bordoy J, Martín-Torres F. Dr Google. What about the human papillomavirus vaccine?. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2013 [citado 4 enero 2017] Aug 1;9(8):1712–19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906271/>
- ²¹⁹ Tuells J, Martínez-Martínez PJ, Duro-Torrijos JL, Caballero P, Fraga-Freijeiro P, Navarro-López V. Características de los vídeos en español publicados en Youtube sobre la vacuna contra el virus del papi-

- loma humano. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2015 [citado 5 enero 2017] ;89(1):107-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000100012
- ²²⁰ Davies P, Chapman S, Leask J. Antivaccination activists on the world wide web. Arch Dis Child. 2002 Jul;87(1):22–25.
- ²²¹ Dunn AG, Leask J, Zhou X, Mandl KD, Coiera E. Associations Between Exposure to and Expression of Negative Opinions About Human Papillomavirus Vaccines on Social Media: An Observational Study. J Med Internet Res [Internet]. 2015 [citado 5 enero 2017] Jun 10;17(6):e144. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526932/>
- ²²² Bodemer, N, Müller, SM, Okan, Y, Garcia-Retamero, R, Neumeyer-Gromen, A. Do the media provide transparent health information? A cross-cultural comparison of public information about the HPV vaccine. Vaccine. 2012;30(25): 3747-56
- ²²³ Martín-Llaguno M, Álvarez-Dardet C. La retirada de una campaña publicitaria para promoción de la vacuna tetravalente del virus del papiloma humano en España. Gac Sanit [Internet]. 2010 [citado 10 marzo 2018] Ene;24(1): 75-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109001903>
- ²²⁴ Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 22 marzo 2018]. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2017 global summary [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules?sc%5Br%5D%5B%5D=EURO&sc%5Bd%5D=&sc%5Bv%5D%5B%5D=HPV&sc%5BOK%5D=OK
- ²²⁵ European Centre for Disease Prevention and Control [Internet]. 2018 [citado 22 marzo 2018]. Human Papillomavirus Infection: Recommended vaccinations [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=38&SelectedCountryIdByDisease=-1>
- ²²⁶ Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 27 July 2017 [Internet]. 2017 [citado 23 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
- ²²⁷ González Requena J. La eficacia simbólica. Trama y fondo: revista de cultura 2009(26):7-30.
- ²²⁸ Peña F de la. Más allá de la eficacia simbólica del chamanismo al psicoanálisis. Cuicuilco. 2000;7:0.
- ²²⁹ Cristiano JL. Males involuntarios: Para una reapropiación del concepto de "Efectos perversos". Papers: revista de sociología 2001(65):149-166.
- ²³⁰ Alsina P. La paradoja de la vacunación. Redacción médica (Madrid). 10 julio 2017. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/la-paradoja-de-la-vacunacion-2889>
- ²³¹ Gutiérrez-Brito J. Introducción a la lógica del análisis del discurso. En Callejo, J. (Ed.) Introducción a las técnicas de investigación. Madrid: UNED;2009.
- ²³² Gil-García E. Capítulo 11: Análisis de datos cualitativos (NVivo 10). Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. 2º ed.: Madrid: EOS, 2015; 2009. p. 301-325.
- ²³³ Lineros C, Leralta O, Junco M. Actividades en los puntos Forma Joven. Resultados curso 2010-11. Junta de Andalucía;2011. Disponible en: http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_cifras_datos/2012326113513124.pdf

- ²³⁴ Gallego P, Galán I, José Medrano M, Ramos P, Rivera F, Moreno C. Recent changes in school-based policies on physical activity and nutrition in Spain. *Eur J Public Health* [Internet]. 2014 [citado 2 noviembre 2017] Dec;24(6):899-904. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/6/899/608046>
- ²³⁵ Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(4):733-47.
- ²³⁶ Borup IK. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Heal Soc Care Community*. 2002 Jan 1;10(1):10-9.
- ²³⁷ Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2013 [citado 3 diciembre 2017] Jul 1:27(4):332-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113000150>
- ²³⁸ Kew K, Carr R, Crossingham I. Lay-led and peer support interventions for adolescents with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 2 marzo 2018] ;4: CD012331. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012331.pub2/full>
- ²³⁹ Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Heal*. 1991 Dec 1;12(8):597-605.
- ²⁴⁰ Luna Bernal ACA, Laca Arocena, FA, Cedillo Navarro LI. Toma de decisiones, estilos comunicativos en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes de bachilleres. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2012 [citado 5 febrero 2018] ;17(2):295-311. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29224159014.pdf>
- ²⁴¹ Ministerio de Sanidad y Política Social. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual [Internet]. Madrid;2009 [citado 16 marzo 2018]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf.
- ²⁴² Rodríguez Carrión J, Isabel Traverso Blanco C. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [citado 11 enero 2018] Nov;26(6):519-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000600005
- ²⁴³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia [Internet]. Madrid;2013 [citado 12 enero 2018]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4113_d_relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf
- ²⁴⁴ Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [citado 23 marzo 2018]. Plan de apoyo a las familias andaluzas [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=ges_cal_p_alnapoyofam_4
- ²⁴⁵ Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Generar escuelas promotoras de salud: pautas para promover la salud en la escuela. [Internet]. Francia [citado 21 enero 2018]. Disponible en: www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_SP.pdf
- ²⁴⁶ De Melo Santana S, Gaspar de Matos M, Negreidos J, Simões C. A eficácia dos programas de prevenção em contexto escolar: uma revisão empírica da literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* [Internet]. 2016 [citado 3 marzo 2018] ;7(1-2):449-63. Disponible en: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2425/2584>

- ²⁴⁷ Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Programas de promoción de la salud en los centros educativos de Andalucía. Valoración de profesionales de atención primaria [Internet]. Sevilla;2012 [citado 12 enero 2018]. Disponible en: http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_cifras_datos/201261142144686.pdf
- ²⁴⁸ Blanco Pereira ME, Jordán Padrón M, Pachón González L, Sánchez Hernández TB, Medina Robainas RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2011 [citado 3 diciembre 2017] Jun; 33(3): 349-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012
- ²⁴⁹ Borawski EA, Tufts KA, Trapl ES, Hayman LL, Yoder LD, Lovegreen LD. Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School. J Sch Health [Internet]. 2015 [citado 4 enero 2018] ;85(3):189-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4703031/>
- ²⁵⁰ Pbert L, Druker S, DiFranza JR, Gorak D, Reed G, Magner R, et al. Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. Pediatrics [Internet]. 2011 [citado 23 enero 2018] Nov;128(5):926-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208959/>
- ²⁵¹ Mohammed Yasin H, Isla Pera P, López Matheu C, Juvé Udina M. El papel de los enfermeros escolares. Rev Enferm. 2017;40(2):102-109
- ²⁵² Instituto de la juventud. Jóvenes y diversidad sexual [Internet]. Madrid;2010 [citado 17 marzo 2018]. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/Sondeo2010_2b.pdf
- ²⁵³ Martínez Álvarez JL, Vicario Molina I, González Ortega E. Fuentes de educación sexual, su utilidad y preferencia en la adolescencia temprana y media. En: Investigación en el ámbito escolar: un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas. 2013.p. 719-24.
- ²⁵⁴ Wilson EK, Koo HP. Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics. Reprod Health [Internet]. 2010 [citado 4 febrero 2018] Dec 14;7:31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019147/>
- ²⁵⁵ Salguero MA, Montserrat V, Chavero S, Dafne C, Jiménez A. Estereotipos de género: sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de clase media. Investig Fem [Internet]. 2016 [citado 4 febrero 2018] ;7(1):335-52. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/viewFile/51724/48755>
- ²⁵⁶ Lobato Pérez L, Jenaro C, Rodríguez-Becerra M, Flores Robaina N. Los roles de género y su papel en las actitudes y comportamientos afectivo-sexuales; un estudio sobre adolescentes salmantinos. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia [Internet]. 2016 [citado 6 febrero 2018] ;11:457-76. Disponible en: <http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view/1638/2826>
- ²⁵⁷ Tapia-Martínez H, González-Hernando C, Puebla-Nicolás E. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas. Enfermería Univ [Internet]. 2017 [citado 6 febrero 2018] Oct 1;14(4):251-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-influencia-determinantes-genero-anticoncepcion-estudiantes-S1665706317300623>
- ²⁵⁸ Instituto de la juventud. Jóvenes: salud y sexualidad. Sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven [Internet]. Madrid; 2008 [citado 17 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.type.action?type=1008402591&menuId=1008402591>.
- ²⁵⁹ López F. La sexualidad en la adolescencia. Adolescere. 2014;2(1):24-34.
- ²⁶⁰ Bobino L. Micromachismos, la violencia invisible. Madrid: Cecom; 1998.

- ²⁶¹ Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT. Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2014 [citado 4 enero 2018];46(2):127-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053414700160>
- ²⁶² Wilson EK, Dalberth BT, Koo HP, Gard JC. Parents' Perspectives on Talking to Preteenage Children About Sex. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010 Mar 1;42(1):56–63.
- ²⁶³ Dinaj-Koci V, Deveaux L, Wang B, Lunn S, Marshall S, Li X, et al. Adolescent Sexual Health Education: Parents Benefit Too! *Health Educ Behav* [Internet]. 2015 [citado 20 diciembre 2017] Oct;42(5):648–53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520796/>
- ²⁶⁴ UNICEF [Internet]. Uruguay;2003 [citado 23 febrero 2018]. Herramientas para la participación adolescente [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.herramientasparticipacion.edu.uy/>
- ²⁶⁵ González Ortega E, Vicario Molina I, Martínez Álvarez JL. Evaluación del nivel de conocimientos sobre sexualidad de los estudiantes de Secundaria de Castilla y León. Implicaciones para la educación sexual. En: *Investigación en el ámbito escolar: un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas*. 2013. p. 701–6.
- ²⁶⁶ García Rosique RM, Torres Triana A, Rendón Quintero M. Conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes. *Rev. Med. Electrón* [Internet]. 2011 [citado 3 noviembre 2017] Abr;33(2):182-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000200009
- ²⁶⁷ Patel H, Jeve YB, Sherman SM, Moss EL. Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: a systematic review. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2016 [citado 2 enero 2018] Sep 1;92(6):474–9. Disponible en: <http://sti.bmj.com/content/92/6/474.long>
- ²⁶⁸ Unger Z, Maitra A, Kohn J, Devaskar S, Stern L, Patel A. Knowledge of HPV and HPV Vaccine among Women Ages 19 to 26. *Womens Health Issues*. 2015 Sep-Oct;25(5):458-62.
- ²⁶⁹ Sopracordevole F, Cigolot F, Gardonio V, Di Giuseppe J, Boselli F, Ciavattini A. Teenagers' knowledge about HPV infection and HPV vaccination in the first year of the public vaccination programme. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2012 Sep;31(9):2319-25
- ²⁷⁰ Al-Darwish AA, Al-Naim AF, Al-Mulhim KS, Al-Otaibi NK, Morsi MS, Aleem AM. Knowledge about cervical cancer early warning signs and symptoms, risk factors and vaccination among students at a medical school in Al-Ahsa, Kingdom of Saudi Arabia. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2014 [7 febrero 2018] ;15(6):2529–32. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_28953_bc3356a0faddad4dfec4e7094c2216c4.pdf
- ²⁷¹ Makwe CC, Anorlu RI, Odeyemi KA. Human papillomavirus (HPV) infection and vaccines: Knowledge, attitude and perception among female students at the University of Lagos, Lagos, Nigeria. *J Epidemiol Glob Health*. 2012 Dec 1;2(4):199–206.
- ²⁷² Contreras-González R, Magaly-Santana A, Jiménez-Torres E, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales Á, Palomé-Vega G, et al. Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2017 [citado 3 febrero 2018] April–June;14(2):104-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300155>
- ²⁷³ Michail G, Smaili M, Vozikis A, Jelastopulu E, Adonakis G, Poulas K. Female students receiving post-secondary education in Greece: the results of a collaborative human papillomavirus knowledge survey. *Public Health*. 2014 Dec; 128(12):1099-105.

- ²⁷⁴ Coles VA, Patel AS, Allen FL, Keeping ST, Carroll SM. The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: a systematic review. *Int J STD AIDS*. 2015 Oct;26(11):777-88.
- ²⁷⁵ Abudukadeer A, Azam S, Mutailipu AZ, Qun L, Guilin G, Mijiti S. Knowledge and attitude of Uyghur women in Xinjiang province of China related to the prevention and early detection of cervical cancer. *World J Surg Oncol* [Internet]. 2015 [citado 9 enero 2018] Mar 14;13:110. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4371720/>
- ²⁷⁶ Henderson L, Clements A, Damery S, Wilkinson C, Austoker J, Wilson S, et al. “A false sense of security”? Understanding the role of the HPV vaccine on future cervical screening behaviour: a qualitative study of UK parents and girls of vaccination age. *J Med Screen* [Internet]. 2011 [citado 18 diciembre 2017] ;18(1):41–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104818/>
- ²⁷⁷ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. 2007 [citado 2 abril 2018]. SemFYC considera precipitada la decisión de incluir la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) en el calendario vacunal [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/semfyc-considera-precipitada-la-decision-de-incluir-la-vacuna-del-virus-del-papiloma-humano-vph-en-el-calendario-vacunal/>
- ²⁷⁸ Muhwezi WW, Banura C, Turiho AK, Mirembe F. Parents’ Knowledge, Risk Perception and Willingness to Allow Young Males to Receive Human Papillomavirus (HPV) Vaccines in Uganda. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado 18 enero 2018] ;9(9):e106686. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0106686>
- ²⁷⁹ Wang S-M, Zhang S-K, Pan X-F, Ren Z-F, Yang C-X, Wang Z-Z, et al. Human papillomavirus vaccine awareness, acceptability, and decision-making factors among Chinese college students. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2014 [citado 3 febrero 2018] ;15(7):3239–45. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_29068_9a4b12210c1bef873d1fda3b9cd70971.pdf
- ²⁸⁰ Haverkate M, D’Ancona F, Giambi C, Johanse K, Lopalco PL, Cozza V, et al. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Eurosurveillance* [Internet]. 2012 [citado 7 marzo 2018] May 31;17(22): pii=20183. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.17.22.20183-en>
- ²⁸¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid; 2017 [citado 15 marzo 2018]. Barómetro Sanitario 2016 [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
- ²⁸² Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine* [Internet]. 2016 [citado 4 noviembre 2017] Oct;12:295–301. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235239641630398X>
- ²⁸³ Casiday R, Cresswell T, Wilson D, Panter-Brick C. A survey of UK parental attitudes to the MMR vaccine and trust in medical authority. *Vaccine*. 2006 Jan 12;24(2):177–84.
- ²⁸⁴ Martínez-Diz S, Martínez Romero M, Fernández-Prada M, Cruz Piqueras M, Molina Ruano R, Fernández Sierra MA. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. *An Pediatría*. 2014 Jun 1;80(6):370–8.
- ²⁸⁵ El Amin AN, Parra MT, Kim-Farley R, Fielding JE. Ethical issues concerning vaccination requirements. *Public Health Rev* 2012;34:1–20.

- ²⁸⁶ Asisa [Internet]. [citado 3 abril 2018]. ¿Están incluidas las vacunas en las coberturas de mi póliza privada de Salud? [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.asisa.es/preguntas-frecuentes/preguntas/mi-seguro-medico/coberturas/64-estan-incluidas-las-vacunas-en-las-coberturas-de-mi-poliza-privada-de-salud>
- ²⁸⁷ Comité Asesor de Vacunas [Internet]. 2017 [citado 2 marzo 2018]. Afiliados a Muface y Adeslas: ¿se pueden vacunar en el centro de salud? [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/familias/pregunta-al-cav/politica-sanitaria/afiliados-muface-y-adeslas-se-pueden-vacunar-en-el-centr>
- ²⁸⁸ Segura Benedicto A. La supuesta asociación entre la vacuna triple vírica y el autismo y el rechazo a la vacunación. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [citado 10 marzo 2018] Jul;26(4):366–71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000400012
- ²⁸⁹ Witteman HO. Addressing vaccine hesitancy with values. *Pediatrics* [Internet]. 2015 [citado 25 febrero 2018] Aug;136(2):215-17. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/2/215>
- ²⁹⁰ Ahluwalia S, Murray E, Stevenson F, Kerr C, Burns J. A heartbeat moment: qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation. *Br J Gen Pract*. 2010;60:88-94.
- ²⁹¹ Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 2 abril 2018]. Preguntas y respuestas sobre inmunización y seguridad de las vacunas [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/84/es/>
- ²⁹² Saludmedia [Internet]. Sevilla [citado 2 abril 2018]. Disponible en: <https://www.salumedia.com>
- ²⁹³ Marin C. Así seducen los antivacunas. *El Mundo* (Madrid). 4 junio 2015. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/06/12/5579d3a9268e3e21118b45a0.html>
- ²⁹⁴ Williams SE, Rothman RL, Offit PA, Schaffner W, Sullivan M, Edwards KM. A randomized trial to increase acceptance of childhood vaccines by vaccine-hesitant parents: a pilot study. *Acad Pediatr* [Internet]. 2013 [citado 3 febrero 2018] ;13(5):475–80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767934/>
- ²⁹⁵ EFE. Hospitalizadas dos niñas en Valencia tras ser vacunadas contra el virus del papiloma humano. *El País* (Madrid). 9 febrero 2009. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2009/02/09/actualidad/1234134003_850215.html
- ²⁹⁶ Ruiz D. Muere el niño de Olot afectado de difteria. *La Vanguardia* (Barcelona). 27 junio 2015. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20150627/54433067058/muere-nino-olot-difteria.html>
- ²⁹⁷ Agencias. Ya son tres los bebés fallecidos por tosferina en España. *El Mundo* (Madrid). 18 noviembre 2015. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/11/18/564c902fe2704e90778b45e6.html>
- ²⁹⁸ Comité Asesor de Vacunas [Internet]. 2015 [citado 24 marzo 2018]. Tosferina: la importancia de la vacunación de la embarazada [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/tosferina-y-vacunacion-de-embarazada>
- ²⁹⁹ Bello J. La actitud antivacuna como enfermedad emergente, la responsabilidad de la Administración y la asistencia primaria de pediatría. *Rev Enf Emerg* [Internet]. 2017 [citado 2 abril 2018] ;16(2):76-80. Disponible en: http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a669/ENF-EMERG007-2016_Art-Especial_Bello.pdf

- ³⁰⁰ Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.aeped.es/aep>
- ³⁰¹ Asociación Española de Vacunología [Internet]. [citado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.vacunas.org>
- ³⁰² Hablemos de vacunas. Una campaña intergeneracional [Internet]. [citado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://hablemosdevacunas.es>
- ³⁰³ Salud sin bulos [Internet]. [citado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://saludsinbulos.com>
- ³⁰⁴ González Cano-Caballero M, Garrido Peña F, Gil García E, Cano-Caballero MD. Opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Andalucía acerca del virus del papiloma humano y su vacuna. *An. Sist. Sanit. Navar* [Internet]. 2018 [citado 3 abril 2018] enero-abril;41(1):27-34. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/59912/39297>
- ³⁰⁵ Camano-Puig R, Sanchis MM, Sanchis MM. Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 23 enero 2018] Jul 16;16(5):647–59. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41021/61982>
- ³⁰⁶ Limia A, Pachón I. Coverage of human papillomavirus vaccination during the first year of its introduction in Spain. *Euro Surveill* [Internet]. 2011 [citado 19 diciembre 2017] May 26;16(21). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.16.21.19873-en>
- ³⁰⁷ Owsianka B, Gańczak M. Evaluation of human papilloma virus (HPV) vaccination strategies and vaccination coverage in adolescent girls worldwide. *Przegl Epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 4 marzo 2018];69(1):53–8, 151–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25862448>
- ³⁰⁸ Agencia Europea del Medicamento. Ficha técnica o resumen de las características del producto. Gardasil [Internet]. 2017 [citado 12 enero 2018]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000703/WC500021142.pdf
- ³⁰⁹ Fernández ME, Le Y-CL, Fernández-Espada N, Calo WA, Savas LS, Vélez C, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs about human papillomavirus (HPV) vaccination among Puerto Rican mothers and daughters, 2010: a qualitative study. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2014 [citado 13 diciembre 2017] Dec 4;11:E212. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264466/>
- ³¹⁰ Stefanoff P, Mamelund S-E, Robinson M, Netterlid E, Tuells J, Bergsaker MAR, et al. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine*. 2010 Aug 9;28(35):5731–7.
- ³¹¹ Oldach BR, Katz ML. Ohio Appalachia public health department personnel: human papillomavirus (HPV) vaccine availability, and acceptance and concerns among parents of male and female adolescents. *J Community Health* [Internet]. 2012 [citado 23 febrero 2018] Dec;37(6):1157-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490016/>
- ³¹² Pérez S, Tatar O, Gilca V, Shapiro GK, Ogilvie G, Guichon J, et al. Untangling the psychosocial predictors of HPV vaccination decision-making among parents of boys. *Vaccine*. 2017 Aug 24;35(36):4713–21.
- ³¹³ Riaño Galán I, Martínez González C, Sánchez Jacob M. Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético. *An Pediatr (Barc)*. 2013 July;79(1):50.e1-50.e5.

- ³¹⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, nº274, de 15 noviembre de 2002).
- ³¹⁵ Delmar C. The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nurs Philos*. 2012 Oct;13(4):236-43.
- ³¹⁶ Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº249, de 29 de diciembre de 2016).
- ³¹⁷ Comité Asesor de Vacunas [Internet]. 2017 [citado 21 enero 2018]. Voluntariedad-obligatoriedad, consentimiento y renuncia a la vacunación [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-44-1#2>
- ³¹⁸ McRee A, Reiter PL, Brewer NT. Parents' Internet use for information about HPV vaccine. *Vaccine* [Internet]. 2012 [citado 13 enero 2018] May;30(25):3757-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346865/>
- ³¹⁹ Kontos EZ, Emmons KM, Puleo E, Viswanath K. Contribution of communication inequalities to disparities in human papillomavirus vaccine awareness and knowledge. *Am J Public Health* [Internet]. 2012 [citado 15 febrero 2018] Oct;102(10):1911-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490653/>
- ³²⁰ Prue G, Shapiro G, Maybin R, Santin O, Lawler M. Knowledge and acceptance of human papillomavirus (HPV) and HPV vaccination in adolescent boys worldwide: A systematic review. *J Cancer Policy*. 2016;10:1–15.
- ³²¹ Billie M, Susan M. An integrative review of promoting trust in the patient–primary care provider relationship. *J Adv Nurs*. 2014 Aug 12;71(1):3–23.
- ³²² Collier R. Professionalism: the importance of trust. *CMAJ* [Internet]. 2012 [citado 19 febrero 2018] Sep 18;184(13):1455–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447012/>
- ³²³ GfK. Estudio global GfK Verein, Confianza en las Profesiones [Internet]. 2016 [citado 21 enero 2018]. Disponible en: http://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/dyna_content/ES/Press_releases/NP-2016-Q2-GfK-Confianza_en_profesiones.pdf
- ³²⁴ Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017 [citado 19 febrero 2018];12(2):e0170988. Disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170988>
- ³²⁵ Brennan N, Barnes R, Calnan M, Corrigan O, Dieppe P, Entwistle V. Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013 [citado 19 febrero 2018] Dec 1;25(6):682–8. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/25/6/682/1796239>
- ³²⁶ Dinç L, Gastmans C. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nurs Ethics*. 2013 Aug;20(5):501–16.
- ³²⁷ Carter MA. Trust, power, and vulnerability: a discourse on helping in nursing. *Nurs Clin North Am*. 2009;44:393–405.

- ³²⁸ Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2017 [Internet]. 2017 [citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <https://healthpowerhouse.com/files/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>
- ³²⁹ Blendon R, DesRoches C, Fleischfresser Ch, Benson J, Weldon K et al, edit. Confianza en el Sistema Nacional de Salud, Resultados del Estudio Español [Internet]. Barcelona: Harvard University School of Public Health y Fundación Biblioteca Josep Laporte; 2006 [citado 12 enero 2018]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070516113210.pdf>
- ³³⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016 [Internet]. 2017 [citado 12 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- ³³¹ Australian Technical Advisory Group on Immunisation (ATAGI). The Australian immunisation handbook 10th ed (2015 update) [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health; 2015 [citado 3 marzo 2018]. Disponible en: [http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/7B28E87511E08905CA257D4D001DB1F8/\\$File/Aus-Imm-Handbook.pdf](http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/7B28E87511E08905CA257D4D001DB1F8/$File/Aus-Imm-Handbook.pdf)
- ³³² Torné A, Bayas JM, Castellsagué X, Castro M, García E, Martínez JC, et al. Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. Prog Obs Ginecol. 2012;55(Supl 1):10–31.
- ³³³ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Barcelona; 2009 [citado 23 julio 2017]. Seguridad de la vacuna frente al virus del papiloma humano gardasil: revisión en Europa (nota informativa) [aprox 1 pantalla]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/en/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/vacunas/2009/NI_2009-04_gardasil.htm
- ³³⁴ Organización Mundial de la Salud. Global Advisory Committee on Vaccine Safety Statement on the continued safety of HPV vaccination [Internet]. Ginebra; 2015 [citado 2 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000125190.pdf>
- ³³⁵ Angelo MG, David MP, Zima J, Baril L, Dubin G, Arellano F, et al. Pooled analysis of large and long-term safety data from the human papillomavirus-16/18-AS04-adjuvanted vaccine clinical trial programme. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2014 [citado 12 noviembre 2017] May;23(5):466–79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230467/>
- ³³⁶ Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Fox B, Scholar S, et al. Comparative immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine: follow-up from months 12-24 in a phase III randomized study of healthy women aged 18-45 years. Hum Vaccin [Internet]. 2011 [citado 12 noviembre 2017] Dec;7(12):1343–58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338932/>
- ³³⁷ Batista-Duharte A, Lastre M, Pérez O. Adyuvantes inmunológicos. Determinantes en el balance eficacia-toxicidad de las vacunas contemporáneas. Enferm Infec Microbiol Clin. 2014;32(2):106-14.
- ³³⁸ Cornellà i Canals J, Llusent Guillamet A. Particularidades de la entrevista con un adolescente. FMC. 2005 March 2005;12(3):147-54.
- ³³⁹ Abedian K, Shahhosseini Z. Barriers to health education in adolescents: health care providers' perspectives compared to high school adolescents. Int J Adolesc Med Health. 2015 Nov;27(4):433-6.

- ³⁴⁰ Stakic S, Zielony R, Bodiroza A, Kimzeke G. La educación entre iguales en el marco de conducta. *Entre Nous/Revista Europea de Salud Sexual y Reproductiva* [Internet]. 2003 [citado 3 maro 2018];56. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/entreNous/docs/EntreNous56.pdf>
- ³⁴¹ Sánchez C Sixto, Atencio L Guillermo, Duy Naguye, Grande B Mirtha, Flores O Maria, Chiappe G Marina et al. Comparación de la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, percepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2003 [citado 2 septiembre 2017] Oct;20(4):206-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342003000400006
- ³⁴² Shackleton N, Jamal F, Viner RM, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. *J Adolesc Health*. 2016;58(4):382-96.
- ³⁴³ González Meás F, Rodríguez Amaya AJ, Pérez-Vico Díaz de Rada L, Delgado García JM. Intervención comunitaria en centro educativo: entrevista a un profesional sanitario. *Ene* [Internet]. 2014 [citado 10 diciembre 2017];8(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200005
- ³⁴⁴ Colomer-Revuelta J. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2013 [citado 4 septiembre 2017] Sep;15(59): 261-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400016
- ³⁴⁵ Consejería de Salud y Bienestar Social. Programas de prevención de la salud en los centros educativos de Andalucía. Valoración de profesionales de atención primaria. Curso 2010/2011 [Internet]. Junta de Andalucía; 2012 [citado 3 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/programas_del_entorno_escolar/programas_promocion_salud/p_salud_centros_educativos_2011_12.pdf
- ³⁴⁶ SATSE. Radiografía de la Enfermería española. Visión política y visibilidad social [Internet]. 2014 [citado 3 enero 2018]. Disponible en: <https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/05/informe-radiografc3ada-de-la-enfermerc3ada-espac3b1ola.pdf>
- ³⁴⁷ Matamoros K, Obando N, Rivera S, Romero D, Torres C, Guzmán A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2007 [citado 10 julio 2017];12(1):1–12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44801201>
- ³⁴⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios, Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas [Internet]. 2016 [citado 4 mayo 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
- ³⁴⁹ Moya Martínez P, López MS, Bastida JL, Sotos FE, Pacheco BN, Aguilar FS, et al. Coste-efectividad de un programa de actividad física de tiempo libre para prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños de 9-10 años. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 [citado 21 noviembre 2017] May–June;25(3):198-204. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110003195>
- ³⁵⁰ Xu X, Alexander RL, Simpson SA, Goates S, Nonnemaker JM, Davis KC, et al. A Cost-Effectiveness Analysis of the First Federally Funded Antismoking Campaign. *Am J Prev Med* [Internet]. 2015 [citado 21 noviembre 2017] March;48(3):318-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4603744/>

- ³⁵¹ Espallargues M, Pons JMV, Almazán C, de Solà-Morales O. La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones de salud pública: ¿más vale prevenir que curar? *Gac Sanit*. 2011 June;25(Supplement 1):40-8.
- ³⁵² Fuzzell L, Shields CG, Alexander SC, Fortenberry JD. Physicians Talking About Sex, Sexuality, and Protection With Adolescents. *J Adolesc Health*. 2017 Jul;61(1):6-23.
- ³⁵³ Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis JK, Ostbye T, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 1 septiembre 2017] Feb;168(2):163-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428666/>
- ³⁵⁴ Carabez R, Scott M. 'Nurses don't deal with these issues': nurses' role in advance care planning for lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *J Clin Nurs*. 2016 Dec;25(23-24):3707-15.
- ³⁵⁵ Para Ramajo B, Boixados Porquet A. Formación y sensibilización de profesionales del ámbito de profesionales del ámbito sociosanitario en el respeto de la diversidad sexual. En: II Congreso Internacional de trabajo social (CIFETS). Logroño: Universidad de la rioja; 2016.
- ³⁵⁶ Nunes BP, Flores TR, Duro SM, Saes MO, Tomasi E, Santiago AD et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2015 [citado 3 junio 2017] Sep;4(3):411-20. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00411.pdf>
- ³⁵⁷ Palazzo L, Beria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003 [citado 10 junio 2017] Dic; 19(6):1655-65. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a10v19n6.pdf>
- ³⁵⁸ Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, del-Pino-Casado R, Armero Barranco D. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [citado 3 septiembre 2017] Nov 1;46(9):483–91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000638>
- ³⁵⁹ Uribe Alvarado JI, Riaño Garzón ME, Bonilla Cruz NJ, Carrillo Sierra SM, Hernández Peña Y, Bahamón MJ. Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente* [Internet], 2017 [citado 13 marzo 2018] ;20(37):25-35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372017000100025
- ³⁶⁰ Folasayo AT, Oluwasegun AJ, Samsudin S, Saudi SNS, Osman M, Hamat RA. Assessing the Knowledge Level, Attitudes, Risky Behaviors and Preventive Practices on Sexually Transmitted Diseases among University Students as Future Healthcare Providers in the Central Zone of Malaysia: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 [citado 2 marzo 2018];14(2). Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/2/159/htm>
- ³⁶¹ Saura Sanjaume S, Fernandez de Sanmamed Santos, M José, Vicens Vidal L, Puigvert Viu N, Mascort Nogué C, García Martínez J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [citado 1 septiembre 2017] 3;42(3):143-48. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepcion-del-riesgo-contraer-una-S0212656709004089>
- ³⁶² Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 2012 May;138(12):534-40.
- ³⁶³ Bárcena Gaona S, Robles Montijo S, Díaz-Loving R. El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta Investig Psicol* [Internet]. 2013 [citado 10 mayo 2017] April;3(1):956-68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709451>

- ³⁶⁴ Katzkowicz S, La Buonora L, Pieri D, Pandolfi Florencia Semblat J, Nuñez S, Sauval M, Thevenet N. El trabajo de cuidados desde una perspectiva de género y generaciones. Cuadernos Temáticos de la ENAJ [Internet]. 2015 [citado 21 enero 2018];3. Disponible: http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/57453/1/cuaderno_enaj-3_2015.pdf
- ³⁶⁵ Batthyany K, Genta N, Perrota V. El discurso experto sobre el cuidado desde una perspectiva de género: análisis comparativo entre el cuidado infantil y de adultos/as mayores en Uruguay. Rev. austral cienc. Soc [Internet]. 2013 [citado 12 enero 2018];25:23-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/459/45930943002.pdf>
- ³⁶⁶ Valentino K, Poronsky CB. Human Papillomavirus Infection and Vaccination. J Pediatr Nurs. 2016 March–April;31(2):e155-e166.
- ³⁶⁷ Brianti P, De Flammineis E, Mercuri SR. Review of HPV-related diseases and cancers. New Microbiol [Internet]. 2017 [citado 5 junio 2017]; 40(2):80-5. Disponible en: http://www.newmicrobiologica.org/PUB/allegati_pdf/2017/2/80.pdf
- ³⁶⁸ White L, Waldrop J, Waldrop C. Human Papillomavirus and Vaccination Of Males: Knowledge and Attitudes Of Registered Nurses. Pediatr Nurs. 2016 Jan-Feb; 42(1):21-30, 35.
- ³⁶⁹ Liddon N, Hood J, Wynn BA, Markowitz LE. Acceptability of human papillomavirus vaccine for males: A review of the literature. J Adolesc Health [Internet]. 2010 [citado 1 mayo 2017];46(2):113–23. Disponible en: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(09\)00608-9/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00608-9/fulltext)
- ³⁷⁰ Silva R, León D, Brebi P, Lli C, Roa JC, Sánchez R. Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. Rev. chil. Infectol [Internet]. 2013 [citado 2 enero 2017] Abr;30(2):186-92. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v30n2/art09.pdf>
- ³⁷¹ Giuliano AR, Lee J-H, Fulp W, Villa LL, Lazcano E, Papenfuss MR, et al. Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. Lancet [Internet]. 2011 [citado 13 junio 2017] Mar 12;377(9769):932–40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231998/>
- ³⁷² Soon R, Dela Cruz MR, Tsark JU, Chen JJ, Braun KL. A Survey of Physicians' Attitudes and Practices about the Human Papillomavirus (HPV) Vaccine in Hawai'i. Hawaii J Med Public Health [Internet]. 2015 [citado 3 mayo 2017] Jul;74(7):234-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4507363/>
- ³⁷³ Liddon NC, Leichter JS, Markowitz LE. Human Papillomavirus Vaccine and Sexual Behavior Among Adolescent and Young Women. Am J Prev Med. 2012 January;42(1):44-52.
- ³⁷⁴ Forster AS, Marlow LAV, Stephenson J, Wardle J, Waller J. Human papillomavirus vaccination and sexual behaviour: Cross-sectional and longitudinal surveys conducted in England. Vaccine 2012 July;30(33):4939-44.
- ³⁷⁵ Mather T, McCaffery K, Juraskova I. Does HPV vaccination affect women's attitudes to cervical cancer screening and safe sexual behaviour? Vaccine. 2012 May;30(21):3196-201.
- ³⁷⁶ Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. [Internet] 2017 May 12 [consultado 18 noviembre de 2017]; 92: 241-268. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255353/1/WER9219.pdf?ua=1>
- ³⁷⁷ Kavanagh K, Pollock KG, Cuschieri K, Palmer T, Cameron RL, Watt C, et al. Changes in the prevalence of human papillomavirus following a national bivalent human papillomavirus vaccination pro-

gramme in Scotland: a 7-year cross-sectional study. *The Lancet Infectious Diseases* 2017 December 2017;17(12):1293-302.

³⁷⁸ Brotherton JM, Jit M, Gravitt PE, Brisson M, Kreimer AR, Pai SI et al. Eurogin Roadmap 2015: How has HPV knowledge changed our practice: Vaccines. *Int J Cancer*. 2016 Aug 1;139(3): 510-17.

³⁷⁹ Oliver SE, Unger ER, Lewis R, McDaniel D, Gargano JW, Steinau M et al. Prevalence of Human Papillomavirus Among Females After Vaccine Introduction—National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 2003–2014. *J Infect Dis*. 2017 Sep 1;216(5):594-603.

³⁸⁰ Scott K, Batty ML. HPV Vaccine Uptake Among Canadian Youth and The Role of the Nurse Practitioner. *J Community Health*. 2016; 41(1): 197-205.

³⁸¹ Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr* [Internet]. 2012 [citado 3 septiembre 2017] Sep 21;12:154. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-12-154>

³⁸² Fu LY, Zook K, Spoehr-Labutta Z, Hu P, Joseph JG. Search Engine Ranking, Quality, and Content of Web Pages That Are Critical Versus Noncritical of Human Papillomavirus Vaccine. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2016 [citado 2 mayo 2017];58(1):33-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695228/>

³⁸³ Sotiriadis A, Dagklis T, Siamanta V, Chatzigeorgiou K, Agorastos T; LYSISTRATA Study Group. Increasing fear of adverse effects drops intention to vaccinate after the introduction of prophylactic HPV vaccine. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(6):1719-24.

³⁸⁴ Stillo M, Carrillo Santistevé P, Lopalco PL. Safety of human papillomavirus vaccines: a review. *Expert Opin Drug Saf* [Internet]. 2015 [citado 18 marzo 2017];14(5):697-712. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4667712/>

³⁸⁵ Rodríguez-Galán MA, Pérez-Vilar S, Díez-Domingo J, Tuells J, Gomar-Fayos J, Morales-Olivas F, et al. Notificación de reacciones adversas a la vacuna frente al virus del papiloma humano en la Comunidad Valenciana (2007-2011). *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2014 [citado 2 julio 2017] November;81(5):303-09. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-notificacion-reacciones-adversas-vacuna-frente-articulo-S1695403313004980>

³⁸⁶ Macartney KK, Chiu C, Georgousakis M, Brotherton JM. Safety of human papillomavirus vaccines: a review. *Drug Saf*. 2013 Jun;36(6):393-412.

³⁸⁷ Organización Mundial de la Salud. GACVS Safety update on HPV Vaccines [Internet]. Genova; 2013 [consultado 2 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/130619HPV_VaccineGACVSstatement.pdf

³⁸⁸ Hernández Merino A. Papel de los centros de Atención Primaria en los programas de vacunación infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2005 [citado 3 abril 2017];7 Supl 4:S29-41. Disponible en: <http://archivos.pap.es/files/1116-491-pdf/516.pdf>

³⁸⁹ Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine* [Internet]. 2015 [citado 19 abril 2018] Aug 14;33(34):4191–203. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005058?via%3Dihub>

³⁹⁰ Odone A, Ferrari A, Spagnoli F, Visciarelli S, Shefer A, Pasquarella C, et al. Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage. *Hum Vaccin Immunot-*

her [Internet]. 2015 [citado 15 abril 2018];11(1):72–82. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4514191/>

³⁹¹ Amicizia D, Domnich A, Gasparini R, Bragazzi NL, Lai PL, Panatto D. An overview of current and potential use of information and communication technologies for immunization promotion among adolescents. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2013 [citado 10 abril 2018];9:2634–42. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162062/>

³⁹² Cooney F, Ryan A, Schinaia N, Breslin A. Using electronic mail to improve MMR uptake amongst third level students. *Ir Med J*. 2010; 103:72 – 4

³⁹³ Community Preventive Services Task Force. Vaccination Programs: Community-Wide Education When Used Alone [Internet]. 2016 [citado 13 abril 2018]. Disponible en:
https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Communitywide-Education_2.pdf

³⁹⁴ Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2013 [citado 13 marzo 2018]. New app will help parents keep track of their children’s vaccinations [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/news/news/2013/04/new-app-will-help-parents-keep-track-of-their-childrens-vaccinations>.

³⁹⁵ Kaufman J, Synnot A, Ryan R, Hill S, Horey D, Willis N, et al. Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 12 abril 2018] May; 31(5):CD010038. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010038.pub2/full>

³⁹⁶ Wigham S, Ternent L, Bryant A, Robalino S, Sniehotta F, Adams J. Parental Financial Incentives for Increasing Preschool Vaccination Uptake: Systematic Review. *Pediatrics* [Internet]. 2014 [citado 15 abril 2018];134(4):e1117–e1128. Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/09/peds.2014-1279.full.pdf>

³⁹⁷ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Client or Family Incentive Rewards [Internet]. 2015 [citado 13 abril 2018]. Disponible en:
<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Incentive-Rewards.pdf>

³⁹⁸ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Vaccination Requirements for Child Care, School, and College Attendance [Internet]. 2016 [citado 13 abril 2018]. Disponible en: https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Requirements-for-Attendance_1.pdf

³⁹⁹ Community Preventive Services Task Force. Vaccination Programs: Monetary Sanction Policies [Internet]. 2015 [citado 13 abril 2018]. Disponible en:
https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Monetary-Sanctions_0.pdf

⁴⁰⁰ Organización Mundial de la Salud. Report of the SAGE working Group on vaccine hesitancy [Internet]. 2014 [citado 13 abril 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

⁴⁰¹ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination. Evidence-Based Interventions for Your Community [Internet]. 2017 [citado 13 abril 2018]. Disponible en:
<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Factsheet-Vaccination.pdf>

⁴⁰² Musto R, Siever JE, Johnston JC, Seidel J, Rose MS, McNeil DA. Social equity in Human Papilloma-virus vaccination: a natural experiment in Calgary Canada. *BMC Public Health*. 2013 Jul 9;13:640.

- ⁴⁰³ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Home Visits to Increase Vaccination Rates [Internet]. 2016 [citado 13 abril 2018]. Disponible en: https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Home-Visits_0.pdf
- ⁴⁰⁴ Groom H, Hopkins DP, Pabst LJ, Murphy Morgan J, Patel M, Calonge N, et al. Immunization information systems to increase vaccination rates: a community guide systematic review. *J Public Health Manag Pract* [Internet]. 2015 [citado 15 abril 2018] May-Jun;21(3):227-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710270/>
- ⁴⁰⁵ Community Preventive Services Task Force. Recommendation for use of immunization information systems to increase vaccination rates. *J Public Health Manag Pract*. 2015 May-Jun;21(3):249-52.
- ⁴⁰⁶ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Provider Assessment and Feedback [Internet]. 2016 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Provider-Assessment-and-Feedback.pdf>
- ⁴⁰⁷ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Provider Reminders [Internet]. 2014 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Provider-Reminders_0.pdf
- ⁴⁰⁸ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Standing Orders [Internet]. 2016 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Standing-Orders.pdf>
- ⁴⁰⁹ Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Health Care System-Based Interventions Implemented in Combination [Internet]. 2015 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/Vaccination-Health-Care-System-Based-Interventions-Implemented-in-Combination-Archive.pdf>
- ⁴¹⁰ Community Preventive Services Task Force. Vaccination Programs: Community-Based Interventions Implemented in Combination [Internet]. 2015 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Vaccination-Community-Based-in-Combination.pdf>
- ⁴¹¹ Gowda C, Schaffer SE, Kopec K, Markel A, Dempsey AF. A pilot study on the effects of individually tailored education for MMR vaccine-hesitant parents on MMR vaccination intention. *Hum Vaccines Immunother* [Internet]. 2013 [citado 14 abril 2018];9(2):437-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3859769/>

H. ANEXOS

ANEXO 1: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

**DON JAVIER SALMERÓN ESCOBAR, EN CALIDAD DE
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
DE LA PROVINCIA DE GRANADA,**

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado favorablemente, en su reunión celebrada el día 23 de febrero de 2015, el proyecto de Tesis presentado por D^a. María González Cano-Caballero, titulado: **"Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del Virus del Papiloma Humano"**.

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el mencionado estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Y que este Comité acepta que dicho proyecto sea realizado.

Lo que firmo en Granada, a veinticuatro de febrero de dos mil quince.



Nº 72

HOSPITAL UNIVERSITARIO "San Cecilio"
Avda. Dr. Clóriz, 16. 18012 - GRANADA
Tfno.: 958 02 30 00

ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA ALUMNOS

Nos dirigimos a ustedes para que nos den la autorización para que su hijo/a pueda participar en el proyecto de investigación titulado: **Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del Virus del Papiloma Humano.** Para ello vamos a llevar a cabo una reunión en la clase de su hijo/a para realizar un grupo focal, con el fin de obtener datos sobre el nivel de conocimientos que tiene la población adolescente sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención, así como sobre el Virus del Papiloma Humano y su vacuna.

Esta información servirá de base para un proyecto de investigación que se ha planteado dentro de una tesis doctoral de la Universidad de Sevilla, cuya doctoranda es María González Cano-Caballero.

Los datos obtenidos, serán anónimos y tratados con la máxima confidencialidad por lo que su hijo/a no tiene que identificarse con su nombre. El tratamiento de los datos será acorde la legislación vigente (Ley Orgánica 15/99), por lo que la información obtenida, se usará para esta investigación, tras la cual serán destruidos todos los datos.

Usted podrá decidir que su hijo abandone la investigación en cualquier momento.

Para cualquier duda al respecto no dude en ponerse en contacto con la investigadora, por medio de correo electrónico. Sus datos están al final de la notificación. También puede pedir información al tutor/a de la clase de su hijo.

Firmado: María González Cano-Caballero. Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica.
Correo: mgonzalez79@us.es

HOJA DE CONSENTIMIENTO ALUMNO

Don/ña padre/madre del centro de enseñanza doy mi consentimiento para que mi hijo: participe en los grupos focales del proyecto de investigación titulado: **Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del Virus del Papiloma Humano**. Declaro que he leído la hoja informativa, la he comprendido y he podido aclarar todas mis dudas al respecto.

He sido informado de la confidencialidad y el tratamiento de los datos y del derecho de mi hijo/a a abandonar la investigación en cualquier momento.

Firma del padre

_____ (Firma) _____
(Fecha)

Firma de la investigadora

_____ (Firma) _____
(Fecha)

ANEXO 3: HOJA INFORMATIVA PADRES

Nos dirigimos a usted para pedirle que participe al igual que su hijo/a en el proyecto de investigación titulado: **Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del Virus del Papiloma Humano.**

Vamos a llevar a cabo un grupo focal con los padres/madres de los/as alumnos/as de 3o y 4o de la E.S.O, con el fin de obtener datos sobre el nivel de conocimientos que tienen sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención, conductas de riesgo, así como sobre el Virus del Papiloma Humano y su vacuna.

Para ello, usted tendrá que acudir al colegio de su hijo el día establecido que se le indicará con tiempo suficiente por parte de la dirección del centro.

Esta información servirá de base para un proyecto de investigación que se ha planteado dentro de una tesis doctoral de la Universidad de Sevilla, cuya doctoranda es María González Cano-Caballero.

Los datos obtenidos, serán anónimos y tratados con la máxima confidencialidad por lo que su hijo/a no tiene que identificarse con su nombre. El tratamiento de los datos será acorde a la legislación vigente (Ley Orgánica 15/99), por lo que la información obtenida, se usará para esta investigación, tras la cual serán destruidos todos los datos.

Usted podrá decidir abandonar la investigación en cualquier momento.

Para cualquier duda al respecto no dude en ponerse en contacto con la investigadora, por medio de correo electrónico. Sus datos están al final de la notificación.

Firmado: María González Cano-Caballero. Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica.

Correo: mgonzalez79@us.es

ANEXO 4: HOJA INFORMATIVA PROFESIONALES SANITARIOS

Nos dirigimos a usted para pedirle que participe en el proyecto de investigación titulado: **Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del Virus del Papiloma Humano.**

Para ello vamos a llevar a cabo grupos focales, con el fin de obtener datos sobre el nivel de conocimientos que tiene la población adolescente sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención. También abordaremos el Virus del Papiloma Humano y su vacuna. Consideramos que es muy importante saber su opinión y sus conocimientos sobre el tema, ya que son un referente en salud para la población.

Las reuniones se realizarán en su centro de trabajo y sus opiniones serán grabadas. Esta información servirá de base para un proyecto de investigación que se ha planteado dentro de una tesis doctoral de la Universidad de Sevilla, cuya doctoranda es María González Cano-Caballero.

Los datos obtenidos, serán anónimos y tratados con la máxima confidencialidad por lo que usted no tiene que identificarse con su nombre. El tratamiento de los datos será acorde a la legislación vigente (Ley Orgánica 15/99), por lo que la información obtenida, se usará para esta investigación, tras la cual serán destruidos todos los datos.

Para cualquier pregunta al respecto no dude en ponerse en contacto con la investigadora, por medio de correo electrónico. Sus datos están al final de la notificación.

Firmado: María González Cano-caballero Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica.

Correo: mgonzalez79@us.es

Opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Andalucía acerca del virus del papiloma humano y su vacuna

Opinions of Andalusian primary health care professionals about human papillomavirus and its vaccine

doi.org/10.23938/ASSN.0126

M. González Cano-Caballero¹, F. Garrido Peña², E. Gil García³, M.D. Cano-Caballero Gálvez⁴

RESUMEN

Fundamento. El virus del papiloma humano (VPH) es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes, pero su tasa de vacunación es de las más bajas en Andalucía. El objetivo de este estudio es conocer las opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la prevención en adolescentes de la infección por el VPH y la administración de su vacuna.

Método. Investigación cualitativa mediante seis grupos focales con profesionales de centros de Atención Primaria de Sevilla, Granada y Jaén. Participaron 45 profesionales sanitarios. Se realizó un análisis de contenido de tipo semántico con categorización de respuestas en unidades temáticas.

Resultados. Los profesionales reconocen las dificultades de llegar a la población adolescente en temas de prevención de conductas sexuales de riesgo, por falta de tiempo y poca preocupación de los adolescentes por las medidas preventivas. Aunque reconocen la sintomatología de la infección por el VPH, no todos tienen claro si el varón padece la enfermedad así como la asociación de la infección con cánceres distintos al de cérvix. Dudan a la hora de recomendar la vacuna, dejando en manos de los progenitores la decisión de la vacunación de sus hijas.

Conclusiones. Sería recomendable establecer estrategias que mejoren la información que tienen los profesionales acerca del VPH, así como de los beneficios de la vacuna, para que los transmitan claramente y con asertividad a los padres; esto evitaría incertidumbre en los progenitores, mejoraría las tasas de vacunación y disminuiría las complicaciones de la infección (cáncer).

Palabras clave. Atención Primaria de Salud. Virus del Papiloma Humano. Vacunas. Investigación cualitativa.

ABSTRACT

Background. The human papillomavirus (HPV) is the most common sexually transmitted disease, but its vaccination coverage is among the lowest in Andalusia. The aim of this study is to determine what primary health care professionals think and find out about the prevention of HPV infection among adolescents and the administration of the vaccine.

Method. Qualitative study using six focus groups with professionals from Primary Health Care in Seville, Granada and Jaen. Forty-five professionals participated. An analysis of the semantic content was made, and answers were categorized in thematic units.

Results. Professionals recognize the difficulties in reaching the adolescent population concerning prevention of sexual risk behaviors, due to lack of time and little concern amongst adolescents about the preventive measures. Although the professionals recognize the symptoms of HPV infection, some did not know about the disease in men as well as the association with other cancers other than cervical cancer. They hesitate over whether to recommend the vaccine or not, leaving the decision to vaccinate their daughters in the hands of the parents.

Conclusion. It would be advisable to establish strategies that improve the information that the professionals have about HPV as well as the benefits of the vaccine, so that they can transmit the benefits clearly and assertively to the parents. This would avoid parental uncertainty, improve vaccination rates, and decrease complications of infection (cancer).

Keywords. Primary health care. Human Papillomavirus. Vaccines. Qualitative research.

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (1): 27-34

1. Departamento de Enfermería. Facultad de Melilla. Universidad de Granada.
2. Departamento de Derecho Penal, Filosofía del Derecho, Filosofía Moral y Filosofía. Universidad de Jaén.
3. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.
4. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Gestión de Cuidados del Complejo Hospitalario de Granada.

Correspondencia:

María Dolores Cano-Caballero Gálvez
Facultad de Ciencias de la Salud
Avda. de la Ilustración, 60
18071 Granada
E-mail: mariadolorescanocaba@ugr.es

Recepción: 16/09/2017
Aceptación provisional: 08/11/2017
Aceptación definitiva: 19/12/2017

M. González Cano-Caballero y otros

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) provoca una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Existen más de cien tipos distintos de VPH, cada uno de ellos da un conjunto característico de lesiones epiteliales¹. Se considera que el 100% de los cánceres de cuello uterino son debidos al VPH². El VPH genital no se propaga a través de la sangre o fluidos corporales, se transmite, principalmente, mediante el contacto directo de piel a piel durante el sexo vaginal, oral o anal³. La prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, siendo más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (entre los 15-25 años de edad)⁴. Los adolescentes que inician su vida sexual a edad temprana tienen mayor riesgo de desarrollar una lesión preneoplásica o precáncer, debido a que la unión escamo-columnar del cuello uterino se encuentra en proliferación activa.

A nivel mundial, anualmente, se atribuyen a la infección por VPH unos 530.000 cánceres de cérvix, lo que lo convierte en el segundo cáncer más común entre mujeres de 15 a 44 años. En España se diagnostican unos 2.500 casos al año².

En la actualidad se comercializan tres vacunas contra el VPH. Estas vacunas son: la vacuna bivalente, que contiene partículas similares a VPH de los genotipos 16 y 18⁴; la vacuna tetravalente, para los VPH de los genotipos 6, 11, 16 y 18; y la vacuna nonavalente con ADN recombinante de los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, comercializada en la actualidad en Estados Unidos y algunos países de Europa, incluido España⁵.

Existen evidencias que muestran una reducción del 71% en la infección por VPH entre los jóvenes de 14 a 19 años tras ocho años de la introducción de la vacuna tetravalente⁶. Pese a que la vacunación es eficaz contra la infección por VPH, en España la cobertura vacunal fue del 77,5% durante el curso escolar 2015-2016, mientras que en Andalucía fue del 63,3%, de las más bajas a nivel nacional⁷.

Aunque, como ya se ha dicho, existen estudios que justifican el uso de la vacuna para la reducción del riesgo de contagio

del VPH, aún hay reticencias para la vacunación por parte de agentes sociales y de colectivos de profesionales sanitarios⁸. La literatura muestra que la actitud de los profesionales que realizan la vacunación es en muchas ocasiones clave e influye para la decisión final de los padres respecto a la vacunación o no de sus hijos⁹.

Este trabajo pretende explorar, desde una aproximación cualitativa, la opinión y conocimiento de los profesionales sanitarios de las provincias de Granada, Jaén y Sevilla sobre el VPH, la vacuna y las dificultades que encuentran en la implementación de los programas de prevención que realizan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo realizado entre enero y mayo de 2016 basado en grupos focales registrados mediante audio y toma de notas por parte de un observador. Para la puesta en marcha del estudio se obtuvieron los avales de los Comités de Ética provinciales de Granada, Sevilla y Jaén.

Primeramente, se realizó un pilotaje con un grupo focal para comprobar la adecuación de las preguntas planificadas y los sistemas de registro. En la tabla 1 se muestra el guión usado para la discusión en los grupos. Los participantes fueron 45 profesionales sanitarios (enfermería de atención primaria (AP), medicina de familia y pediatría) divididos en seis grupos focales. Todos atendían a población adolescente. Los participantes fueron seleccionados por muestreo por conveniencia, en centros de AP de Granada, Sevilla y Jaén, por la accesibilidad y proximidad de los investigadores a los centros. Se tuvo en cuenta: su actividad asistencial en AP (al menos de un año), la atención a jóvenes y su voluntad de participar. Se contactó previamente con los responsables de los centros, quienes citaron a los profesionales a una reunión para la realización de los grupos focales. Previamente a la participación de los mismos se les informó por escrito de la finalidad de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado verbal de todos los participantes. Asistieron aquellos que

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANDALUCÍA ACERCA DEL VIRUS...

Tabla 1. Guión de entrevista a los profesionales de medicina de Atención Primaria

Categoría	Preguntas
Programas de prevención	- ¿Hacen programas de prevención de VPH con jóvenes? ¿Y programas de prevención sobre conductas de riesgo? - ¿Dónde y cómo los hacen? ¿Qué temas abordan? - En caso de que no se hagan, ¿por qué? - ¿Qué piensan de su efectividad? - ¿Cómo miden los resultados? - ¿Qué aspectos creen que debe mejorar?
ITS y adolescentes	- Problemática que encuentran en la consulta con respecto a las ITS y, más concretamente, con la infección del VPH.
VPH	- ¿Conoce los síntomas del VPH? - ¿A quién afecta? - ¿Qué consecuencias tiene su infección? - ¿Cómo se previene su contagio?
Vacuna VPH	- ¿Cuál es su opinión sobre la vacuna? - ¿Está a favor o en contra de la vacuna? - ¿Qué beneficios tiene? - ¿Ha visto algún efecto secundario en adolescentes tras la vacunación? - Desde la administración, ¿cómo abordan la vacunación del VPH?

VPH: virus del papiloma humano; ITS: infecciones de transmisión sexual.

Tabla 2. Perfil de los participantes (45 profesionales sanitarios) y composición de los grupos focales (GF)

	GF1 Sevilla	GF2 Sevilla	GF3 Granada	GF4 Granada	GF5 Granada	GF6 Jaén
Sexo						
Mujer	4	8	5	2	5	7
Varón	0	1	2	5	3	2
Perfil profesional						
Enfermería	4	8	7	0	4	9
Medicina de familia	0	1	0	7	4	0
Pediatría	0	0	0	0	1	0
Años desde finalización de la carrera^a	29,7 (5,7)	26,8 (15,0)	23,4 (9,2)	32,1 (3,7)	27,0 (11,5)	20,4 (7,8)
Años en Atención Primaria^a	16,0 (7,1)	13,6 (11,8)	11,5 (8,5)	30,7 (4,2)	23,0 (11,2)	14,7 (9,6)

^a. Media (desviación típica).

estaban interesados en participar. El número de grupos estuvo determinado por el criterio de saturación.

Los participantes se reunieron por centro de salud. De los seis grupos realizados, tres incluían a profesionales de enfermería, uno incluía a profesionales de medicina y dos eran mixtos (enfermería y medicina). La inclusión de más profesionales de enfermería se basó en que son los responsables del programa vacunal. La duración de las sesiones fueron de 45 minutos. Todos los

grupos fueron moderados por una misma investigadora. Hubo una observadora, que también tomaba notas. Los grupos se identificaron con las siglas GF (grupo focal) y el número del grupo; a cada integrante se le dio también un número por orden de intervención.

En la tabla 2 se muestra la composición de los grupos focales con el perfil de los participantes.

La información se interpretó mediante un análisis de contenido por ambos inves-

M. González Cano-Caballero y otros

tigadores participantes en los grupos focales. Las fases realizadas fueron: a) lectura reiterada de las transcripciones textuales; b) configuración de los códigos o unidades de significado básicas; c) construcción de las categorías a través de la combinación de los códigos; d) comparación por los investigadores de los resultados obtenidos (frecuencias y patentes) por separado y acuerdo de códigos y categorías finales. No se valoró el lenguaje no verbal. Para la codificación se usó el programa de análisis cualitativo NVIVO versión 10.0.

RESULTADOS

Programas de prevención

Respecto a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), todos los profesionales expresaron que la forma que conocen de llegar a los jóvenes, en este aspecto, es en los colegios, a través de la estrategia de salud Forma Joven de la Junta de Andalucía (la cual busca promover actitudes y comportamientos saludables en adolescentes y jóvenes con la implicación de los profesionales sanitarios de todos los centros de AP del territorio andaluz).

GF4-1: *Quizás por eso la Forma Joven es un medio más asequible para ellos, porque ellos saben que van a consultarte algo como profesional, pero que de allí no va a salir lo que diga.*

La temática que abordan, según los participantes, se adapta a lo que les piden los centros docentes, sobre todo en relación con los temas relacionados con alcohol, drogas y sexualidad. De los grupos participantes solamente uno expresó dificultad para realizar prevención por el carácter religioso de algunos centros educativos.

GF4-1: *Un poco a demanda de lo que el centro demande.*

GF2-4: *Drogas y alcohol te lo demandan ya los institutos, los más mayores, o las escuelas taller, esos si nos demandaban siempre que les fuéramos a hablar de drogas y alcohol y de sexualidad.*

GF5-7: *Los centros no colaboran, son colegios religiosos y no quieren que se les dé.*

Destacaron como puntos a mejorar que los programas de prevención comienzan cuando el alumnado es muy mayor, así como la dificultad que tienen de dedicarle más tiempo de su actividad laboral al programa Forma Joven.

GF6-5: *Yo creo que las intervenciones y las cosas para la salud se deberían de hacer desde los primeros años, desde preescolar, que empiecen con los temas más básicos, la higiene bucal, el cepillado de dientes. Primero que hay que hacerlo a edades más tempranas y que tenga una continuidad, una frecuencia, más de la que se tiene.*

GF6-5: *Pero ya empezamos con el mismo tema, que es la falta de personal, que esas cosas no se pueden hacer actualmente con la falta que tenemos.*

Además, los profesionales expresaron que los jóvenes solo acuden a consulta tras realizar conductas de riesgo y que es el único momento donde pueden y se plantean dar educación, ya que es difícil captarlos.

GF5-4: *Cuando vienen a la consulta y hacen una conducta ya de cierto riesgo, entonces pues asesoras. Si en una niña de 13 años, de 14 años si viene a por un análisis o por otro motivo, no se lo abordas, pero si ya ha habido una conducta o la madre habla de algún tema así en relación haces hincapié.*

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Los profesionales afirmaron que a los jóvenes y padres lo que más le preocupa es el embarazo, pues lo ven como algo más inmediato que las ETS.

GF2-1: *Ellos se centran más en el embarazo, las ETS les da igual.*

GF3-2: *El único miedo de los padres y de los hijos es el embarazo, porque yo he hecho urgencias y es la píldora, es lo que vienen buscando.*

Virus del papiloma humano (VPH)

Los profesionales sí conocen que el estar infectado por el VPH puede no dar síntomas o causar verrugas genitales.

GF2-6: *Síntomas, yo creo que hay personas que tienen el virus que no tienen sín-*

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANDALUCÍA ACERCA DEL VIRUS...

tomas. Yo creo que hay personas que se lo detectan por una citología.

GF1-3: *Ninguno, solamente que en citología veas que tiene verruguitas en el cuello del útero y entonces ya le hacen una biopsia o lo que sea.*

En cambio, cuando preguntamos quién puede padecer la enfermedad, solo tres profesionales afirmaron que el hombre puede padecerla, el resto manifiesta que la transmite pero no la padece.

GF6-1: *Lo transmite (varones) pero no lo padece.*

GF3-4: *Puede ser el portador del papiloma, él no lo padece*

Al preguntarles sobre la forma de prevención, solo dos profesionales nombraron la vacuna, el resto habla de métodos barrera y disminución del número de parejas sexuales.

GF4-3: *Es una enfermedad transmitida por un virus, hay que protegerse con un preservativo.*

GF1-2: *Métodos barrera y evitar la promiscuidad.*

Vacuna frente al VPH

Al centrarnos en la vacuna frente al VPH, la mayoría de los profesionales resaltó que esta es beneficiosa para la prevención, aunque combinada con que los jóvenes usen preservativo. Pocos profesionales creyeron necesaria la vacunación de los varones.

GF2-9: *Yo creo que sí que hay que ponerla, pero siempre acompañado de la educación sanitaria, que no te previene de otras ETS e incluso del papilom,; la que teníamos antes, la Cervarix, solamente de 2 serotipos.*

GF5-2: *Sí recomiendo al vacuna sin bajar la guardia, es decir, y cuando se inicien las relaciones sexuales que deben de someterse a las citologías.*

Pese a que la mayoría estaban a favor de la administración de la vacuna, manifestaron dudas sobre sus beneficios o efectos adversos, dejando en manos de los progenitores la decisión. Algunos profesionales apostaron en mayor grado por medidas educativas y de cribado, e incluso había profesionales que justificaron la no vacunación en jóvenes un poco mayores.

GF2-1: *Yo recomendaría más los procesos de cribado a la gente joven en mi consulta antes que la vacuna. Si es obligatoria que nos obliguen, pero que dejen claro por qué sí o por qué no.*

GF1-3: *Yo creo que todavía es pronto para saber la efectividad y demás... es una medida que puede que sea efectiva, todavía no se sabe pero siempre está acompañada de eso, de la prevención, del cribaje, de la educación en sexualidad, de las medidas de barrera que son las que protegen, que siempre esté acompañada de una educación y una prevención, no solamente la vacuna.*

GF6-1: *Desde mi punto de vista es difícil, yo doy la información, yo lo que hago en mi trabajo es que yo doy la información de lo que hay y luego ya los padres y las madres deciden si se la ponen o no se la ponen, pero yo nunca voy a decir si sí o si no.*

A lo anterior se le une que, según los profesionales desde la administraciones públicas, se presta poca atención a esta vacuna, lo que hace que a ellos les llegue menos información que con otras vacunas.

GF3-5: *Incluso con otras vacunas, a través del distrito si nos mandan los porcentajes de vacunación que tenemos, pero del papiloma es que ni nos mandan datos, nada, para el resto si nos mandan datos.*

GF5-2: *Ni reuniones para el papiloma, nada.*

Respecto a los efectos secundarios, solo un profesional dijo haber visto algún caso cuando trabajó en hospitalización. Refirió que hicieron pruebas diagnósticas a chicas que se habían vacunado y sufrieron una reacción vasovagal tras estas, aunque expresó no conocer si finalmente se relacionó con la vacuna y, aunque no tenía pruebas, en su discurso lo relaciona. El resto de profesionales relató que en el centro de salud no han atendido menores con efectos adversos graves salvo los locales, comunes a las demás vacunas.

GF2-6: *Las niñas que están viniendo ahora a vacunarse, yo siempre les pregunto si han tenido efectos secundarios, si les ha sentado bien la vacuna; no está habiendo efectos secundarios de la vacuna.*

GF6-2: *Los típicos de todas.*

M. González Cano-Caballero y otros

GF3-2: *Yo vi en un verano, por lo menos había seis niñas, le puse Holters, y era relacionado con la vacuna del papiloma. Bueno, relacionado, un efecto.*

DISCUSIÓN

Cuando se habla de prevención con los profesionales, el discurso coincide con lo expresado en la literatura. Hay estudios que muestran que el 90% de los profesionales están muy satisfechos con el programa de prevención Forma Joven, además de verlo como muy adecuado o adecuado¹⁰. También se ha documentado que en los centros donde se imparte el programa el alumnado inicia las relaciones sexuales más tarde que en el que no se imparte¹¹.

Las dificultades encontradas en los programas de prevención coinciden con lo que se refleja en otro estudio, donde los profesionales expresan la falta de tiempo para realizar el programa, unido a la carga asistencial y la no inclusión de Forma Joven en las agendas de Enfermería, lo que disminuye el tiempo de dedicación al programa¹⁰. Una forma de solucionar esta situación y disminuir la carga de trabajo del personal de AP, sería incluir la figura de la enfermera escolar¹².

Un aspecto importante recogido en el estudio es la dificultad para trabajar la prevención con los adolescentes, ya que como se ha visto en la bibliografía, estos acuden con poca frecuencia al centro de salud y, cuando lo hacen, es por problemas agudos y raramente por prevención¹³. A esto se le une que cuando acuden a consulta, a los adolescentes no les apetece hablar de ningún otro tema que se salga del motivo de esta¹⁴. Por ello, es importante aprovechar la formación oportunista en las consultas desde el inicio del desarrollo puberal, ya que los estudios muestran que la educación antes de la aparición de la conducta es eficaz para su prevención. Según se recoge en la bibliografía, el lugar ideal para la educación para la salud son los colegios¹⁵.

Las ETS son un tema debatido y estudiado. Los adolescentes tienen mucha información a su alcance sobre prevención, pero no la capacitación necesaria. Al igual

que en otros trabajos publicados, a los profesionales participantes les preocupa que los adolescentes tengan poca conciencia del riesgo que le atribuyen a ciertas actuaciones que pueden comprometer su salud, pues aunque tienen información a su alcance sobre prevención, les falta formación^{16,17}.

Si nos centramos en el VPH, a pesar de que algunos resultados pueden sugerir que tienen dudas sobre cómo se transmite el VPH, en general los profesionales tienen buen conocimiento sobre la sintomatología, lo que coincide con los estudios consultados¹⁸. Pero, a diferencia de esos estudios, desconocen las consecuencias sexuales y reproductivas de la infección¹⁸. Cuando se les pide a los participantes que nos informen de lo que saben de la infección del VPH en varones, encontramos que la mayoría no conocen el riesgo de que los varones puedan padecer la infección, y por tanto tampoco tienen claro que sea necesaria su vacunación, algo que contrasta con la literatura consultada^{19,20}. Puede que sea porque en los países donde se han realizado los estudios ya se vacunan a los varones, por tanto los profesionales tienen más información al respecto.

Según la evidencia, para evitar la mayoría de las ETS es importante el uso de métodos barrera (algo que no es tan efectivo para prevenir la infección por el VPH, ya que se transmite por el contacto piel con piel) y estos por sí solos no son totalmente eficaces²¹. Algunos resultados pueden sugerir que los profesionales tienen dudas sobre cómo se transmite, lo que podría explicarse porque, aunque los jóvenes se infecten, los resultados fatales de ese contagio se ven a edad más adulta¹⁹.

En cuanto a la vacuna del VPH, los profesionales destacan la importancia de tomar otras medidas preventivas además del uso de la misma, coincidiendo con otros estudios²². El cribado es una parte importante para la prevención, pero se ha visto que la implementación de programas de vacunación es más viable contra el VPH que otras estrategias, sobre todo en población donde las medidas de seguimiento de la salud no son tan accesibles²³.

La información que tienen los profesionales sobre la vacuna no siempre está basa-

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANDALUCÍA ACERCA DEL VIRUS...

da en las recomendaciones de los últimos estudios⁸. Lo anterior, unido a la influencia de los grupos antivacunas que han creado una gran polémica social sobre los efectos adversos mayores de la vacuna del VPH, así como los mensajes implícitos de la administración, que no exige a los profesionales entre sus objetivos el mismo porcentaje de cumplimiento en la tasa de vacunación del VPH que con otras vacunas de la infancia, hace que los profesionales duden a la hora de dar información a los padres sobre los beneficios de la vacuna, rellenando esa duda con comentarios no científicos²⁴. Los profesionales deben tener información basada en la evidencia sobre los beneficios, eficacia y efectos secundarios de la vacuna y las organizaciones sanitarias deben favorecer dicha formación²⁵⁻²⁸.

Aunque se sabe que son importantes las medidas de cribado para evitar complicaciones post-infección²³ la administración de la vacuna es una medida preventiva que se ha demostrado eficaz⁶.

El asesoramiento y las recomendaciones de los profesionales sanitarios tienen una gran influencia en los progenitores a la hora de decidir sobre la salud de sus hijos²⁹. Cuando los profesionales no se posicionan claramente a favor de la vacuna y dejan la decisión en los progenitores, sin una información clara y rotunda, crea en estos mucha desconfianza; lo que hace que estos busquen información sobre el tema en otros ámbitos como internet; donde la información que ofrecen los grupos antivacunas, muy activos en estos nuevos canales de comunicación^{30,31} aparece posicionada en las primeras opciones. Como consecuencia, en muchas ocasiones, los progenitores se deciden por la no vacunación de sus hijas e hijos³².

No hay registros con evidencias de efectos graves, los exhaustivos registros de declaraciones de reacciones adversas, presuntamente asociadas a la vacunación, han permitido confirmar el excelente perfil de seguridad de las vacunas frente a las infecciones por el VPH, con una relación riesgo/beneficio altamente favorable^{33,34}.

Las limitaciones de este trabajo son, sobre todo, la gran variabilidad que exis-

te en la práctica, tanto entre profesionales como entre centros. Hemos querido limitarla intentando agrupar profesionales de distintas áreas sanitarias y de distintas provincias, aunque no puede descartarse la presencia de variabilidad individual.

En conclusión, son necesarias estrategias que mejoren tanto el conocimiento de los padres como el de los adolescentes acerca del riesgo de las ETS. De igual modo, se debe facilitar que los profesionales sanitarios tengan un mejor acceso a la población adolescente mediante programas de prevención que se adapten a las necesidades de los mismos. Además, son necesarias medidas que faciliten que los profesionales reciban información real y científica que mejoren su conocimiento acerca del VPH y de su vacuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. DE LA FUENTE VILLARREAL D, GUZMÁN LÓPEZ S, BARBOZA QUINTANA O, GONZÁLEZ RAMÍRE RA. Biología del virus del papiloma humano y técnicas de diagnóstico. *Medicina Universitaria* 2010; 12: 231-238.
2. BRUNI L, BARRIONUEVO-ROSAS L, ALBERO G, SERRANO B, MENA M, GÓMEZ D et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Spain. Summary Report 27 July 2017. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/ESP.pdf>. Consultado el 14 de noviembre de 2017.
3. CLEVELAND JL, JUNGER ML, SARAYA M, MARKOWITZ LE, DUNNE EF, EPSTEIN JB. La conexión entre el virus del papiloma humano y los carcinomas orofaríngeos de células escamosas en los Estados Unidos. *J Am Dent Assoc* 2011; 6: 248-258.
4. GRUPO DE TRABAJO VPH 2012. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>. Consultado el 14 de noviembre de 2017.
5. BOSCH FX, MORENO D, REDONDO E, TORNE A. Vacuna nonavalente frente al virus del papiloma humano. *Actualización* 2017. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 2017; 43: 265-276.
6. OLIVER SE, UNGER ER, LEWIS R, MCDANIEL D, GARGANO JW, STEINAU M et al. Prevalence of human papillomavirus among females after vaccine introduction-National Health and Nutrition Examination Survey, United States 2003-2014. *J Infect Dis* 2017; 216: 594-603.
7. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Coberturas de Vacunación. Datos estadísticos. Madrid 2016. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/>

M. González Cano-Caballero y otros

- saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Tabla8.pdf. Consultado el 1 de agosto de 2017.
8. PÉREZ MRO, VIOLETA VB, DEL CAMPO AV, RUIZ C, CASTAÑO SY, CONDE LPP et al. Cross-sectional study about primary health care professionals views on the inclusion of the vaccine against human papillomavirus in the vaccine schedules. *Infectious Agents and Cancer* 2015; 10: 41. doi: 10.1186/s13027-015-0034-9.
 9. ROSENTHAL SL, WEISS TW, ZIMET GD, MA L, GOOD MB, VICHNIN MD. Predictors of HPV vaccine uptake among women aged 19-26: Importance of a physician's recommendation. *Vaccine* 2011; 29: 890-895.
 10. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. Programas de prevención de la salud en los centros educativos de Andalucía. Valoración de profesionales de atención primaria. Consejo 2010/2011. Junta de Andalucía 2012. http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/programas_del_entorno_escolar/programas_promocion_salud/p_salud_centros_educativos_2011_12.pdf. Consultado el 3 de julio de 2017.
 11. LIMA-SERRANO M, LIMA-RODRIGUEZ JS. Efecto de la estrategia de promoción de salud escolar Forma Joven. *Gac Sanit* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.009>
 12. ARANCÓN CARNICERO C. Enfermera escolar "dextra" enfermera comunitaria. *Rev Enferm* 2010; 33: 28-29.
 13. NUNES BP, FLORES TR, DURO SM, SAES MO, TOMASI E, SANTIAGO AD et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 4: 411-420.
 14. PALAZZO L, BERIA JU, TOMASI E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿cómo viven? ¿por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 1655-1665.
 15. COLOMER-REVUELTA J. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15: 261-269.
 16. SAURA SANJAUME S, FERNANDEZ DE SANMAMED SANTOS, MJ, VICENS VIDAL L, PUIGVERT VIU N, MASCORT NOGUÉ C, GARCÍA MARTÍNEZ J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria* 2010; 42: 143-148.
 17. DRAGO F, CICCARESE G, ZANGRILLO F, GASPARINI G, COGORNO L, RIVA S et al. A survey of current knowledge on sexually transmitted diseases and sexual behaviour in Italian adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13: 422. doi: 10.3390/ijerph13040422.
 18. WHITE L, WALDROP J, WALDROP C. Human papillomavirus and vaccination of males: knowledge and attitudes of registered nurses. *Pediatr Nurs* 2016; 42: 21-30.
 19. VALENTINO K, PORONSKY CB. Human papillomavirus infection and vaccination. *J Pediatr Nurs* 2016; 31: e155-e166.
 20. NADARZYNSKI T, SMITH HE, RICHARDSON D, FORD E, LLEWELLYN CD. Sexual healthcare professionals' views on HPV vaccination for men in the UK. *Br J Cancer* 2015 1; 113: 1599-1601.
 21. BRIANTI P, DE FLAMMINIS E, MERCURI SR. Review of HPV-related diseases and cancers. *New Microbiol* 2017; 40: 80-85.
 22. SOON R, DELA CRUZ MR, TSARK JU, CHEN JJ, BRAUN KL. A survey of physicians' attitudes and practices about the human papillomavirus (HPV) vaccine in Hawai'i. *Hawaii J Med Public Health* 2015; 74: 234-241.
 23. BROTHERTON JM, JIT M, GRAVITT PE, BRISSON M, KREIMER AR, PAI SI et al. Eurogin roadmap 2015: how has HPV knowledge changed our practice: vaccines. *Int J Cancer* 2016; 139: 510-517.
 24. SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS. Documento de consenso vacunación frente al virus del papiloma humano. Consenso de sociedades científicas 2011. http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/VPH_Consenso_Sociedades_2011.pdf. Consultado el 10 de julio de 2017.
 25. MILLS J, VAN WINKLE P, SHEN M, HONG C, HUDSON S. Physicians', nurses', and medical assistants' perceptions of the human papillomavirus vaccine in a large integrated health care system. *Perm J* 2016; 20. doi: 10.7812/TPP/15-205.
 26. PÉREZ MR, VIOLETA VB, DEL CAMPO AV, RUIZ C, CASTAÑO SY, CONDE LP et al. Cross-sectional study about primary health care professionals views on the inclusion of the vaccine against human papillomavirus in the vaccine schedules. *Infect Agent Cancer* 2015 16; 10-41.
 27. KAVANAGH K, POLLOCK KG, CUSCHERI K, PALMER T, CAMERON RL, WAITT C et al. Changes in the prevalence of human papillomavirus following a national bivalent human papillomavirus vaccination programme in Scotland: a 7-year cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 1293-1302.
 28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2017; 92: 241-268. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255353/1/WER9219.pdf?ua=1>. Consultado el 18 de noviembre de 2017.
 29. SCOTT K, BATTY ML. HPV vaccine uptake among Canadian youth and the role of the nurse practitioner. *J community health* 2016; 41: 197-205.
 30. BETSCHA C, BREWERB NT, BROCARD P, DAVIES P, GAUSSMAIERE W, ASEA N et al. Opportunities and challenges of Web 2.0 for vaccination decisions. *Vaccine* 2012; 30: 3727-3733.
 31. FU LY, ZOOK K, SPOEHR-LABUTTA Z, HU P, JOSEPH JG. Search engine ranking, quality, and content of web pages that are critical versus noncritical of human papillomavirus vaccine. *J Adolesc Health* 2016; 58: 33-39.
 32. SOTIRIADIS A, DAGKLIS T, SIAMANTA V, CHATZIGEORGIOU K, AGORASTOS T. LYSISTRATA Study Group. Increasing fear of adverse effects drops intention to vaccinate after the introduction of prophylactic HPV vaccine. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 1719-1724.
 33. STILLO M, CARRILLO SANTISTEVE P, LOPALCO PL. Safety of human papillomavirus vaccines: a review. *Expert Opin Drug Saf* 2015; 14: 697-712.
 34. GACVS Safety update on HPV vaccines. Geneva 2013. http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/130619HPV_VaccineGACVSstatement.pdf. Consultado el 2 de junio de 2017.