

Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina. Carrera de Licenciatura en Enfermería

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Título:

Conocimientos, actitudes y conductas de estudiantes de nivel superior sobre la transmisión del HPV y las enfermedades asociadas. Ituzaingó, Ctes-2020-2021

Autora: Lic. Edith Alejandra Velázquez
Ituzaingó, Corrientes. Argentina
Año: 2023

Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina. Carrera de Licenciatura en Enfermería

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Título:

Conocimientos, actitudes y conductas de estudiantes de nivel superior sobre la transmisión del HPV y las enfermedades asociadas. Itzaingó, Ctes-2020-2021

Directora: Magister Silvia Cristina Sureda

Co Directora: Magister Margarita del Carmen Benitez

Miembros de Tribunal Evaluador.

Dictamen y Evaluación del Tribunal Evaluador.

Año 2023

Dedicatoria

Quiero agradecer a mi directora de tesis, Magister Silvia Cristina Sureda, por el acompañamiento, enseñanzas, paciencia y dedicación. A mi co directora Magister Margarita del Carmen Benitez, por ser un ejemplo que me motivó a empezar la maestría. A mi familia, por su apoyo constante en todo este tiempo que no me dejaron bajar los brazos. Y a todos los docentes de la carrera que dejaron huellas en mi etapa de maestrando.

Resumen

El Virus del Papiloma es una infección de transmisión sexual con un alto índice de contagio en la población, especialmente entre los jóvenes y es el principal factor del cáncer cérvico-uterino ligado al inicio precoz de las relaciones sexuales y las múltiples parejas sexuales; por ello se consideró importante enfocar la investigación en este grupo de riesgo teniendo como objetivo principal dilucidar las características de los conocimientos que poseen acerca de esta problemática y cómo estos afectan a las actitudes y conductas de los jóvenes estudiantes. Es de esperar que en los grupos de estudiantes de carreras del área de salud los conocimientos, las conductas y actitudes asociados a éstos presenten características diferentes a los que podrían observarse en grupos que cursen carreras orientadas a otras áreas. Es por esto que a futuro, la comunicación de los resultados de ésta investigación en la comunidad educativa, podría resultar en una intervención educativa y sanitaria que fomente la motivación y facilite la adquisición de conocimientos, al mismo tiempo que promueva cambios positivos en las actitudes y comportamientos de los jóvenes que forman parte de ella, en beneficio de su salud.

La estrategia general de la investigación fue de tipo cuantitativo, con diseño transversal descriptivo y se tomó como población en estudio a los estudiantes del Instituto de Formación Docente de Ituzaingó, de diferentes edades a partir de los 18 años, e incluyó a adultos mayores de 40 años.

Para el proceso de recolección de datos se diseñó un instrumento ad hoc, anónimo, estructurado y autoadministrado, que abarcó distintas áreas de interés para el estudio, como el conocimiento sobre las conductas de riesgo de transmisión del VPH, las afecciones que pueden generarse, las formas de transmisión y las propias conductas y actitudes sobre hábitos sexuales.

El grupo muestral estuvo constituido por más de un centenar de estudiantes, en su mayoría mujeres, de distintas carreras que se dictan en la mencionada casa de estudios, entre las cuales se ofrecen carreras asociadas a la formación de trabajadores de la salud y de la educación, entre otras.

Se realizaron distintos análisis a partir de la matriz de datos recabados empleando diferentes programas de análisis estadísticos. Estos procesos y sus resultados permitieron vislumbrar las características cognitivas y conductuales de los jóvenes, lo que se detallará oportunamente en los capítulos de cierre de este estudio.

A rasgos generales, se podría indicar que los resultados son mayormente positivos en cuanto a las conductas y actitudes frente a la sexualidad. Los participantes manifiestan

mantener conductas de profilaxis y cumplir con la vacunación preventiva de las ITS. Sin embargo, se percibe un llamativo desconocimiento frente a las afecciones que genera el VPH, influenciado en su mayoría por el rango etario y el género.

En síntesis, este estudio muestra la importancia de la educación para la salud como un pilar fundamental para modificar hábitos, conductas y actitudes en los estudiantes. Tanto los docentes como los enfermeros tienen un rol importante como educadores en la generación de cambios y en la apropiación de conocimientos por parte de los estudiantes. Los estudiantes de nivel superior en Ituzaingó, Corrientes, presentan ciertas carencias en cuanto a las conductas de riesgo que pueden llevar a la transmisión del Virus del Papiloma Humano (VPH) y su relación con el cáncer de cuello uterino.

Palabras claves: virus del papiloma humano, conocimientos, actitudes, conductas, promoción, prevención, educación.

Abstract

Papillomavirus is a sexually transmitted infection with a high rate of infection in the population, especially among young people, it is a major factor in cervical-uterine cancer linked to the early initiation of sexual relations and multiple sexual partners; therefore, it was considered important to focus the research on this risk group with the main objective of elucidating the characteristics of the knowledge they have about this problem and how it affects the attitude and behavior of young students. It is to be expected that the knowledge, behavior and attitude associated with health careers will present different characteristics from those that could be observed in groups of students studying careers oriented to other areas. This is why, in the future, the communication of the results of this research in the educational community could result in an educational and health intervention that fosters motivation and facilitates the acquisition of knowledge, while promoting positive changes in the attitude and behavior of the young people who are part of it, for the benefit of their health.

The general research strategy was quantitative, with a descriptive cross-sectional design, and the study population was taken from students at the Instituto de Formación Docente de Ituzaingó, of various ages starting at 18 years of age, and included adults over 40 years of age.

For the data collection process, an ad hoc, anonymous, structured and self-administered instrument was designed, which covered different areas of interest for the study, such as knowledge about HPV transmission risk behaviors, the conditions that can be generated, the forms of transmission and behavior and attitude about sexual habits.

The sample group consisted of more than one hundred students, mostly women, from different careers offered at the aforementioned institution, including careers associated with the training in health and education, among others.

Different analyses were carried out on the data matrix collected using different statistical analysis programs. These processes and their results provided a glimpse of the cognitive and behavioral characteristics of the young people, which will be detailed in the closing chapters of this study.

In general terms, it could be said that the results are mostly positive in terms of behaviors and attitudes towards sexuality. The participants reported maintaining prophylactic habits and complying with preventive vaccination against STIs. However, there is a striking lack of knowledge about HPV-related conditions, mostly influenced by age range and gender.

In summary, this study shows the importance of health education as a fundamental pillar for modifying habits, behaviors and attitudes in students. Both teachers and nurses have an important role as educators in the generation of changes and in the appropriation of knowledge by students. Students at Instituto Superior de Formación Docente in Ituzaingó, Corrientes, present certain deficiencies regarding risk behaviors that may lead to the transmission of the Human Papilloma Virus (HPV) and its relationship with cervical cancer.

Key words: human papillomavirus, knowledge, attitudes, behaviors, promotion, prevention, education.

Índice General

Titulo.....	3
Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Palabras claves.....	6
Lista de siglas y abreviaturas.....	15
Prólogo.....	16
Capítulo 1.....	17
Introducción y Planteamiento del Problema.....	18
Pregunta de Investigación.....	25
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos.....	25
Marco teórico.....	26
VPH.....	y
Verrugas.....	28
Verrugas genitales.....	28
Verrugas comunes.....	28
Verrugas plantares.....	29
Verrugas planas.....	29
Cáncer de Cuello Uterino.....	29
Factores de Riesgo.....	30
Diagnóstico.....	31
Programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino.....	31
Prevención Primaria.....	32
Prevención Secundaria.....	32
Prevención Terciaria.....	32
Tamizaje.....	33
Colposcopia.....	34
Biopsia.....	34
Tratamiento.....	35
Crioterapia.....	35
Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).....	35
Conización con bisturí frío (CKC).....	36
Vacunación.....	37

Calendario de vacunación.....	37	
Inmunización.....	38	
Inmunización activa y pasiva.....	39	
Inmunobiológicos... ..	39	
Líquido de suspensión.....	39	
Preservativos, estabilizadores y antibióticos.....	39	
Adyuvantes.....	39	
Vacunas vivas atenuadas.....	40	
Vacunas inactivadas.....	40	
Características de las vacunas.....	41	
Período de Gracia de 4 días.....	41	
Esquemas interrumpidos. Calendarios o pautas de vacunación de rescate para niños, adolescentes y adultos con vacunación incompleta.....	41	
Recomendaciones.....	42	
Certificación de la vacunación.....	42	
Vacunación	contra	el
VPH.....	43	
Esquema de Vacunación del HPV.....	45	
Efectos adversos.....	45	
Propósitos y Objetivos de la Vacunación contra VPH.....	46	
Descripción.....	46	
Vías de administración.....	46	
Presentaciones.....	46	
Utilización del vial de dosis única.....	46	
Conservación.....	46	
Conocimientos, actitudes y conductas de los jóvenes con respecto al HPV.....	47	
Capítulo 2.....	55	
Estrategia Metodológica.....	56	
Diseño.....	56	
Tipo de Estudio.....	56	
Población.....	57	
Unidad de análisis.....	57	
Criterios de inclusión.....	57	
Criterios de exclusión.....	57	
Técnica e Instrumento de Recolección de la Información.....	57	

Procesamiento y Presentación de Datos.....	58
Consideraciones éticas.....	58
Matriz de datos.....	59
Análisis e interpretación de datos.....	61
Variables descriptoras del grupo muestral.....	61
Criterio de género.....	61
Criterio etario.....	61
Criterio de carreras.....	62
Tablas de contingencia.....	73
Discusión, Conclusiones y sugerencias.....	80
Discusión.....	80
Conclusiones y sugerencias.....	80
Bibliografía.....	82
Anexos.....	85
Cuestionario. Nivel de Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano.....	85
Hoja de información y consentimiento informado para el paciente (o participante)...	86
Codificaciones.....	88
Análisis descriptivos.....	89
Tablas de contingencia. Respuestas por agrupación.....	91
Prueba de hipótesis.....	93

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla 1- Conductas de Riesgo para Hpv en la población estudiantil según el género	Pág.20
Tabla 2 - Coberturas de vacunas de los 11 años, por jurisdicción. Argentina 2018.....	Pág.21
Tabla 3- Coberturas de vacunas de los 11 años, por jurisdicción. Argentina 2019	Pág.22
Tabla 4- Coberturas de vacunas de los 11 años, por jurisdicción. Argentina 2020	Pág.23
Tabla 5- Cuadro comparativo Vacuna cuadrivalente (GARDASIL) y vacuna Bivalente (CERVARIX).....	Pág.44
Tabla 6: Esquema de Vacunación del HPV.....	Pág.45
Tabla 7- Matriz de datos.....	Pág.60
Tabla 8- Variables descriptoras del grupo muestral por criterio de género.....	Pág.61
Tabla 9- Variables descriptoras del grupo muestral por criterio etario.....	Pág.61
Tabla 10- Variables descriptoras del grupo muestral por criterio de carreras...Pág.62	
Tabla 11- Tabla de frecuencia.P1- Uso de preservativo durante las relaciones sexuales.....	Pág.62
Tabla 12- Tabla de frecuencia.P2 ¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?	Pág. 63
Tabla 13- Tabla de frecuencia. P3- ¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?Pág.64	
Tabla 14- Tabla de frecuencia.P4- ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?.....	Pág.65
Tabla 15- Tabla de frecuencia. P5- ¿con relación a la pregunta anterior, qué grupo de edades le parece que corre más riesgo?.....	Pág.66
Tabla 16- Tabla de frecuencia. P6- ¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?.....	Pág.67
Tabla 17- Tabla de frecuencia.P7-¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?.....	Pág.68
Tabla 18- Tabla de frecuencia. P8- ¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?.....	Pág.69

Tabla 19- Tabla de frecuencia.P9- ¿El VPH se transmite durante el embarazo?	Pág.70
Tabla 20- Estadísticos de contraste para variable de agrupación: Rango Edad.	Pág.71
Tabla 21- Estadísticos de contraste para la variable de agrupación: Orientación Carrera.....	Pág.71
Tabla 22- Estadísticos de contraste para variable de agrupación: Género.....	Pág.73
Tabla 23- P Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P3-¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH? (SI-NO).....	Pág.73
Tabla 24- ... Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P4-¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH? (SI-NO).....	Pág.74
Tabla 25- Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más).....	Pág.75
Tabla 26- Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero? (SI-NO).....	Pág.76
Tabla 27- Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P7- ¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad? (SI-NO).....	Pág.77
Tabla 28- Tabla de Contingencia Orientación Carrera VS P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero? (SI-NO).....	Pág.78
Tabla 29- Tabla de Contingencia Género VS P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más	Pág.79
Gráfico 1- Coberturas nacionales de vacunación en adolescentes, por año. Argentina 2010-2019.....	Pág.24
Gráfico 2- P1- Uso de preservativo durante las relaciones sexuales.....	Pág.62
Gráfico 3- P2- ¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?	Pág. 63
Gráfico 4- P3- ¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?.....	Pág.64
Gráfico 5- P4- ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?.....	Pág.65
Gráfico 6- P5- ¿con relación a la pregunta anterior, qué grupo de edades le parece que corre más riesgo?	Pág.66

Gráfico 7- P6- ¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?.....	Pág.67
Gráfico 8- P7-¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?.....	Pág.68
Gráfico 9- P8- ¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?.....	Pág.69
Gráfico 10- P9- ¿El VPH se transmite durante el embarazo?.....	Pág.70
Gráfico 11- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P4-¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?.....	Pág.73
Gráfico 12- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P4-¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?.....	Pág.74
Gráfico 13- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más).....	Pág.75
Gráfico 14- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?.....	Pág.76
Gráfico 15- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P7-¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?.....	Pág.77
Gráfico 16- Frecuencias Absolutas por Orientación Carrera y P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?.....	Pág.78
Gráfico 17- Frecuencias Absolutas por Género y P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más.....	Pág.79
Fig. 1- Dominio de helicasa del antígeno T grande del papilomavirus. (9).....	Pág.18
Fig. 2- Calendario Nacional de vacunación.....	Pág.37

Lista de Siglas o Abreviaturas

ADN.....	Ácido desoxirribonucleico
AsO ₄	ión arseniato o sales del ácido arsénico
CC.....	Cáncer Cervicouterino
CDC.....	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CCU.....	Cáncer de cuello uterino
CNV.....	Calendario Nacional de Vacunación
CO ₂	Dióxido de carbono
CKC.....	Conización con bisturí frío
DTpa.....	Triple bacteriana acelular
ENT.....	Enfermedades no transmisibles
ESAVI.....	Evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización
ESI.....	Programa Nacional de Educación Sexual Integral
FASGO.....	Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
INC.....	Instituto Nacional del Cáncer
INDEC.....	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina
ISFD.....	Instituto Superior de Formación Docente
IPV.....	Vacuna inactivada SALK contra la poliomielitis
ITS.....	Infecciones de transmisión sexual
LEEP.....	Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa
N ₂ O.....	Óxido nitroso
OEA.....	Organización de Estados Americanos
OMS.....	Organización Mundial de Salud
OPS.....	Organización Panamericana de la Salud
PAP.....	Prueba de Papanicolaou
PNPCC.....	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino
PSS.....	Promoción de la salud sexual
SRP.....	Vacuna triple viral
UNNE.....	Universidad Nacional del Nordeste
VLP.....	Del inglés Virus-like-particle. Consiste en proteínas virales derivada de las proteínas estructurales de un virus
VPH.....	Virus del Papiloma Human

Prólogo

El virus del papiloma humano (VPH) hace referencia a un grupo de virus que se encuentra a su vez en un grupo mayor denominado comúnmente papilomavirus; estos virus pequeños tienen afinidad por el tejido epitelial. La infección por VPH es muy común y puede afectar tanto la piel, como las mucosas oral y genital. En la piel son causantes de afecciones conocidas como verrugas y en el tracto anogenital es causante de lesiones benignas como el condiloma acuminado, y de lesiones malignas como el cáncer de cérvix. El cáncer cervicouterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida. En el 2012 se diagnosticaron 528.000 casos nuevos, y 266.000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de en países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años.

Como la incidencia de la infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual y al mayor número de parejas, en las etapas de adolescentes y adultos jóvenes. Y al estar en contacto desde mi lugar de trabajo en una Institución estudiantil con un gran número de población joven; me pareció pertinente tomar ese grupo y de acuerdo a las encuestas analizar no sólo el conocimiento que tienen, también sus conductas y actitudes, que pueden llevarlos a situaciones riesgosas al contraer una enfermedad de este tipo.

El Virus del Papiloma Humano (VPH o HPV) es una familia de virus que afecta muy frecuentemente tanto a mujeres como a varones, se transmite por contacto sexual, es fácil transmisión y es muy común, ésa infección puede evolucionar a cáncer como el de cuello de útero, ano, pene, vagina, vulva y orofaríngeos. Se estima que 4 de cada 5 personas van a contraer uno o varios de los tipos de VPH en algún momento de sus vidas.

CAPITULO 1

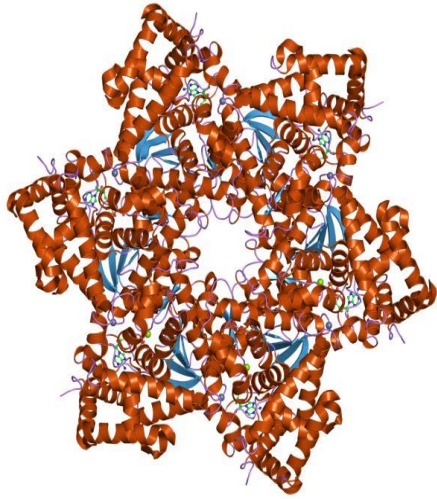


Fig. 1-Dominio de helicasa del antígeno T grande del papilomavirus. (9)

Introducción y planteamiento del problema

El cáncer cervicouterino se presenta en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental. (1)

Existen alrededor de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 afectan la zona genital y anal. Se clasifican en dos grandes grupos:

- los VPH denominados “de bajo riesgo oncogénico”, que generalmente se asocian con lesiones benignas, como verrugas y lesiones de bajo grado.
- los VPH denominados “de alto riesgo oncogénico”. Son alrededor de 15, y los más comunes son el 16 y el 18. (2)

En Argentina, como parte de una estrategia integral de prevención del cáncer de cuello uterino, el Ministerio de Salud de la Nación ha incluido la vacunación contra el virus del papiloma humano (human papillomavirus; HPV, por sus siglas en inglés) en el Calendario Nacional de Vacunación (CNV) desde el año 2011. (Resolución 563/2011 Ministerio de Salud) (3) Sin embargo, el éxito de la vacunación dependerá de una alta cobertura, fuertemente dependiente de la aceptabilidad, tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud.

En nuestro país, la carga de enfermedad no es homogénea y es muy alta en poblaciones con menor nivel de desarrollo socioeconómico. Así mismo, las tasas regionales de mortalidad reflejan esa variabilidad, que, en orden creciente son: Sur, Centro, Cuyo, Noroeste y Noreste. El impacto de esta enfermedad podría ser evitado, en parte, mediante la vacunación profiláctica contra el HPV. Dicha intervención ha mostrado ser útil para prevenir un 77% de las neoplasias cervicales asociadas a los serotipos 16 y 18 de HPV, que son los predominantes en el cáncer de cuello uterino (CCU). (3)

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el cáncer de cuello uterino, es la segunda causa de muerte en el mundo. Mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2005 mencionó que el mayor porcentaje CCU se da en los países en vías de desarrollo, así mismo refiere que se asocia estrechamente a la pobreza, vivir en el medio rural y el bajo nivel educacional alcanzado, observándose la mayor carga en mujeres adultas de edad mediana. Uno de los principales factores para el desarrollo de cáncer de cuello uterino es la infección por el VPH. (4)

El cáncer cervicouterino es el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres, a pesar de que podría prevenirse casi por completo, continúa siendo un problema significativo de salud pública en Argentina. Se estima que cada año se diagnostican en nuestro país alrededor de 4.500 casos nuevos y 2000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad. Afecta principalmente a mujeres de bajos recursos socioeconómicos que por diversas razones (como barreras geográficas, culturales y económicas) no acceden a los servicios de tamizaje. (2)

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC), tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. Para ello trabaja en articulación con los programas provinciales y los servicios de salud locales fortaleciendo las acciones destinadas a la prevención del cáncer de cuello de útero en las provincias.

El PNPCC forma parte de la estrategia integral para la prevención del cáncer cervicouterino desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación, que contempla la prevención primaria a través de la vacuna contra el VPH, y la prevención secundaria, basada en el tamizaje de mujeres (con PAP o test de VPH). (2)

También a través del Programa Educativo de ESI, podemos encontrar actividades de enseñanza y aprendizaje con la ayuda de herramientas como las TICS, Padlet, nubes de palabras, etc., donde se puede indagar sobre el conocimiento o saberes previos de ésta y otras ETS y de ésta manera obtener la información adecuada o correcta. **Link Padlet: <https://padlet.com/msaguar/z2cvwtaxxaag>.**

En el año 2006 fue creado por la Ley 26.150, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), con el propósito de garantizar el derecho a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos del país, de gestión estatal y privada, en todos los niveles y modalidades. ESI es un derecho que involucra a estudiantes, docentes y a la familia. (6) El Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ministerio de Educación de la Nación); establece los Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral, teniendo en cuenta la formación y capacitación docente en esa área (7).

En un estudio realizado sobre las Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. Realizado en el año 2010, en la UNNE, es relevante el cuadro siguiente.

Tabla 1- Conductas de riesgo para HPV en la población estudiantil según el género.(5)

Conductas de riesgo	Hombres (n)	Mujeres (n)
Inicio precoz de las relaciones sexuales	9	27
Haber tenido dos o más parejas sexuales en toda la vida	9	32
Relaciones sexuales con parejas ocasionales	5	8
No haber utilizado preservativos	5	21
Sexo oral	5	28
Consumo de alcohol	9	22
Consumo de cigarrillos	3	6

Por lo que es importante considerar la población joven, sus conocimientos, conductas y actitudes frente a esta enfermedad. Considerando las posibilidades de accesibilidad a la información se tomó como población a encuestar a estudiantes del Instituto de Formación Docente de Ituzaingó.

El Instituto Superior de Formación Docente (ISFD), es un Instituto de Nivel Superior, que depende del Ministerio de Educación Superior de la Provincia de Corrientes, y cuenta con Carreras Docentes y Tecnicaturas. Abarca las subsedes y extensiones en Isla Apipé, San Carlos, Villa Olivari y Berón de Astrada. (La Población de Ituzaingó cuenta con 19.575 habitantes .INDEC, 2010) Y tiene actualmente una matrícula de 580 estudiantes aproximadamente.

Teniendo en cuenta que en esta institución concurren estudiantes de distintas zonas geográficas de Ituzaingó y con distintos niveles socioeconómicos y socioambientales; egresados de distintas instituciones educativas de nuestra ciudad, con distintas realidades y conocimientos

Es a través del diagnóstico del nivel de conocimientos de ésta patología, que se podría diseñar acciones de Promoción de la Salud en la comunidad estudiantil, en forma conjunta con las distintas carreras del Instituto y especialmente con los estudiantes del área salud quienes desde su futura profesión serán parte del equipo de salud en la promoción, capacitación y nexos con la familia en la comunidad.

El personal de enfermería juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Siendo por tanto fundamental la participación en las políticas de prevención de salud y es por ende necesario saber cuánto conoce la población de un determinado tema que beneficie su salud.

Como también es importante señalar el conocimiento que deben manejar los estudiantes del área salud sobre el calendario de vacunación y en este caso la vacunación contra el VPH, que incluye a niños y niñas. El objetivo de la vacunación contra el VPH incluye disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino y la carga de enfermedad asociada al VPH, sus complicaciones y mortalidad.

Según la Dirección de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación, en su informe sobre Coberturas de Vacunación por Jurisdicción, en el Calendario Nacional de Vacunación 2009-2020, se puede destacar las tablas y gráficos del 2018 al 2020 sobre la vacunación del HPV a niños y niñas de 11 años. (8) En estas tablas se puede apreciar en Corrientes, el porcentaje de aplicación de la primera dosis de la vacuna y como disminuye el porcentaje de aplicación de la segunda dosis, tanto en niñas como en niños. VPH: Vacuna contra el virus del papiloma humano y dTpa (triple bacteriana acelular): vacuna contra difteria, tétanos y tos convulsa.

Tabla 2 - Coberturas de vacunas de los 11 años, por jurisdicción. Argentina 2018
(Tabla VI)

Jurisdicciones	dTpa (única dosis)	VPH 11 años Femenino		VPH 11 años Masculino	
	11 años	1° dosis	2° dosis	1° dosis	2° dosis
Buenos Aires	84,9	98,4	73	80,5	50,7
CABA	71,5	87,5	55,3	81,1	42,9
Catamarca	78,6	52,8	20,4	33,8	15,1
Chaco	83,6	99,5	67,8	70,8	37,8
Chubut	101,7	99,9	67,2	73,3	42,4
Córdoba	102,5	89,2	46,7	82,5	36
Corrientes	100,7	63	40,7	75,7	37,9
Entre Ríos	74,9	79,1	45,7	71,9	32,9
Formosa	89,5	102,4	80,7	73,9	53,3
Jujuy	88,3	89,6	52,6	70,1	44,4
La Pampa	107,5	103,3	86,7	107,5	70,4
La Rioja	90,1	108,7	69,1	67,4	39,6
Mendoza	67,2	87,3	74,2	81,8	68,8
Misiones	72,1	53,8	17,2	39,4	10,9
Neuquén	91,5	91,8	52,9	88,1	47,7
Rio Negro	98,8	102	81,5	85,5	63
Salta	84,7	83,2	65,6	82,6	69,8
San Juan	82,3	85	31,6	64,9	19,8
San Luis	102,9	76,6	24,3	68	20,2
Santa Cruz	103,2	110,9	70,5	103,3	52,6
Santa Fe	74	77,9	44,1	71,5	34,5
Santiago del Estero	42,1	100	37,5	86,8	30,9
Tierra Del Fuego	86,4	92,2	69,8	91,2	56,5
Tucumán	81,2	76,5	46,1	73,9	37,1
ARGENTINA	83,4	89,8	59,5	77,3	44,7

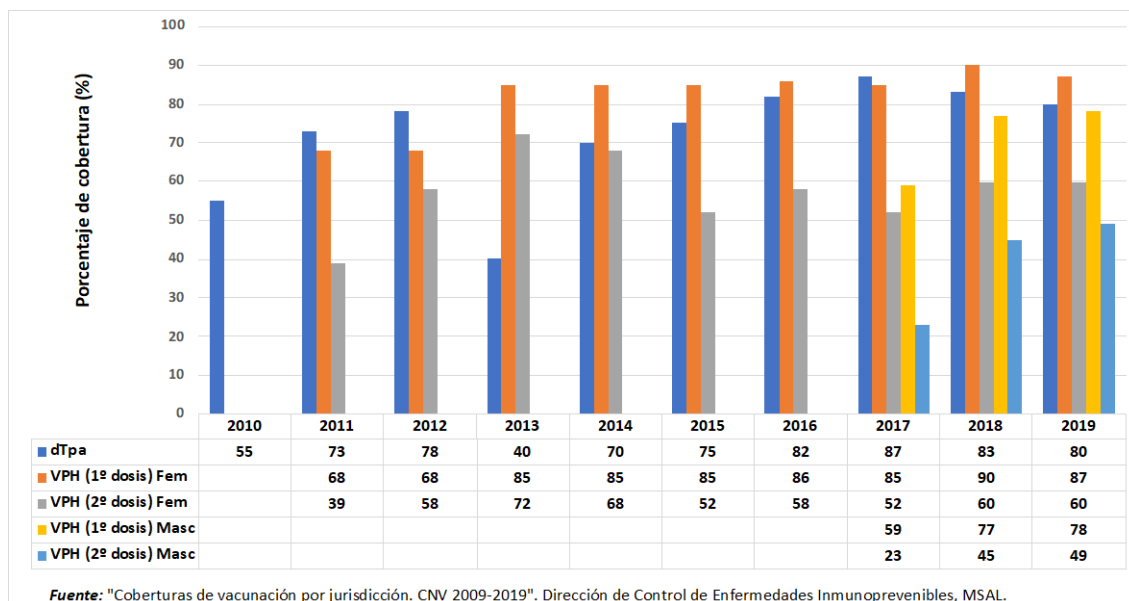
Tabla 3- Coberturas de vacunas de los 11 años, por jurisdicción. Argentina 2019 (Tabla VI)

Jurisdicciones	dTpa (única dosis)	VPH 11 años Femenino		VPH 11 años Masculino	
	11 años	1° dosis	2° dosis	1° dosis	2° dosis
Buenos Aires	83,2	95,8	70,4	79,4	55
CABA	81	74,9	43,5	70,7	40,9
Catamarca	88	49,4	19,3	41,6	15,1
Chaco	76,4	92,2	70,5	73	52,9
Chubut	94,1	99,1	73,7	78,9	52,6
Córdoba	96	92,2	48	84,8	38,2
Corrientes	72,1	55,3	41,1	71,5	47,8
Entre Ríos	79,1	87,8	70,8	84,1	58,4
Formosa	81,8	106,9	83,8	83,6	63
Jujuy	75,3	90,5	56,9	79,4	53,6
La Pampa	102,3	104,7	98,5	110,1	87,6
La Rioja	65,9	88,7	63,8	65,8	42,9
Mendoza	86,1	73,6	52,6	73,4	50,1
Misiones	27,3	65,6	38,1	54,4	28,4
Neuquén	87,3	96,7	65,4	93,5	62,5
Rio Negro	93,4	92,5	76,6	96,3	71,5
Salta	85,2	102,1	72,8	96	67
San Juan	84,8	79,7	57,3	70	36,2
San Luis	96,5	78,2	22,7	68,5	21
Santa Cruz	94,1	99,3	63,2	92,2	53,2
Santa Fe	70,7	76,2	42,9	69,6	33,8
Santiago Del Estero	50,9	80	49	91,2	54,8
Tierra Del Fuego	106,8	99,4	56,7	100,3	52,9
Tucumán	74,3	73,9	45	75,2	44,8
ARGENTINA	80,2	87,2	59,5	78	49,4

Tabla 4- Coberturas de vacunas de los 11 años, por jurisdicción. Argentina 2020 (Tabla VI)

Jurisdicciones	dTpa (única dosis)	VPH 11 años Femenino		VPH 11 años Masculino	
	11 años	1° dosis	2° dosis	1° dosis	2° dosis
Buenos Aires	76,1	79,5	59,6	66	48,9
CABA	70,7	74,8	36,5	67,4	33
Catamarca	61,7	40,6	18,1	31,5	15,1
Chaco	78,1	89,7	63,8	70,9	48,8
Chubut	79	76,9	52,2	63,9	40,2
Córdoba	72	63,2	31,3	56,8	25,6
Corrientes	73,8	67,1	51,6	83,4	61,5
Entre Ríos	66,3	69,4	53,3	62,4	45,2
Formosa	87,6	90	72,9	79,9	65,7
Jujuy	76,7	84,1	54,2	79,3	50,1
La Pampa	66,2	69,2	56,3	67,1	52,4
La Rioja	50,9	71	46,7	44,8	27
Mendoza	64,4	44,5	3,8	41,2	4,2
Misiones	69	74,8	45,8	67,3	38,1
Neuquén	76,1	81	22,5	76,4	19,5
Rio Negro	73,1	80,5	59,5	80,5	57
Salta	79,2	75,6	47,5	73	47,7
San Juan	65,9	54	25,7	51,2	17,8
San Luis	72,7	71,2	42,9	64,3	37,9
Santa Cruz	61,9	64,2	39,7	52,6	31,7
Santa Fe	61	61	35,6	55,8	29,3
Santiago Del Estero	30,2	38,8	5,4	45,7	7,3
Tierra Del Fuego	74,8	75,1	55,7	73,2	46,9
Tucumán	65,4	56,8	32,9	54,5	29,6
ARGENTINA	71,2	71,3	45,9	63,1	39,1

Gráfico 1.- Coberturas nacionales de vacunación en adolescentes, por año. Argentina 2010-2019. (Gráfico 11)



La estrategia de vacunación en adolescentes ha avanzado en la última década con la incorporación sucesiva al CNV de distintas vacunas destinadas a esta etapa de la vida. En el año 2017 y 2018 se alcanzaron las coberturas máximas registradas en todo el período para dTpa como para la 1º y 2º dosis de VPH en mujeres, respectivamente. Sin embargo, en el año 2019 se registró un detenimiento en el aumento progresivo de estas coberturas de vacunación respecto a lo que se evidenciaba en los años previos. En el 2017 se suma como población objetivo, los varones de 11 años. (8)

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y conductas que tienen los estudiantes de nivel superior, sobre la transmisión del HPV y las enfermedades asociadas?

Objetivos

Objetivo General:

Describir el conocimiento, actitudes y conductas, que tienen los estudiantes de nivel superior, sobre el Virus del Papiloma Humano. Ituzaingó. Corrientes. 2020-2021

Objetivos Específicos:

- **Indagar** el conocimiento que tienen los estudiantes, sobre las conductas de riesgo que pueden llevar a la transmisión del VPH.
- **Comparar** el conocimiento que tienen los estudiantes sobre las afecciones que puede generar el VPH, según género.
- **Comparar** el conocimiento, las actitudes y conductas que poseen los estudiantes sobre las formas de transmisión del VPH.

Marco teórico

La infección del HPV es conocido desde la antigüedad por griegos y romanos, quienes ya hablaban de condiloma, palabra que significa nudillo o loma (10) por su semejanza; así vemos que las verrugas genitales fueron descritas hace siglos. Los romanos también las llamaban "higos" a las lesiones condilomatosas perianales y las consideraban como un signo inequívoco de practicar relaciones receptivas anales. Posteriormente disminuyó la incidencia de infección por virus del papiloma humano (VPH) durante toda la Edad Media, posiblemente debido a la menor tolerancia que existía en la sociedad, situación que persistió durante el puritanismo y la revolución industrial. No se consideró su transmisión sexual hasta 1956, cuando se comprobó la aparición frecuente de verrugas genitales en los soldados de la guerra de Corea que habían tenido relaciones sexuales con mujeres afectas de condilomas. En los años 60 hubo un gran incremento de las infecciones por VPH, situación que persiste en la actualidad.

La naturaleza infecciosa del VPH no fue descrita hasta 1894. Se supuso causada por un virus en 1907 pero el virus del papiloma humano (VPH) no fue observado en el microscopio electrónico hasta 1949. Actualmente no existe ningún método para cultivar el VPH en tejidos. (11)

Desde que en la década de 1980, Harald zur Hausen (científico y médico alemán, que ha realizado investigaciones sobre el cáncer del cuello de útero, donde descubrió el papel del virus del papiloma humano. Premio Nobel de Medicina en 2008) mencionara por primera vez el virus del papiloma humano (HPV) como agente etiológico del cáncer de cuello uterino, las patologías vinculadas a este virus han sido objeto de exhaustivos estudios. Desde entonces, se manifiesta una gran motivación en el ambiente médico y científico en avanzar hacia un nuevo paradigma en la prevención de todas las patologías relacionadas con el HPV mediante la vacunación profiláctica. (3) El VPH es un virus de ADN bicatenario sin envoltura que pertenece a la familia del virus del papiloma. La mayoría de las infecciones por SD VPH no causan síntomas y se resuelven espontáneamente. Sin embargo, las infecciones persistentes por VPH darán lugar a verrugas o lesiones precancerosas. Algunos VPH de bajo riesgo (por ejemplo, 2, 7, 22...) son los principales agentes causantes de las verrugas genitales, mientras que algunos VPH de alto riesgo (por ejemplo, 16, 18, 31, 45...) conducen a varios cánceres como el cáncer de orofaringe y laringe. Hasta ahora se han identificado más de 200 tipos de VPH. Por lo general, se transmiten a través de cualquier contacto piel a piel del área genital, incluido el sexo vaginal, anal y oral, de los cuales el sexo vaginal y anal es el modo de transmisión más común.

Ocasionalmente, el VPH se transmite de madre a hijo durante el embarazo. Las infecciones por VPH son la causa principal de cánceres de cuello uterino y otros, incluido el cáncer de cuello uterino, vulva, vagina, pene, ano, boca o garganta. Entre estos cánceres, alrededor del 60% -90% de estos cánceres están asociados con infecciones por VPH. La razón por la que las infecciones por VPH causan cáncer puede deberse tanto a la integración en el ADN como a los episomas no integrados. Algunos de los "genes tempranos" transportados por el virus del VPH, como los genes E6 y E7, actúan como oncogenes que promueven el crecimiento tumoral y la transformación maligna. Además, el VPH puede inducir un proceso tumorigénico a través de la integración en un genoma del huésped que está asociado con alteraciones en el número de copias de ADN. Según el riesgo carcinogénico del VPH, el VPH se divide en 3 categorías: tipos de VPH de mayor riesgo (VPH 16, 18, 31, 45), tipos de VPH de alto riesgo (VPH 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59), y probablemente tipos de alto riesgo (HPV26, 53, 66, 68, 73, 82). Entre los tipos de VPH de mayor riesgo, el VPH16 y el VPH18 son la principal causa de cáncer de cuello uterino y aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello uterino se deben al VPH con los dos tipos. Además, el VPH 16 y el VPH 18 cancerígenos de alto riesgo también se asocian con un número creciente de cánceres de cabeza y cuello. (11)

Dos tipos de VPH de bajo riesgo (6 y 11) no causan cáncer cervicouterino, pero causan la mayoría de las verrugas genitales o condilomas. Casi todas las mujeres y hombres contraen la infección por VPH poco después de iniciar su actividad sexual. No es necesario que haya penetración de la vagina por el pene porque el virus se puede transmitir por contacto de piel con piel entre las áreas genitales cercanas al pene y la vagina. Las infecciones de los hombres por VPH generalmente son asintomáticas, al igual que las de las mujeres, y la mayoría de las infecciones son de corta duración. Los hombres pueden contraer cáncer del ano; este se asocia con mayor frecuencia al VPH de tipo 16 y es más frecuente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los tipos de VPH 6 y 11 causan la mayoría de las verrugas genitales masculinas, así como las femeninas. (10 Existen muchos tipos de infecciones causadas por el VPH; pueden ser de bajo o de alto riesgo. Las de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales que generalmente no duelen y no son un problema grave, estas pueden ser planas o abultadas, únicas o múltiples, grandes o pequeñas y si no se tratan, estas verrugas pueden crecer en tamaño o en número, o pueden desaparecer por sí solas. Las mujeres infectadas por el VPH pueden tener verrugas en la vagina, la vulva

o el cuello uterino y los hombres pueden tener verrugas en el pene, el escroto o la ingle y tanto los hombres como las mujeres pueden tener verrugas genitales en el ano o en los muslos.

Las infecciones de alto riesgo por el VPH pueden convertirse a veces en cáncer cervical o del cuello uterino, o pueden causar otros tipos de cáncer, como el anal. En algunas personas las infecciones de alto riesgo causadas por el VPH pueden ser persistentes y generar cambios en las células, si estos cambios no reciben tratamiento, con el tiempo se pueden convertir en cáncer. Los tipos de infección por el VPH que pueden causar cáncer son distintos a los que pueden causar verrugas genitales.

VPH y Verrugas

Las infecciones de la piel con el VPH pueden causar crecimientos cutáneos no cancerosos llamados verrugas (verrugas). Las verrugas son causadas por el rápido crecimiento de células en la capa externa de la piel. Las verrugas comunes generalmente se encuentran en las manos y los pies, pero también pueden ocurrir en otras áreas, como los codos o las rodillas. Los tipos de VPH cutáneos pueden causar verrugas genitales, pero no están asociados con el desarrollo de cáncer. Además, las infecciones por VPH poseen un tipo específico, lo que significa que un individuo puede volverse resistente a un tipo de VPH mientras permanece susceptible a otros tipos. La infección por los tipos 2, 27 y 57 del VPH se encontró en personas con verrugas, mientras que la infección por los tipos 1, 2, 63 y 27 del VPH se encontró en personas con piel clínicamente normal.

- **Verrugas genitales.** Estas aparecen como lesiones planas, pequeños bultos en forma de coliflor o pequeñas protuberancias en forma de tallo. En las mujeres, las verrugas genitales aparecen principalmente en la vulva, pero también pueden aparecer cerca del ano, en el cuello uterino o en la vagina.

En los hombres, las verrugas genitales aparecen en el pene y el escroto o alrededor del ano. Las verrugas genitales rara vez causan molestias o dolor, aunque pueden causar comezón o tener sensibilidad.

- **Verrugas comunes.** Las verrugas comunes aparecen como bultos ásperos y elevados y generalmente se presentan en las manos y los dedos. En la mayoría de los casos, las verrugas comunes son simplemente antiestéticas, pero también pueden ser dolorosas o susceptibles a lesiones o sangrado.

- **Verrugas plantares.** Las verrugas plantares son crecimientos duros y granulados que generalmente aparecen en los talones o la parte anterior de las plantas de los pies. Estas verrugas pueden causar molestias.

- **Verrugas planas.** Las verrugas planas son lesiones planas y ligeramente elevadas. Pueden aparecer en cualquier parte, pero los niños suelen tenerlas en la cara y los hombres tienden a tenerlas en el área de la barba. Las mujeres tienden a tenerlas en las piernas.

No todas las personas que han estado en contacto con el virus del VPH y las verrugas genitales, van a tenerlas. Se es más propenso a contraer verrugas genitales y diseminarlas más rápidamente si:

- Tiene múltiples compañeros sexuales.
- Es sexualmente activo a temprana edad.
- Consume tabaco y alcohol.
- Tiene una infección viral como herpes, y está estresado al mismo tiempo.
- Está embarazada.
- Tiene un sistema inmunitario debilitado debido a una afección como diabetes, embarazo, HIV/SIDA, o por medicamentos.

Si un niño tiene verrugas genitales, se debe sospechar de un abuso sexual como posible causa. (12)

Cáncer de Cuello Uterino

Las infecciones por VPH son la principal causa de cánceres de cuello uterino, pero el cáncer de cuello uterino puede tardar 20 años o más en desarrollarse después de una infección por VPH. La infección por VPH y el cáncer de cuello uterino en estadio temprano por lo general no causan síntomas notorios. Vacunarse contra la infección por VPH es la mejor protección contra el cáncer de cuello uterino.

Debido a que el cáncer de cuello uterino en estadio temprano no causa síntomas, es vital que las mujeres se sometan a pruebas de detección regulares para detectar cualquier cambio precanceroso en el cuello uterino que pueda derivar en cáncer. Las pautas actuales recomiendan que las mujeres se hagan la prueba de Papanicolaou cada año. La infección por VPH ocurre cuando el virus entra al cuerpo, generalmente a través de un corte, abrasión o un pequeño desgarró en la piel. El virus se transmite principalmente por contacto de piel a piel.

Las infecciones genitales por VPH se transmiten mediante las relaciones sexuales, el sexo anal y otro tipo de contacto en la región genital. Algunas infecciones por VPH que causan lesiones respiratorias orales o superiores se contraen a través del sexo oral. Si está la mujer embarazada y tiene una infección por VPH con verrugas genitales, es posible que el bebé contraiga la infección. En raras ocasiones, la infección puede causar un crecimiento no canceroso en la laringe del bebé.

Factores de Riesgo

Las infecciones por VPH son comunes. Los factores de riesgo para la infección por el VPH incluyen los siguientes:

- **Número de parejas sexuales.** Cuantas más parejas sexuales, más probabilidades de contraer una infección genital por el VPH. Tener relaciones sexuales con una pareja que ha tenido múltiples parejas sexuales también aumenta el riesgo.
- **La edad.** Las verrugas comunes ocurren principalmente en niños. Las verrugas genitales ocurren con más frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes.
- **Sistemas inmunitarios debilitados.** Las personas que tienen sistemas inmunitarios debilitados corren mayor riesgo de contraer infecciones por el VPH. El sistema inmunitario puede estar debilitado por el VIH/sida o por medicamentos inhibidores del sistema inmunitario que se utilizan después de los trasplantes de órganos.
- **Piel dañada.** Las áreas de piel que han sido perforadas o abiertas son más propensas a desarrollar verrugas comunes.
- **Contacto personal.** Tocar las verrugas de alguien o no usar protección antes de entrar en contacto con superficies que han estado expuestas al VPH, como duchas públicas o piscinas, podría aumentar el riesgo de infección por el VPH.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan la vacunación rutinaria contra el virus del papiloma humano para niñas y niños de 11 y 12 años de edad, aunque puede comenzar a administrarse a los 9 años. Lo ideal es que tanto las niñas como los niños reciban la vacuna antes de que tengan contacto sexual y se expongan al virus del papiloma humano. Según las investigaciones, la aplicación de la vacuna a una edad temprana no está vinculada a un inicio precoz de la actividad sexual. Una vez que alguien se infecta con el virus del papiloma humano, es posible que la vacuna no sea tan eficaz o no tenga efecto alguno.

Además, la respuesta a la vacuna es mejor en edades más tempranas que en edades más avanzadas. Pero, si se administra antes de que alguien se infecte, la vacuna puede prevenir la mayoría de los casos de cáncer cervical.

Se recomiendan que todos los niños de 11 y 12 años reciban dos dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano con al menos seis meses de diferencia, en lugar de las tres dosis recomendadas anteriormente. Los adolescentes más jóvenes de 9 y 10 años de edad y los adolescentes de 13 y 14 años de edad también pueden recibir la vacuna según el programa actualizado de dos dosis. Las investigaciones han demostrado que el programa de dos dosis es eficaz para los niños menores de 15 años. Los adolescentes y adultos jóvenes que comienzan a recibir la serie de vacunas más tarde, entre los 15 y los 26 años, deben recibir tres dosis de la vacuna.

Diagnóstico

Si las verrugas genitales son visibles, se puede diagnosticar la infección por VPH mediante una inspección visual. De lo contrario, se deben realizar pruebas de VPH para confirmar la presencia de VPH. Estas pruebas incluyen una prueba de Papanicolaou, una prueba de ADN y el uso de ácido acético (vinagre).

- Prueba de Papanicolaou. Esta prueba recolecta células de la superficie del cuello uterino o la vagina para enviarlas a un análisis de laboratorio para verificar cualquier anomalía celular.
- Prueba de ADN. Esta prueba se aplica para evaluar los tipos de VPH de alto riesgo y se recomienda para mujeres de 30 años o más junto con una prueba de Papanicolaou.
- Prueba de solución de vinagre (ácido acético). Esta prueba se aplica para identificar lesiones planas difíciles de ver.

Programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino

Todo programa nacional de salud específico está incorporado dentro del sistema nacional de salud. Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino comprende un conjunto organizado de actividades encaminadas a prevenir y reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Forma parte de las acciones prioritarias indicadas en el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020. Un programa integral abarca tres componentes interdependientes que son la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.

Prevención primaria: reducir el riesgo de infección por VPH.

El objetivo de salud pública es reducir las infecciones por VPH porque, si estas son persistentes, pueden causar cáncer cervicouterino. Las intervenciones incluyen las siguientes:

- a. vacunación a las niñas y niños de 11 años de edad antes de que inicien su actividad sexual;
- b. educación sobre sexualidad saludable, adaptada según corresponda a la edad y la cultura, con la intención de reducir el riesgo de transmisión de VPH (junto con otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH); los mensajes esenciales deben incluir el retraso de la iniciación sexual y la reducción de los comportamientos sexuales de alto riesgo;
- c. promoción o suministro de condones a los que sean sexualmente activos.

Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas.

El objetivo de salud pública es reducir la incidencia y la prevalencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, interceptando el avance de las lesiones precancerosas hacia un cáncer invasor. Las intervenciones incluyen las siguientes:

- Orientación e intercambio de información;
- Tamizaje de todas las mujeres para identificar las lesiones precancerosas, generalmente asintomáticas;
- Tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas antes de que progresen hacia un cáncer invasor. Incluso entre las mujeres vacunadas contra el VPH es importante seguir el tamizaje y tratamiento cuando lleguen a la edad prevista. (11)

Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervicouterino invasor.

El objetivo de salud pública es reducir el número de defunciones debidas al cáncer cervicouterino. Las intervenciones incluyen las siguientes:

- un mecanismo de derivación de casos por los dispensadores de atención primaria a los establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento del cáncer;
- un diagnóstico del cáncer exacto y oportuno, previo estudio del grado de invasión;
- un tratamiento apropiado para cada fase, basado en el diagnóstico:

– Cáncer en estadios iniciales: Si el cáncer se limita al cuello uterino y áreas circundantes (zona pelviana), el tratamiento puede lograr la curación; se debe dispensar el tratamiento más apropiado disponible y ofrecer asistencia para los síntomas asociados con el cáncer o su tratamiento.

– Cáncer avanzado: Si el cáncer afecta a tejidos que se encuentran más allá del cuello uterino y del área pelviana o hay metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y reducir el sufrimiento; se debe proporcionar el tratamiento más eficaz disponible y cuidados paliativos en establecimientos terciarios y a nivel de la comunidad, inclusive acceso a opioides.

- Cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento. (11)

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado la incorporación de este método de tamizaje para la prevención del CC. En el año 2011, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) dependiente del Instituto Nacional del Cáncer (INC) comenzó la introducción del test de VPH mediante un proyecto demostración en la provincia de Jujuy. Luego de tres años de implementación del proyecto, quedó demostrado que esta nueva tecnología duplicó la capacidad de detección de lesiones precancerosas y cáncer. A partir de estos buenos resultados obtenidos en la provincia de Jujuy, en los años 2014 y 2015 se incorporaron cinco nuevas provincias al tamizaje basado en el test de VPH (Catamarca, Neuquén, Misiones, Tucumán, y tres partidos de la Provincia de Buenos Aires). Y en los años subsiguientes dicho test se irá incorporando a los programas de tamizaje del resto de las provincias. (13)

Tamizaje

La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres cervicouterino.

El tamizaje de cáncer cervicouterino se debe realizar por lo menos una vez a cada mujer del grupo etario previsto (de 30 a 49 años de edad), que puede obtener los mayores beneficios.

El tamizaje es una intervención de Salud Pública dirigida a una población destinataria Asintomática. El tamizaje no tiene por objeto diagnosticar una enfermedad, sino identificar a las personas con mayor probabilidad de tener la enfermedad o un precursor de la misma, y no todas las enfermedades se prestan para un programa de tamizaje. Los siguientes criterios ayudan a determinar si una enfermedad es apropiada para un programa de tamizaje:

- La enfermedad debe tener consecuencias graves.
- La enfermedad debe tener una etapa preclínica detectable y asintomática.
- El tratamiento de la etapa preclínica debe influir favorablemente en la evolución a largo plazo y el pronóstico de la enfermedad objeto de tamizaje.
- Debe haber tratamiento disponible y accesible para quienes tienen un resultado positivo en una prueba de tamizaje. (1)

Para realizar el tamizaje se debe recoger una muestra para citología requiere un espejo y alumbrado adecuado para visualizar toda la superficie del cuello uterino. El dispensador extrae muestras de la cara del cuello uterino y del endocervix utilizando una espátula o un cepillo y transfiere la muestra a un portaobjetos (frotis de Papanicolaou) o a una solución conservante. La muestra se debe rotular apropiadamente y transportar al laboratorio, donde se necesita a personal capacitado para procesarla e interpretarla.

Colposcopia

La colposcopia es el examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un instrumento que emite un haz de luz intensa y tiene lentes de aumento que magnifican el campo, lo que permite examinar las características específicas de la capa epitelial (la superficie) y los vasos sanguíneos circundantes. Esto puede hacerse con un colposcopio, que es un equipo especializado costoso. Más recientemente, ese examen también se ha realizado utilizando cámaras de video o digitales especialmente diseñadas.

Biopsia

La biopsia es la remoción de muestras pequeñas de tejido anormal para su examen microscópico con fines diagnósticos. Se pueden tomar biopsias de áreas del cuello uterino que son IVAA positivas o de áreas que parecen sospechosas de cáncer. Si una lesión o estructura anormal del cuello uterino no es observable a simple vista, la colposcopia puede ayudar a especificar el sitio o los sitios donde deben tomarse una o más biopsias. Normalmente, se toma una biopsia de cada área anormal, aunque las biopsias aleatorias pueden ser útiles en ciertas circunstancias.

Tratamiento

La mayoría de las infecciones por VPH no causan ningún síntoma significativo y el sistema inmunológico del cuerpo las elimina de forma natural. Actualmente no existe un tratamiento para la infección por VPH, pero existen tratamientos para los cambios celulares precancerosos y las verrugas causadas por la infección por el VPH. Los métodos de tratamiento incluyen medicamentos tópicos, criocirugía, escisión quirúrgica y procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP). Por ejemplo, un podofilox (Condylox), un medicamento tópico recetado, puede destruir el tejido de las verrugas genitales. El ácido tricloroacético, un fármaco químico, puede quemar las verrugas de las palmas de las manos, las plantas de los pies y los genitales. LEEP puede eliminar tejido anormal. (3)

Crioterapia

La crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación (un método ablativo). Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (criosonda) sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales (junto con áreas normales) cubiertas. Se realiza el super enfriamiento de la criosonda utilizando un tanque con dióxido de carbono (CO₂) comprimido o con óxido nitroso (N₂O) comprimido. Pueden practicar la crioterapia, en todos los niveles del sistema de salud, dispensadores de asistencia sanitaria (médico, enfermeras o parteras) capacitados en tacto vaginal y en crioterapia. Lleva cerca de 15 minutos, generalmente es bien tolerada y se asocia con un malestar leve solamente. Por consiguiente, se puede realizar sin anestesia.

Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

La escisión electroquirúrgica con asa es la remoción de las áreas anormales del cuello uterino utilizando un asa hecha de un alambre delgado accionado por una unidad electroquirúrgica. El asa corta y coagula al mismo tiempo, después de lo cual se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación. Mediante la escisión electroquirúrgica con asa se procura extraer la lesión y toda la zona de transformación. El tejido extirpado se puede enviar al laboratorio de histopatología para su examen, lo que permite evaluar el grado de la lesión. Por lo tanto, esta técnica tiene un doble fin: extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa) y producir una muestra para su examen patológico. El procedimiento puede realizarse con anestesia local en forma ambulatoria y lleva generalmente menos de 30 minutos. Sin embargo, después de la escisión electroquirúrgica con asa la paciente debe permanecer en el establecimiento ambulatorio unas pocas horas para verificar que no haya hemorragia.

Conización con bisturí frío (CKC)

La CKC es la remoción de una porción cónica del cuello uterino formada por una parte externa (el exocervix) y una parte interna (el endocervix). La cantidad de tejido extirpado dependerá del tamaño de la lesión y de la probabilidad de encontrar un cáncer invasor. El tejido extirpado se envía al laboratorio de anatomía patológica para su diagnóstico histopatológico y para cerciorarse de que el tejido anormal haya sido completamente extirpado. Una CKC se hace generalmente en un hospital, con la infraestructura, el equipo y los suministros necesarios y con dispensadores capacitados. La deben practicar exclusivamente profesionales con habilidad quirúrgica, como ginecólogos o cirujanos capacitados para efectuar este procedimiento, y con competencia para reconocer y resolver las complicaciones, por ejemplo una hemorragia. El procedimiento lleva menos de una hora y se realiza con anestesia general o regional (raquídea o epidural). La paciente puede ser dada de alta del hospital el mismo o al día siguiente.

VACUNACION

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza VACUNAS GRATUITAS
en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Vacunas																		EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO	
	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugado (3)	Quintuple Polivalente DTP-HB-Hib (4)	Polio IPV (5)	Rotavirus (6)	Meningococo (7)	Gripe (8)	Hepatitis A HA (9)	Triple Viral SRP (10)	Varicela (11)	Cuádruple o Pentavalente DTP-Hib (12)	Triple Bacteriana Celular DTP (13)	Triple Bacteriana Acelular dpa (14)	Virus Humano VPH (15)	Doble Bacteriana dt (16)	Doble Viral SR o Triple Viral SRP (17)	Fiebre Amarilla FA (18)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (19)
Edad	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																	
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																	
2 meses			1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis (D)													
3 meses							1ª dosis												
4 meses			2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis (E)													
5 meses							2ª dosis												
6 meses				3ª dosis	3ª dosis														
12 meses			refuerzo						única dosis	1ª dosis									
15 meses							refuerzo	dosis anual (F)			única dosis								
15-18 meses												refuerzo							
18 meses																		1ª dosis (M)	
24 meses																			
5-6 años (ingreso escolar)					refuerzo					2ª dosis		2ª refuerzo							
11 años							única dosis						refuerzo	2 dosis (L)				refuerzo (N)	
A partir de los 15 años										iniciar o completar esquema (J)									única dosis (O)
Adultos															una dosis (I)		refuerzo cada 10 años		
Embarazadas																			
Puerperio																			
Personal de salud																			

Fig. 2. Calendario Nacional de Vacunación

En el año 2006 fue aprobada en los Estados Unidos de América la primera vacuna profiláctica contra el Virus del Papiloma Humano. Poco tiempo después fue aprobada en Europa una segunda vacuna con el mismo fin, y con el transcurrir de algunos meses ambas vacunas lograron la aprobación de la entidad regulatoria nacional en la República Argentina. En el año 2009 la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) realizó el Consenso sobre Vacuna contra HPV, el cual destacó los siguientes aspectos principalmente: La prevención del cáncer de cuello de útero (CCU) debe ser una prioridad en Salud Pública. (14)

La incorporación al calendario de la vacunación contra HPV en niñas de 11 años tiene como objetivo la reducción de la incidencia y mortalidad del CCU. El impacto esperado esta proporcionalmente relacionado a la cobertura de vacunación lograda en la población objetivo. El esquema de tres dosis de vacuna contra HPV ha logrado a nivel nacional una cobertura entre los años 2011 a 2014 con la 1ª dosis que oscila entre el 88,6 al 83,3%, con la 2ª dosis del 72 al 67% y con la 3ª dosis del 53 al 58%.

En 2015 se aprobó la implementación de un esquema simplificado de 2 dosis con el objetivo mejorar la adherencia y la cobertura reportada por el Ministerio de Salud de la Nación para 2015/2016 fue de 1ª dosis: 84% y 50 a 56% de la 2ª dosis. En el año 2016 se decidió la incorporación de la vacunación en varones a los 11 años como estrategia para reducir la circulación viral, disminuir indirectamente la incidencia y mortalidad por CCU (Protección de Rebaño), disminuir la carga de enfermedad en varones y con el concepto de equidad de género. Los resultados de esta nueva estrategia, puesta en práctica en el año 2017, deberán ser observados en el tiempo. (14)

Las vacunas son una suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

Inmunización

La inmunización consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos) por parte de un individuo sano susceptible como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico, la vacuna.

El objetivo es producir una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado. Se basa en la respuesta del sistema inmunitario a cualquier elemento extraño (antígeno) y en la memoria inmunológica. La vacuna puede elaborarse con un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígeno inmunizante).

Inmunización activa y pasiva

Activa Natural: adquirida de manera natural ocurre cuando una persona está expuesta a un microorganismo patógeno vivo, y desarrolla una respuesta inmunitaria primaria, que lleva a una memoria inmunitaria.

Activa Artificial: se produce por inoculación de una vacuna. La inmunidad generada por la vacuna es efectiva al cabo de varios días, pero, al crear memoria inmunológica, su capacidad de acción es duradera.

Pasiva Natural: se debe a anticuerpos que se producen en un cuerpo diferente del nuestro. (Embarazadas y lactancia)

Pasiva Artificial: se refiere a la inoculación de un anticuerpo que ya formado y listo para su acción (sueros).

Inmunobiológicos

La naturaleza específica y los contenidos de las vacunas difieren entre sí, dependiendo de la casa productora, un inmunobiológico contra la misma enfermedad puede variar en su composición por el uso de diferentes cepas o por la cantidad de unidades viables. Los constituyentes de los Inmunobiológicos podrían presentarse como:

Líquido de suspensión: puede ser tan simple como agua destilada o solución salina, o tan complejo como el medio biológico donde se haya producido el inmunobiológico.

Preservativos, estabilizadores y antibióticos: Se utiliza este tipo de componentes para inhibir o prevenir el crecimiento bacteriano en los cultivos virales, en el producto final o para estabilizar el antígeno. Son sustancias tales como timerosal y/o antibióticos específicos, por ejemplo, neomicina en la vacuna contra el sarampión.

Adyuvantes: en algunas vacunas con microorganismos muertos y fracciones de los mismos se utilizan compuestos de aluminio, alumbre o calcio, ASO₄ (nuevo sistema adyuvante en vacuna de HPV). Esto ocurre porque el adyuvante retarda la absorción del antígeno haciendo que éste sea expuesto por más tiempo al sistema inmune. Los Inmunobiológicos que contienen tales adyuvantes deben inyectarse profundamente en la masa muscular, pues su inoculación en grasa o intradérmica provoca irritación local, granulomas o necrosis.

Vacunas vivas atenuadas

Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. El agente es atenuado es decir debilitado en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos.

Para producir una respuesta inmune las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad ésta es generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente asociado con la vacunación (ESAVI).

La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural ya que el sistema inmune no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada que por la producida por el virus o bacteria “salvaje” o de la calle.

Son generalmente efectivas con una sola dosis, o cuando se quiere reforzar o asegurar la respuesta inmune (seguimiento con SRP o SR para la erradicación de enfermedades).

En general no requieren adyuvantes

Estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz o el calor.

Entre las vacunas vivas atenuadas de uso en el PAI están: virales vivas (sarampión, rubéola, paperas, polio oral, fiebre amarilla: fiebre hemorrágica Argentina), y bacterianas vivas (BCG). (14)

Vacunas inactivadas

Se obtienen mediante: inactivación por medios físicos (calor) o químicos u obtención de fracciones inmunizantes virales o bacterianas.

La respuesta inmunitaria es menos intensa y duradera

Se necesitan varias dosis para mantener un nivel adecuado de anticuerpos séricos. En general la primera dosis no genera inmunidad, es decir no produce anticuerpos protectores, solamente “pone en alerta” al sistema inmune, la protección se desarrolla recién después de la segunda o tercera dosis. Tienden a ser más estables. Muy a menudo requieren adyuvantes.

Estas vacunas no son vivas por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aun en personas inmunocomprometidas.

En general las vacunas inactivas en uso pueden ser inactivas a partir de todo el virus (IPV) a partir de subunidades o partes del antígeno (hepatitis B, pertussis acelular), toxoides (difteria, tétanos) o polisacáridos conjugados (Hib). (15)

Características de las vacunas

Seguridad: es una propiedad fundamental de cualquier vacuna. Las vacunas deben ser seguras, lo cual no quiere decir que no puedan tener efectos secundarios.

Inmunogenicidad: es la capacidad de un agente infeccioso de inducir inmunidad específica.

Eficacia: se conoce como eficacia de una vacuna a los resultados o beneficios de salud proporcionados a los individuos cuando esa vacuna es aplicada en condiciones ideales. La eficacia de una vacuna está en función de su inmunogenicidad.

Efectividad: se considera efectividad de una vacuna a los resultados o beneficios de salud proporcionados por un programa de vacunaciones en la población. La efectividad depende de factores como la aceptación y accesibilidad de la población a la vacuna, la pauta correcta de administración (dosis, vía, lugar, técnica), la conservación y manipulación adecuada, etc.

Período de Gracia de 4 días

Se denomina así a la cantidad de días de anticipación en que al aplicarse las vacunas puede considerárselas válidas. Las dosis de vacunas administradas a los 4 días o menos días antes de cumplirse el intervalo mínimo son consideradas válidas, establecido por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización.

Se admite universalmente, cuando este intervalo mínimo se reduce 4 o menos días (o sea, cuando se administra desde los 26 a 29 días posteriores a la dosis anterior), la dosis vacunal administrada debe considerarse válida.

Esquemas interrumpidos. Calendarios o pautas de vacunación de rescate para niños, adolescentes y adultos con vacunación incompleta.

En muchas ocasiones es necesario vacunar a individuos que no han recibido vacunas previamente, o que no han completado su calendario de vacunación de forma regular, de acuerdo a lo recomendado. Cuando lo inician tardíamente, lo han interrumpido o han sido vacunados en otros países se debe adaptar el calendario vigente teniendo en cuenta las vacunas recibidas y la edad pauta diferente a la indicada.

Recomendaciones.

Considerar edad del individuo.

Se establecen las dosis necesarias para poner al día el calendario de vacunas en función de la edad.

Las dosis administradas previamente, si las hubiese, deben considerarse válidas siempre que respeten la edad mínima y el intervalo mínimo entre las dosis.

No se reiniciará una pauta de vacunación si se han recibido dosis previas válidas

Se consideraran válidas las dosis que estén correctamente registradas o identificadas.

En caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna, se continuará con las dosis faltantes sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis.

En los casos en los que no hubiese ninguna prueba documentada de las vacunas administradas se aplicarán todas las vacunas adecuadas para la edad, como si se tratase de un paciente no vacunado.

Se administraran de forma simultánea todas las vacunas posibles en lugares anatómicos distintos. Se utilizaran preferentemente vacunas combinadas (para disminuir el número de inyecciones).

Certificación de la vacunación

En todos los casos el carnet de vacunación o la libreta sanitaria debe llevar anotada la fecha de la dosis aplicada, el número de lote de la vacuna y el establecimiento en el que se vacunó.

Es fundamental registrar en el carnet y en el registro disponible: El registro permite evitar errores y facilitar el seguimiento del niño o adulto vacunado.

En Argentina para la administración de las vacunas:

- 1- Se requiere un consentimiento verbal, es decir con los padres y/o tutores presentes.
- 2- Si tras informar a los padres de los beneficios de la vacunación y los posibles efectos adversos, no se consigue que acepten la práctica, se podría intentar otra visita con el mismo o distinto interlocutor con el que la familia tenía empatía
- 3- En otros casos los padres no están dispuestos a consentir a la vacunación pero pueden aceptar un compromiso (por ejemplo, vacunación con un solo componente de la vacuna polivalente, dosis escalonadas, programación ajustada).

- 4- Si la negativa persiste se debería documentar, tanto en la historia clínica, fichero o registro de vacunación esta situación.

En Argentina, el derecho a la vacunación en todas las etapas de la vida es ley. (Nº 27.491). La presente norma tiene por objeto regular la implementación de una política pública de control de las enfermedades prevenibles por vacunación. Sanción: 12-dic-2018. Publicación: 04-ene-2019

Vacunación contra el VPH

En el año 2006 fue aprobada en los Estados Unidos de América la primera vacuna profiláctica contra el Virus del Papiloma Humano. Poco tiempo después fue aprobada en Europa una segunda vacuna con el mismo fin, y con el transcurrir de algunos meses ambas vacunas lograron la aprobación de la entidad regulatoria nacional en la República Argentina. (16)

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) fue incorporada al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2011, destinada a las niñas de 11 años nacidas a partir del año 2000, con el propósito de disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino (CCU). En el año 2014 se definió la transición de vacuna bivalente a cuadrivalente con el beneficio adicional de prevención de verrugas genitales. En el año 2015, considerando la evidencia científica disponible con respecto a inmunogenicidad y eficacia del esquema de dos dosis, las coberturas nacionales, las recomendaciones internacionales y las nacionales, se decide simplificar el esquema a dos dosis con intervalo de 6 meses entre la primera y segunda dosis (0-6 meses). Teniendo en cuenta que la vacunación en varones genera reducción de la transmisión del virus, que se traduce en protección de rebaño por efecto indirecto, la ampliación de la estrategia de vacunación incluyendo a este grupo contribuiría a la disminución del cáncer de cuello de útero y a la prevención de las enfermedades asociadas al VPH en ambos géneros. La Organización Mundial de la Salud recomienda la inclusión de varones a las estrategias de vacunación contra VPH cuando las coberturas en mujeres son menores al 50% para alcanzar el objetivo de disminuir el cáncer cervical, esto otorga además un beneficio directo al disminuir la incidencia y mortalidad por enfermedades asociadas al VPH en varones. (17)

Se han desarrollado dos vacunas para la prevención primaria de la infección por VPH: La vacuna cuadrivalente (contra los tipos 6, 11, 16, 18: Gardasil) y la bivalente (contra Los tipos 16 y 18: Cervarix).

Ambas vacunas son purificadas, inactivadas, recombinantes. Se elaboran a Partir de partículas de tipo viral (VLP) purificadas de la proteína principal de la cápside (L1) de Los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH para la vacuna cuadrivalente, y 16 y 18 para la bivalente. Estas Partículas tienen la capacidad de inducir altos títulos de anticuerpos. (18)

Tabla 5- Cuadro comparativo Vacuna cuadrivalente (GARDASIL) y vacuna Bivalente (CERVARIX)

	Vacuna cuadrivalente (GARDASIL)	Vacuna Bivalente (CERVARIX)
Composición		
Tipos incluidos	6-11-16-18	16-18
Dosis en mg	20-40-40-20	20-20
Presentación	Vial de vacuna monodosis (0,5ml)	Jeringa prellenada (0,5 ml de suspensión) o frasco-ampolla (0,5 ml de suspensión) o vial monodosis 0,5 ml

La vacuna bivalente contra el VPH está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación de Argentina para todas las niñas de 11 años que nacieron desde del 1 de enero de 2000. La vacuna bivalente (Cervarix) ha sido aprobada para la prevención de lesiones epiteliales cervicales de alto grado y adenocarcinoma in situ asociados a los VPH 16 y 18. La vacuna cuadrivalente (Gardasil) ha sido aprobada para la prevención de verrugas genitales, asociadas a los VPH 6 y 11, y para la prevención de lesiones epiteliales cervicales, vulvares y vaginales de alto grado y adenocarcinoma in situ asociados a VPH 16 y 18. La presencia de anomalías en el PAP o de otras lesiones por VPH no contraindica la aplicación de estas vacunas, aunque debemos recordar que no tendrán acción terapéutica sobre ellas. (19)

Tabla 6: Esquema de Vacunación del HPV.

Vacuna	Número de dosis	Esquema	Indicación	Vía de Aplicación	Revacunación
Cuadrivalente (Gardasil) (Silgard)	2 dosis de 5 ml cada una	0 y 6 meses	Mujeres a partir de los 11 años	IM Deltoides	No está establecido la necesidad de dosis de refuerzo
Bivalente (Cervarix)	3 dosis de 5 ml cada una	0,1,6 meses	Mujeres de 11 años	IM Deltoides	No está establecido la necesidad de dosis de refuerzo

Efectos adversos

Problemas en el lugar de la inyección tales como:

Enrojecimiento

Moretones

Picazón

Hinchazón

Dolor

Celulitis

Dolores de cabeza

Propósitos y Objetivos de la Vacunación contra VPH

Propósitos

1. Disminuir la incidencia y mortalidad por CCU
2. Disminuir la carga de enfermedad asociada al VPH, sus complicaciones y mortalidad.

La vacunación contra VPH en varones permitirá:

1. Disminuir la incidencia y mortalidad por CCU mediante efecto indirecto (protección de rebaño)
2. Disminuir la carga de enfermedad asociada al VPH en varones, sus complicaciones y mortalidad mediante el efecto directo de la vacunación
3. Contribuir con la equidad de género, siendo ambos responsables de la transmisión del VPH por lo deberían asumir la carga de reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas así como tener el mismo acceso a los beneficios directos de la vacunación.

Objetivos

Lograr coberturas mayores o iguales al 95% en la población objetivo.

Población objetivo

- Mujeres de 11 años de edad nacidas a partir del año 2000.
- Varones de 11 años de edad nacidos a partir del año 2006. (17)

Descripción:

La vacuna cuadrivalente se prepara a partir de partículas similares al virus (VLP) altamente purificadas de la proteína L1 de la cápside mayor del VPH para cada uno de los tipos (6, 11, 16 y 18) obtenidos a partir de cultivos de fermentación en células de levaduras (*Saccharomyces cerevisiae*) por tecnología de ADN recombinante.

Vía de administración: Intramuscular en el deltoides. Forma farmacéutica: Suspensión inyectable por vía intramuscular.

Presentaciones: Vial monodosis de 0,5 ml.

Utilización del vial de dosis única: Agitar bien antes de usar. Extraer la dosis de 0,5 ml de vacuna del vial de dosis única utilizando una aguja y jeringa estériles sin conservantes, antisépticos, ni detergentes. Una vez que se ha perforado el vial de dosis única, la vacuna extraída debe utilizarse inmediatamente, y el vial debe ser desechado. Administración simultánea con otras vacunas: la vacuna contra VPH puede ser coadministrada con otras vacunas del calendario nacional, en sitios diferentes. No es necesario ningún intervalo entre la vacuna contra VPH y otras vacunas.

Conservación: Se debe mantener entre 2 y 8° C hasta su aplicación. (17)

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CONDUCTAS DE LOS JOVENES CON RESPECTO AL HPV

Debido al grado de complejidad y la importancia que tiene esta enfermedad, y las repercusiones que tienen en la salud, a corto y largo plazo para los que contraigan el virus y teniendo en cuenta esto, es necesario fomentar la información acerca de ella, mediante la promoción y prevención, desde la adolescencia, debido a que la desinformación puede contribuir a tener actividades riesgosas. (20)

La sexualidad es un tema de interés educativo, donde resulta crucial para crear conciencia sobre las consecuencias de una actividad sexual sin protección; considerando que es la juventud el período de mayor contagio del HPV y demás enfermedades de transmisión sexual, por ello la falta de conocimiento sobre el tema, puede considerarse como un factor de riesgo y una condición que lleva a adoptar conductas y actitudes que ponen en riesgo su salud.

La promoción de la salud sexual (PSS) ubica a la sexualidad dentro de un marco histórico y cultural, determinada por costumbres, tradiciones y valores propios de cada población. Por lo tanto, constituye un problema de salud pública asociado al comportamiento de manera que resulta pertinente abordarlo desde una perspectiva más amplia, ya que una proporción importante de la morbilidad y de sus causas, se pueden atribuir a dicha variable. Las conductas saludables o de riesgo son susceptibles de modificarse. Una correcta educación es la mejor forma de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de preparación hacia una conducta sexual responsable.

El desconocimiento de los adolescentes sobre las ITS es una realidad preocupante. A esto le sumamos los hábitos sexuales, los factores individuales, sociales y culturales en los que se mueven y los distintos estilos de vida, como comportamientos individuales habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vivir de un individuo; la actividad física, recreación, autocuidado, hábitos alimentarios, descanso y sueño, consumo de alcohol o alguna otra sustancia y también sus hábitos sexuales.

Por eso se necesitan lineamientos que contribuyan a que las personas adopten prácticas personales saludables, teniendo en cuenta a cada grupo o comunidad; entre las cuales se encuentran el tener conocimiento sobre los métodos de barrera, los factores nutricionales, la cesación del hábito tabáquico, el control mediante el examen de papanicolaou y las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual.

La salud es un derecho humano fundamental. Los derechos humanos están reconocidos en diversos tratados internacionales e incorporados en la Constitución Nacional desde 1994. Estos derechos son indivisibles e interdependientes, eso significa que en materia de salud no se puede garantizar la salud física sin garantizar la mental y social, o el tratamiento de la enfermedad y no su prevención. Se deben tomar medidas para alcanzar la satisfacción plena de todos los aspectos relacionados con la salud integral. Según el Comité de Expertas/os de la OEA, la salud sexual constituye “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia”. La Ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, tiene como objetivos, entre otros, promover la salud sexual de los/las adolescentes y garantizar el acceso a información, orientación, métodos y servicios de salud sexual y reproductiva. (21)

El conocimiento informal a diferencia del conocimiento científico, corresponde a un conocimiento más abstracto, en muchas ocasiones tiene que ver con las vivencias, las experiencias o los saberes populares del individuo. En cambio el último se va configurando por un proceso complejo de indagación, reflexión, investigación que implica la evolución y la reconstrucción conceptual compleja con una lógica interna. Es importante destacar que el conocimiento que posee el estudiante en este caso, está en proceso de construcción y tiene la influencia de su medio social y cultural, y de acuerdo al conocimiento previo es la conducta a seguir, la postura o actitud frente a determinados temas. A lo largo del tiempo ha recibido varios nombres, entre los cuales fueron “conocimiento previo”, “modos de ver” a partir de los cuales los estudiantes los ensayan en nuevas oportunidades. Según el conocimiento que ellos manejen sobre el HPV, será la conducta o comportamiento ante ese tema y también la actitud.

Según Fred Korthagen, (profesor de Educación de la Universidad de Utrecht de Ámsterdam) se distinguen dos tipos de conocimientos: el episteme y el phronesis. El primero se vincula con la epistemología y al conocimiento fundante, estrechamente relacionado a la teoría que se enseña en la Universidad. En cambio, el segundo se relaciona fundamentalmente a la percepción y a la experiencia práctica desarrollada fuera de contextos académicos. (22)

El conocimiento es el resultado que se obtiene del proceso progresivo y gradual de aprehensión del mundo. Esto implica un conocimiento general que se especifica en un conocimiento de personas, objetos o ideas, entre otros. (25)

En términos generales, el conocimiento representa la relación entre un sujeto cognoscente (que es capaz de comprender) y un objeto cognoscible (que puede ser conocido). La epistemología estudia la esencia del conocimiento en términos científicos, mientras que la gnoseología estudia el conocimiento en general. Según el medio con que se lo aprehende, es decir, a través de la experiencia o la razón, el conocimiento se clasifica en dos grandes grupos:

1. Conocimiento empírico. El conocimiento empírico es el que se obtiene a través de la experiencia. Implica el uso de los sentidos como forma de acceso al objeto que se quiere conocer.

2. Conocimiento racional. El conocimiento racional es el que se obtiene a través de la razón. Implica un proceso cognitivo mediado por procesos mentales.

Conocimiento filosófico. Es un tipo de conocimiento crítico, metafísico, incondicionado, universal y metafísico.

Conocimiento científico. Es un tipo de conocimiento verificable, metodológico, objetivo y selectivo.

Conocimiento técnico. Es un tipo de conocimiento que utiliza herramientas para la solución de problemas.

El conocimiento representa una relación entre un sujeto que busca conocer y un objeto que se desea conocer. La posibilidad de que se dé el conocimiento surge a partir del contacto entre uno y otro. Sin embargo, esta relación es problemática. Algunos filósofos sostienen que hay una determinación del sujeto por el objeto. Otros, en cambio, piensan que es el sujeto el que determina al objeto. Los primeros se agrupan bajo el rótulo de “objetivistas” y los segundos como “subjettivistas”.

- **Objetivismo.** El objetivismo sostiene que es el objeto el que determina al sujeto. De esta manera, el sujeto se ve afectado por cómo se le muestra o presenta el objeto y todo lo que puede decir de él surge por el objeto mismo. Un ejemplo de ello es el platonismo.
- **Subjettivismo.** El subjettivismo sostiene que es el sujeto quien determina al objeto. De esta manera, el objeto se ve afectado por las condiciones de posibilidad de conocimiento que el sujeto trae consigo mismo. Un ejemplo de ello es el kantianismo.

El conocimiento se adquiere de diversas maneras. En términos generales, podemos distinguir entre un conocimiento adquirido por la experiencia y un conocimiento adquirido por la razón.

- Experiencia. La experiencia es la adquisición de conocimiento a partir de la percepción sensorial. La información obtenida se almacena en la memoria y se enriquece con nuevas experiencias que amplían el conocimiento.
- Razón. La razón es la adquisición de conocimiento como resultado de procesos mentales como la deducción y la inducción.

Tanto la experiencia como la razón pueden ser pensadas a partir de la intuición. Esta es la comprensión de algo de manera directa, sin pasos medios. El sujeto capta o percibe un fenómeno como evidente en sí mismo.

Para el racionalismo, la intuición es racional y se da por el contacto directo con la idea de un objeto. Para el empirismo, la intuición es empírica, y se da por el contacto directo con el objeto real.

Hay muchas formas de clasificar el conocimiento. En filosofía se distingue entre conocimiento *a priori* y *a posteriori*.

- El conocimiento *a priori*. Es el conocimiento analítico, independiente a la experiencia. *A priori* significa, en latín, “de lo anterior”. A este tipo de conocimiento pertenecen los enunciados lógicos y matemáticos, que no necesitan ser validados por la experiencia.
- El conocimiento *a posteriori*. Es el conocimiento que deriva de la experiencia. *A posteriori* significa “de lo posterior”. Es el tipo de conocimiento a partir del cual se construye gran parte del conocimiento científico y, según algunos autores, el único conocimiento legítimo que se puede obtener del mundo.

Teniendo en cuenta el alcance del conocimiento, se distingue entre:

- El conocimiento teórico. Es el conocimiento que, a través de conceptos, se refiere a uno o varios aspectos de la realidad, con el fin de comprenderlos. De este tipo son los conocimientos científicos, filosóficos e, incluso, las creencias religiosas.
- El conocimiento práctico. Es el conocimiento orientado a la acción, muchas veces utilizado con el fin de modelar la conducta. Suele ser aprendido por imitación o bien teóricamente, pero solo puede realmente incorporarse cuando es llevado a la práctica. Es el caso del conocimiento técnico, la ética y la política.

- El conocimiento científico es un tipo de conocimiento particular, basado en la observación sistemática y metódica de fenómenos, que busca explicar los fenómenos de manera objetiva, coherente y precisa. Para ello, utiliza el método científico, una serie de procedimientos a través de los que se busca garantizar el rigor de las observaciones realizadas y asegurar la validez de las conclusiones a las que se arriba. El conocimiento científico incluye tanto leyes como teorías. (25)

La conducta, sin embargo, está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

A la hora de hablar de conducta y del ser humano es muy frecuente que dentro de lo que es la inteligencia emocional se establezcan tres diferentes tipos del término que nos ocupa. Así, por ejemplo, en primer lugar, se habla de lo que se da en llamar conducta agresiva que es la que tienen aquellas personas que se caracterizan por tratar de satisfacer sus necesidades, que disfrutan del sentimiento de poder, que les gusta tener la razón, que tienen la capacidad de humillar a los demás y que suelen ser enérgicas. El segundo tipo de conducta establecida es el pasivo. En este caso concreto, quienes se caracterizan por tenerla son personas tímidas, que ocultan sus sentimientos, que tienen sensación de inseguridad y de inferioridad, que no saben aceptar cumplidos, que no cuentan con mucha energía para hacer nada y que los demás se aprovechan de ellos con mucha facilidad.

La conducta asertiva es el tercer tipo citado. Las personas que la poseen tienen entre sus principales señas de identidad el que siempre cumplen sus promesas, que reconocen tanto sus defectos como sus virtudes, se sienten bien consigo mismos y hacen sentir también bien a los demás, respetan al resto y siempre acaban consiguiendo sus metas. La etología, una disciplina que puede incluirse dentro de la biología y de la psicología experimental, se dedica a estudiar el comportamiento que desarrollan las especies. Para la psicología, el concepto sólo se utiliza con relación a aquellos animales que disponen de capacidades cognitivas avanzadas. En las ciencias sociales, por otra parte, la conducta incluye factores propios de la genética, la cultura, la sociedad, la psicología y hasta la economía. Podría decirse que la conducta es entendida a partir de los comportamientos de un sujeto que pueden observarse.

En su conformación entran en juego las actividades del cuerpo (como hablar o caminar) y de la mente (pensar), en especial aquellas que se desarrollan para interactuar con otras personas.

Si la persona respeta aquellas reglas que, en el marco de una comunidad, se consideran como aceptables o valiosas, se dirá que tiene una conducta formal. (26)

Conducta es lo que la gente hace o dice. Debido a que la conducta implica acciones de una persona, se describe con verbos que denotan acción. La conducta no es una característica estática de la persona. Las conductas tienen una o más dimensiones que se pueden medir. Podemos medir la frecuencia de una conducta, es decir, se puede contar el número de veces que se produce, podemos medir la duración de una conducta, esto es, el tiempo transcurrido desde que se inicia hasta que se detiene y también podemos medir la intensidad de una conducta o fuerza física implicada en la misma. La frecuencia, la duración y la intensidad son las dimensiones físicas de una conducta. Las conductas pueden ser observadas, descritas y registradas por otros o por la misma persona que las ejecuta.

Debido a que una conducta es una acción, podemos observar su ocurrencia. La gente puede ver la conducta (o detectarla a través de los sentidos) cuando ésta ocurre, de manera que un observador puede describirla y registrar su ocurrencia. Las conductas tienen un impacto sobre el ambiente, tanto físico como social, sobre los demás y sobre nosotros mismos.

Debido a que una conducta es una acción que implica movimiento en el espacio y en el tiempo (Johnston y Pennypacker, 1981), la aparición de una conducta tiene algún efecto sobre el ambiente en el que ocurre. A veces, dicho efecto es evidente: encender el interruptor de la luz e iluminar la habitación (efecto sobre el ambiente físico); levantar la mano en clase y conseguir la atención del profesor (efecto sobre otras personas), y repetirse un número de teléfono de la guía telefónica para hacer más probable su recuerdo y marcar el número correcto (efecto sobre uno mismo). Otras veces, el efecto de una conducta sobre el ambiente no es obvio e incluso sólo actúa sobre la propia persona que ejecuta la conducta. A pesar de ello, toda conducta humana incide de alguna manera sobre el ambiente físico o social, independientemente de que nos demos cuenta o no de su impacto.

La conducta no es azarosa, sino que está regulada por leyes; es decir, su ocurrencia está sistemáticamente influida por los sucesos del ambiente. Los principios básicos de la conducta describen las relaciones funcionales entre nuestra conducta y los eventos ambientales. Podemos describir cómo los eventos del ambiente influyen en una conducta o, lo que es lo mismo, cómo la conducta es función de los eventos ambientales. La modificación de conducta está basada en los principios de conducta básicos. Una vez que conocemos los eventos ambientales que son la causa de una determinada conducta, podemos cambiar dichos eventos para modificar la misma. Las conductas pueden ser manifiestas o encubiertas. En la mayoría de los casos, los procedimientos de modificación de conducta se utilizan para analizar y cambiar las conductas manifiestas. Una conducta manifiesta es una acción que puede ser observada y registrada por una persona distinta de la que la ejecuta. Sin embargo, algunas conductas son encubiertas. Las conductas encubiertas, también llamadas eventos privados (Skinner, 1974), no son observables a los demás. Por ejemplo, el pensamiento es una conducta encubierta, no puede ser observado y registrado por otra persona distinta a la que está pensando. Pensar sólo puede ser observado por la persona que ejecuta la conducta. (23)

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito. Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada.

En el contexto de la pedagogía, la actitud es una disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clase de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo.

La formación de actitudes consideradas favorables para el equilibrio de la persona y el desarrollo de la sociedad es uno de los objetivos de la educación. En sociología, la actitud consiste en un sistema de valores y creencias, con cierta estabilidad en el tiempo, de un individuo o grupo que se predispone a sentir y reaccionar de una manera determinada ante algunos estímulos. A menudo, la actitud se asocia con un grupo o incluso con un género. Por ejemplo, un comportamiento particular puede ser clasificado como actitud femenina o actitud del hombre.

La actitud es la manifestación o el ánimo con el que frecuentamos una determinada situación, puede ser a través de una actitud positiva o actitud negativa. La actitud positiva permite afrontar una situación enfocando al individuo únicamente en los beneficios de la situación en la cual atraviesa y, enfrentar la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. A su vez, la actitud negativa no permite al individuo sacar ningún provecho de la situación que se está viviendo lo cual lo lleva a sentimientos de frustración, resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados.

La actitud crítica analiza lo verdadero de lo falso y encontrar los posibles errores, esta no permite aceptar ningún otro conocimiento que previamente no sea analizado para asegurarse que los conocimientos adquiridos sean puramente válidos.

Algunos expertos de la filosofía, consideran la actitud crítica como una posición intermedia entre el dogmatismo y el escepticismo, como defensa de que la verdad existe, sometiendo a examen o crítica a todas las ideas que pretenden ser consideradas verdaderas. La actitud puede culminar en una determinada postura corporal. Una actitud amenazante es una postura que expresa agresividad, y puede ser un mecanismo de defensa o forma de intimidación. Este tipo de actitud es común en los seres humanos y otras especies del reino animal. (24)

CAPITULO 2



Estrategia Metodológica

Diseño

Tipo de Estudio. La estrategia general de la investigación fue de tipo cuantitativo, de diseño transversal descriptivo. Éste tipo de estudio es utilizado en la recolección y análisis de datos, se valida en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística para determinar con mayor precisión patrones de conducta de la población en estudio. Se pretendió indagar y describir en este estudio de forma cuantitativa el conocimiento, conductas y actitudes de los jóvenes estudiantes de nivel superior de Ituzaingó, sobre la transmisión del HPV y las enfermedades asociadas.

Según los objetivos es una investigación Descriptiva, porque tiene como objeto determinar cómo es la situación de las variables que se están estudiando en una población específica, la presencia o ausencia de algunas de ellas, la frecuencia con que se presentan y en quienes.

Se identificaron, describieron y ordenaron los datos, según las características de la población, con el fin de establecer un ordenamiento de los datos observados en la muestra.

Según el periodo y la secuencia del estudio se considera un estudio de tipo Transversal, porque estudia simultáneamente variables en una sola medición en un tiempo determinado. Según la estrategia general es un estudio Cuantitativo, ya que se estudia el problema con variables cuantificadas y sus posibles relaciones. Según la intervención del investigador es Observacional ya que las variables son estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación. (26)

Es un muestreo intencional con los avales de las autoridades, para realizar el estudio y acceder a los estudiantes, se solicitó autorización al rector del ISFD de Ituzaingó (Instituto Superior de Formación Docente), el cual cuenta con ofertas académicas como profesorado de educación inicial, profesorado de educación primaria, profesorado de inglés, profesorado de biología, de lengua, etc. y tecnicaturas como la Tecnicatura Superior en Enfermería, en Obstetricia, en Seguridad e higiene, etc. Carreras a término y que se van renovando con nuevas propuestas año a año.

Visto que al momento del relevamiento de datos, debido a la pandemia producto del virus del COVID-19, se presentaban restricciones de movilidad y las instituciones educativas se encontraban limitadas a la modalidad de dictado de clases virtuales, Como era época de pandemia se utilizaron vías alternativas asincrónicas de distribución

para enviar el formulario encuesta y obtener de manera anónima y confidencial las respuestas que eran enviadas automáticamente a un correo. Como ser correos electrónicos o vía whatsapp

Población. La población en estudio son los estudiantes del Instituto de Formación Docente de Ituzaingó. Las edades de los mismos van desde los 18 años, que sale de la secundaria, hasta adultos de más de 40 años. Las carreras que se dictan en el Instituto son profesorado con una duración de 4 años y carreras técnicas de 3 años. El inconveniente presentado, fue la pandemia, las comunicaciones eran por grupos de whatsapp, zoom o meet. Debido a esto recurrí a los docentes y coordinadores de las distintas carreras para que envíen a sus estudiantes el link de la encuesta. No se pudo alcanzar a una gran población como se esperaba, y por la pandemia, muchos abandonaron sus respectivas carreras.

Unidad de Análisis. Las unidades de análisis son los estudiantes de todas las carreras, que se dictan en el ISFD de Ituzaingó.

Criterios de inclusión. Como criterios de Inclusión:

- Todos los estudiantes que formen parte del Instituto Superior de Formación Docente, de todas las carreras.

Criterios de exclusión. Como criterios de Exclusión:

- Estudiantes que no formen parte del ISFD.
- Docentes, administrativos, personal de limpieza.

Técnica e Instrumento de Recolección de la Información.

La recolección de datos se realizó en el Instituto de Formación Docente de Ituzaingó, en horario de clases y a partir del año 2020, para la investigación la técnica de recolección fué mediante la aplicación de encuestas a los estudiantes que asisten; con previa autorización de la Institución y de los encuestados.

El instrumento es un formulario tipo cuestionario ad hoc; anónimo, estructurado, auto administrado y con distintas áreas a saber: 1) Datos personales. 2) Conocimiento sobre las conductas de riesgo de Transmisión del VPH .3) Conocimiento sobre las afecciones que puede generar el VPH. 4) Conocimiento sobre las formas de transmisión del VPH. El cuestionario y sus reactivos fueron elaborados, en base a estudios similares y adaptados a las necesidades y objetivos planteados. Esta instancia fué durante el cursado de la maestría y con la aprobación y corrección de la docente experta a cargo Se adjuntaron a los mismos el consentimiento informado.

Los reactivos de la encuesta, abordan la temática de manera integral, lo que permite vislumbrar no sólo el conocimiento, también las conductas y actitudes de estudiantes, lo que, como entendemos, podría llevarlos a situaciones riesgosas al contraer éste tipo de enfermedad.

Procesamiento y Presentación de Datos

Los datos recolectados se volcaron y procesaron mediante las herramientas disponibles de un programa de análisis de datos. Las hojas de cálculo diseñada para éste fin y los resúmenes numéricos, tabulares y gráficos realizados a posteriori, posibilitaron el análisis de cada una de las cuatro áreas que integran el cuestionario. Estos distintos métodos de resumen permitieron el análisis cuantitativo y posterior interpretación de las respuestas de la población de interés para este trabajo/estudio. Los datos se presentaron en gráficos para su posterior análisis e interpretación.

Consideraciones éticas

Para resguardar los principios éticos, se tuvo en cuenta los diferentes principios éticos como

- La autonomía a través del consentimiento informado que se presentará y leerá a cada estudiante que participe de la investigación.
- El principio de beneficencia se cumplió, no dañando ni física ni psicológicamente a los estudiantes.
- El principio del respeto a la dignidad humana se cumplió respetando la autodeterminación de participar.
- Se cuidó el anonimato en cuanto a la información obtenida, estableciéndose el compromiso de confiabilidad de la información brindada

MATRIZ DE DATOS

Algunas precisiones sobre el instrumento utilizado. Se presenta en esta tabla las siguientes áreas: 1) Datos personales. 2) Conocimiento sobre las conductas de riesgo de Transmisión del VPH .3) Conocimiento sobre las afecciones que puede generar el VPH. 4) Conocimiento sobre las formas de transmisión del VPH y a su vez cada área tiene sub-variables. El valor está dado en escalas de respuestas dicotómicas y en algunas tricotómicas. Se utilizó una escala descriptiva nominal, de conocimiento; el sentido de las preguntas es presencia o ausencia de conocimientos o de hechos

En el área, **Datos personales**, los reactivos trabajados son: Carrera, edad, y sexo.

En el área **Conocimiento sobre las conductas de riesgo de Transmisión del VPH**, los reactivos trabajados son:

- ¿Usa preservativos durante las relaciones sexuales?
- ¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?
- ¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?
- ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?
- ¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso?

En el área **Conocimiento sobre las afecciones que puede generar el VPH**, los reactivos trabajados son:

- ¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?
- ¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?

En el área, **Conocimiento sobre las formas de transmisión del VPH** los reactivos trabajados son:

- ¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?
- ¿El VPH se transmite durante el embarazo?

Tabla 7- Matriz de datos.

Variable	Sub-Variable o Dimensión de la Variable	Valor	Indicador	Código reactivo
Conocimiento sobre las conductas de riesgo de Transmisión del VPH	Uso de Preservativos. (conducta)	SI NO A VECES	¿Usa preservativos durante las relaciones sexuales?	P1
	Vacunación. (conocimiento) (Actitud/Conducta)	SI NO	¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?	P2
		SI NO	¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH	P3
	Edad de Inicio de relaciones sexuales. (conocimiento)	SI NO	¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?	P4
	(conocimiento)	De 12 a 15 De 16 a 19 De 20 a más	¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso?	P5
Conocimiento sobre las afecciones que puede generar el VPH	Cáncer de cuello de útero. (conocimiento)	SI NO	¿Tiene conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?	P6
	Esterilidad. (conocimiento)	SI NO	¿Tiene conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?	P7
Conocimiento sobre las formas de transmisión del VPH	Sexual. (conocimiento)	SI NO NO SÈ	¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?	P8
	Perinatal(conocimiento)	SI NO NO SÈ	¿El VPH se transmite durante el embarazo?	P9

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando tablas y gráficos para frecuencias y porcentajes, los datos obtenidos de la información recolectada se presentan en forma ordenada y sencilla para realizar el análisis de los mismos. Para poder evaluar los objetivos tanto el general como los específicos. Teniendo en cuenta los objetivos de indagar y comparar los conocimientos, actitudes y conductas que tienen los estudiantes de nivel superior, sobre la transmisión del HPV y las enfermedades asociadas, se distribuyeron las encuestas de manera masiva a todos los estudiantes del Instituto, lo que posibilitaría el acceso a observaciones en un amplio campo de características de éstos estudiantes, como ser distintas edades, distintas carreras y distintos géneros.

Finalmente se recibieron respuestas válidas en un total de 135 encuestas, que representan el grupo muestral sobre el que se describirán los hallazgos. Los resultados fueron volcados para su análisis e interpretación en programas de análisis de datos, de donde se extraen las siguientes salidas en forma de tablas y gráficos. (27)

Variables descriptoras del grupo muestral

Se puede caracterizar al grupo muestral a través de 3 variables que clasifican a los estudiantes según 3 criterios:

Criterio de género

Del grupo muestreado se identificaron 103 mujeres, 27 hombres y 5 prefirieron no identificarse en el género.

Tabla 8- Variables descriptoras del grupo muestral por criterio de género.

hombres	mujeres	No se identifican
27	103	5

Criterio etario

Sobre las edades de los encuestados, oscilan entre de 21 ó menos 35; de 22 a 25 años un total de 27; de 26 a 30 años respondieron 31 y mayores de 30 respondieron 40 y 2 no se identificaron en ningún rango.

Tabla 9- Variables descriptoras del grupo muestral por criterio etario.

De 21 o menos	22 a 25	26 a 30	Mayores de 30	No se identificaron
35	27	31	40	2

Criterio de carreras

De las encuestas respondidas podemos ver que de 135 estudiantes, 39 son estudiantes de carreras de Salud.

Tabla 10- Variables descriptoras del grupo muestral por criterio de carreras.

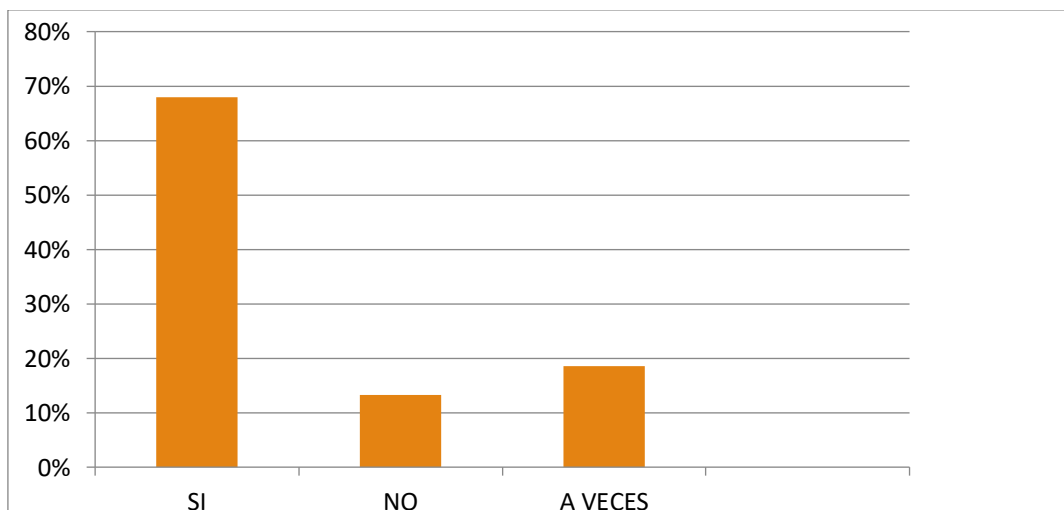
Carreras de salud	Otras carreras	No se identificaron
39	88	8

En La primera área de la encuesta se indaga acerca de las conductas de riesgo sobre la transmisión del VPH. Conocimiento sobre las conductas de riesgo de Transmisión del VPH, El primer reactivo de éste test cuestiona acerca de conductas de profilaxis y podemos observar los siguientes resultados:

Tabla 11: Tabla de Frecuencia. P1- Uso de preservativo durante las relaciones sexuales

P1		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	92	68,1
	no	18	13,3
	a veces	25	18,5
	Total	135	100,0

Gráfico 2:P1- Uso de preservativo durante las relaciones sexuales



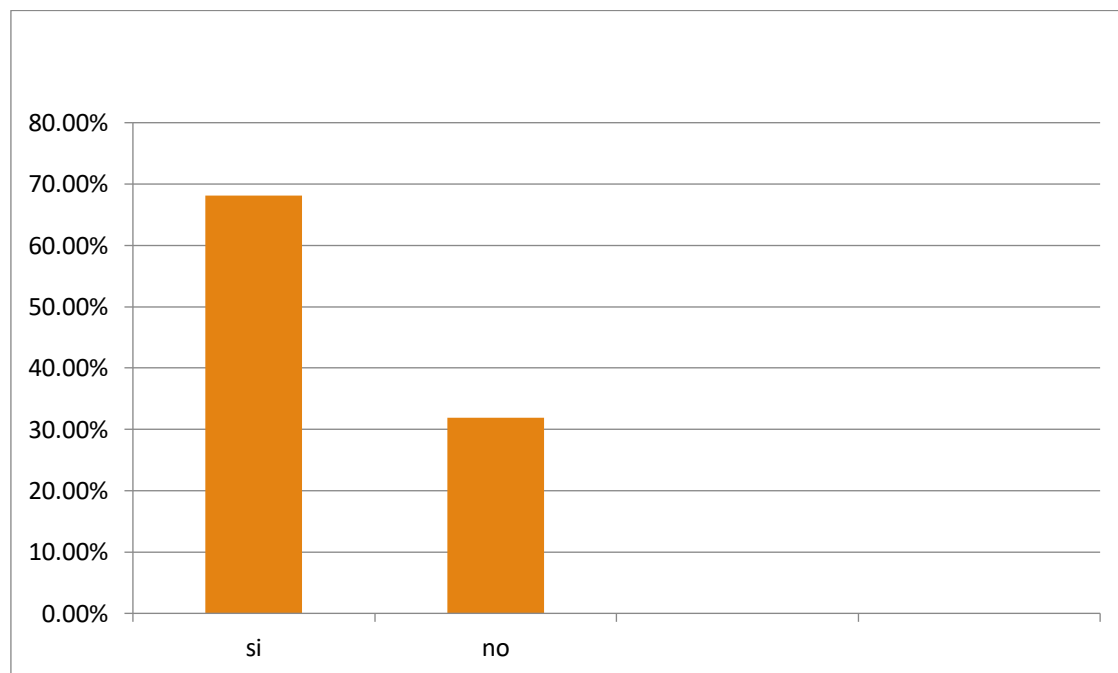
Sin considerar ningún criterio de clasificación sobre un total de 135 encuestados el 68,1 % manifestó utilizar preservativo, teniendo una conducta positiva acerca del riesgo de la transmisión del VPH; el 13,3% no utilizarlo en tanto que el 18,5 % restante manifestó “a veces”.

Tanto la segunda como la tercera pregunta tienen que ver con la prevención del HPV, en un caso con el conocimiento y en el otro con la conducta

Tabla 12: Tabla de Frecuencia. P2- ¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?

P2		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	92	68,1
	no	43	31,9
	total	135	100,0

Gráfico 3- P2- ¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?

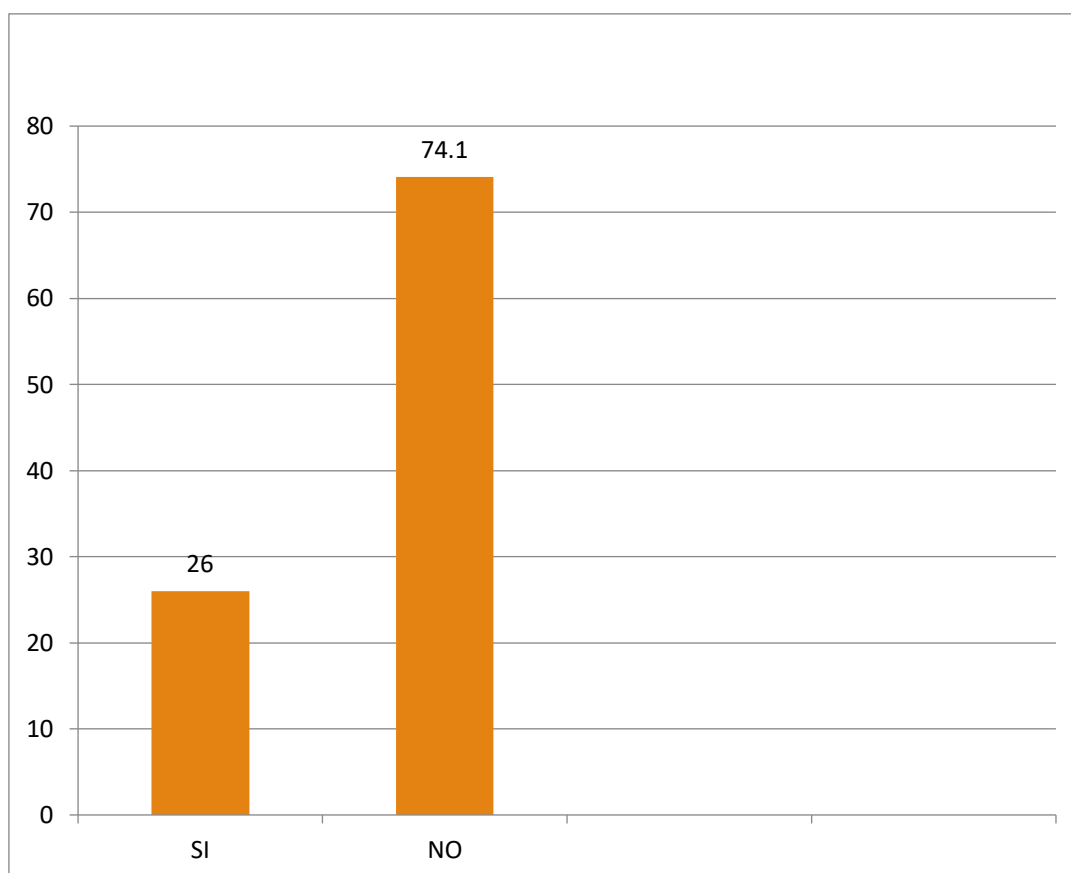


Se observa aquí que el 68,1% de los encuestados reconoce la existencia de la calendarización de la vacuna, en tanto que el 31,9 no tiene conocimiento.

Tabla 13: Tabla de Frecuencia. P3- ¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?

P3		Frecuencia	Porcentaje
Variables	si	35	25,9
.	no	100	74,1
	Total	135	100,0

Gráfico 4: P3- ¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?

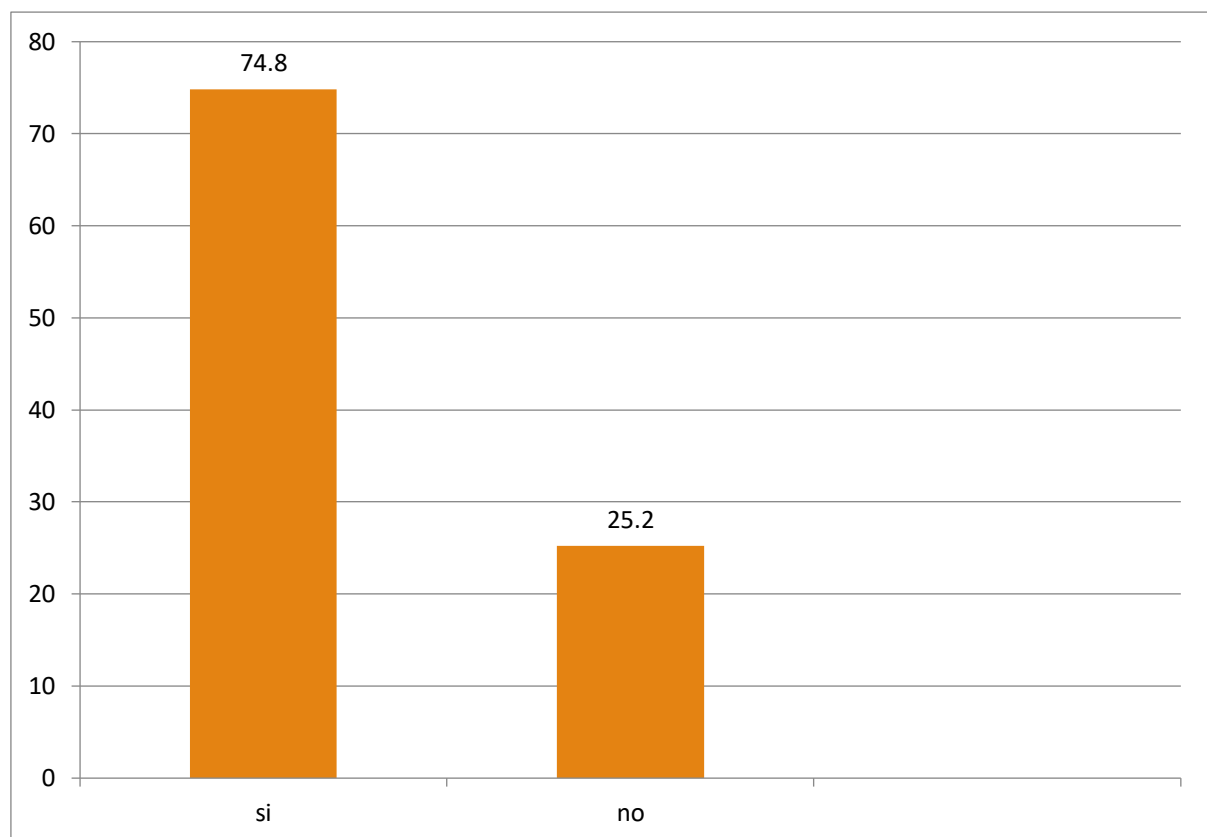


El 26% de los encuestados se ha colocado la vacuna, mientras que el 74% no lo ha hecho, podríamos pensar que tiene relación con la edad de los encuestados, debido a que hay un grupo importante de estudiantes cuyas edades no coinciden con la calendarización de la vacuna contra el VPH.

Tabla 14: Tabla de Frecuencia. P4- ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?

P4		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	101	74,8
	no	34	25,2
	Total	135	100,0

Gráfico 5-: P4- ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?

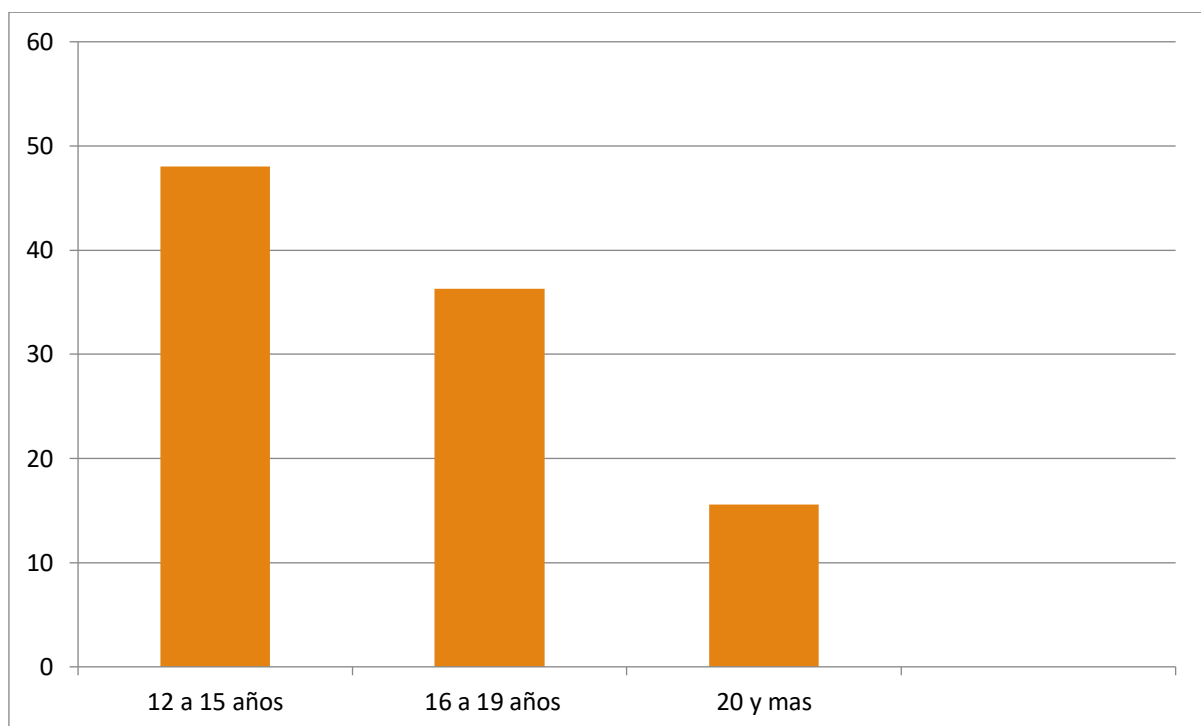


De los 135 encuestados el 74,8 %, que representa un alto porcentaje, ha respondido que “Si” sabe que el inicio de las relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH, en tanto que 25,2% respondieron la opción “No”

Tabla 15: Tabla de frecuencia. P5- ¿con relación a la pregunta anterior, qué grupo de edades le parece que corre más riesgo?

P5		Frecuencia	Porcentaje
variables	12 a 15	65	48,1
	16 a 19	49	36,3
	20 y más	21	15,6
	Total	135	100,0

Gráfico 6- P5- ¿con relación a la pregunta anterior, qué grupo de edades le parece que corre más riesgo?



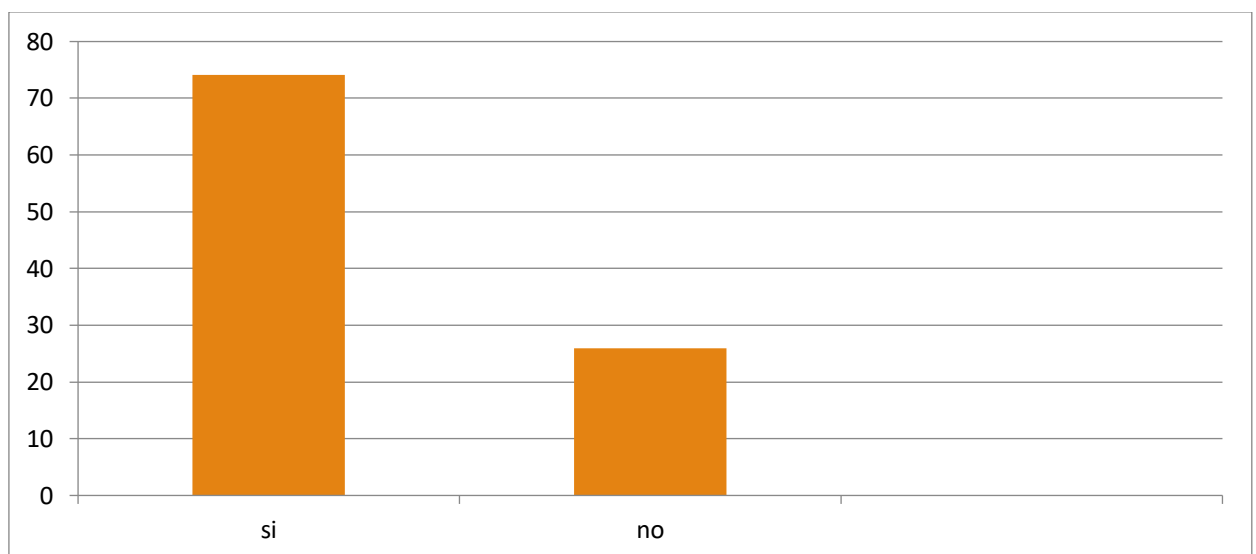
De 135 encuestados 65 (48,1%) respondieron que el grupo más riesgoso corresponde de 12 a 15 años; 49 (36,3%) optó por el grupo de 16 a 19 años , considerándolos como los más vulnerables o con más conductas de riesgo y en cambio un menor porcentaje (15,6%) para el grupo de 20 y más.

En el segundo bloque de reactivos se indaga acerca de los Conocimientos sobre las dos principales afecciones que puede producir este virus.

Tabla 16: Tabla de Frecuencia. P6- ¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?

P6		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	100	74,1
	no	35	25,9
	Total	135	100,0

Gráfico 7- P6- ¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?

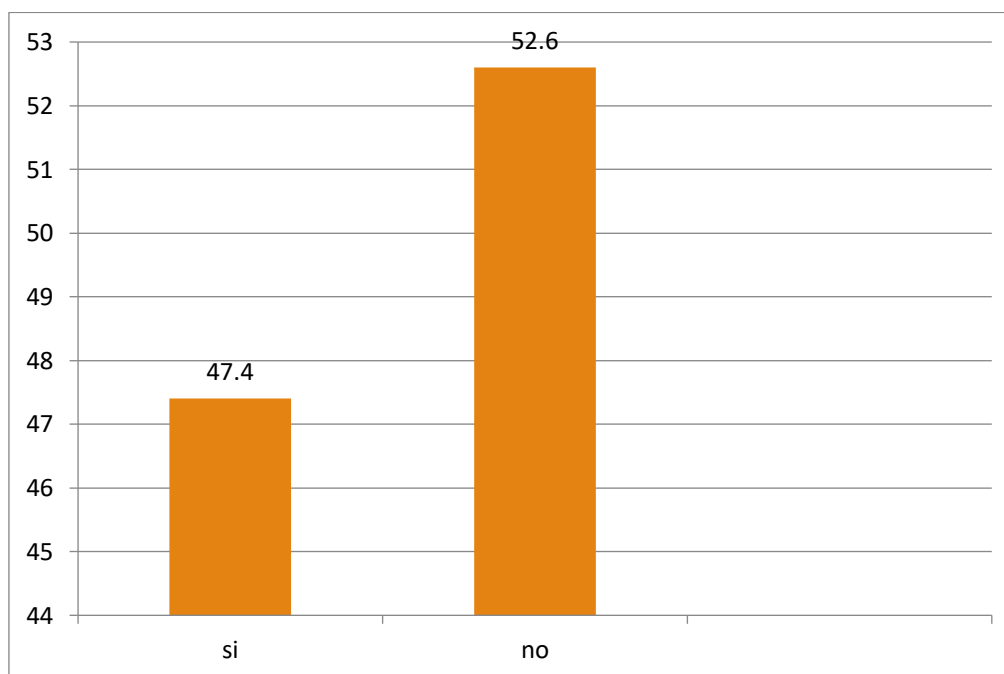


De un total de 135 encuestados 100 (74,1%) reconoce que el VPH puede ser el causante del CA de útero y 35 de los encuestados (25,9%) desconoce que el VPH puede dar inicio al CA de cuello uterino.

Tabla 17: Tabla de frecuencia. P7-¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?

P7		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	64	47,4
	no	71	52,6
	Total	135	100,0

Gráfico 8-: P7-¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?



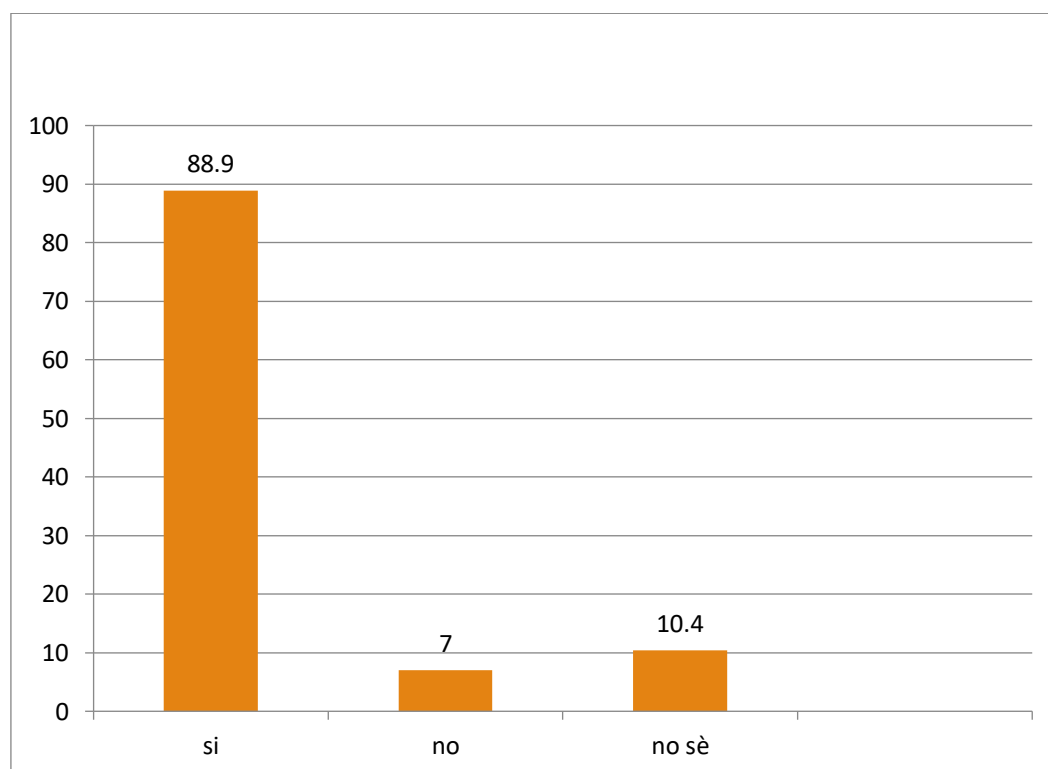
Del total de encuestados, 64, que representan el 47,4% afirma conocer las consecuencias de que el VPH puede causar esterilidad; en cambio, un gran número 71 encuestados (52,6%) desconoce que el VPH puede causar esterilidad.

Y en la tercera parte de la encuesta se indagó sobre el Conocimiento sobre las formas de transmisión del VPH con el interés de involucrar a los encuestados en qué circunstancias podría ser transmitido el virus

Tabla 18: Tabla de frecuencia. P8- ¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?

P8		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	120	88,9
	no	1	,7
	No sabe	14	10,4
	Total	135	100,0

Gráfico 9- P8- ¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?

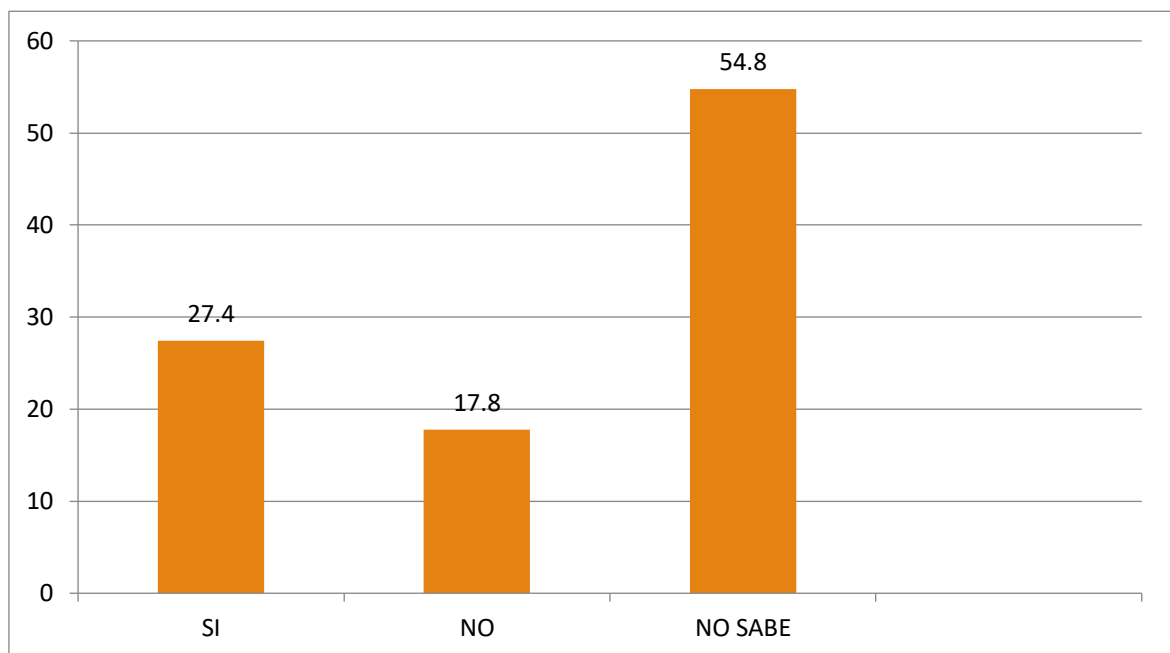


El 88,9% de los entrevistados, que representa un gran número, reconoce que el VPH se transmite a través de las relaciones sexuales, mientras que el 7% no sabe y el 10,4 % dice no saber.

Tabla 19: Tabla de frecuencia. P9- ¿El VPH se transmite durante el embarazo?

P9		Frecuencia	Porcentaje
variables	si	37	27,4
	no	24	17,8
	No sé	74	54,8
	Total	135	100,0

Gráfico 10- P9- ¿El VPH se transmite durante el embarazo?



Con respecto a esta pregunta 37 encuestados (27,4%) respondieron que el VPH se transmite durante el embarazo, mientras que 24 (17,8%) dijo no, y el 54,8 respondió no saber, lo que significa un porcentaje importante de desconocimiento.

En una segunda etapa de análisis descriptivos, para comparar las respuestas y los diferentes criterios de agrupación se profundiza en un análisis descriptivo que toma en simultáneo dos variables, una de ellas descriptora del grupo muestral y otra algún reactivo del instrumento, para lo cual se comienza por la realización de una prueba que permite estudiar las independencias de las variables con respecto a estos criterios. Posteriormente, en los casos de dependencias entre variables, se presentan tablas de frecuencia en tablas de doble entrada o tablas de contingencia.

La prueba establece dos hipótesis complementarias, según las cuales:

- Hipótesis nula: Las variables son independientes
- Hipótesis Alternativa: La variable NO son independientes

Según los resultados del cuadro obtenido del programa, aquellos casilleros en los que el p-valor es menor al alpha (0,05), indicarían relaciones de dependencia entre las dos variables estudiadas, estas respuestas se resaltan en amarillo y verde según verifiquen o no la hipótesis nula. En amarillo verifica la hipótesis nula, en verde verifica la hipótesis alternativa.

En los cuadros que siguen se tiene las pruebas de independencia para cada una de las variables de agrupación y los reactivos de la encuesta.

Tabla 20: Estadísticos de contraste para variable de agrupación: Rango Edad

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Coef. Contingencia	0,248	0,192	0,283	0,283	0,361	0,299	0,136	0,242	0,286
Chi-cuadrado	8,842	5,146	11,738	11,764	20,246	13,244	2,533	8,399	12,016
Sig. asintót.	,356	,273	,019	,019	,009	,010	,639	,395	,150

Tabla 21: Estadísticos de contraste para la variable de agrupación: Orientación Carrera

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Coef. Contingencia	0,207	0,120	0,105	0,150	0,123	0,224	0,098	0,108	0,137
Chi-cuadrado	6,032	1,963	1,503	3,117	2,076	7,135	1,303	1,581	2,594
Sig. asintót.	,197	,375	,472	,210	,722	,028	,521	,812	,628

Tabla 22: Estadísticos de contraste para variable de agrupación: Género

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Coef. Contingencia	0,202	0,179	0,186	0,024	0,289	0,127	0,107	0,195	0,111
Chi-cuadrado	5,759	4,456	4,844	,079	12,337	2,197	1,566	5,315	1,699
Sig. asintót.	,218	,108	,089	,961	,015	,333	,457	,257	,791

La interpretación de estos cuadros indicaría que las respuestas a cada reactivo no mostrarán diferencia si se analizan teniendo en cuenta la carrera de los encuestados, salvo para el reactivo P6. De manera similar se comportará dependiendo del género del encuestado, a excepción de la P5.

La mayor diferencia en el comportamiento de las respuestas se daría en la agrupación por rango etario, en la que se verían influencias o diferencias en las respuestas P3, P4, P5 y P6.

Mientras que no habría diferencias o influencias de edad, género o carrera en las respuestas P1, P2, P7, P8 y P9.

En resumen:

- Las respuestas dadas en Pregunta 5: ¿con relación a la pregunta anterior, qué grupo de edades le parece que corre más riesgo? está influida por el rango etario y género del encuestado.
- Las respuestas dadas en Pregunta 6: ¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero? está influida por el rango etario y carrera del encuestado.
- Las respuestas dadas en Pregunta 3 y Pregunta 4: ¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH? y ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?; están influidas por el rango etario de los encuestados.
- En la que menos influyó el rango etario y la carrera es en es en la Pregunta 7: - ¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?
- En la que menos influyó el rango etario es en la Pregunta 4: ¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?

Tablas de Contingencia

Para estas tablas y gráficos, se tomaron los datos de frecuencia y los porcentajes, en un análisis bi variado de datos. En las tablas y gráficos siguientes se presentan los casos de dependencia entre las variables analizadas.

Tabla 23: Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P3-¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH? (SI-NO)

			Rango Edad					Total
			0	1	2	3	4	
P3	si	Recuento	1	16	3	7	8	35
		% del total	,7%	11,9%	2,2%	5,2%	5,9%	25,9%
	no	Recuento	1	19	24	24	32	100
		% del total	,7%	14,1%	17,8%	17,8%	23,7%	74,1%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

Ref.: 0: No indica, 1: Menos de 20; 2: De 21 a 25; 3: De 25 a 30; 4: Más de 30

Gráfico 11- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P3-¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?

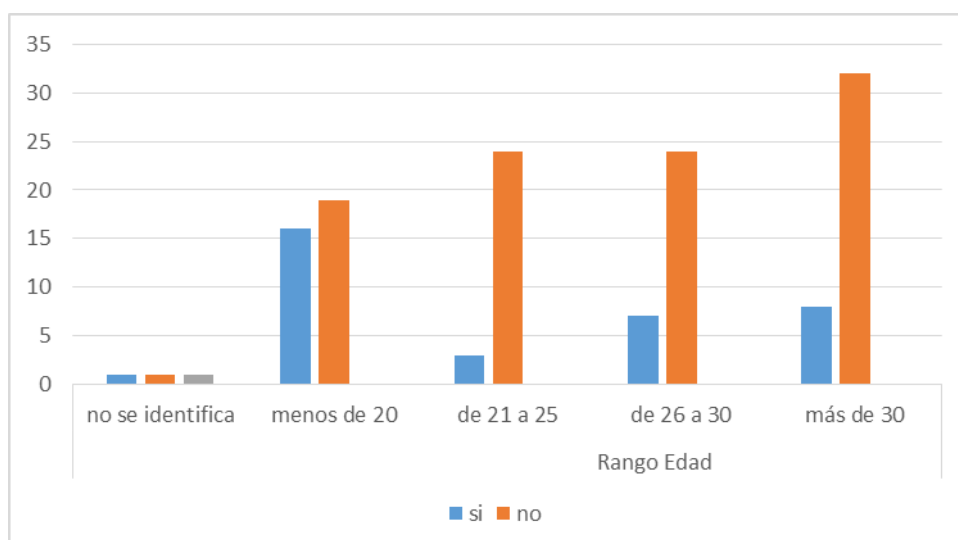


Tabla 24: Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P4-¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH? (SI-NO)

			Rango Edad					Total
			0	1	2	3	4	
P4	si	Recuento	2	20	19	24	36	101
		% del total	1,5%	14,8%	14,1%	17,8%	26,7%	74,8%
	no	Recuento	0	15	8	7	4	34
		% del total	,0%	11,1%	5,9%	5,2%	3,0%	25,2%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

Ref.: 0: No indica, 1: Menos de 20; 2: De 21 a 25; 3: De 25 a 30; 4: Más de 30

Gráfico 12- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P4-¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?

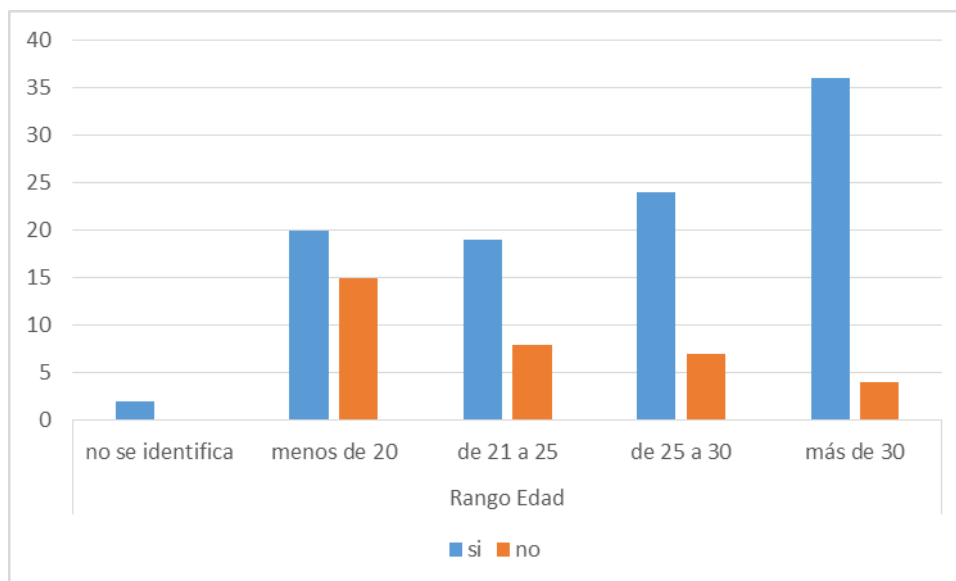


Tabla 25: Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más)

			Rango Edad					Total
			0	1	2	3	4	
P5	de 12 a 15	Recuento	0	19	9	12	25	65
		% del total	,0%	14,1%	6,7%	8,9%	18,5%	48,1%
	de 16 a 18	Recuento	0	10	12	14	13	49
		% del total	,0%	7,4%	8,9%	10,4%	9,6%	36,3%
	de 20 y más	Recuento	2	6	6	5	2	21
		% del total	1,5%	4,4%	4,4%	3,7%	1,5%	15,6%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

Ref.: 0: No indica, 1: Menos de 20; 2: De 21 a 25; 3: De 25 a 30; 4: Más de 30

Gráfico 13- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más)

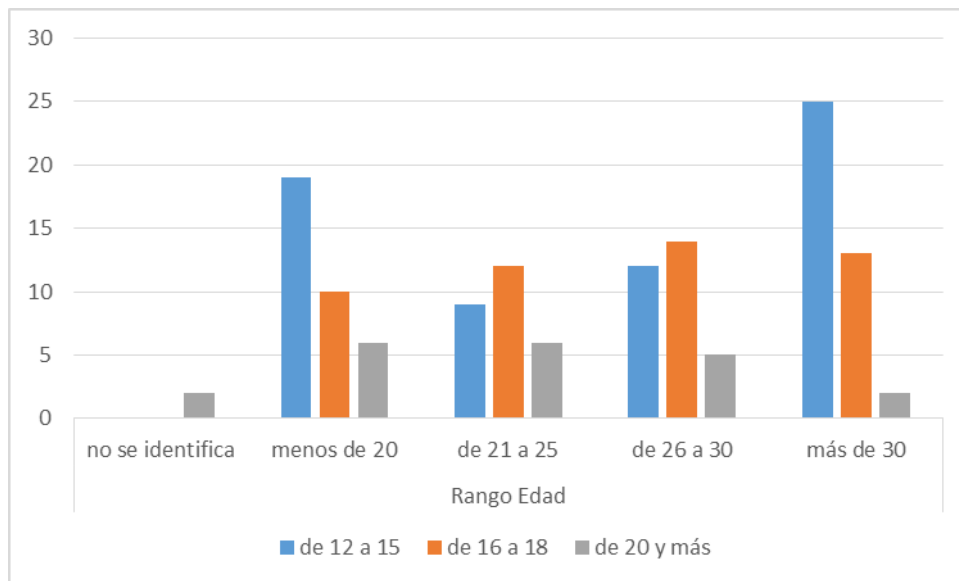


Tabla 26: Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero? (SI-NO)

			Rango Edad					Total
			0	1	2	3	4	
P6	si	Recuento	1	23	18	20	38	100
		% del total	,7%	17,0%	13,3%	14,8%	28,1%	74,1%
	no	Recuento	1	12	9	11	2	35
		% del total	,7%	8,9%	6,7%	8,1%	1,5%	25,9%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

Ref.: 0: No indica, 1: Menos de 20; 2: De 21 a 25; 3: De 25 a 30; 4: Más de 30

Gráfico 14- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?

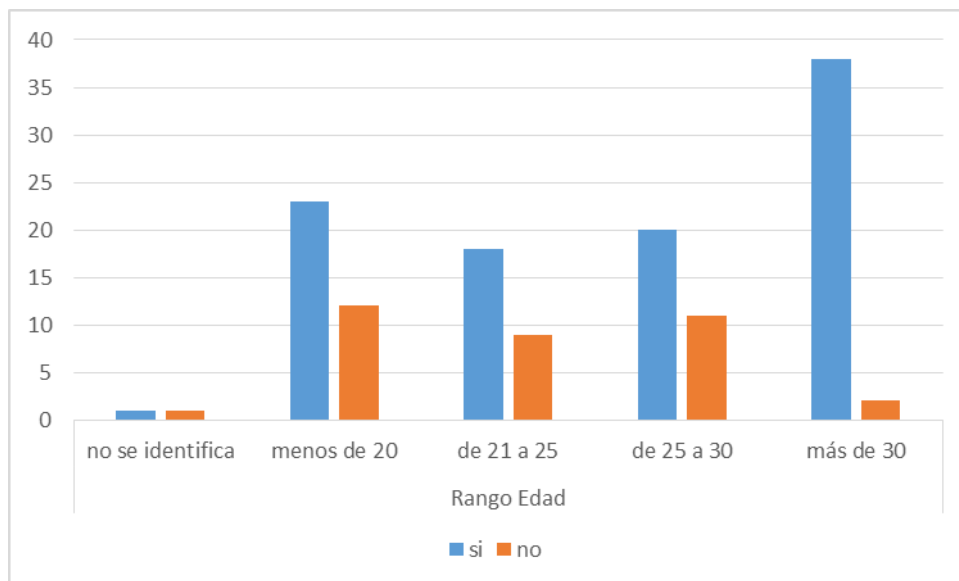


Tabla 27: Tabla de Contingencia Rango de Edad VS P7- ¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad? (SI-NO)

			Rango Edad					Total
			0	1	2	3	4	
P7	si	Recuento	1	16	11	13	23	64
		% del total	,7%	11,9%	8,1%	9,6%	17,0%	47,4%
	no	Recuento	1	19	16	18	17	71
		% del total	,7%	14,1%	11,9%	13,3%	12,6%	52,6%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

Ref.: 0: No indica, 1: Menos de 20; 2: De 21 a 25; 3: De 25 a 30; 4: Más de 30

Gráfico 15- Frecuencias Absolutas por Rango de Edad y P7-¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?

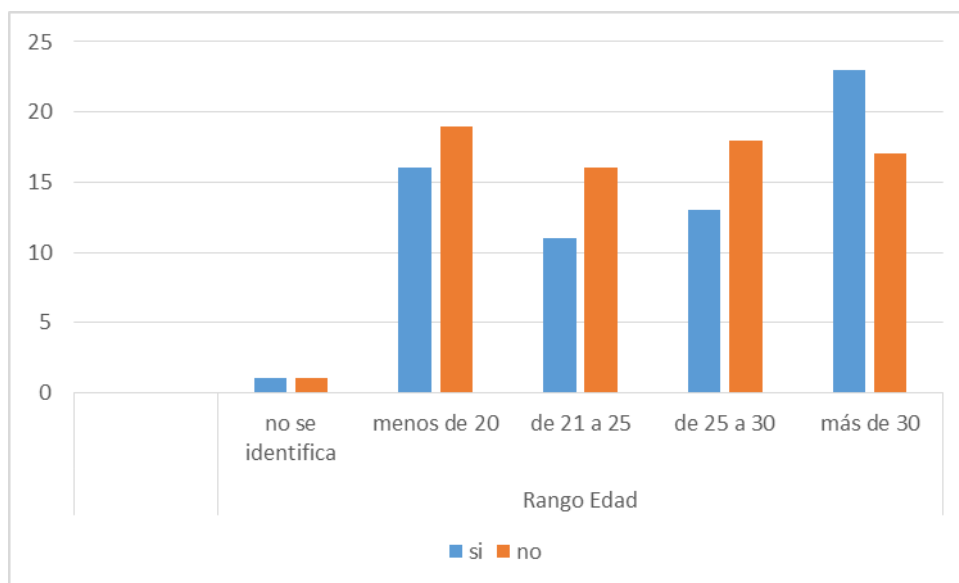


Tabla 28: Tabla de Contingencia Orientación Carrera VS P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero? (SI-NO)

			Orientación Carrera			Total
			No indica	Orientada	No orientada	0
P6	si	Recuento	5	35	60	100
		% del total	3,7%	25,9%	44,4%	74,1%
	no	Recuento	3	4	28	35
		% del total	2,2%	3,0%	20,7%	25,9%
Total		Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9%	28,9%	65,2%	100,0%

Gráfico 16- Frecuencias Absolutas por Orientación Carrera y P6-¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?

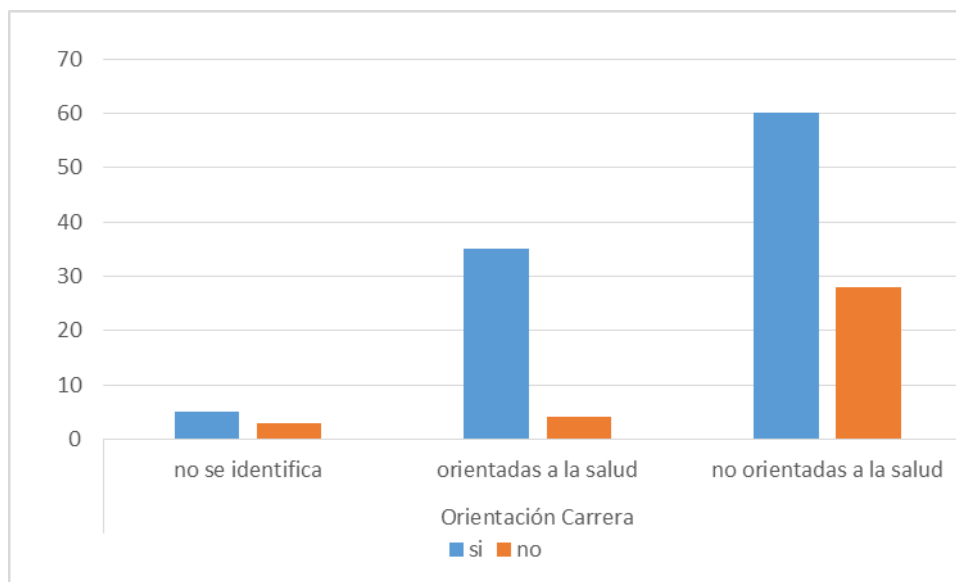
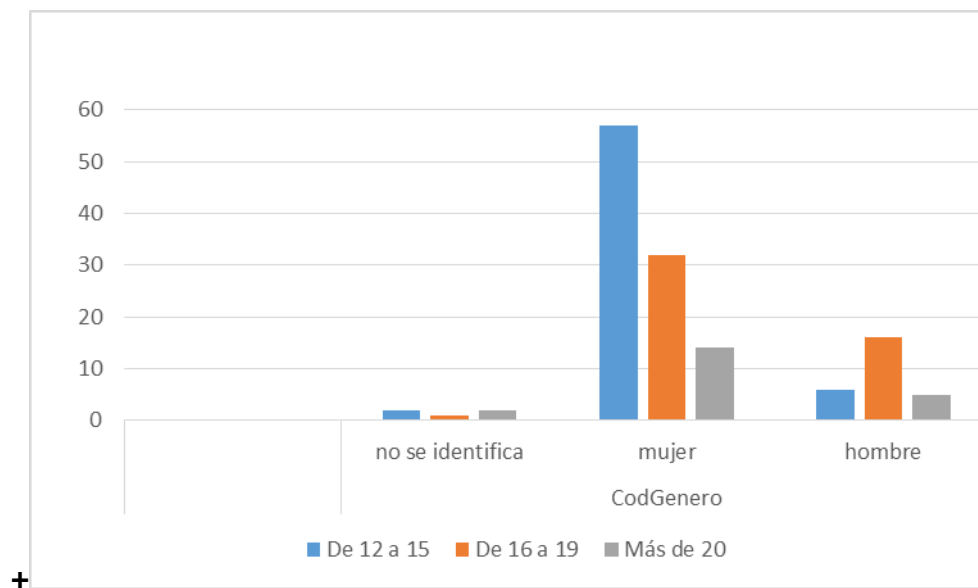


Tabla 29: Tabla de Contingencia Género VS P5-¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más

			Género			Total
			No indica	Mujer	Varón	
P5	De 12 a 15	Recuento	2	57	6	65
		% del total	1,5%	42,2%	4,4%	48,1%
	De 16 a 19	Recuento	1	32	16	49
		% del total	,7%	23,7%	11,9%	36,3%
	Más de 20	Recuento	2	14	5	21
		% del total	1,5%	10,4%	3,7%	15,6%
Total		Recuento	5	103	27	135
		% del total	3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

Gráfico 17- Frecuencias Absolutas por Género y P5 ¿Qué grupo de edades le parece más riesgoso? (de 12 a15- de 16 a 18-de 20 y más



DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Discusión:

La educación para la salud es uno de los pilares fundamentales para modificar hábitos, conductas y actitudes, el rol de educador tanto del docente como del enfermero tiene como objetivo generar cambios y que el estudiante se apropie de esos conocimientos. La palabra “apropiación” deriva etimológicamente del latín (appropriare), que significa “hacer propios” los valores, tomar, apoderarse de alguna cosa. Las actividades de enseñanza inducen paulatinamente a cambios o modificación de conductas y actitudes que se adquieren junto al proceso de socialización, cambios que están influenciados por el entorno social y cultural de los sujetos. La formación de los profesionales de la salud, implica, además de la adquisición de conocimientos y habilidades propias de la actividad, la adquisición de actitudes frente a determinadas circunstancias; como la transmisión de esos saberes a sus pares y/o a la comunidad.

En el ámbito de la salud hay muchos factores y actores involucrados, pero cualquier iniciativa, especialmente las relacionadas con la educación, que puedan generar algún tipo de cambio y concientización en los individuos, en este caso en los estudiantes, puede contribuir a producir efectos que influyeran en las conductas y actitudes que favorezcan una mejor salud integral. En general, estos resultados apuntan a la necesidad de seguir trabajando en la promoción de la educación sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en los jóvenes y en aquellos grupos que presentan mayores desafíos en cuanto a la comprensión y adopción de comportamientos saludables.

Conclusiones y Sugerencias

Se observó en éste estudio que un número significativo de participantes no tenía conocimiento de que el VPH puede transmitirse durante el embarazo (54,8%), aunque sí sabían que se transmite por vía sexual. Además, un porcentaje importante no conocía que esta infección puede causar esterilidad (52,6%). Los análisis realizados indicaron que las respuestas no estuvieron mayormente influenciadas por la carrera o el género, sino por el rango de edad, siendo los grupos de 26 a 30 años y más de 30 los que demostraron un mayor conocimiento del tema. Sin embargo, sus respuestas con respecto a la vacunación no fueron positivas, ya que, debido a su edad, no se beneficiaron de la misma, ya que la vacuna se incluyó en el calendario a partir del año 2011 para niñas de 11 años nacidas a partir del año 2000 y se amplió en 2017 para todos los varones de 11 años nacidos a partir del año 2006.

Pudimos ver a partir de las encuestas y el análisis de las mismas que el conocimiento sobre el uso del preservativo, vacunación y conductas de riesgo está presente aunque tiene algunas carencias, por ello es importante informar y adquirir hábitos saludables; en cambio hay un gran desconocimiento sobre las afecciones que causa el VPH.

Como sugerencia sería importante diseñar estrategias de educación y prevención que tengan en cuenta las diferencias en la percepción y en la comprensión de los distintos grupos. Además, la institución podría disponer de un espacio para consultas e informes como una forma de reforzar las acciones educativas y promover la salud, lo que podría actuar como un vínculo y una estrategia entre la institución educativa y la de salud, también se podrían utilizar medios de comunicación y redes sociales, que son de gran llegada a los jóvenes fomentando la concientización, la reflexión sobre los riesgos y la educación para la salud de los estudiantes.

A mayor conocimiento que se tenga sobre el tema, las conductas y actitudes serán más responsables y van a ejercer un cambio en la toma de decisiones sobre la sexualidad y de esta forma prevenir futuras enfermedades

Bibliografía

1. Biolabs C. https://www.creative-biolabs.com/ant infect/human-papilloma-virus-hpv.htm?gclid=EAIaIQobChMIh9uQ7POc9AIVBA6RCh1ZZQbWEAAYASAAEgJKVvD_BwE. [Online].
2. O. O. Control integral del Cancer Cervicouterino. Guía de Prácticas Esenciales...
3. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/ VPH>. [Online].
4. Direccion de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles MdSdIN. Incorporación de la vacunación contra VPH en varones.Fortalecimiento de la vacunación contra VPH en mujeres. Vacunacion contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)2017. Manual del Vacunador.Lineamientos técnicos vacunación VPH. 2017.
5. Society AC. Estrategias de vacunación contra el virus del Papiloma Humano en el mundo en desarrollo. CERVICAL CANCER ACTION. 2010.
6. Ley de Educación Sexual Integral. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación.
7. Nación MdEPdl. Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral. Buenos Aires: Ministerio de Educación Presidencia de la Nación.
8. Medina ML MM,ML. Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. Corrientes: UNNE.
9. Nación DdCdEIMdSdl. Coberturas de Vacunación por Jurisdicción.Calendario Nacional de Vacunación 2009-2020..
10. J de Jesús Márquez G *. Prevalencia de subtipos oncogénicos de VPH en pacientes con condilomas anales. Revista Mexicana de Coloproctología. 2007; 13(3).
11. citorushtc. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.citorushtc.com/post/el-virus-del-papiloma-humano-en-la-historia>.
12. OMS O. Control integral del Cancer Cervicouterino. Guía de Prácticas Esenciales..
13. Medicina MPBNd. Verrugas Genitales..
14. INC Instituto Nacional del Cancer MdSdIN. PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH; 2015.
15. Obstetricia. CdCFAdSdGy. Häbich DD. "Vacunas contra Virus del Papiloma Humano". Buenos Aires. Argentina ; F.A.S.G.O; 2017.
16. 2012 DNVa23. Recomendaciones Nacionales de Vacunacion Argentina 2012. Buenos Aires. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. ProNaCEI.

17. Häbich DD. "Vacunas contra Virus del Papiloma Humano". Buenos Aires. Argentina: Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. F.A.S.G.O.
18. la LNyRdRdPOPd. VACUNACION CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. VPH. Buenos Aires. Argentina: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, Dirección de Control de Enfermedades inmunoprevenibles.
19. Ni HDE ROXGLCMMAPea. Modulo 5 Vacunas - pdf Docer.com.ar. Corrientes. Argentina: UNNE.
20. Ni HDE ROXGLCMMAPeaVh2, 1—. Modulo 5 Vacunas - pdf Docer.com.ar..
21. Contreras-González-Santana-torres. Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. Artículo de Investigación. México: SCielo.
22. Navarrete. DSA. Gua sobre derechos de adolescentes para el acceso al Sistema de Salud. Buenos Aires: Secretariade Gobierno de Salud. Ministerioo de Salud y Desarrollo Social.
23. Korthagen F. La práctica, la teoría y la persona en la formación del profesorado. Revista interuniversitaria de Formación del profesorado. 2010; 24(2).
24. R.G.Miltenerberger JVONG. Modificación de la conducta. Principios y procedimientos. En edición 5, editor. Behavior Modification. Principles & Procedures. Madrid: Ediciones Piràmides; 2013.
25. Sifnificados. [Online]. Disponible en: <https://www.significados.com/actitud/>.
26. Hernández Sampieri R,FCC,&BLP(. Metodología de la investigación (6a ed.). En.: McGraw-Hill Education; 2014)..
27. Weinberg SL,&ASK. Estadística para investigadores: uso de SPSS (2a ed.). En Pearson , editor..; 2010.
28. Society AC. Estrategias de vacunación contra el virus del Papioma Humano en el mundo en desarrollo. CERVICAL CANCR ACTION. 2006.
29. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/VPH>. miArgentina. [Online].
30. Secundaria» E«bepmpTeIE. <https://escuelas.mvl.edu.ar/empas/2018/05/07/esi-aprendizaje-basado-en-problemas-mediado-por-tic-en-la-escuela-secundaria/>. [Online].
31. <https://concepto.de/conocimiento/#ixzz7nZLLTrjq>. [Online]; 2022. Acceso 15 de diciembrede 2022. Disponible en: <https://concepto.de/conocimiento/#ixzz7nZLLTrjq>.
32. <https://definicion.de/conducta/#tipos-de-conducta>. [Online]. Disponible en: <https://definicion.de/conducta/#tipos-de-conducta>.
33. <https://definicion.de/conducta/#tipos-de-conducta>. [Online].

34. [Online]. Disponible en: <https://definicion.de/conducta/#tipos-de-conducta>.
35. center ct. el virus del papiloma humano en la historia. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.citorushtc.com/post/el-virus-del-papiloma-humano-en-la-historia#:~:text=La%20naturaleza%20infecciosa%20del%20 VPH,cultivar%20el%20 VPH%20en%20tejidos>.
36. center ct. <https://www.citorushtc.com/post/el-virus-del-papiloma-humano-en-la-historia#:~:text=La%20naturaleza%20infecciosa%20del%20 VPH,cultivar%20el%20 VPH%20en%20tejidos>. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.citorushtc.com/post/el-virus-del-papiloma-humano-en-la-historia#:~:text=La%20naturaleza%20infecciosa%20del%20 VPH,cultivar%20el%20 VPH%20en%20tejidos>.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Nivel de Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano

Carrera:...

Edad:...

Sexo:...FEMENINO...MASCULINO...

MARQUE CON UNA "X" LA OPCION QUE CONSIDERA CORRECTA

	Conocimiento sobre las conductas de riesgo de Transmisión del VPH
1	¿Usa preservativos durante las relaciones sexuales?
	SI
	NO
	A VECES
2	¿Tiene conocimiento que existe una vacuna en el calendario nacional contra el VPH?
	SI
	NO
3	¿Se ha colocado la Vacuna contra el VPH?
	SI
	NO
4	¿Usted sabe que el inicio de relaciones sexuales tempranas es una conducta de riesgo para la adquisición del VPH?
	SI
	NO
5	¿Con relación a la pregunta anterior, qué grupo de edades le parece que corre más riesgo?
	De 12 a 15
	De 16 a 18
	De 20 y +
	Conocimiento sobre las afecciones que puede generar el VPH
6	¿Tiene Ud. conocimiento de que el VPH puede ser el inicio del CA de cuello de útero?
	SI
	NO
7	¿Tiene Ud. conocimiento que el VPH puede causar esterilidad?
	SI
	NO
	Conocimiento sobre las formas de transmisión del VPH
8	¿El VPH se transmite a través de las relaciones sexuales?
	SI
	NO
	NO SÉ
9	¿El VPH se transmite durante el embarazo?
	SI
	NO
	NO SÉ

HOJA DE INFORMACIÓN y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE (o participante)

Lugar y fecha: Ituzaingó. Corrientes....de..... de 2020

Lo estamos invitando a participar VOLUNTARIAMENTE de un estudio denominado:
“**Nivel de Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en estudiantes.
Ituzaingó. Corrientes.**”, que se llevará a cabo en **el Instituto Superior de Formación
Docente de Ituzaingó. Corrientes.**

¿Por qué se realiza este estudio?

Este estudio se realiza para conocer cuál es el conocimiento que tienen los participantes sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los aspectos de que es, como afecta a los individuos y como se trasmite.

Si hay algún aspecto del mismo que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con el Investigador Responsable Lic. Edith Alejandra Velázquez al Tel N° 3786-455347, de lunes a viernes.

¿Quiénes podrán participar de este estudio?

Participarán de este estudio aquellas personas que son estudiantes del ISFD.

Procedimientos del Estudio:

VOLUNTARIEDAD.

No es obligatorio que Ud. participe de este estudio, **UD. PUEDE NO ACEPTAR participar del mismo, y eso no afectará en nada su relación con los docentes, directivos o personal administrativo de la Institución educativa. Usted será atendido como siempre.**

CONFIDENCIALIDAD.

Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**. En ningún momento en las encuestas que se confeccionarán se pondrá su nombre ni su apellido. Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos de medicina, y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. Es decir en ningún lugar aparecerá su nombre y su apellido.

BENEFICIOS.

Estos resultados y sus respuestas pueden ser importantes para mejorar la información que debe ser administrada o difundida sobre ésta enfermedad a los jóvenes para generar recomendaciones sobre este tipo de afecciones que son transmisibles de una persona a otra.

RIESGOS: Usted no va a correr riesgos de ningún tipo, son solamente preguntas.

COSTOS: Su participación en este estudio **no tiene costo alguno. Es totalmente gratuito.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

Firma del
paciente.....Aclaración.....DNI.....

Firma del
testigo.....Aclaración.....DNI.....

Firma del
investigador.....Aclaración.....DNI.....

CODIFICACIONES:

- CODORIENTACION:
 - 0 : vacía
 - 1 : orientadas salud biología higiene etc
 - 2 : no orientadas
- CODRANGOEDAD:
 - 0: vacía
 - 1: 21 o menos
 - 2: 22 a 25
 - 3: 26 a 30
 - 4: mayores de 30
- CODGENERO
 - 0: vacía / prefiere no responder
 - 1: mujer
 - 2: hombre
- COD p1 a p9
 - 1: Si
 - 2: No
 - 3: No se / A veces

ANALIS DESCRIPTIVO

Estadísticos descriptivos (Sobre 135 casos)

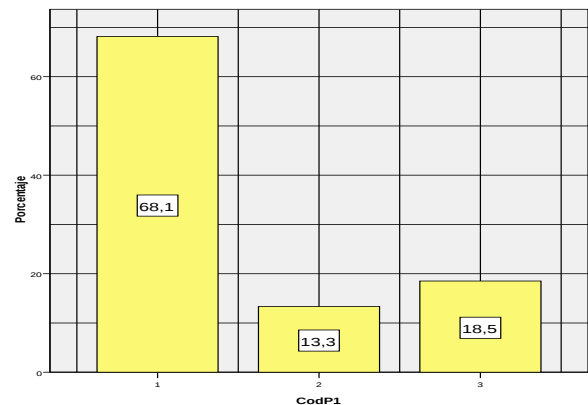
	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
CodP1	1,50	,791	1,137	-,424
CodP2	1,32	,468	,788	-1,400
CodP3	1,74	,440	-1,111	-,777
CodP4	1,25	,436	1,156	-,673
CodP5	1,67	,731	,595	-,916
CodP6	1,26	,440	1,111	-,777
CodP7	1,53	,501	-,105	-2,019
CodP8	1,21	,616	2,564	4,696
CodP9	2,27	,868	-,565	-1,440

Estadísticos

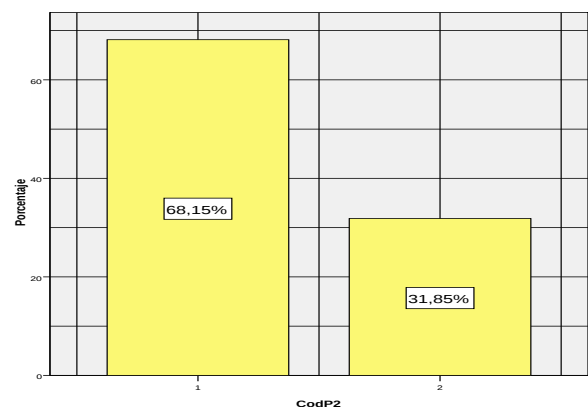
	CodP1	CodP2	CodP3	CodP4	CodP5	CodP6	CodP7	CodP8	CodP9
Media	1,50	1,32	1,74	1,25	1,67	1,26	1,53	1,21	2,27
Mediana	1	1	2	1	2	1	2	1	3
Moda	1	1	2	1	1	1	2	1	3

Tablas de Frecuencias

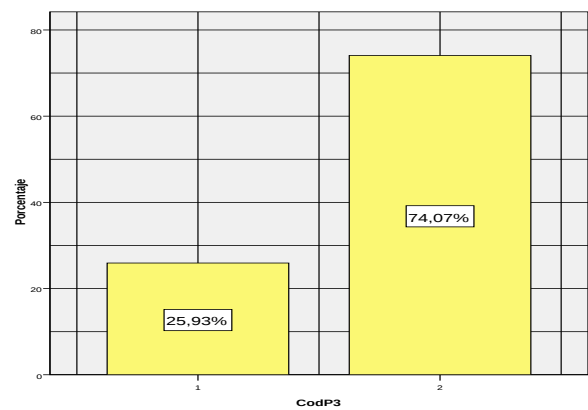
CodP1	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1	92	68,1
2	18	13,3
3	25	18,5
Total	135	100,0



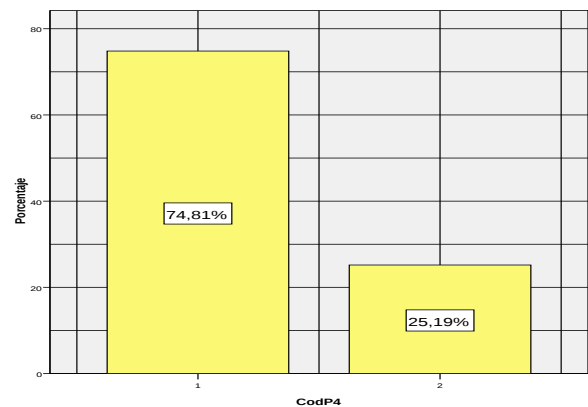
CodP2	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1	92	68,1
2	43	31,9
Total	135	100,0



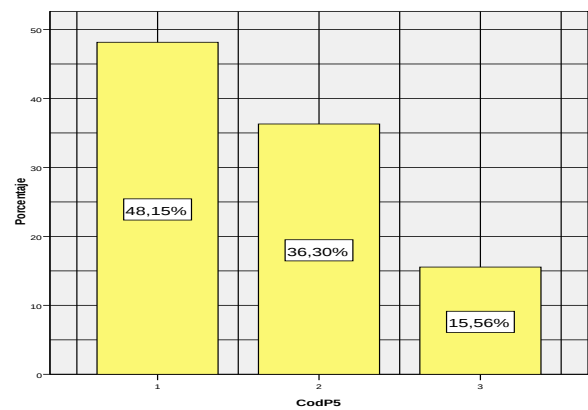
CodP3		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	35	25,9
	2	100	74,1
	Total	135	100,0



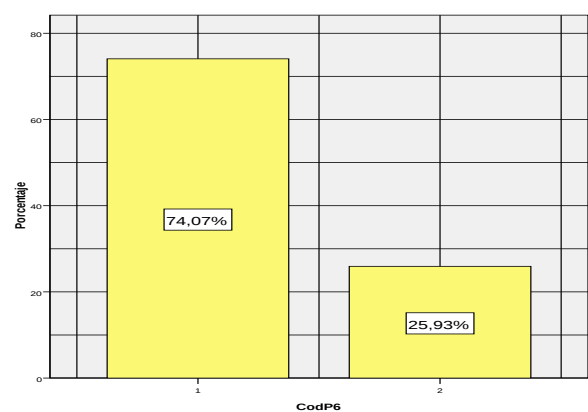
CodP4		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	101	74,8
	2	34	25,2
	Total	135	100,0



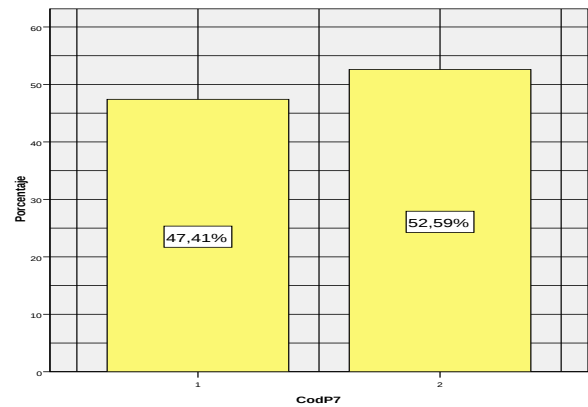
CodP5		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	65	48,1
	2	49	36,3
	3	21	15,6
	Total	135	100,0



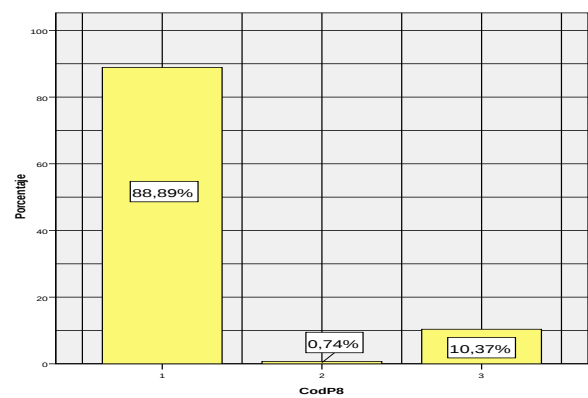
CodP6		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	100	74,1
	2	35	25,9
	Total	135	100,0



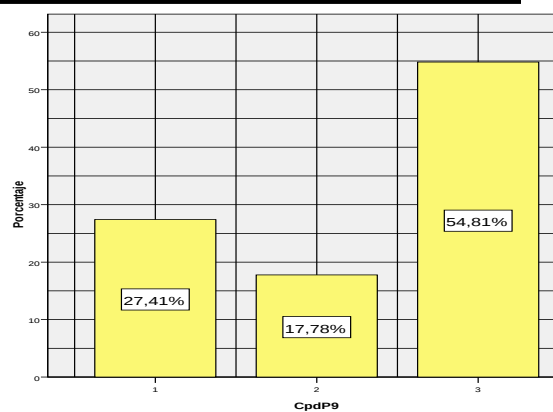
CodP7		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	64	47,4
	2	71	52,6
	Total	135	100,0



CodP8		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	120	88,9
	2	1	,7
	3	14	10,4
	Total	135	100,0



CodP9		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	37	27,4
	2	24	17,8
	3	74	54,8
	Total	135	100,0



Para analizar las posibles relaciones de las respuestas dadas con respecto a los criterios de agrupación posibles (edad – sexo – carrera) se debe establecer si el comportamiento de dichas respuestas habilita el análisis paramétrico o no paramétrico de las variables. Esto que sigue apunta a eso

PRUEBA DE HIPOTESIS

- H0: Las variables son independientes
- Ha: La variable NO son independientes

Alpha: 0,05 Se rechaza Ho si el p-valor es menor a alpha

Alpha: 0,01 Se rechaza Ho si el p-valor es menor a alpha

En las casillas resaltadas en amarillo se verifica que $p > \alpha$ por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Esto indicaría que las respuestas a cada reactivo son independientes de la carrera de los encuestados

ANALISIS NO PARAMETRICO

Estadísticos de contraste

	CodP1	CodP2	CodP3	CodP4	CodP5	CodP6	CodP7	CodP8	CpdP9
Coef. Contingencia	0,207	0,120	0,105	0,150	0,123	0,224	0,098	0,108	0,137
Chi-cuadrado	6,032	1,963	1,503	3,117	2,076	7,135	1,303	1,581	2,594
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,197	,375	,472	,210	,722	,028	,521	,812	,628

a Variable de agrupación: CodCarrera

Estadísticos de contraste

	CodP1	CodP2	CodP3	CodP4	CodP5	CodP6	CodP7	CodP8	CpdP9
Coef. Contingencia	0,248	0,192	0,283	0,283	0,361	0,299	0,136	0,242	0,286
Chi-cuadrado	8,842	5,146	11,738	11,764	20,246	13,244	2,533	8,399	12,016
gl	8	4	8	4	8	4	4	8	8
Sig. asintót.	,356	,273	,019	,019	,009	,010	,639	,395	,150

a Variable de agrupación: CodRangoEdad

Estadísticos de contraste(a,b)

	CodP1	CodP2	CodP3	CodP4	CodP5	CodP6	CodP7	CodP8	CpdP9
Coef. Contingencia	0,202	0,179	0,186	0,024	0,289	0,127	0,107	0,195	0,111
Chi-cuadrado	5,759	4,456	4,844	,079	12,337	2,197	1,566	5,315	1,699
gl	4	2	2	2	4	2	2	4	2
Sig. asintót.	,218	,108	,089	,961	,015	,333	,457	,257	,791

a Variable de agrupación: CodGenero

PRUEBA DE HIPOTESIS

Esto indicaría que las respuestas a cada reactivo no mostrarán diferencia si se analiza teniendo en cuenta la carrera de los encuestados, salvo para el reactivo P6. De manera similar se comportará dependiendo del género del encuestado, a excepción de la P5.

La mayor diferencia en el comportamiento de las respuestas se daría en la agrupación por rango etario, en la que se verían influencia o diferencias en las respuestas P3, P4, P5 y P6.

Mientras que no habría diferencias o influencias de edad género o carrera en las respuestas P1, P2, P7, P8 y P9.

En resumen:

- las respuestas dadas en P5 están influida por el rango etario y género del encuestado.
- las respuestas dadas en P6 están influida por el rango etario y carrera del encuestado.
- Las respuestas dadas en P3 y P4 están influida por el rango etario de los encuestados.

TABLAS DE CONTINGENCIA RESPUESTAS POR AGRUPACIÓN

RESPUESTAS CONTRA CARRERA

(SEGÚN ANALISIS PREVIOS LAS RESPUESTAS NO ESTAN INFLUENCIADAS POR ESTE CRITERIO)

Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 1	1	Recuento	8	28	56	92
		% del total	5,9 %	20,7 %	41,5 %	68,1 %
	2	Recuento	0	3	15	18
		% del total	,0 %	2,2 %	11,1 %	13,3 %
	3	Recuento	0	8	17	25
		% del total	,0 %	5,9 %	12,6 %	18,5 %
Total			8	39	88	135
			5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

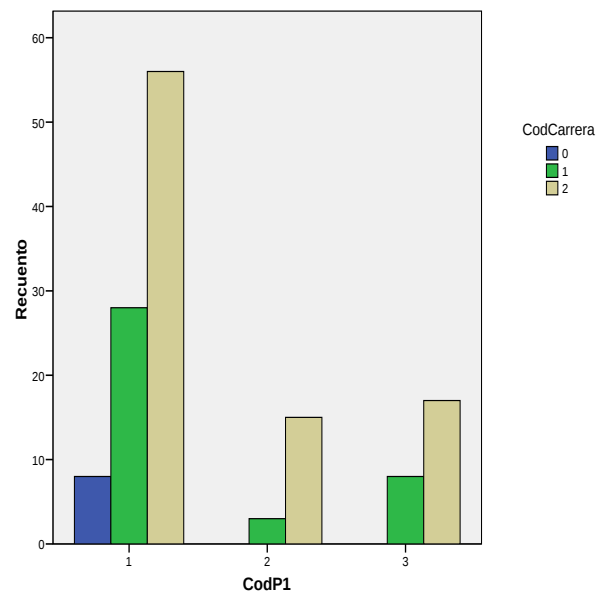


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 2	1	Recuento	5	30	57	92
		% del total	3,7 %	22,2 %	42,2 %	68,1 %
	2	Recuento	3	9	31	43
		% del total	2,2 %	6,7 %	23,0 %	31,9 %
	Total	Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

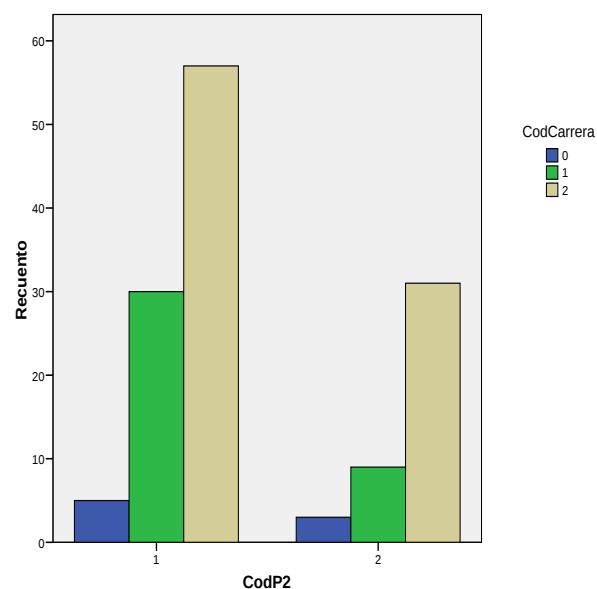


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 3	1	Recuento	3	12	20	35
		% del total	2,2 %	8,9 %	14,8 %	25,9 %
	2	Recuento	5	27	68	100
		% del total	3,7 %	20,0 %	50,4 %	74,1 %
Total		Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

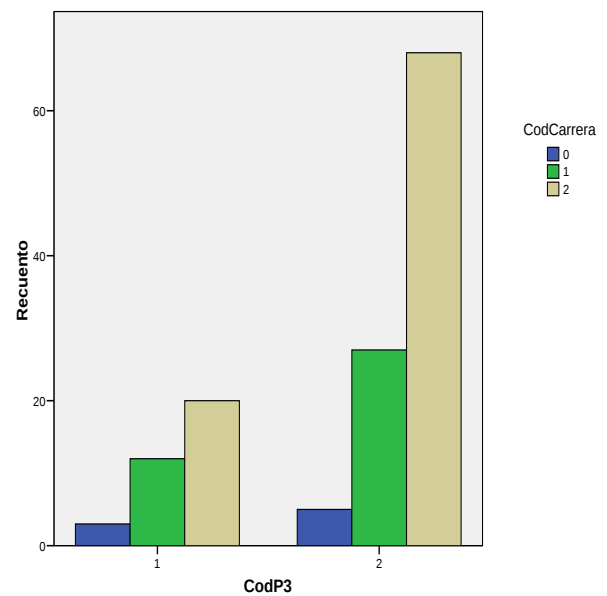


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 4	1	Recuento	5	33	63	101
		% del total	3,7 %	24,4 %	46,7 %	74,8 %
	2	Recuento	3	6	25	34
		% del total	2,2 %	4,4 %	18,5 %	25,2 %
Total		Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

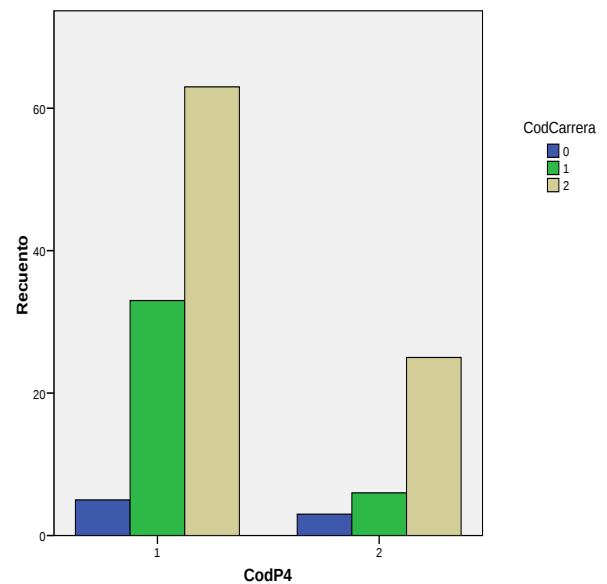


Tabla de contingencia

			CodCarrera			
			0	1	2	Total
CodP 5	1	Recuen to	2	20	43	65
		% del total	1,5 %	14,8 %	31,9 %	48,1%
	2	Recuen to	4	14	31	49
		% del total	3,0 %	10,4 %	23,0 %	36,3%
	3	Recuen to	2	5	14	21
		% del total	1,5 %	3,7%	10,4 %	15,6%
Total	Recuen to	8	39	88	135	
	% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %	

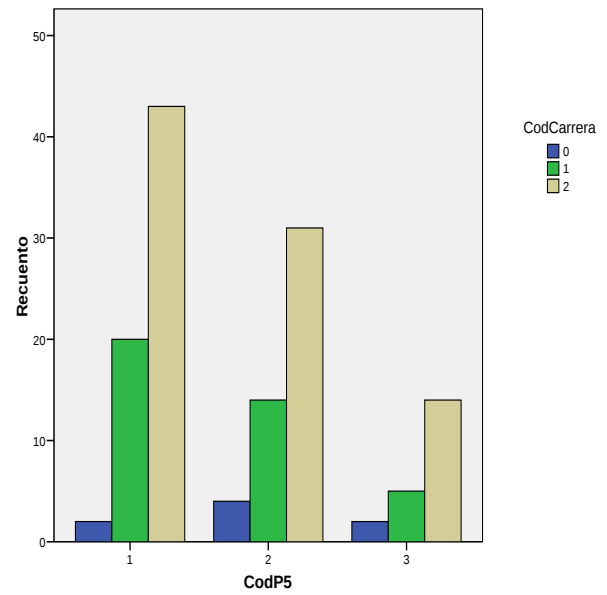


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 6	1	Recuen to	5	35	60	100
		% del total	3,7 %	25,9 %	44,4 %	74,1%
	2	Recuen to	3	4	28	35
		% del total	2,2 %	3,0%	20,7 %	25,9%
Total		Recuen to	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

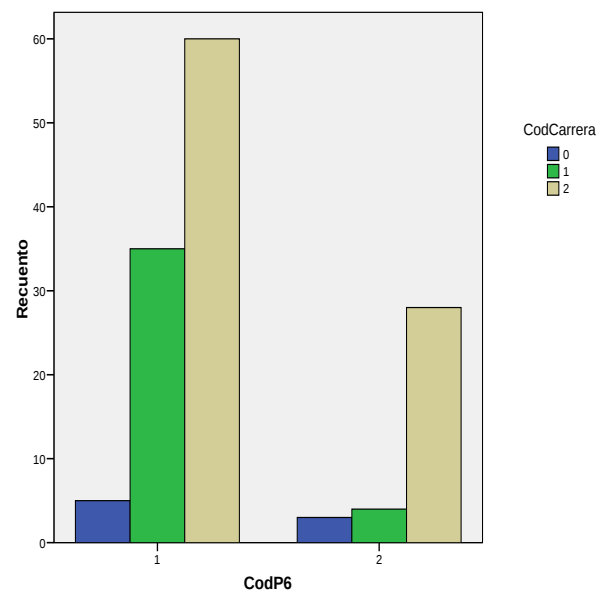


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 7	1	Recuento	5	20	39	64
		% del total	3,7 %	14,8 %	28,9 %	47,4 %
	2	Recuento	3	19	49	71
		% del total	2,2 %	14,1 %	36,3 %	52,6 %
Total		Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

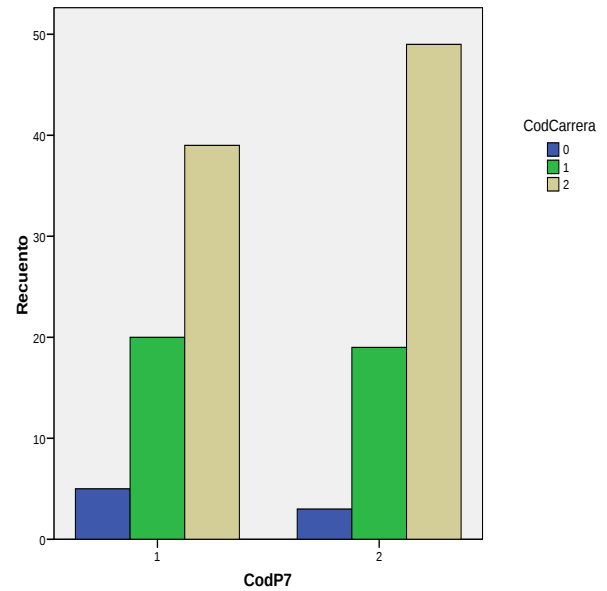


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP 8	1	Recuento	8	35	77	120
		% del total	5,9 %	25,9 %	57,0 %	88,9 %
	2	Recuento	0	0	1	1
		% del total	,0 %	,0 %	,7 %	,7 %
	3	Recuento	0	4	10	14
		% del total	,0 %	3,0 %	7,4 %	10,4 %
Total		Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %

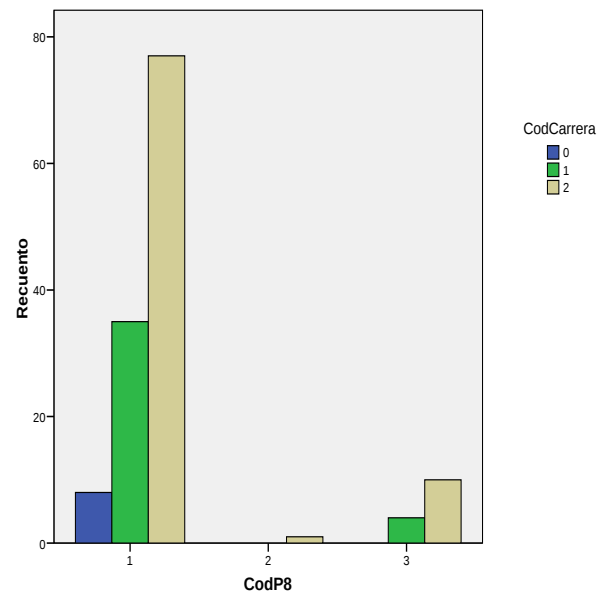
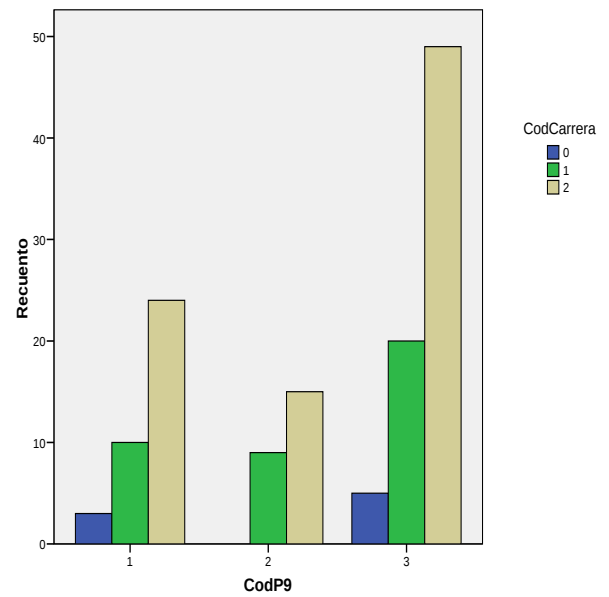


Tabla de contingencia

			CodCarrera			Total
			0	1	2	
CodP9	1	Recuento	3	10	24	37
		% del total	2,2 %	7,4 %	17,8 %	27,4 %
	2	Recuento	0	9	15	24
		% del total	,0 %	6,7 %	11,1 %	17,8 %
	3	Recuento	5	20	49	74
		% del total	3,7 %	14,8 %	36,3 %	54,8 %
	Total	Recuento	8	39	88	135
		% del total	5,9 %	28,9 %	65,2 %	100,0 %



RESPUESTAS CONTRA EDAD

(SEGÚN ANALISIS PREVIOS LAS RESPUESTAS P3, P4, P5, P6 y P9 ESTAN INFLUENCIADAS POR ESTE CRITERIO)

Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP1	1	Recuento	2	26	20	20	24	92
		% del total	1,5%	19,3%	14,8%	14,8%	17,8%	68,1%
	2	Recuento	0	2	1	6	9	18
		% del total	,0%	1,5%	,7%	4,4%	6,7%	13,3%
	3	Recuento	0	7	6	5	7	25
		% del total	,0%	5,2%	4,4%	3,7%	5,2%	18,5%
Total	Recuento	2	35	27	31	40	135	
	% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%	

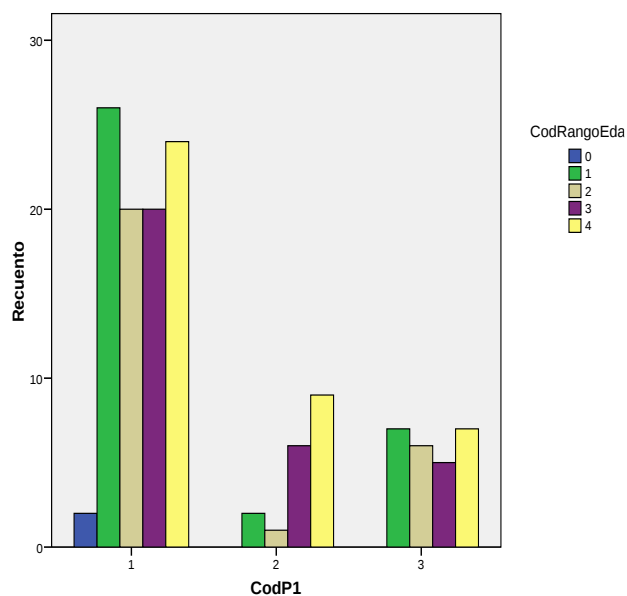


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP2	1	Recuento	2	22	16	20	32	92
		% del total	1,5%	16,3%	11,9%	14,8%	23,7%	68,1%
	2	Recuento	0	13	11	11	8	43
		% del total	,0%	9,6%	8,1%	8,1%	5,9%	31,9%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

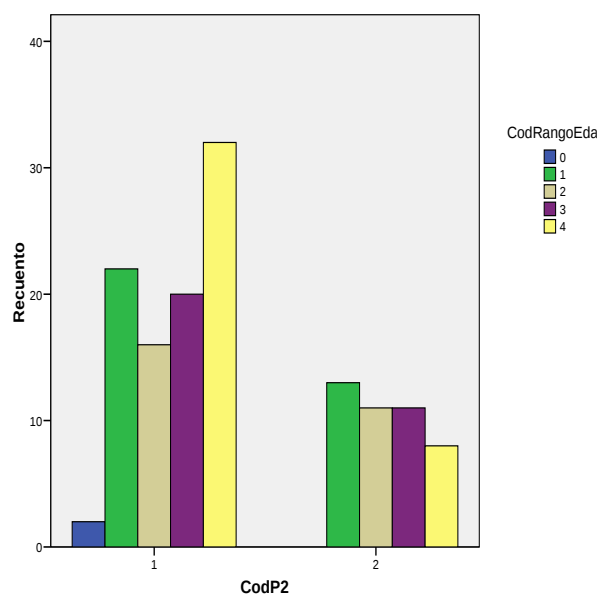


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP3	1	Recuento	1	16	3	7	8	35
		% del total	,7%	11,9%	2,2%	5,2%	5,9%	25,9%
	2	Recuento	1	19	24	24	32	100
		% del total	,7%	14,1%	17,8%	17,8%	23,7%	74,1%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

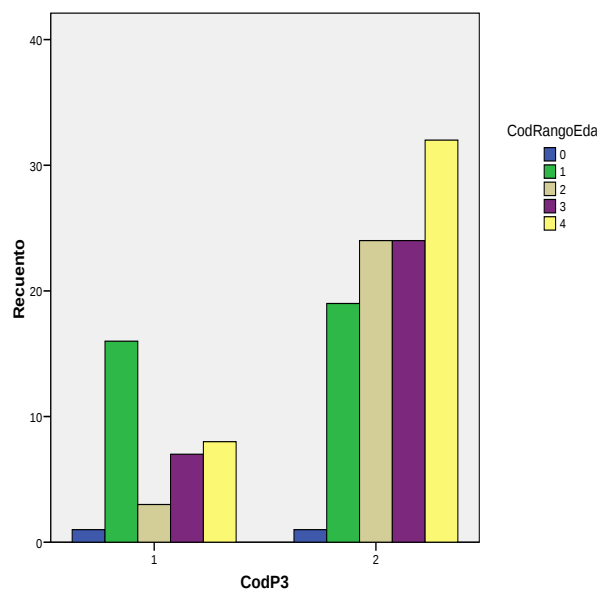


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP4	1	Recuento	2	20	19	24	36	101
		% del total	1,5%	14,8%	14,1%	17,8%	26,7%	74,8%
	2	Recuento	0	15	8	7	4	34
		% del total	,0%	11,1%	5,9%	5,2%	3,0%	25,2%
Total	Recuento	2	35	27	31	40	135	
	% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%	

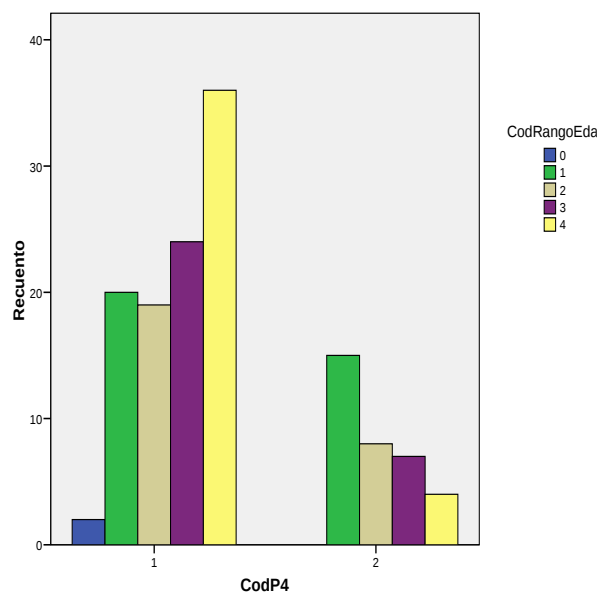


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP5	1	Recuento	0	19	9	12	25	65
		% del total	,0%	14,1%	6,7%	8,9%	18,5%	48,1%
	2	Recuento	0	10	12	14	13	49
		% del total	,0%	7,4%	8,9%	10,4%	9,6%	36,3%
	3	Recuento	2	6	6	5	2	21
		% del total	1,5%	4,4%	4,4%	3,7%	1,5%	15,6%
Total	Recuento	2	35	27	31	40	135	
	% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%	

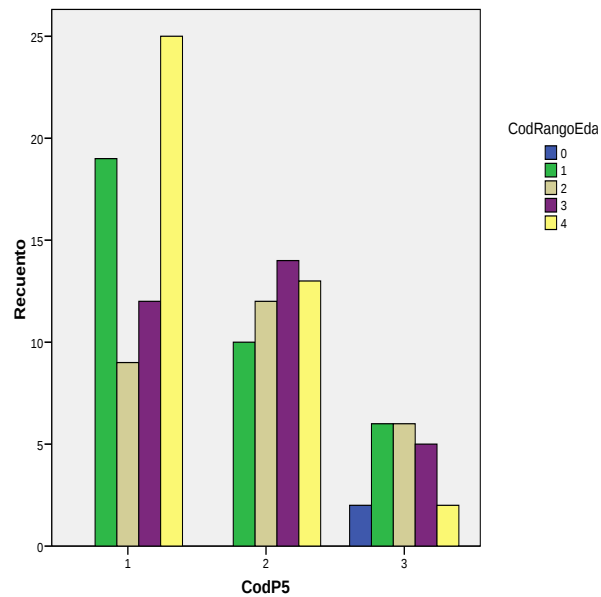


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP6	1	Recuento	1	23	18	20	38	100
		% del total	,7%	17,0%	13,3%	14,8%	28,1%	74,1%
	2	Recuento	1	12	9	11	2	35
		% del total	,7%	8,9%	6,7%	8,1%	1,5%	25,9%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

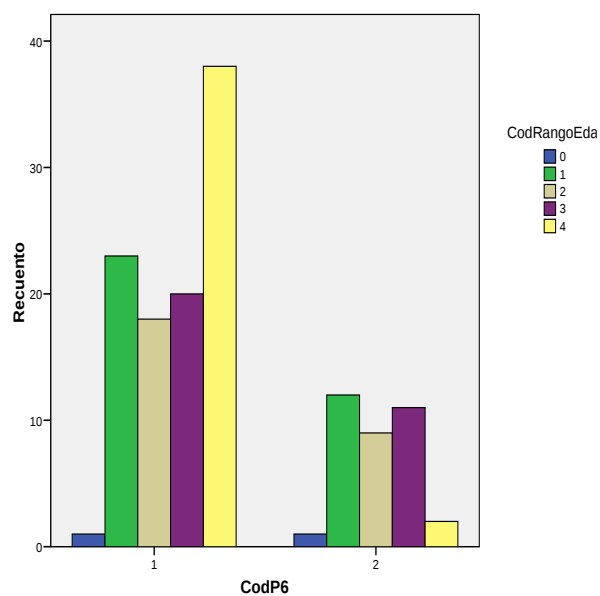


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP7	1	Recuento	1	16	11	13	23	64
		% del total	,7%	11,9%	8,1%	9,6%	17,0%	47,4%
	2	Recuento	1	19	16	18	17	71
		% del total	,7%	14,1%	11,9%	13,3%	12,6%	52,6%
Total	Recuento		2	35	27	31	40	135
	% del total		1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

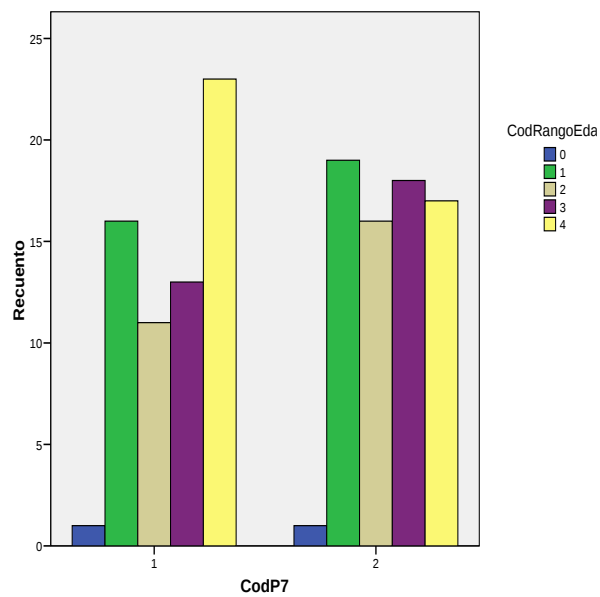


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CodP8	1	Recuento	2	30	22	27	39	120
		% del total	1,5%	22,2%	16,3%	20,0%	28,9%	88,9%
	2	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	,0%	,0%	,7%	,0%	,0%	,7%
	3	Recuento	0	5	4	4	1	14
		% del total	,0%	3,7%	3,0%	3,0%	,7%	10,4%
Total		Recuento	2	35	27	31	40	135
		% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%

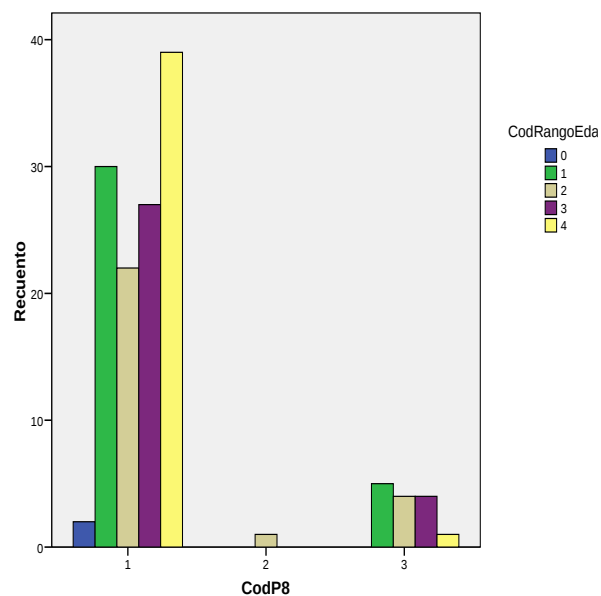
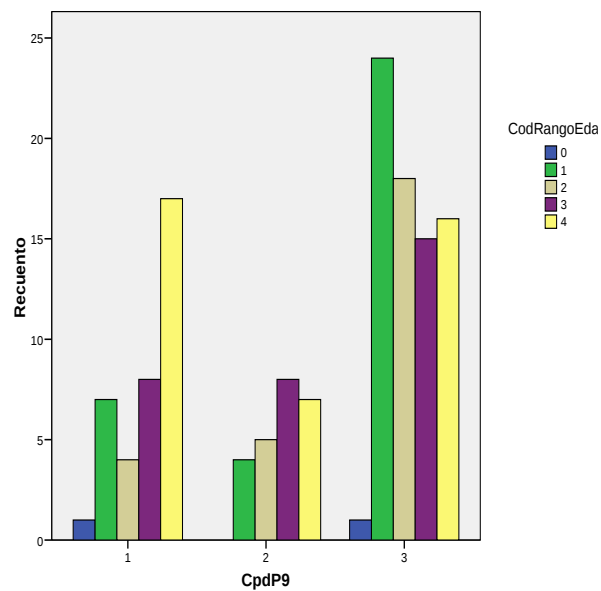


Tabla de contingencia

			CodRangoEdad					Total
			0	1	2	3	4	
CpdP9	1	Recuento	1	7	4	8	17	37
		% del total	,7%	5,2%	3,0%	5,9%	12,6%	27,4%
	2	Recuento	0	4	5	8	7	24
		% del total	,0%	3,0%	3,7%	5,9%	5,2%	17,8%
	3	Recuento	1	24	18	15	16	74
		% del total	,7%	17,8%	13,3%	11,1%	11,9%	54,8%
Total	Recuento	2	35	27	31	40	135	
	% del total	1,5%	25,9%	20,0%	23,0%	29,6%	100,0%	



RESPUESTAS CONTRA GÉNERO

(SEGÚN ANALISIS PREVIOS LAS RESPUESTAS P5 ESTA INFLUENCIADA POR ESTE CRITERIO)

Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP1 1	Recuento		5	65	22	92
	% del total		3,7%	48,1%	16,3%	68,1%
2	Recuento		0	16	2	18
	% del total		,0%	11,9%	1,5%	13,3%
3	Recuento		0	22	3	25
	% del total		,0%	16,3%	2,2%	18,5%
Total	Recuento		5	103	27	135
	% del total		3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

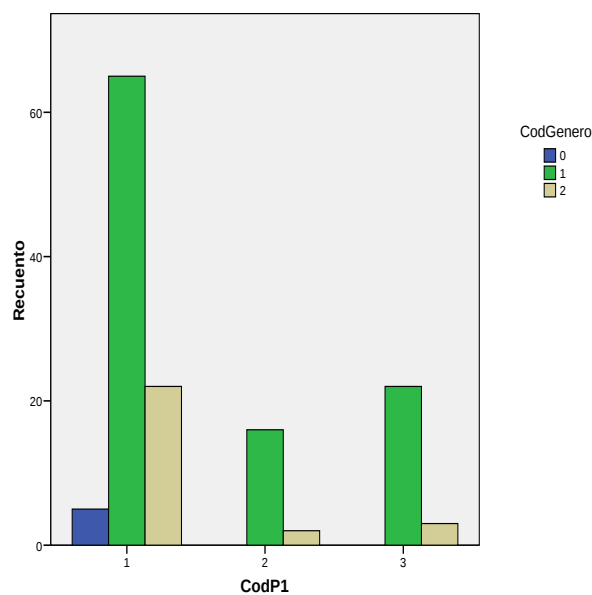


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP2	1	Recuento	5	72	15	92
		% del total	3,7%	53,3%	11,1%	68,1%
	2	Recuento	0	31	12	43
		% del total	,0%	23,0%	8,9%	31,9%
Total		Recuento	5	103	27	135
		% del total	3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

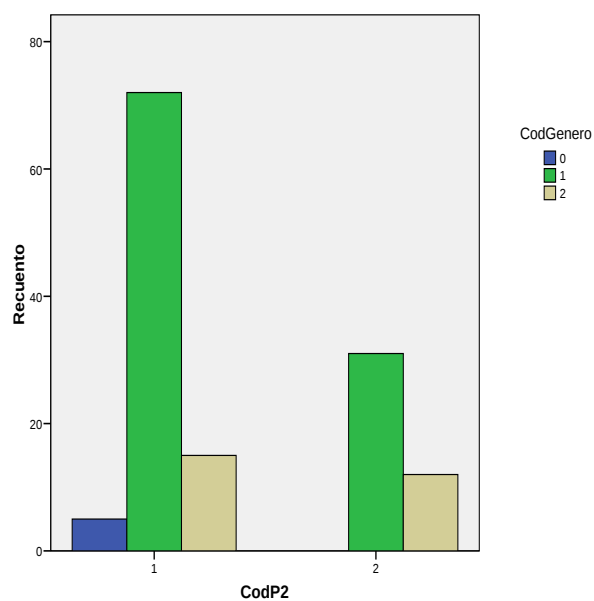


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP3	1	Recuento	3	28	4	35
		% del total	2,2%	20,7%	3,0%	25,9%
	2	Recuento	2	75	23	100
		% del total	1,5%	55,6%	17,0%	74,1%
Total	Recuento		5	103	27	135
	% del total		3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

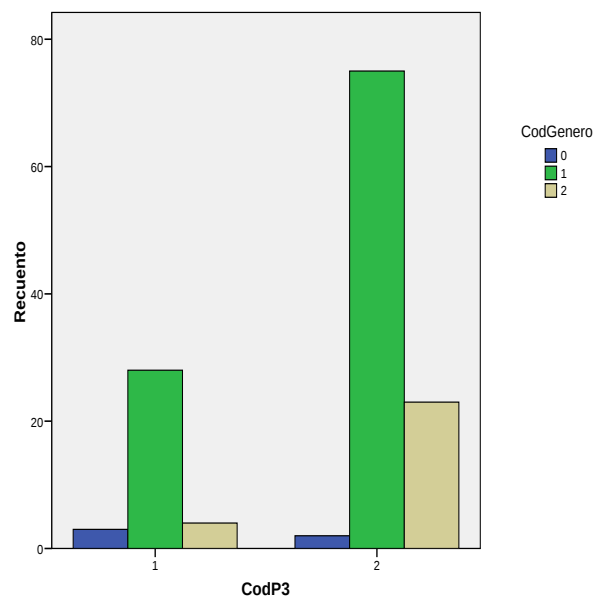


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP4	1	Recuento	4	77	20	101
		% del total	3,0%	57,0%	14,8%	74,8%
	2	Recuento	1	26	7	34
		% del total	,7%	19,3%	5,2%	25,2%
Total		Recuento	5	103	27	135
		% del total	3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

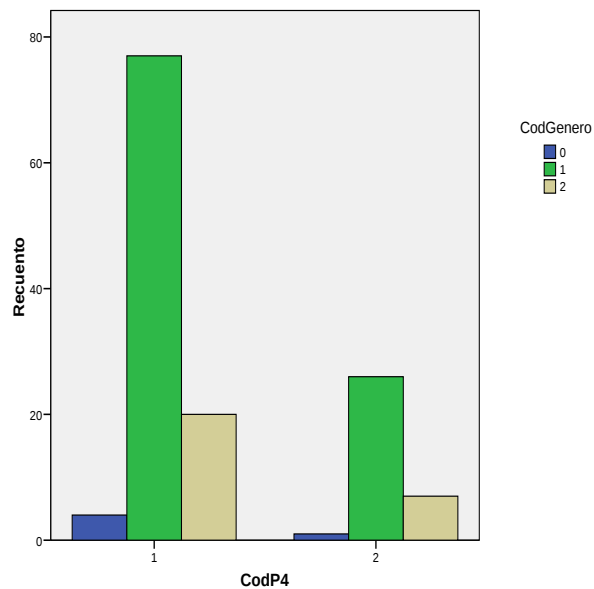


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP5	1	Recuento	2	57	6	65
		% del total	1,5%	42,2%	4,4%	48,1%
	2	Recuento	1	32	16	49
		% del total	,7%	23,7%	11,9%	36,3%
	3	Recuento	2	14	5	21
		% del total	1,5%	10,4%	3,7%	15,6%
Total	Recuento		5	103	27	135
	% del total		3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

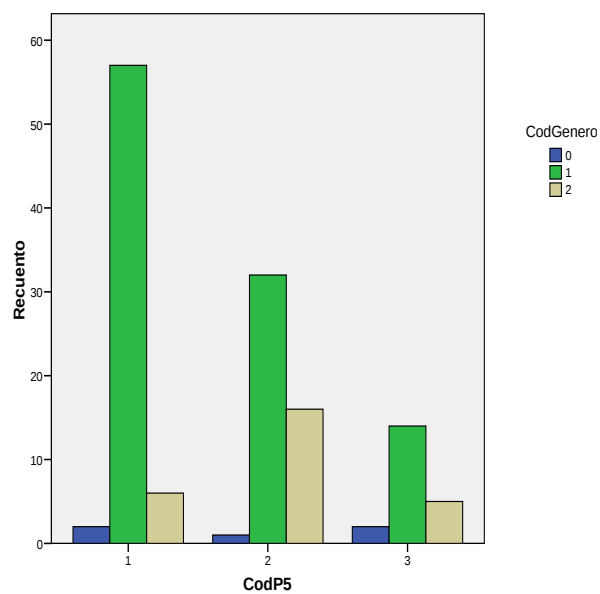


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP6	1	Recuento	4	79	17	100
		% del total	3,0%	58,5%	12,6%	74,1%
	2	Recuento	1	24	10	35
		% del total	,7%	17,8%	7,4%	25,9%
Total		Recuento	5	103	27	135
		% del total	3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

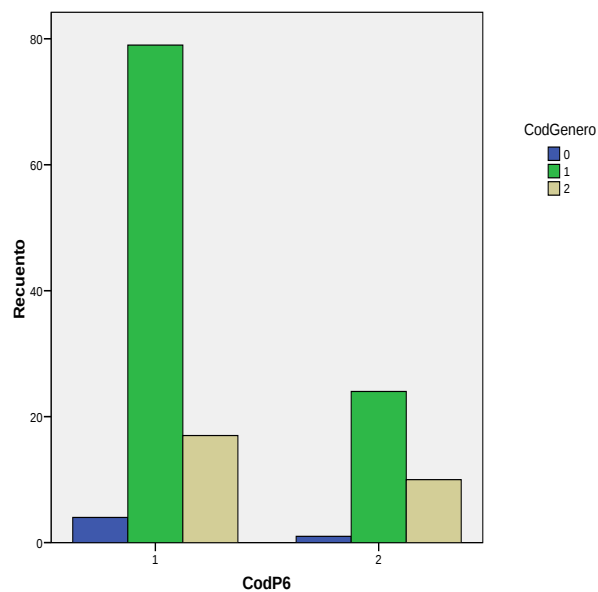


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP7	1	Recuento	1	50	13	64
		% del total	,7%	37,0%	9,6%	47,4%
	2	Recuento	4	53	14	71
		% del total	3,0%	39,3%	10,4%	52,6%
Total		Recuento	5	103	27	135
		% del total	3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

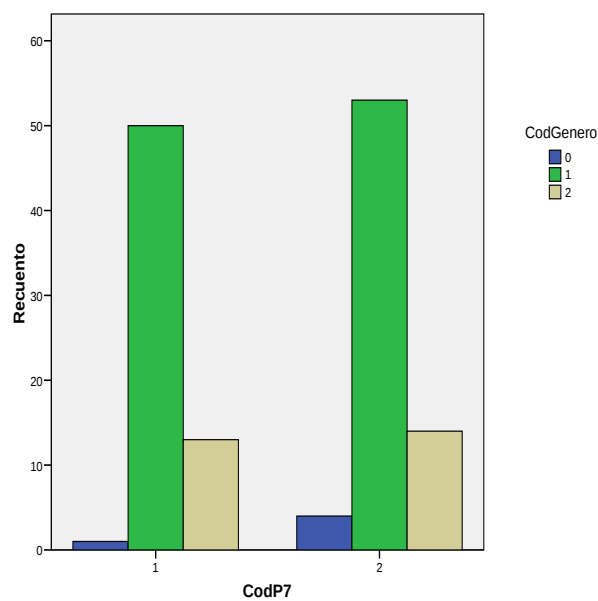


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP8	1	Recuento	3	93	24	120
		% del total	2,2%	68,9%	17,8%	88,9%
	2	Recuento	0	1	0	1
		% del total	,0%	,7%	,0%	,7%
	3	Recuento	2	9	3	14
		% del total	1,5%	6,7%	2,2%	10,4%
Total	Recuento		5	103	27	135
	% del total		3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

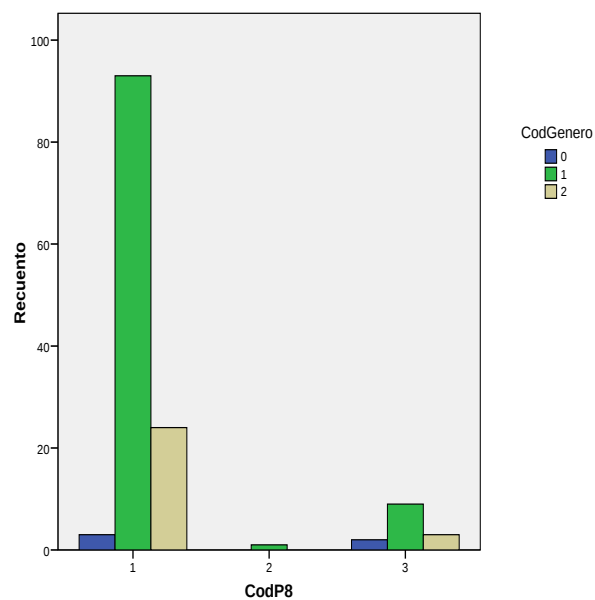


Tabla de contingencia

			CodGenero			Total
			0	1	2	
CodP9	1	Recuento	1	28	8	37
		% del total	,7%	20,7%	5,9%	27,4%
	2	Recuento	0	19	5	24
		% del total	,0%	14,1%	3,7%	17,8%
	3	Recuento	4	56	14	74
		% del total	3,0%	41,5%	10,4%	54,8%
Total	Recuento		5	103	27	135
	% del total		3,7%	76,3%	20,0%	100,0%

