



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO DE
CONTAGIO

DE VPH EN POBLACION UNIVERSITARIA

T E S I S

que para obtener el título de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

GUSTAVO A. HERNANDEZ CORTINA

KAREN FABIOLA ROJANO PEREZ

DIRECTORA: Mtra. KARINA TORRES MALDONADO



C I U D A D D E M É X I C O 2 0 2 2



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO.....	8
Antecedentes.....	8
Factores de riesgo para el contagio de VPH.....	9
Detección y diagnóstico.....	12
Tratamiento.....	13
Prevención.....	14
Percepción de riesgo	15
Auto-percepción de riesgo.....	16
Conductas de riesgo.....	16

SEGUNDA PARTE

JUSTIFICACION.....	19
OBJETIVOS.....	19
VARIABLES.....	20
HIPOTESIS.....	21
TIPO DE ESTUDIO.....	21
DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.....	22
PROCEDIMIENTO.....	23
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	24
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	29

TERCERA PARTE

DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA.....	33
CORREÑLACIONES.....	44

CUARTA PARTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	57
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	63
ANEXOS.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	71

RESUMEN

La infección por Virus de Papiloma Humano desempeña un rol importante en la génesis de las lesiones precursoras y del cáncer de cuello uterino. Existen más de 200 cepas que afectan a un alto porcentaje de personas en todo el mundo, siendo las mujeres las más afectadas debido a que los hombres suelen ser asintomáticos y no presentar evidencia de infección, además del alto índice de CCU que el VPH causa. Sin embargo, es un virus aún desconocido por la mayoría de la población, lo que favorece el desarrollo de múltiples creencias que dificultan su prevención y su detección temprana, pero incluso con la información suficiente se soslaya el riesgo de contagio. La infección por VPH es de transmisión sexual, por lo tanto, es prevenible con el uso de condón sumado a otras estrategias de prevención como la vacuna y los chequeos rutinarios. Actualmente, se han desarrollado varios tratamientos no invasivos para su control, como la terapia fotodinámica. En esta investigación exploramos la percepción riesgo en la comunidad estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con una muestra de 300 alumnos en sus distintas facultades, distintas edades y géneros, se escogió esta población porque podríamos suponer que tienen un nivel alto de conocimientos respecto a las ETS y el VPH, y con ello observar su comportamiento y evaluar mediante nuestro instrumento de medición las conductas sexuales de riesgo y si estas son congruentes con su percepción de riesgo de contagio general del VPH y la auto-percepción de riesgo de contraer VPH. El propósito general de esta tesis fue evaluar una serie de variables que ayuden a conocer la percepción y auto percepción de riesgo de contagiarse por VPH en población con rango de edad entre los 18 a los 40 años o más, así como obtener información sobre las conductas de riesgo y prevención que lleva a cabo la población universitaria. Se aplicó un cuestionario y se contrastaron los resultados mediante pruebas estadísticas.

Los resultados epidemiológicos señalan que hay diferencias entre percepción de riesgo entre mujeres y hombres, siendo estos últimos los que tienen menor percepción de riesgo, 86% de las mujeres creen que es riesgoso o muy riesgoso tener relaciones sexuales sin condón mientras que solo el 62.4% de los hombres consideran que es riesgoso o muy riesgosa la misma práctica, también encontramos diferencias por edades el 57.2% de los más jóvenes prefieren no utilizar condón en las relaciones sexuales casuales, a diferencia de los mayores que se muestran más precavidos en un 66.5%. También encontramos que 36.3% de los encuestados creen que es improbable contraer VPH y un 55.3% piensan que es poco probable, es decir, 91.6% no consideran que contraerán VPH, es decir la autopercepción de riesgo es sumamente baja tanto en hombres como mujeres, debido a esto las conductas de riesgo se muestran altas lo cual aumenta significativamente la posibilidad de contraer el virus.

ABSTRACT

HPV (Human Papillomavirus) infection performs an important role in the genesis of precursor lesions and cervical cancer. It is a Sexually Transmitted Infection: there are more than 200 strains that emerge in a high percentage of people around the world, with women being the most affected because men are usually asymptomatic and show no evidence of infection, in addition to the high rate of CC that HPV causes. However, it is a virus still unknown by the majority of the population, which favors the development of multiple beliefs that make difficult its prevention and early detection difficult, but even with sufficient information, the risk of contagion is avoided. HPV infection is sexually transmitted, therefore it is preventable with the use of a condom added to other prevention strategies such as the vaccine and routine check-ups. Currently, several non-invasive treatments have been developed for its cure, such as photodynamic therapy. In this research we will explore the perception of risk in the student community of the Universidad Nacional Autónoma de

México (UNAM), with its different levels and evaluations, through a measurement instrument of sexual risk behaviors and if these match with their perception of risk in general contagion of HPV and self-perception of risk of contracting HPV.

INTRODUCCION

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, todos los días, casi un millón de personas en el mundo contraen una infección de transmisión sexual (ITS) las cuales conllevan múltiples problemas como infecciones crónicas, graves e incluso cáncer y en algunos casos pueden causar la muerte (Contreras-González,2017).

El cáncer cervicouterino (CCU) es una de las consecuencias de la infección por virus de papiloma humano (VPH). Los factores que pueden hacer proclives el desarrollo de esta infección son variados, tales como tener múltiples parejas sexuales, no utilizar métodos de protección de barrera como el condón femenino o masculino, tener un sistema inmunitario debilitado, entre otros. Sin embargo, hombres y las mujeres también pueden ser asintomáticos y ser portadores del virus e infectar sin saberlo. La percepción y autopercepción de riesgo hacia esta infección son factores para conocer si el sujeto es más proclive a contagiarse y contagiar a sus parejas. El sentido común indicaría que a mayor conocimiento sobre el VPH y de sus formas de contagio y prevención, las personas deberían tener mayor consciencia de este y tener menos prácticas de riesgo, a diferencia de no tener el conocimiento suficiente. Sin embargo, hay estudios al respecto que indican lo contrario, un ejemplo de esto es un estudio realizado en universitarios de la sierra sur de Oaxaca de Bustamante-Ramos (2015), que reveló que la mayor parte de los estudiantes desconocía la prevención para el contagio de VPH y estaban inadvertidos ante la importancia del contagio. Otro estudio parecido, es el de la tesis “Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón” de Villagrán (1992) quien analizó a estudiantes de distintas áreas académicas, en donde los estudiantes del área Médica tuvieron los puntajes más altos en escala de conocimientos acerca del VIH SIDA comparados con áreas económico administrativas, que tuvieron los puntajes más bajos pero que estaban más preocupados y se auto-percibieron con mayor riesgo. Esto puede ser explicado porque la información produce miedo y ansiedad en los sujetos que eligieron conductas de prevención y para protegerse de este estado, niegan o dudan la veracidad de la información. En el caso de los estudiantes de medicina, familiarizados con el riesgo de contraer infecciones tienen información suficiente, pero minimizan la magnitud del riesgo y no toman las medidas preventivas suficientes. (Villagrán, 1992). Por otro lado, Bayer (1983) indica que el conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambios en la conducta, por ende, el conocimiento debe estar vinculado, ya sea con otros factores psicosociales o con conductas efectivas para su mejor interpretación. En este trabajo se utilizó una muestra de 300 personas, todos alumnos de

la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con distintas carreras, edades y género, fueron encuestados vía on line por las complejidades de la pandemia covid del año 2020, mediante un instrumento digital de 31 reactivos, divididos en 12 grupos, con preguntas abiertas, opción múltiple y con escalas de mayor a menor, este cuestionario está basado en el instrumento de la Licenciada Gabina Villagrán (1992) que a su vez fue elaborado a partir de los indicadores usados por la OMS y el CONASIDA.

Los resultados obtenidos fueron diversos; en nuestro estudio por ejemplo tanto mujeres como hombres tienen una auto-percepción de riesgo muy baja, en mujeres solo el 9.09% considera que puedo contagiarse de VPH y en los hombres únicamente 6.07% consideran que es una posibilidad latente mientras que las estadísticas muestran tasas que hasta 80% de mujeres y hombres podrían estar contagiados y ser transmisores de la infección, además señala que el 57.2% de los jóvenes de 18 a 25 años prefieren no utilizar condón en las relaciones sexuales casuales, a diferencia de los mayores de 26 años que se muestran más precavidos en un 66.5%. En contraposición con parejas formales, donde el grupo de 18 a 25 afirma utilizar condón, mientras que el grupo de más de 26 años no utiliza condón con su pareja regular, lo que podría explicar las altas tasas de contagio dentro del noviazgo y matrimonio.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Antecedentes.

Desde la 6ta década del siglo XX cuando Zur Hausen, el médico alemán que ganó el nobel por la investigación sobre el VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino, se han identificado más de 100 tipos virales y 85 se han caracterizado hasta la fecha, pero solamente 15 se han relacionado con el cáncer el cuello uterino y las lesiones pre malignas de esta localización y de otras zonas mucosas. Son los denominados virus del alto riesgo, que tienen alto potencial oncogénico (Sanabria, 2009).

En México se tiene estimado que, cerca del 43% de los hombres y del 17.5% de las mujeres, todos ellos sexualmente activos tuvieron alguna infección por VPH (Chairez, 2015). En México también, en el año 2018 el CCU tenía una incidencia de aproximadamente 11 por cada 100,000 mujeres y una tasa de mortalidad de 6 por cada 100,000 mujeres. (Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, 2020) la prevalencia de VPH sin síntomas ni signos se ha estimado que puede ser del 9.1% al 40.9%,8,9 mientras que en las mujeres con lesión de bajo grado se ha reportado entre el 30% y el 70% y las que tienen

lesión de alto grado más proclive al cáncer, puede ir del 60% al 100% (Aguilar-Lemarroy A, Vallejo-Ruiz V, Cortés-Gutiérrez, 2015).

Las cepas de bajo riesgo son los tipos que tienden a causar condilomas en forma de coliflor en o alrededor de los genitales y el ano tanto en hombres como en mujeres. En mujeres, puede ser que los condilomas surjan en lugares donde no siempre puedan notarse, como en el cuello uterino y la vagina.

Y las cepas de alto riesgo, son los que pueden causar lesiones llamadas neoplasias que van de numeraciones de grado I, II y III dependiendo el avance de estas para transformarse en cáncer con el paso del tiempo (Hinojos, 2016).

Cada año se diagnostican en el mundo unos 530,000 casos nuevos de CCU y más de 275,000 defunciones principalmente en regiones de África, Asia Central, Sureste Asiático, Latinoamérica y Caribe, teniendo tasas más bajas en Europa, Norteamérica y Japón. El 75% de las muertes anuales por CCU ocurren en Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Por lo visto es una enfermedad más frecuente en países en desarrollo que en países europeos o mejor desarrollados (INEGI, 2017).

En México el CCU es un problema de salud mayor, en 2001 las estadísticas de mortalidad indicaron que los hombres sin circuncisión pueden tener un riesgo más alto de padecer cáncer de pene debido a que, cuando el prepucio no puede retractarse para la limpieza, éste puede inflamarse y tener infecciones más fácilmente que cuando el prepucio está circuncidado, según el Instituto Nacional de Cáncer de EUA en 2019.

En general es importante tomar relevancia en la detección temprana del VPH en varones para realizar campañas de salud ya que el hombre es un vector silencioso de este virus debido a que hay lesiones que se revierten espontáneamente y otras se desarrollan después de largos periodos sin causar síntomas (Palefsky, 2012)

.

Factores de riesgo para el contagio de VPH

La infección de VPH generalmente no causa molestias y las lesiones no son perceptibles a simple vista, por lo que el momento del contagio pasa inadvertido, tanto para la persona que es portadora y no lo sabe, como para la que está siendo contagiada, también sin saberlo.

Es importante la prevención, ya que hay distintos factores de riesgo para la prevalencia del cáncer por VPH, entre los principales se encuentran:

que 18 de cada 100,000 mujeres morían por esta causa en el año 2017, casi 11 mujeres de 100,000 mueren al año por CU, siendo así una de las primeras causas de mortalidad (INEGI, 2017). En el año 2018 se registraron 32,439 decesos por CU, lo que equivale a 89 muertes al día (INEGI, 2019).

En los últimos años ha sido demostrado que el VPH sí tiene consecuencias en el género masculino, se han reportado condilomas ano-genitales, neoplasias intraepiteliales que pueden derivar en cáncer de pene y ano (Palefsky, 2012), debido a esto cobra importancia la necesidad de detección y tratamiento para el VPH en hombres e instaurar así, programas de prevención del virus. El VPH puede causar cáncer de pene, suele ser una enfermedad poco común, pero de suma importancia. En México su prevalencia es de 1 por cada 100 mil varones y es más común en edades alrededor de los 50 años. El principal factor de riesgo de esta enfermedad es el VPH de acuerdo con información del Instituto Nacional de Cancerología (2019). El cáncer de pene se presenta en hombres de entre 50 y 70 años y se ha asociado a algunos factores de riesgo como el tabaquismo, fimosis (una afección por la que el prepucio del pene no se puede tirar hacia atrás), higiene deficiente con acúmulo de esmegma, múltiples parejas e infección de virus de papiloma humano (Moya, 2016).

En la valoración de los genotipos de VPH, la literatura científica reporta que los más frecuentes son los oncogénicos 16 y 18 y los no oncogénicos 6 y 11; sin embargo, los resultados obtenidos muestran que existen muchos otros que podría favorecer la aparición de lesiones y carcinomas en los genitales masculinos y femeninos (Goldstone S, Palefsky JM, Giuliano AR, 2011). Además, se ha encontrado que los VPH no oncogénicos son más prevalentes en hombres circuncidados, lo que indica que la circuncisión podría reducir el riesgo de aparición de cáncer en hombres y reducir el riesgo en sus parejas (Venezuela F, Kremer LE, Kiguen X, Cuffini, 2010).

Uno de los principales problemas de las ITS es el desconocimiento de los portadores de la positividad de la enfermedad, por lo que una gran parte no se diagnostica (Varela J, 2006).

Los siguientes son los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de contagio de VPH:

- Inicio de actividad sexual temprana: Los jóvenes constituyen la población más vulnerable debido a que al inicio de las relaciones sexuales a temprana edad no suelen utilizar condón (Bustamante, 2015). Se debe considerar no sólo la actividad sexual coital

sino también la pre coital como besos, caricias de genitales, sexo oral, han demostrado ser una vía eficaz de riesgo de contagio (Schilling 2018).

- Tener sexo vaginal y/o sexo anal u oral sin condón (Schilling, 2018)
- Los hombres sin circuncisión. (Schilling 2018)
- Sistemas inmunitarios debilitados: Las personas con un sistema inmune débil son más proclives a ser contagiados de VPH. Incluyendo a las personas con SIDA, también quienes consumen drogas o medicamentos que debiliten el sistema inmunológico (Rocha, 2012).
- Tabaquismo: El consumo de tabaco hace que el sistema inmune se debilite y el cuerpo no pueda protegerse de infecciones (Núñez, 2017).

En 2003, Plummer y cols., concluyeron que el fumar tabaco es un factor que incrementa el riesgo de que el VPH progrese a cáncer. Y la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del cáncer) incluyó al CCU dentro de la lista de los cánceres relacionados con el tabaco (Núñez, 2017).

- Embarazo a temprana edad o múltiples embarazos: Debido a cambios hormonales que ocurren durante la gestación estos favorecen el desarrollo de infección por VPH. (Rocha 2012).
- Dieta deficiente o desnutrición: Se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano, la evolución de las lesiones que lo provoca y el CCU (Rocha, 2012).
- Uso prolongado de anticonceptivos orales: Este factor de riesgo se vincula con la persistencia de infecciones provocadas por el virus, algunos estudios estiman que las mujeres que usan anticonceptivos hormonales por más de 5 años tienen más riesgo de desarrollar CCU. (Medina, 2018).
- No utilizar condón como método de protección: Definitivamente no protegerse con un método de barrera como lo es el condón será motivo para ser más fácilmente contagiado por VPH e incluso con el uso del condón porque este virus se encuentra en toda la zona genital incluyendo escroto, labios mayores, cuerpo del pene, glande es decir que el condón no prevendría totalmente la infección por VPH (Hinojos, 2016).

Según la American Cancer Society (2017), el VPH no se contrae de las siguientes maneras: usar inodoros, abrazar o tomarse de la mano, nadar en albercas, compartir alimentos o utensilios.

Por mucho tiempo se ha pensado también que el contacto sexual es la única forma de transmisión del VPH, sin embargo, pareciera ser la más común pero no la única, existe un contagio que es la transmisión vertical del virus (de madre a su bebé durante el parto) es poco común pero cuando sucede el bebé nace con condilomas en las vías respiratorias que es una condición llamada papilomatosis faríngea, una enfermedad viral crónica producida por el VPH, cuando se presenta en edades tempranas tiene principal relación con la transmisión congénita o perinatal (Izaguirre, 2017).

No está claro si el contagio es por el paso a través del canal de parto o si es posible la transmisión transplacentaria o incluso en la etapa posnatal (Mireya, 2014). La infección del recién nacido con cepas de bajo riesgo (6 y 11) puede producir papilomatosis recurrente laríngea alrededor de los 3 años (Markowitz, 2014). En esta enfermedad el VPH genera cambios en el epitelio y produce lesiones llamadas hiperproliferativas de las mucosas; las cuales pueden desarrollar condilomas, displasia leve y hasta un carcinoma epidermoide agresivo en la laringe. Cuando los tumores interfieren con las vibraciones normales de las cuerdas vocales se produce disfonía y a veces se pueden bloquear las vías respiratorias y dificultar la respiración (Mireya 2014)

En un estudio realizado en México para el año 2013, realizado por Herrera E. y col. Se obtuvieron 15 muestras: 11 muestras de lesiones laríngeas y 4 de lesiones nasales de los 11 pacientes con tumor laríngeo en estudio, se confirmó el diagnóstico de papilomatosis laríngea en 10,5 (50%) de los pacientes eran positivos a VPH 6 y cinco pacientes positivos para VPH11 (Sedaght, 2013).

[Torres Ibarra y cols. \(2014\)](#) estudiaron muestras anales de una población mexicana de hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos, reportando que en 72.2% de los casos se detectó VPH oncogénico, mientras que el VPH 16 y/o 18 se presentó en 30.7% de los individuos.

En un estudio en Chihuahua México, (Denisse A, Luis E, Verónica M, 2016), se analizó una muestra de 104 hombres homosexuales y bisexuales que tienen sexo de forma anal ya sea receptivos o activos, en donde se encontró infección de VPH, se identificaron 16 tipos de VPH dentro de los de bajo riesgo más frecuentes fueron el 11 (36%), 62 (28%) y 6 (12%), mientras que de los oncogénicos el 16 (10%), 73 (20%) y 45 (20%). La infección con los tipos 16 y 18, que son los que mayormente se asocian a cáncer cervical y anal,

conformaron el 30% de los casos positivos de alto riesgo. También se observó que la prevalencia de VPH fue disminuyendo conforme aumentó la edad. El grupo de edad que presentó mayor prevalencia de VPH fue el de 18 a 29 años con 25% de alto riesgo y 75% de bajo riesgo, a diferencia del grupo de <50 años que sólo presentó un caso de alto riesgo. Se concluyó que la población homosexual/bisexual presenta un mayor riesgo de contraer VPH que hombres heterosexuales debido a la presencia del virus en la región anal.

DetECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Existen varios métodos para la detección del VPH en hombres; una de ellas es la obtención de la muestra en el sitio anatómico. Las muestras más recurrentes se obtienen mediante la frotación de tómulas humedecidas con ácido acético al 3-5% en el glande, corona, surco coronal, prepucio, eje del pene, uretra, escroto y ano y así mismo existe un estudio visual que también es aplicado, llamado penoscopia en la cual se observa el pene por medio de un colposcopio para observar si hay lesiones en el pene, ano y escroto (Ramón Silva, 2013).

En cuanto a la detección de VPH en la mujer, se utiliza la prueba citológica de Papanicolaou, una prueba de bajo costo que permite el rastreo y detección de neoplasias anormales, previniendo el desarrollo de la enfermedad maligna en las mujeres. Se estima la sensibilidad de esa prueba en el 75% debido a resultados falsos-negativos o falsos-positivos que en ocasiones arroja, por lo que no se considera 100% confiable (Faccini, 2014) Además presenta una marcada especificidad para la detección de lesiones premalignas de alto grado y cáncer (Trujillo, 2017).

Otra prueba mejor que el Papanicolaou para detectar el VPH en la mujer es la colposcopia donde se pueden apreciar mejor si existen cambios en las células del cuello uterino, y son esos cambios los que marcan si posiblemente una mujer está infectada por VPH. Una prueba es la de yodo y otra la de ácido acético, las cuales son visuales y pueden determinar

con mayor precisión e inmediatez los cambios en las células y así poder hacer una toma adecuada de biopsia y la realización de un estudio histológico. La colposcopia presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad de 74% ya que la mayoría de las pacientes con cambios en el epitelio no siempre presenta lesiones de alto grado para VPH, pueden ser úlceras formadas por la transformación del epitelio o cambios hormonales normales de la mujer (Trujillo 2017).

Existen otros métodos moleculares de detección y/o identificación del ADN de VPH disponibles que son las más confiables tanto para hombres como mujeres: Reacción de Cadena Polimerasa (PCR) y Sistema de Captura de Híbridos (SCH); el PCR identifica 14 tipos de VPH de alto riesgo con alta sensibilidad y especificidad incluso después de haber estado expuestos al virus (7 días después), se realiza mediante la captura de células cervicales de la mujer y captura de células de la uretra del hombre alcanzando niveles notables de detección (Medina 2012).

Tratamiento

Los tratamientos que se utilizan para las lesiones del cérvix causadas por VPH en la mujer son la crioterapia y la conización o también llamada como cervical, en donde se cauterizan las células dañadas incluyendo muchas otras células que no lo están, por esto se considera una técnica invasiva para la paciente y de complicada recuperación.

Existe una mejor técnica actualmente llamada terapia fotodinámica (TFD), que es un tratamiento con luz que se ha utilizado principalmente para lesiones premalignas y malignas del tracto urinario pero que ahora es utilizada para las neoplasias del cuello uterino que ha sido muy útil tanto por su eficacia terapéutica como por su facilidad de manejo clínico. La TFD se utiliza desde el año 2008 para el tratamiento paliativo de algunos tipos de cáncer y de lesiones premalignas, así como para la degeneración de la mácula óptica, procedimientos endoscópicos utilizando fibras ópticas, para el tratamiento de lesiones neoplásicas de los epitelios de revestimiento del tracto digestivo, respiratorio, urinario y de lesiones premalignas y malignas tanto del pene como del cérvix uterino. Este

tratamiento consigue una destrucción rápida de las células tumorales sin efectos dañinos sobre las células y tejidos adyacentes sanos que ocurren con los tratamientos tradicionales (cono cervical y crioterapia) (González-Peramato 2008).

A dichas aplicaciones terapéuticas se suma el empleo de la TFD como herramienta diagnóstica, ya que la fluorescencia producida por los fotosensibilizadores (FS) especialmente por la protoporfirina IX, está siendo utilizada para la detección temprana de lesiones pre tumorales o tumorales en piel, pulmón y vejiga (González-Peramato 2008).

La TFD se basa en la capacidad que tienen ciertos compuestos con características foto sensibilizadoras de acumularse de forma preferente en las células y tejidos tumorales. El compuesto FS, en presencia de oxígeno, es activado con luz de longitud de onda apropiada. El FS excitado transfiere su energía al oxígeno molecular para originar oxígeno, de modo que se desencadena una cascada bioquímica que conducen a la muerte selectiva de células tumorales (González-Peramato 2008).

A pesar de ser esta técnica un gran avance en la ciencia, la terapia fotodinámica era inicialmente utilizada en cáncer de vejiga, sistema gástrico y tratamientos de la piel como acné y cáncer de piel, hasta el año 2013 que se aplicó por primera vez con el fin de erradicar el VPH en una mujer mexicana, en el año 2019 se empezó a utilizar en mujeres mexicanas como tratamiento de VPH por el Instituto Politécnico Nacional, obteniendo un 90% de eliminación de este virus en el cérvix de la mujer gracias a la mejora de aplicación de parámetros adecuados de la dosis del fármaco (ácido delta aminolevulínico). Esta nueva técnica reduce la morbilidad por CCU, todavía no hay información de ser preferentemente utilizada en lugar que los tratamientos convencionales como la crioterapia o conización los cuales no curan definitivamente esta infección vírica, siendo todos ellos largos, poco efectivos y con un alto índice de recidivas y tampoco es utilizada en varones por lo que se deben seguir revisiones periódicas aunque no se visualicen condilomas o lesiones a simple vista, lo que vuelve difícil la erradicación del VPH en la población por lo que la prevención se vuelve una prioridad para evitar la propagación del virus (IPN, 2019).

Los tratamientos de verrugas suelen eliminarse con podofilotoxina, crioterapia o láser CO2 tanto en hombres como en mujeres.

Otras cepas del VPH en hombres son combatidas únicamente con cremas y antibióticos, y un fármaco que produce anticuerpos en la piel del pene para defenderse del virus aplicado 3 veces por semana durante 16 semanas, sin embargo, la mayoría de las veces no existe tratamiento debido a que los hombres no presentan síntomas y la infección pasa inadvertida lo cual los convierte en portadores silenciosos (Guerrero-Putz, 2018).

Prevención

Al ser el VPH una enfermedad de transmisión sexual que puede ser prevenida con vacunas, es importante informar a las personas acerca de ésta, sin embargo, al llevar poco tiempo en la industria farmacéutica y estar disponible sólo para niñas de 12 años al menos, de manera gratuita, los resultados de esta forma de prevención serán vistos dentro de los próximos 20 o 30 años en México. Sin embargo, en México ya están disponibles al público en general, masculino y femenino, con un costo entre los 2,000 y 3,500 pesos mexicanos por cada dosis, lo ideal es tener 3 dosis sin embargo sólo cubre las cepas 6, 12, 16 y 18, 11 y las marcas utilizadas son Cervarix y Gardasil, lo que significa que sigue faltando protección contra el total de cepas causantes de cáncer por VPH, por lo que la prevención y el uso del condón siguen siendo esenciales para evitar el contagio (Schilling, 2018).

Además de la vacuna, los chequeos ginecológicos son indispensables para evitar una infección por VPH, para una persona sexualmente activa idealmente sería cada 6 meses, un estudio completo comprendería de colposcopia, exploración de vulva, papanicolau y un PCR.

Para los hombres una peneoscopia, exploración genital e igualmente PCR.

Percepción de riesgo

La percepción de riesgo es considerada como el conocimiento de los daños y consecuencias de conductas que ponen en riesgo la salud (Aical C, Monllau L, Vittore G, 2010).

Para explorar por qué un sujeto se expone a situaciones de riesgo tenemos que conocer la autopercepción y percepción del riesgo del mismo. Rohrman (2008) define la percepción de riesgo como los juicios y evaluaciones que realizan las personas sobre los peligros a los que se encuentran expuestos, los bienes o los entornos. Las percepciones de riesgo son interpretaciones del mundo basadas en experiencias y/o creencias.

Y Fischhoff (2011) sostiene que las emociones intervienen de diversas maneras en percibir el riesgo, nos pueden alertar sobre prevenimos de una mala decisión o nos puede distorsionar la forma de percibir la realidad y contagiarnos.

Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual (autopercepción del riesgo), se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad.

Algunos de los factores que intervienen en la configuración de la autopercepción de riesgo serían los siguientes:

- Perceptivos

La percepción del riesgo es un proceso complejo, depende de factores tales como, el contexto, en el cual la información sobre el riesgo es presentada y las características individuales y culturales de las personas que la perciben la manejan para protegerse o la minimizan y no se perciben en riesgo (Castillo López, 2012).

- De historia personal (experiencia)

Como se mencionó antes, Bayés (1989) indica que el conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambios en la conducta, por ende, el conocimiento debe estar vinculado ya sea con otros factores psicosociales o con conductas efectivas para su mejor interpretación. Existen procesos cognoscitivos que llevan a los individuos a estimar o percibir el riesgo de contagio de VPH o bien para decidir la emisión de una conducta preventiva. De acuerdo con la literatura de Skinner (1938) una conducta se ve disminuida o en extinción, de acuerdo con el reforzamiento negativo aplicado. Podríamos mencionar que el sexo sin protección como una conducta que se puede reforzar por la creencia de sentir mayor placer, sin embargo cuando ésta tiene un estímulo aversivo como lo es la experiencia del contagio de una ITS como el VPH, la conducta de riesgo (tener sexo sin protección) podría extinguirse como resultado del condicionamiento operante, es decir, el tener la experiencia de vivir con VPH podría ser lo suficientemente negativo para extinguir las conductas de riesgo y asumir una vida sexual más responsable. Sin embargo, la magnitud del reforzador el número de reforzamientos percibidos antes de la extinción, son dos factores que también afectan al curso de la extinción y en cuestión del contagio del VPH esto suele tardar en aparecer ya que la inmediatez por el placer suele ser más fuerte que la consciencia a la prevención y protección de auto percibirse en riesgo.

Auto-percepción de riesgo.

La autopercepción de riesgo según García del castillo López (2012) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor condicionará su comportamiento. Estudios con adolescentes han concluido que ciertos individuos que realizan comportamientos favorecedores de la transmisión del VIH -como coito sin protección- no se perciben como en mayor riesgo de contraer Sida que otros que no realizan semejantes acciones (Ostrow, 1989)

Otros estudios han descubierto que individuos que piensan que han estado expuestos al VIH pero que sus "especiales características personales" han evitado su contagio o eliminado el virus de su organismo, tienen más tendencia a continuar practicando conductas de riesgo que aquellos que creen que no han estado expuestos al virus o que podrían ya estar infectados con el VIH (Coates, 1985)

Es decir, la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento.

Conductas de riesgo.

Son acciones voluntarias o involuntarias que pueden llevar a consecuencias nocivas, estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales (Gómez 2013)

La teoría de motivación a la protección por Rogers (1975) y reformulado por Rippetoe y Rogers en 1987 (citada por Umeh, 2004; Milne y cols., 2002)

plantea que para desencadenarse una conducta de salud debe existir primero una conducta de preocupación. Ésta a su vez, surgirá a partir de dos evaluaciones de las cuales se dará la motivación a actuar, se hará una evaluación de la amenaza, que es el miedo a padecer una enfermedad o un daño predispone a actuar y esto se basará en la percepción de severidad que es el posible daño a padecer, y en la susceptibilidad de riesgo que se encuentre la persona de padecer el daño.

La evaluación de la conducta de afrontamiento:

Es la percepción que tiene la persona acerca de la eficacia que tendrá su conducta de prevención para reducir o evitar el daño.

Las respuestas cognitivas generadas a partir de estas evaluaciones se añadirán al sistema de creencias de la persona. El resultado será una respuesta adaptativa o des adaptativa, según si encuentra grado de relación entre la amenaza y la conducta preventiva, es decir, si cree o no, que la amenaza se reducirá a partir de su conducta. (Salamanca, 2012).

Todos estos factores están expuestos a procesos de autopercepción del riesgo, haciendo que el sujeto asuma o no la conducta riesgosa.

Por ejemplo, en el caso de una chica que consume alcohol, puede que ella nunca haya presentado molestias antes como resaca o dolor estomacal al ingerir alcohol, que dentro de su familia no haya habido problemas de salud relacionados al alcohol como cirrosis, también puede que su información al respecto no sea tan negativa y sepa que consumirlo moderadamente no está mal, ella no parece sentirse en riesgo por su conducta pues sus creencias se han formado de esta manera (Castillo-López 2012).

Villagrán en 1992 se basó en 3 modelos teóricos para construir su modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón para la tesis “Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón”

Uno de ellos es el de la acción razonada por Fishbein y Ajzen de 1973, otro de ellos es el de las creencias en la salud por Becker 1974 y el de la teoría de la conducta planeada también por Ajzen 1986:

El modelo de la Acción razonada intenta predecir y entender la toma de decisiones, la cual expone que el ser humano busca entre la información disponible en él para tomar una decisión sin que esta sea controlada por impulsos, también indica además que la gente evalúa sus posibles resultados antes de realizar su comportamiento.

- Actitudes hacia la conducta: defiende que la expectativa del resultado (por ejemplo, dejar de tener relaciones sexuales sin condón va a disminuir mi riesgo de contagio) y hay que combinarlo con el valor percibido que tiene ese resultado (cómo qué tan importante para mí es no contagiarme de VPH).
- La norma subjetiva: es el grado en que la persona se percibe en la norma. En qué medida esa persona está motivada para cumplir con las creencias de la gente que le rodea.
- Control conductual percibido: los factores de control internos y externos percibidos. El grado en que la persona se siente capaz, es decir, grado de autocontrol, ser capaz de resistirse a fumar, aunque esté en un bar de copas con amigos.

El segundo modelo es el de la creencia en la salud de Becker, 1987, (citado por Villagrán 1992), considera que la emisión de una conducta saludable está determinada por seis variables psicológicas: la percepción de riesgo de desarrollar la enfermedad, la percepción

de la susceptibilidad y la percepción de la severidad, los beneficios (la protección que ofrece el condón) y las barreras (como pensar que el condón reduce la sensibilidad durante las relaciones sexuales) las claves de acción (si la pareja solicita el uso del condón), el valor dado a la salud, el locus de control (de qué o quienes depende su salud) y la posibilidad de enfermar (Villagrán, 1992).

El tercer modelo es el de la Conducta planeada por Ajzen, 1986, esta teoría postula que la decisión para ejecutar una particular conducta está determinada por tres factores: la actitud hacia la conducta, medida de forma positiva o negativa, esta actitud es el resultado de creencias acerca de los resultados de una conducta y de la respectiva evaluación de esos resultados: La creencia normativa que se refiere a las creencias que tienen los individuos o grupos de interés para la persona sobre la conducta en particular, la cual es ponderada por la motivación que tiene el individuo por cumplir con cada uno de estos individuos o grupos (Villagrán, 1992).

Esta teoría ha sido aplicada directamente a conductas de riesgo en los siguientes trabajos:

- Consumo de tabaco
- Relaciones sexuales sin protección
- Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física (Huéscar y cols. 2014).
- Los factores de la teoría de la conducta planeada relacionados con el patrón de consumo de bebidas endulzadas en jóvenes universitarios (Campos y cols. 2019).

Una medida de la cantidad de control que tiene el individuo sobre la conducta en cuestión. De acuerdo con la teoría de la conducta planeada o acción planeada de Ajzen, los individuos siguen probablemente una acción particular de salud si ellos creen que la conducta conduce a resultados particularmente valiosos para ellos.

SEGUNDA PARTE

JUSTIFICACION

El motivo que nos llevó a realizar la presente investigación es el importante problema de salud que significa el contagio de virus de papiloma humano (VPH) ya que puede provocar CCU que a su vez es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país desde el 2006 (2016, INEGI), cada año se diagnostican en el mundo 530,000 casos nuevos de CCU y más de 275,000 defunciones cifra que sigue **aumentando (Marañón, 2017)**. Este estudio profundiza en la relación entre la percepción general del riesgo de contagio en la población universitaria, la autopercepción de riesgo de cada individuo de contraer la infección y la relación que tiene estas percepciones con sus conductas y hábitos, esta información puede contribuir a diseñar estrategia de prevención y políticas públicas efectivas en la importante lucha contra el contagio del virus de papiloma humano.

OBJETIVO

Conocer la relación entre la percepción y auto-percepción de riesgo de contagio de VPH y conductas de riesgo de contagio de VPH en estudiantes con escolaridad universitaria,

Objetivos específicos

- I. Conocer la Percepción de riesgo de contraer VPH en la población con escolaridad universitaria.
- II. Conocer la Auto-percepción de riesgo de contraer VPH en la población Universitaria.
- III. Identificar Conductas de riesgo que aumentarían la probabilidad de contraer VPH.

- IV. Conocer cuál es la relación entre Percepción de riesgo, Auto-percepción de riesgo y conductas de riesgo.

VARIABLES

Variables de clasificación: Sexo, edad, carrera,

Variables independientes: Percepción de riesgo, autopercepción de riesgo.

Variables dependientes: Conductas de riesgo.

Definición de variables.

I. Percepción de riesgo.

La percepción de riesgo es considerada como el conocimiento de los daños y consecuencias de conductas que ponen en riesgo la salud (Aical C, Monllau L, Vittore G, 2010).

II. Auto-percepción de riesgo.

La autopercepción de riesgo según García del castillo López (2012) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor con respecto a si mismo.

III. Conductas de riesgo.

Acciones voluntarias o involuntarias que pueden llevar a consecuencias nocivas, estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales (Gómez 2013).

HIPÓTESIS

Existe una relación entre la percepción de riesgo y la autopercepción de riesgo con conductas de riesgo de contagio del VPH.

Según la literatura de Bayer (1983) sería lógico pensar que a mayor conocimiento acerca de las formas de transmisión y prevención, llevaría a los sujetos a poner en práctica las conductas preventivas o evitar aquellas que los pusieran en riesgo, sin embargo, algunos grupos o sujetos, a pesar de tener conocimientos con respecto a las formas de transmisión y prevención, persisten en la realización de conductas riesgosas. Bayés (1989) apoyando los hallazgos anteriores, señala que “la sola información no produce cambios en la conducta, que el comportamiento humano no sigue las reglas lógicas, sino que tiene sus propias reglas marcadas en gran parte por el pasado evolutivo de la especie”

Por ejemplo, en el estudio de Bustamante-Ramos y cols. (2015), en sus resultados, arrojó que más de la mitad de la población preparada académicamente no usaban condón en sus relaciones sexuales. Esto confirma lo comentado por Hernández y Cols (2012), pese a que los estudiantes contaban con información suficiente de prevención para el VPH, no consideraban necesarios los condones en sus encuentros sexuales

SEGUNDA PARTE

JUSTIFICACION

El motivo que nos llevó a realizar la presente investigación es el importante problema de salud que significa el contagio de virus de papiloma humano (VPH) ya que puede provocar CCU que a su vez es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país desde el 2006 (2016, INEGI), cada año se diagnostican en el mundo 530,000 casos nuevos de CCU y más de 275,000 defunciones cifra que sigue aumentando (Marañón, 2017). Este estudio profundiza en la relación entre la percepción general del riesgo de contagio en la población universitaria, la autopercepción de riesgo de cada individuo de contraer la infección y la relación que tiene estas percepciones con sus conductas y hábitos, esta información puede contribuir a diseñar estrategia de prevención y políticas públicas efectivas en la importante lucha contra el contagio del virus de papiloma humano.

OBJETIVO

Conocer la relación entre la percepción y auto-percepción de riesgo de contagio de VPH y conductas de riesgo de contagio de VPH en estudiantes con escolaridad universitaria,

Objetivos específicos

- I. Conocer la Percepción de riesgo de contraer VPH en la población con escolaridad universitaria.
- II. Conocer la Auto-percepción de riesgo de contraer VPH en la población Universitaria.
- III. Identificar Conductas de riesgo que aumentarían la probabilidad de contraer VPH.
- IV. Conocer cuál es la relación entre Percepción de riesgo, Auto-percepción de riesgo y conductas de riesgo.

VARIABLES

Variables de clasificación: género, edad, carrera,

Variables independientes: Percepción de riesgo, autopercepción de riesgo.

Variables dependientes: Conductas de riesgo.

Definición de variables.

I. Percepción de riesgo.

La percepción de riesgo es considerada como el conocimiento de los daños y consecuencias de conductas que ponen en riesgo la salud (Aical C, Monllau L, Vittore G, 2010).

II. Auto-percepción de riesgo.

La autopercepción de riesgo según García del castillo López (2012) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor con respecto a si mismo.

III. Conductas de riesgo.

Acciones voluntarias o involuntarias que pueden llevar a consecuencias nocivas, estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales (Gómez 2013).

HIPÓTESIS

Existe una relación entre la percepción de riesgo y la autopercepción de riesgo con conductas de riesgo de contagio del VPH.

Según la literatura de Bayer (1983) sería lógico pensar que a mayor conocimiento acerca de las formas de transmisión y prevención, llevaría a los sujetos a poner en práctica las conductas preventivas o evitar aquellas que los pusieran en riesgo, sin embargo, algunos grupos o sujetos, a pesar de tener conocimientos con respecto a las formas de transmisión y prevención, persisten en la realización de conductas riesgosas. Bayés (1989) apoyando los hallazgos anteriores, señala que “la sola información no produce cambios en la conducta, que el comportamiento humano no sigue las reglas lógicas, sino que tiene sus propias reglas marcadas en gran parte por el pasado evolutivo de la especie”

Por ejemplo, en el estudio de Bustamante-Ramos y cols. (2015), en sus resultados, arrojó que más de la mitad de la población preparada académicamente no usaban condón en sus relaciones sexuales. Esto confirma lo comentado por Hernández y Cols (2012), pese a que los estudiantes contaban con información suficiente de prevención para el VPH, no consideraban necesarios los condones en sus encuentros sexuales

TIPO DE ESTUDIO

a) Cuasi-experimental. La muestra no fue calculada aleatoriamente.

La investigación cuasi experimental proviene del ámbito educativo y de la psicología, donde la investigación de ciertos fenómenos no podía llevarse a cabo siguiendo los procedimientos experimentales. Los diseños de investigación cuasi-experimentales contrastan hipótesis causales de White, H., & S. Sabarwal elaboradas en 2014.

b) Correlacional. El estudio relaciona la variable percepción y auto-percepción de riesgo con las conductas de riesgo que pueden asumir los participantes.

Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. La utilidad de este tipo de investigación es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. En el caso de que dos variables estén correlacionadas, ello significa que una varía cuando la otra también varía y la correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva quiere decir que sujetos con altos valores en una variable tienden a mostrar altos valores en la otra variable. Si es negativa, significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra variable (Hernández Sampier, Roberto. 2004).

c) Diferencial. Establece las diferencias entre los diversos grupos.

El principal objetivo de un estudio diferencial es visibilizar las diferencias de conducta entre los individuos. En este sentido, los profesionales de esta disciplina se centran en advertir las variables que provocan la disparidad de los comportamientos humanos y todo aquello que influye en su manifestación. (Hernández Sampier, Roberto. 2004).

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

El instrumento busca arrojar información sobre las costumbres y hábitos del grupo de estudio para tener mayor conocimiento sobre la percepción y auto-percepción de riesgo de contagio de VPH en estudiantes universitarios, así como la relación de esta información con sus hábitos de riesgo.

Se realizará un cuestionario con varios reactivos a alumnos de población general con educación universitaria, donde se recopilará la siguiente información:

I. Variables de clasificación.

Factores sociodemográficos:

Género, variable atributiva, con dos niveles: hombre, mujer (Pregunta 1)

Rango de edad del participante. (Pregunta 2)

Carrera, área de estudios profesionales que cursa al momento de la entrevista. (Pregunta 3)

Sexualmente activo(a) (Pregunta 4)

Debut sexual (Pregunta 5)

Orientación sexual (Pregunta 6)

Cantidad de parejas sexuales a lo largo de su vida (Pregunta 7)

II. Variables independientes.

Percepción de riesgo:

Estimación de riesgo que tienen las personas, de contraer VPH, así como la información que el sujeto sabe sobre el VPH, medida mediante la respuesta dada a preguntas y a preguntas cerradas en cuanto al grado de acuerdo y desacuerdo con premisas planteadas (escalas de 1 a 3), este tipo de evolución se llevó a cabo con las preguntas de diversas situaciones de contagio de VPH (Pregunta 8).

Auto-percepción de riesgo:

Sera la estimación de riesgo de contraer VPH, que será medida a partir de la respuesta dada al grado de percepción de riesgo en una escala (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo. Es una variable categórica. Que será dependiente o independiente según el modelo a probar (Pregunta 11).

III. Variables dependientes

Conductas de riesgo:

Frecuencia del uso del condón. Se refiere a qué tan frecuente utilizan el condón durante las relaciones sexuales, tanto con la pareja sexual regular como con la ocasional. se medirá mediante la respuesta dada verdadero o falso (Pregunta 12)

PROCEDIMIENTO

Se aplicó un cuestionario que consta de doce preguntas de opción múltiple de forma virtual a alumnos universitarios pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México ya que debido a la contingencia del COVID-19 que se presentó durante la realización de esta tesis, nos vimos en la necesidad de crear un cuestionario virtual para evitar el contacto físico aunado al cierre del espacio universitario, posteriormente filtrar que los participantes cumplieran con todos los requisitos necesario y organizar los resultados, a alumnos universitarios que estén cursando o hayan cursado alguna licenciatura, ya que se estima que con esta preparación académica pudieran estar más familiarizados con la información sobre VPH.

El cuestionario se envió a los participantes mediante un enlace o código QR que los llevaba al sitio web con el cuestionario. Una vez contestado sus respuestas se quedaban registradas en un banco de datos para su análisis, si no se encontraban respuestas desproporcionadas o invalidas el cuestionario se desechaba, la muestra final conto con 300 participantes de los cuales 151 son mujeres y 149 son hombres todos universitarios con edades que parten de los 18 años en adelante.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validación de instrumentos, es considerada, por el alcance de su rigor científico, un tipo de estudio con sus características y procedimientos. Este trabajo tiene como finalidad proponer una metodología para la validación de un instrumento científico.

Tanto en Validez como confiabilidad, se toman en cuenta los reactivos correspondientes a las preguntas 8 a la 12 (R8-R12)

ANALISIS FACTORIAL

Análisis factorial es una técnica estadística de reducción de datos usada para explicar las correlaciones entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores. Las variables observadas se modelan como combinaciones lineales de factores más expresiones de error.

El análisis factorial se utiliza para identificar factores que expliquen una variedad de resultados en diferentes pruebas. Los datos deben tener una distribución normal bi-variada para cada pareja de variables y las observaciones deben ser independientes. El modelo de

análisis factorial especifica que las variables vienen determinadas por los factores comunes (los factores estimados por el modelo) y por factores exclusivos (los cuales no se superponen entre las distintas variables observadas); las estimaciones calculadas se basan en el supuesto de que ningún factor único está correlacionado con los demás, ni con los factores comunes.

ANALISIS FACTORIAL TABLA 1.0

Comunidades		
	Inicial	Extracción
R81	1.000	.680
R82	1.000	.869
R83	1.000	.765
R84	1.000	.606
R85	1.000	.715
R91	1.000	.687
R92	1.000	.664
R93	1.000	.400
R94	1.000	.754
R95	1.000	.742
R101	1.000	.539
R102	1.000	.565
R103	1.000	.619
R104	1.000	.537
R11	1.000	.553
R121	1.000	.388
R122	1.000	.564
R123	1.000	.502
R124	1.000	.683
R125	1.000	.533
R126	1.000	.600
R127	1.000	.530
R128	1.000	.602

Análisis de componentes principales.

El análisis de componentes principales (ACP), consiste en expresar un conjunto de variables en un conjunto de combinaciones lineales de factores no correlacionados entre sí, estos factores dando cuenta una fracción cada vez más débil de la variabilidad de los datos.

Técnicamente, el ACP busca la proyección según la cual los datos queden mejor representados en términos de mínimos cuadrados. Esta convierte un conjunto de observaciones de variables posiblemente correlacionadas en un conjunto de valores de variables sin correlación lineal llamadas componentes principales.

El ACP se emplea sobre todo en análisis exploratorio de datos y para construir modelos predictivos. El ACP comporta el cálculo de la descomposición en auto valores de la matriz de covarianza, normalmente tras centrar los datos en la media de cada atributo.

Debe diferenciarse del análisis factorial con el que tiene similitudes formales y en el cual puede ser utilizado como un método de aproximación para la extracción de factores.

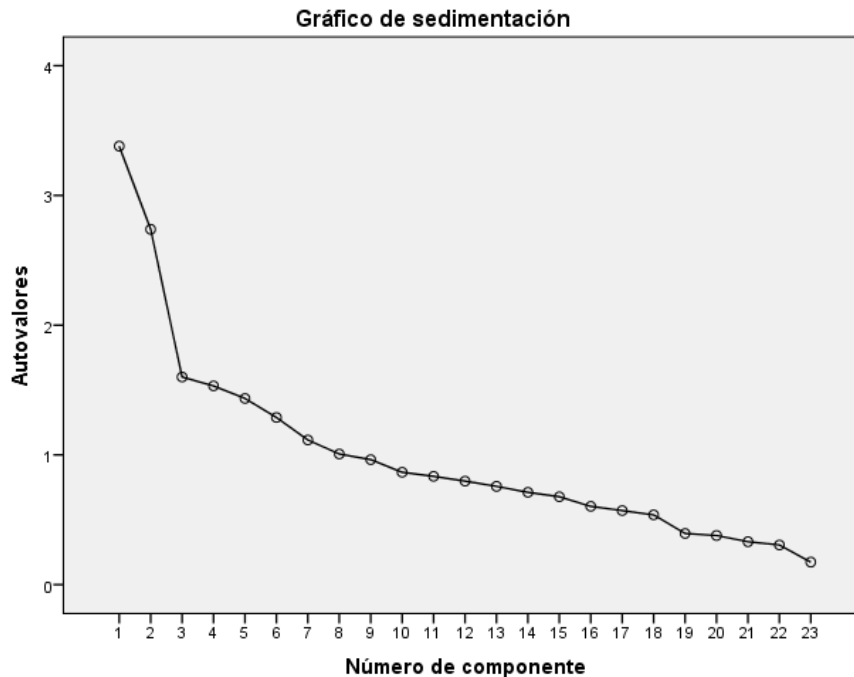
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 1.2

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.380	14.695	14.695	3.380	14.695	14.695	3.030	13.172	13.172
2	2.739	11.908	26.603	2.739	11.908	26.603	2.148	9.337	22.510
3	1.600	6.958	33.561	1.600	6.958	33.561	1.683	7.319	29.829
4	1.532	6.660	40.221	1.532	6.660	40.221	1.665	7.239	37.068
5	1.435	6.241	46.462	1.435	6.241	46.462	1.638	7.122	44.190
6	1.288	5.602	52.064	1.288	5.602	52.064	1.399	6.084	50.274
7	1.115	4.847	56.911	1.115	4.847	56.911	1.366	5.938	56.212
8	1.007	4.378	61.289	1.007	4.378	61.289	1.168	5.076	61.289
9	.964	4.189	65.478						
10	.866	3.765	69.243						
11	.835	3.629	72.872						
12	.798	3.470	76.341						
13	.757	3.293	79.634						
14	.712	3.094	82.728						
15	.677	2.945	85.673						
16	.604	2.624	88.297						
17	.570	2.480	90.778						
18	.538	2.337	93.115						
19	.395	1.716	94.831						
20	.379	1.646	96.477						
21	.331	1.438	97.915						
22	.306	1.330	99.246						
23	.173	.754	100.000						

La gráfica de sedimentación muestra el número del componente principal versus su valor propio correspondiente. La gráfica de sedimentación ordena los valores propios desde el más grande hasta el más pequeño. Los valores propios de la matriz de correlación son iguales a las varianzas de los componentes principales.

Tabla 1.3



Matriz de componentes rotados

El modelo de Análisis Factorial es un modelo de regresión múltiple que relaciona variables latentes con variables observadas. El Análisis Factorial tiene muchos puntos en común con el análisis de componentes principales, y busca esencialmente nuevas variables o factores que expliquen los datos. En el análisis de componentes principales, en realidad, sólo se hacen transformaciones ortogonales de las variables originales, haciendo hincapié en la varianza de las nuevas variables. En el análisis factorial, por el contrario, interesa más explicar la estructura de las covarianzas entre las variables.

El objetivo de la interpretación de la matriz factorial rotada consiste en identificar cada una de las dimensiones latentes extraídas. Se efectúa eligiendo para cada factor las variables iniciales que tengan unas correlaciones con el factor que sean las más elevadas (próximas a +1 ó a -1).

Las influencias cercanas a -1 o 1 indican que el factor afecta considerablemente a la variable. Las influencias cercanas a 0 indican que el factor tiene poca influencia en la variable. Algunas variables pueden tener grandes influencias sobre múltiples factores.

Rotación Varimax: Fue propuesta por Kaiser (1958), y trata de que los factores tengan unas pocas saturaciones altas y muchas casi nulas en las variables. Esto hace que haya factores con correlaciones altas con un número pequeño de variables y correlaciones nulas en el resto, quedando así redistribuida la varianza de los factores

En la siguiente tabla de influencias de factores no rotadas, la mayoría de las influencias del factor 1 se acercan en valor, lo que hace que el factor sea difícil de interpretar. Las influencias no rotadas de otros factores también son difíciles de interpretar. Después de que realiza una rotación varimax en los datos, se calculan las influencias de factores rotadas.

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Tabla 1.4

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
R81	.788	.016	.199	-.007	-.005	.048	.121	.057
R82	.920	-.002	-.080	.005	.101	.038	.039	-.048
R83	.841	-.027	.207	-.011	.109	.018	-.027	.003
R84	.053	-.078	.740	.082	.007	.137	.025	.153
R85	.830	.040	-.067	-.042	-.015	-.004	.079	-.106
R91	.019	.796	.064	.172	-.128	.000	-.006	.058
R92	-.006	.769	-.049	.200	-.083	.119	.022	.093
R93	.133	.360	-.223	.085	-.066	-.318	.284	-.096
R94	-.021	.146	.087	.846	-.068	-.006	.069	.003
R95	-.038	.243	.068	.815	-.010	-.051	-.081	-.061
R101	.259	-.075	.215	.093	.094	-.049	.632	-.010
R102	.190	.062	.638	.062	.201	.027	.267	-.038
R103	-.058	.333	.010	-.141	-.076	-.014	.667	-.186
R104	.000	.578	.077	.063	.212	.089	.358	-.111
R11	.050	.120	.561	.078	-.173	-.031	-.006	-.429
R121	.038	-.201	-.094	.265	-.173	.439	.180	.107
R122	-.037	-.018	-.044	-.064	.570	.020	-.324	-.356
R123	.052	-.384	-.366	.155	.302	.296	.111	-.051
R124	-.078	.090	.036	-.039	-.058	-.038	-.171	
R125	-.106	.064	-.010	.180	-.684	.035	-.072	.106
R126	-.070	-.170	.045	.047	-.195	-.722	.004	.051
R127	.013	.059	.217	-.092	-.116	.664	-.119	-.046
R128	.074	-.055	.066	.121	.696	.028	.087	.285

Conclusiones: Se realizó un análisis factorial (VARIMAX) obteniendo 8 factores, que incluyen los siguientes reactivos:

1	81,82,83,84
2	91,91,93,103,104
3	83,102,11
4	94,95
5	122,123,128
6	121,127
7	101,103,104
8	124

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Es decir, en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales.

El α de Cronbach es la prueba más utilizada para determinar la consistencia interna de un instrumento. En esta prueba, se determina la media de todas las correlaciones en cada combinación de palabras divididas.

Los instrumentos con preguntas que tienen más de dos respuestas pueden evaluarse con esta prueba. El resultado del α de Cronbach es un número entre 0 y 1.

Resumen del procesamiento de los casos		
	N	%
Casos		
Válidos	300	100.0
Excluidos ^a	0	.0
Total	300	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Alfa de Cronbach

Este coeficiente consiste en la media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala, y puede calcularse de dos maneras: a partir de las varianzas (Alfa de Cronbach) o de las correlaciones de los ítems (Alfa de Cronbach estandarizado). El coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre el 0 y el 1. Cuanto más próximo esté a 1, más consistentes serán los ítems entre sí (y viceversa). Por otro lado, hay que tener en cuenta que, a mayor longitud del test, mayor será alfa (α).

Esta prueba no sirve por sí misma para conocer de una manera absoluta la calidad del análisis estadístico realizado, ni la de los datos sobre los que se trabaja.

Es importante señalar que solo se tomarán en cuenta las preguntas 8, 11 y 12 con sus respectivos reactivos ya que son las que miden, percepción, auto-percepción y conductas de riesgo, como se mencionó en página 22 (variables dependientes e independientes).

Criterios de interpretación del coeficiente del Alfa de Cronbach

Valores Alfa	Interpretación
0.90 – 1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 – 0.89	Se califica como adecuada
0.70 – 0.79	Se califica como moderada
0.60 – 0.69	Se califica como baja
0.51 – 0.59	Se califica como muy baja
< 0.50	Se califica como No confiable

Tabla 1.6

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
R81	2.51	.725	300
R82	2.72	.662	300
R83	2.51	.691	300
R84	1.97	.686	300
R85	2.66	.663	300
R11	1.72	.608	300
R121	1.99	.115	300
R122	1.89	.313	300
R123	1.93	.250	300
R124	1.04	.204	300
R125	1.03	.180	300
R126	1.57	.495	300
R127	1.45	.498	300
R128	1.89	.309	300

Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1.921	.295	14
Varianzas de los elementos	.254	.038	14

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
26.90	7.678	2.771	14

Tabla 1.7

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.578	.376	14

La “Media de la escala si se elimina el elemento”, indica el valor que tendría la media en el caso de eliminar cada uno de los elementos. Como podemos observar en la última ventana de “Estadísticos de la escala”, la media de la escala es de **26.90**, si eliminamos el **reactivo 125** de la media de la escala en ese punto se quedaría en **25.86** que es lo más cercano a la media de la escala general.

Tabla 1.8

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R81	24.38	5.180	.598	.449
R82	24.18	5.292	.640	.445
R83	24.38	5.053	.691	.423
R84	24.93	6.630	.163	.579
R85	24.24	5.613	.518	.481
R11	25.18	6.922	.121	.584
R121	24.91	7.641	.038	.581
R122	25.01	7.652	-.042	.594
R123	24.96	7.621	-.004	.587
R124	25.85	7.751	-.101	.592
R125	25.86	7.784	-.138	.593
R126	25.32	7.832	-.144	.625
R127	25.45	7.305	.046	.593
R128	25.00	7.421	.096	.578

Alfa de Cronbach: indica la confiabilidad del instrumento: Se calcula a partir de las varianzas.
 Alfa de Cronbach basada en elementos tipificados: Se estima a partir de las correlaciones
 *mientras más similares sean ambos resultados del Alfa de Cronbach, la escala será más consistente.

La “Correlación elemento-total corregida”, es el coeficiente de homogeneidad corregido. Si es cero o negativo se elimina. Así, por ejemplo, nosotros deberíamos eliminar **el ítem 81**, ya que nos da **0.449** “Alfa de Cronbach si se elimina el elemento”, equivale al valor de Alfa si eliminamos cada uno de los ítems. Así por ejemplo podemos ver que, si eliminamos **el ítem 126**, Alfa general (**0.578**) mejoraría ya que se quedaría en (**0.6259**).

TERCERA PARTE

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

SEXO

Tabla 3.1

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	151	50.3
Hombre	149	49.7
Total	300	100.0

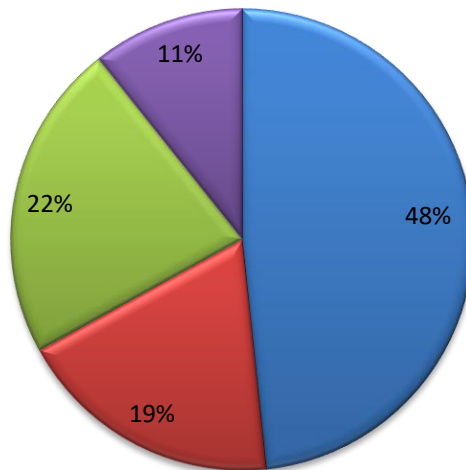
Que fueron agrupados por edades en cuatro categorías:

EDAD

Tabla 3.2

	Frecuencia	Porcentaje
18 a 25 años	145	48.3
25 a 30 años	56	18.7
30 a 40 años	67	22.3
Más de 40 años	32	10.7
Total	300	100.0

■ 18 a 25 años ■ 25 a 30 años ■ 30 a 40 años ■ Más de 40 años

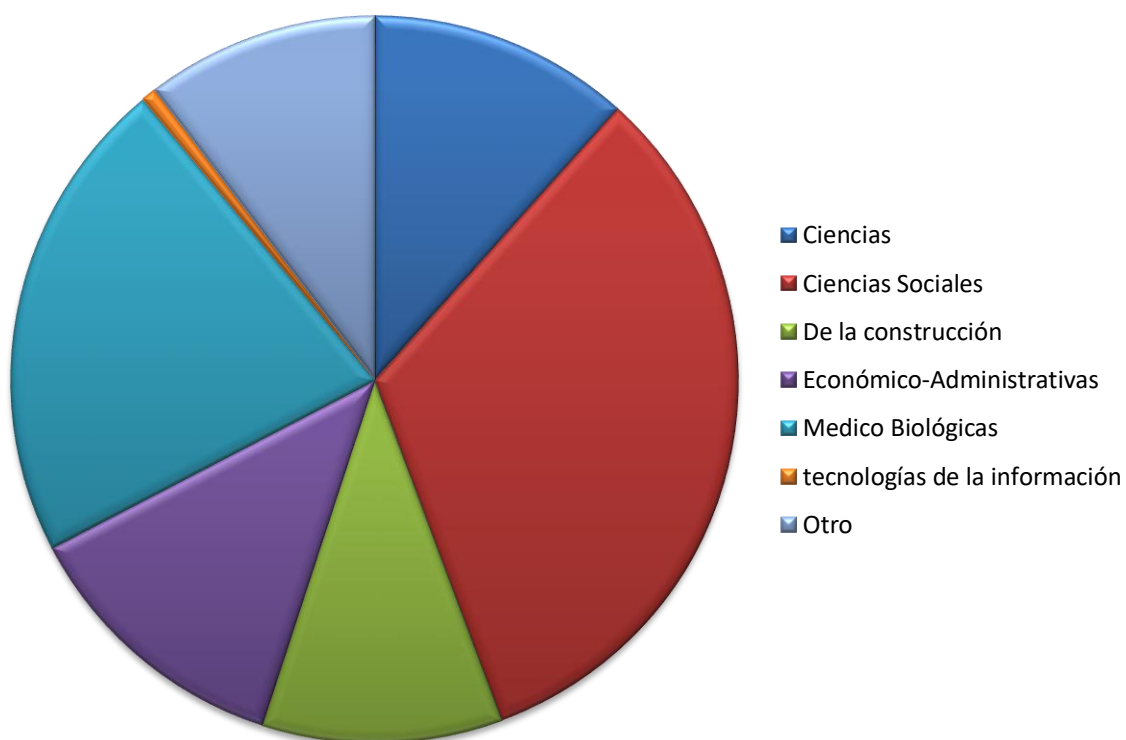


CARRERA

Tabla 3.3

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Ciencias. (Química, Física, Matemáticas, Biología)	35	11.7
Ciencias Sociales. (Psicología, Sociología, Trabajo Social, Filosofía)	98	32.7
De la construcción. (Arquitectura, Ingeniería)	32	10.7
Económico-Administrativas. (Administración, Economía)	37	12.3
Medico Biológicas (Medicina, Enfermería)	65	21.7
tecnologías de la información (sistemas)	2	.7
Otro	31	10.3
Total	300	100.0



PATRON SEXUAL

Se recolectó información sobre si los entrevistados habían tenido relaciones sexuales

Tabla 3.4

	Frecuencia	Porcentaje
SI	288	96.0%
NO	12	4.0%
Total	300	100.0

DEBUT SEXUAL

Tabla 3.5

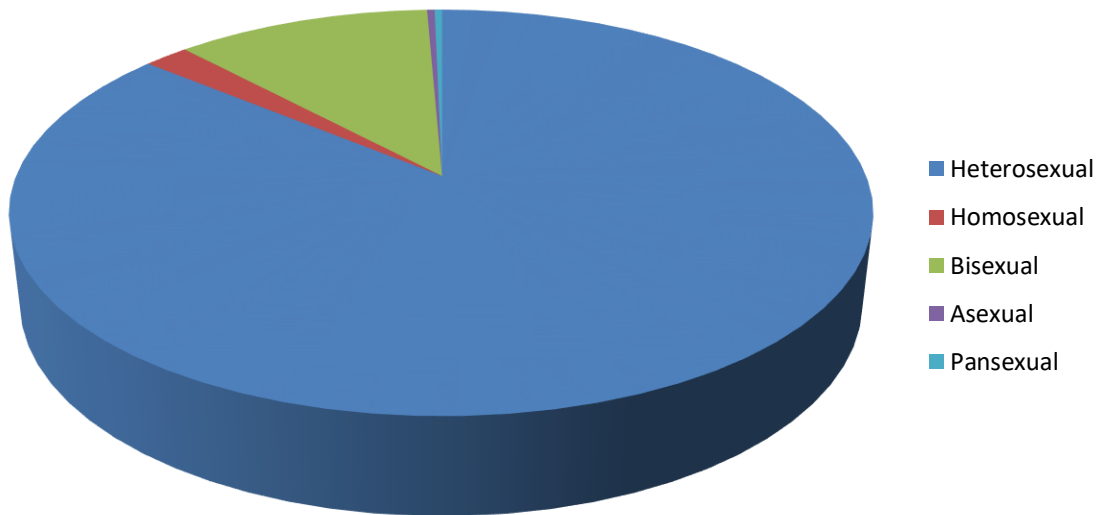
Medidas de tendencia central		Frecuencias por edad		
	Edad	Edad de su primera relación sexual.	Frecuencia	Porcentaje
Media	17.02	No ha tenido relaciones sexuales	9	3.0
Mediana	17.00	11	2	.7
Moda	17	13	5	1.7
Desv. típ.	4.211	14	18	6.0
Mínimo	0	15	44	14.7
Máximo	35	16	48	16.0
		17	54	18.0
		18	42	14.0
		19	30	10.0
		20	11	3.7
		21	7	2.3
		22	9	3.0
		23	6	2.0
		24	5	1.7
		25	3	1.0
		26	4	1.3
		28	1	.3
		29	1	.3
		35	1	.3
		Total	300	100.0

ORIENTACIÓN SEXUAL

Tabla 3.6

	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	258	86.0
Homosexual	6	2.0
Bisexual	34	11.3
Asexual	1	.3
Pansexual	1	.3
Total	300	100.0

Orientación Sexual

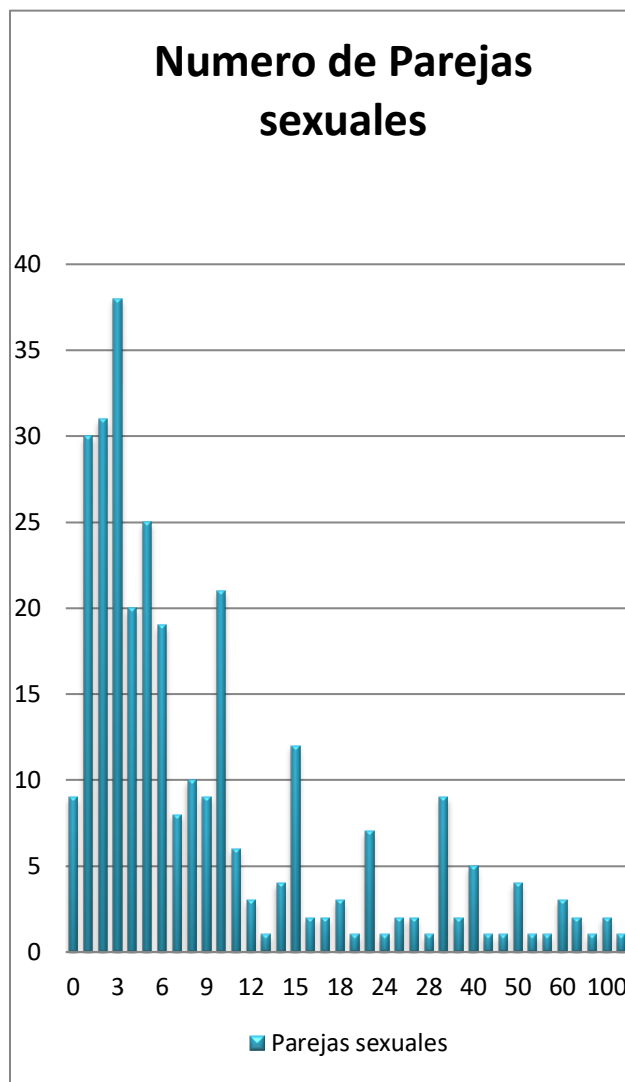


PAREJAS SEXUALES

Tabla 3.7

Medidas de tendencia central

	# de parejas
Media	11.28
Mediana	5.00
Moda	3
Desv. típ.	16.369
Varianza	267.956
Mínimo	0
Máximo	114



# de parejas	Frecuencia	Porcentaje
0	9	3.0
1	30	10.0
2	31	10.3
3	38	12.7
4	20	6.7
5	25	8.3
6	19	6.3
7	8	2.7
8	10	3.3
9	9	3.0
10	21	7.0
11	6	2.0
12	3	1.0
13	1	.3
14	4	1.3
15	12	4.0
16	2	.7
17	2	.7
18	3	1.0
19	1	.3
20	7	2.3
24	1	.3
25	2	.7
26	2	.7
28	1	.3
30	9	3.0
32	2	.7
40	5	1.7
45	1	.3
47	1	.3
50	4	1.3
52	1	.3
57	1	.3
60	3	1.0
70	2	.7
80	1	.3
100	2	.7
114	1	.3
Total	300	100.0

A partir de este punto encontramos los reactivos relacionados con la percepción de riesgo (Pregunta 8), la auto percepción de riesgo (Pregunta 11) y las conductas de riesgo

(Pregunta 12) que es el foco de atención de este estudio y como se relacionan estos factores.

PERCEPCION DE RIESGO

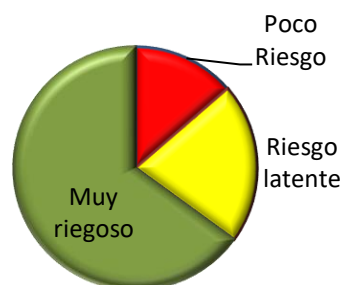
Percepción de Riesgo Creencias y conocimientos sobre el VPH.

Se refiere a la información tanto documentada como la surgida de los grupos a los que pertenece; que el sujeto sabe sobre el VPH, medida mediante la respuesta dada a preguntas abiertas (concepto y forma de transmisión) y a preguntas cerradas en cuanto al grado de acuerdo y desacuerdo con premisas planteadas (escalas de 1 a 3), este tipo de evaluación se llevó a cabo con las preguntas de diversas situaciones de contagio de VPH

Tabla 3.8

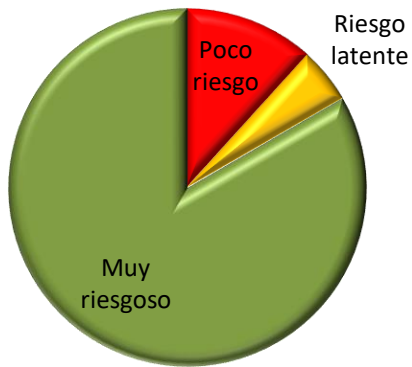
Tener contacto sexual anal sin uso de condón.

R81	Frecuencia	Porcentaje
Poco Riesgo	41	13.7
Riesgo latente	64	21.3
Muy riesgoso	195	65.0
Total	300	100.0



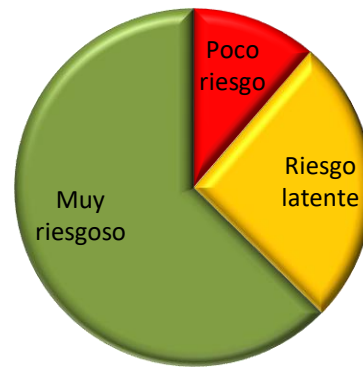
Tener relaciones sexuales con una trabajadora sexual sin usar condón.

R82	Frecuencia	Porcentaje
Poco Riesgo	35	11.7
Riesgo latente	15	5.0
Muy riesgoso	250	83.3
Total	300	100.0



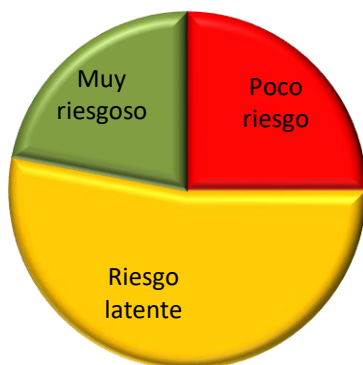
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar condón.

R83	Frecuencia	Porcentaje
Poco Riesgo	34	11.3
Riesgo latente	78	26.0
Muy riesgoso	188	62.7
Total	300	100.0



Tener relaciones sexuales con una pareja regular o estable sin usar condón.

R84	Frecuencia	Porcentaje
Poco Riesgo	75	25.0
Riesgo latente	159	53.0
Muy riesgoso	66	22.0
Total	300	100.0



Tener relaciones sexuales con muchas personas.

R85	Frecuencia	Porcentaje
Poco Riesgo	32	10.7
Riesgo latente	38	12.7
Muy riesgoso	230	76.7
Total	300	100.0



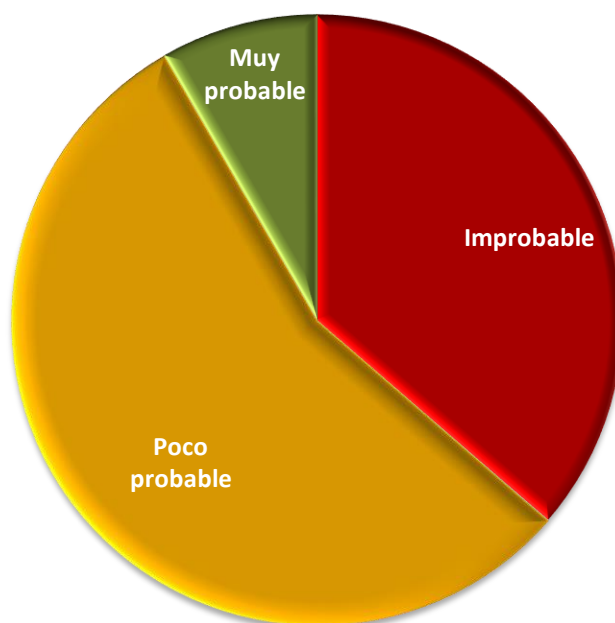
AUTO-PERCEPCIÓN DE RIESGO

Será la estimación de riesgo de contraer VPH, que será medida a partir de la respuesta dada al grado de percepción de riesgo en una escala (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo. Es una variable categórica. Que será dependiente o independiente según el modelo a probar.

Tabla 3.9

Que tan probable es que usted contraiga VPH

R11	Frecuencia	Porcentaje
Improbable	109	36.3%
Poco probable	166	55.3%
Muy probable	25	8.3%
Total	300	100.0



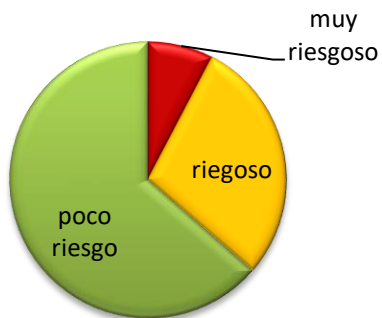
Lo que nos muestra esta grafica es que 36.3% de los encuestados creen que es improbable contraer VPH y un abrumador 55.3% piensan que es poco probable es decir 91.6% no consideran que contraerán VPH, es decir la autopercepción de riesgo es sumamente baja a pesar de que las estadísticas muestran que es sumamente común su contagio.

CONDUCTAS DE RIESGO

Tabla 3.10

Tener sexo oral con una persona con VPH

R101	Frecuencia	Porcentaje
Improbable	23	7.7
Poco probable	86	28.7
Muy probable	191	63.7
Total	300	100.0



Tener relaciones sexuales sin condón con alguien que NO muestre ningún síntoma de VPH.

R102	Frecuencia	Porcentaje
Improbable	43	14.3
Poco probable	182	60.7
Muy probable	75	25
Total	300	100.0



Tener relaciones sexuales con alguien que tiene VPH usando condón.

R103	Frecuencia	Porcentaje
Improbable	92	30.7
Poco probable	169	56.3
Muy probable	39	13.0
Total	300	100.0

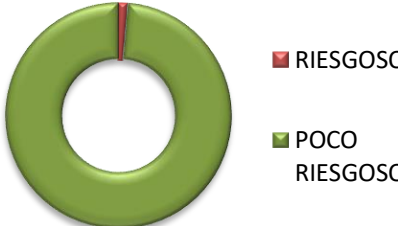
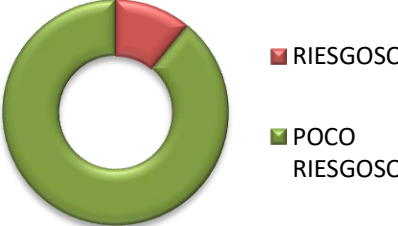
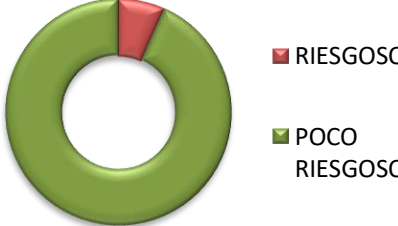
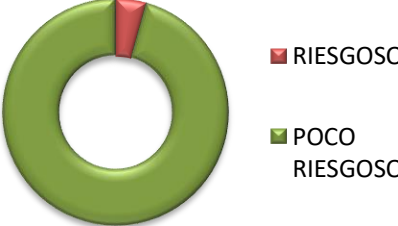


Besarse en la boca con alguien que tiene el VPH.

R104	Frecuencia	Porcentaje
Improbable	147	49.0
Poco probable	116	38.7
Muy probable	37	12.3
Total	300	100.0

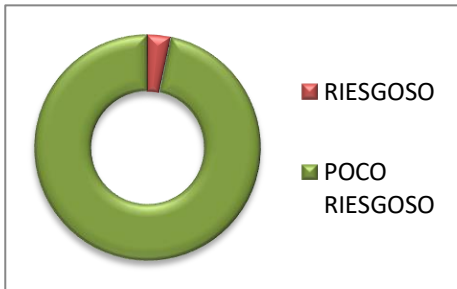


Tabla 3.11

<p>Los condones van en contra de mi religión.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>R121</th> <th>Frecuencia</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Falso</td> <td>296</td> <td>98.7</td> </tr> <tr> <td>Verdadero</td> <td>4</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>300</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table> 	R121	Frecuencia	Porcentaje	Falso	296	98.7	Verdadero	4	1.3	Total	300	100.0	<p>Creo que el precio de los condones es muy alto para usarlos con regularidad.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>R122</th> <th>Frecuencia</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Falso</td> <td>267</td> <td>89.0</td> </tr> <tr> <td>Verdadero</td> <td>33</td> <td>11.0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>300</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table> 	R122	Frecuencia	Porcentaje	Falso	267	89.0	Verdadero	33	11.0	Total	300	100.0
R121	Frecuencia	Porcentaje																							
Falso	296	98.7																							
Verdadero	4	1.3																							
Total	300	100.0																							
R122	Frecuencia	Porcentaje																							
Falso	267	89.0																							
Verdadero	33	11.0																							
Total	300	100.0																							
<p>Los condones son ofensivos para las parejas habituales.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>R123</th> <th>Frecuencia</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Falso</td> <td>280</td> <td>93.3</td> </tr> <tr> <td>Verdadero</td> <td>20</td> <td>6.7</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>300</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table> 	R123	Frecuencia	Porcentaje	Falso	280	93.3	Verdadero	20	6.7	Total	300	100.0	<p>Yo aceptaría el uso de condón si mi pareja lo pidiera.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>R124</th> <th>Frecuencia</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Falso</td> <td>13</td> <td>4.3</td> </tr> <tr> <td>Verdadero</td> <td>287</td> <td>95.7</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>300</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table> 	R124	Frecuencia	Porcentaje	Falso	13	4.3	Verdadero	287	95.7	Total	300	100.0
R123	Frecuencia	Porcentaje																							
Falso	280	93.3																							
Verdadero	20	6.7																							
Total	300	100.0																							
R124	Frecuencia	Porcentaje																							
Falso	13	4.3																							
Verdadero	287	95.7																							
Total	300	100.0																							

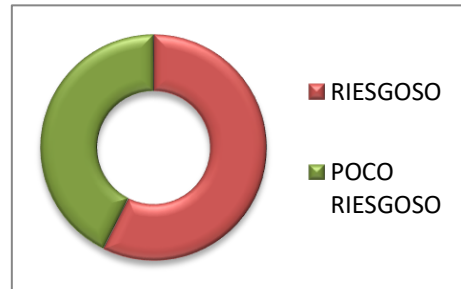
Creo que el condón es fácil de usar.

R125	Frecuencia	Porcentaje
Falso	10	3.3
Verdadero	290	96.7
Total	300	100.0



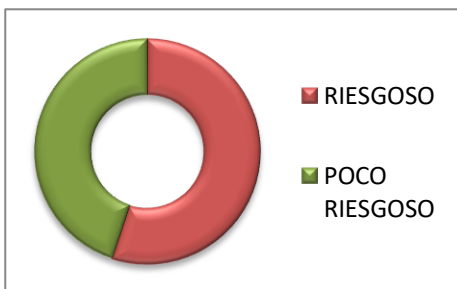
Siempre utilizo condón con mi pareja formal.

R126	Frecuencia	Porcentaje
Falso	172	57.3
Verdadero	128	42.7
Total	300	100.0



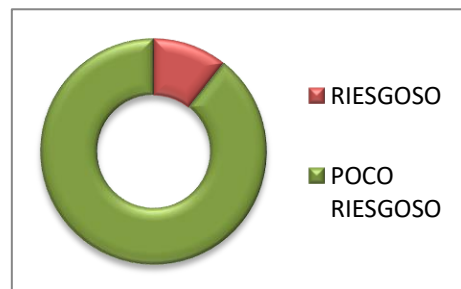
Utilizo condón solo cuando tengo relaciones sexuales casuales de una noche.

R127	Frecuencia	Porcentaje
Falso	135	45.0
Verdadero	165	55.0
Total	300	100.0



Creo que los condones pueden hacer que un hombre pierda una erección.

R128	Frecuencia	Porcentaje
Falso	268	89.3
Verdadero	32	10.7
Total	300	100.0



CORRELACIONES

Para observar su relación y como afecta cada factor al otro se hicieron diferentes cruces de información para hallar diferencias relevantes que afectaran a cada uno de los rubros.

Se hicieron todas comparaciones posibles entre grupos y se corrieron diversos tipos de pruebas en SPSS (Kolmogorov-Smirnov, Prueba "t", U de Mann-Whitney y Chi-cuadrada que a continuación se explican) para encontrar diferencias relevantes que nos pudieran arrojar información por ejemplo si había diferencias entre grupos en la percepción de riesgo, autopercepción de riesgo y conductas de riesgo, es decir, si había diferencias entre grupos divididos por edad, por orientación sexual, por carreras, por debut sexual etc.

Donde encontramos diferencias:

- A. Edades con percepción de riesgo
- B. Mujeres y Hombres con percepción de riesgo
- C. Mujeres y Hombres con autopercepción de riesgo
- D. Mujeres y Hombres con conductas de riesgo

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS RESPECTO A LA VARIABLE EDAD POR GRUPOS

A continuación, presentamos los resultados que arrojaron diferencias significativas en las diferentes comparaciones y pruebas aplicadas. El primer dato relevante es al dividir la muestra en dos grupos por edades, esto muestra diferencias importantes en cuanto a conductas de riesgo. Es decir, existe una diferencia importante entre las personas mayores de 26 años en cuanto a la percepción de riesgo

R126: **Siempre utilizo condón con mi pareja formal.**

R127: **Utilizo condón cuando tengo relaciones sexuales casuales de una noche.**

Como se explica más ampliamente en las tablas 4.1 y 4.2

A) Diferencias en conductas de riesgo por edades

Variabes	<p>Edad</p> <p>Grupo1: 18 a 25 años.</p> <p>Grupo2: 26 años en adelante.</p> <p>Conductas de riesgo (ítem 12):</p> <p>Tipo de respuesta: Falso y verdadero - nominal</p>
Elección de prueba	<p>T para muestras independientes</p> <p>El procedimiento Prueba T para muestras independientes compara las medias de dos grupos de casos. Lo ideal es que para esta prueba los sujetos se asignen aleatoriamente a dos grupos, de forma que cualquier diferencia en la respuesta sea debida al tratamiento (o falta de tratamiento) y no a otros factores.</p>
Hipótesis	<p>Hipótesis nula: no hay diferencias</p>
Toma de decisión	<p>Prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov): si el valor calculado es mayor a 0.05 hay una distribución normal.</p> <p>T para muestras independientes: la regla si el valor calculado es mayor a .05 se acepta la hipótesis nula</p>

Prueba de Kolmogórov-Smirnov: características

La prueba de Kolmogórov-Smirnov es una propia perteneciente a la estadística, concretamente a la estadística inferencial. La estadística inferencial pretende extraer información sobre las poblaciones.

Se trata de una prueba de bondad de ajuste, es decir, sirve para verificar si las puntuaciones que hemos obtenido de la muestra siguen o no una distribución normal. Es decir, permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica. Su objetivo es señalar si los datos provienen de una población que tiene la distribución teórica especificada, es decir, lo que hace es contrastar si las observaciones podrían razonablemente proceder de la distribución especificada.

La prueba de Kolmogórov-Smirnov aborda la siguiente pregunta: ¿Proviene la muestra de alguna distribución hipotética?

En contraste, la hipótesis alternativa (H1) establecerá que la distribución de frecuencias observada no es consistente con la distribución teórica (mal ajuste). Como en otras pruebas de contraste de hipótesis, el símbolo α (alfa) indicará el nivel de significación de la prueba.

Prueba de hipótesis

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
R126	Se han asumido varianzas iguales	20.536	.000	-4.870	298	.000	-.269	.055	-.377	-.160
	No se han asumido varianzas iguales			-4.857	291.585	.000	-.269	.055	-.378	-.160
R127	Se han asumido varianzas iguales	9.481	.002	4.230	298	.000	.237	.056	.127	.347
	No se han asumido varianzas iguales			4.223	294.196	.000	.237	.056	.127	.347

Tabla 4.1

R126: Siempre utilizo condón con mi pareja formal.	VERDADERO	FALSO
18 a 25 años	56.6%	43.4%
Mas de 26 años	29.7%	70.3%

Esta gráfica nos muestra que el grupo mayores de 26 años no utiliza condón con su pareja representa un riesgo de contagio sobre todo para las parejas que son infieles o que no llevan un control adecuado de su salud sexual.

Tabla 4.2

R127: Utilizo condón cuando tengo relaciones sexuales casuales de una noche.	VERDADERO	FALSO
18 a 25 años	42.8%	57.2%
Mas de 26 años	66.5%	33.5%

Esta grafica demuestra que el 57.2% de los jóvenes de 18 a 25 prefieren no utilizar condón en las relaciones sexuales casuales, a diferencia de los mayores de 26 que se muestran más precavidos en un 66.5%

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS RESPECTO A LA VARIABLE SEXO

B) Diferencias entre mujeres y hombres con respecto a la percepción de riesgo

VARIABLES	Sexo: Mujeres (1) Hombres (2) Tipo de respuesta, tres opciones: poco riesgo, riesgo latente y muy riesgoso (intervalar-variable de trabajo).
Elección de prueba	Prueba "t" para muestras independientes paramétrica
Hipótesis	Existen diferencias con respecto al sexo No existen diferencias con respecto al sexo.
Toma de decisión	<ul style="list-style-type: none"> • Asume varianzas iguales (prueba f): los valores mayores a 0.05 no carecen de homogeneidad y los valores menores de 0.05 carecen de homogeneidad. • Si el valor calculado es mayor a .05 no se rechaza la hipótesis nula

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	151	50.3	50.3	50.3
	Hombre	149	49.7	49.7	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

Prueba de normalidad:

El procedimiento Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra compara la función de distribución acumulada observada de una variable con una distribución teórica determinada, que puede ser la normal, la uniforme, la de Poisson o la exponencial. La Z de Kolmogorov-Smirnov se calcula a partir de la diferencia mayor (en valor absoluto) entre las funciones de distribución acumuladas teórica y observada. Esta prueba de bondad de ajuste contrasta si las observaciones podrían razonablemente proceder de la distribución especificada.

Muchas pruebas paramétricas requieren que las variables se distribuyan de forma normal. La prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra se puede utilizar para comprobar que una variable (por ejemplo, ingresos) se distribuye normalmente.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
		Sexo
N		300
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1.50
	Desviación típica	.501
Diferencias más extremas	Absoluta	.343
	Positiva	.343
	Negativa	-.339
Z de Kolmogorov-Smirnov		5.935
Sig. asintót. (bilateral)		.000
a. La distribución de contraste es la Normal.		
b. Se han calculado a partir de los datos.		

Prueba T de student

La prueba "t" de Student es un tipo de estadística deductiva. Se utiliza para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos. Con toda la estadística deductiva, asumimos que las variables dependientes tienen una distribución normal. Cuando la diferencia entre dos promedios de la población se está investigando, se utiliza una prueba t. Es decir que se utiliza cuando deseamos comparar dos medias (las cuentas se deben medir en una escala de intervalo o de cociente). Utilizaríamos una prueba t si deseamos comparar el logro de la lectura de hombres y de mujeres. Con una prueba t, tenemos una variable independiente y una dependiente. La variable independiente (género en este caso) puede solamente tener dos niveles (varón y hembra). Si la independiente tuviera más de dos niveles, después utilizaríamos un análisis de la variación unidireccional (ANOVA). La prueba estadística para t de Student es el valor t. Conceptualmente, la t valor representa el número de unidades estándares que están separando las medias de los dos grupos. Con una t-prueba, el investigador desea indicar con un cierto grado de confianza que la diferencia obtenida entre los medios de los grupos de la muestra sea demasiado grande ser un acontecimiento chance. Si nuestra t prueba produce una t-valor que da lugar a una probabilidad de .01, decimos que la probabilidad de conseguir la diferencia que encontramos sería por casualidad 1 en 100 veces.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
R83	Se han asumido varianzas iguales	4.192	.041	3.133	298	.002	.246	.079	.092	.401
	No se han asumido varianzas iguales			3.132	297.188	.002	.246	.079	.092	.401

Tabla 4.3

R83: Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar condón.	Poco Riesgo	Riesgo Latente	Muy Riesgoso
Mujer	12.6%	58.9%	28.5%
Hombre	37.6%	47.0%	15.4%

Esta grafica (Tabla 4.3) se observa que el 37.6% de los hombres creen que no existe riesgo de contagio si no usan condón con una pareja sexual que acaban de conocer.

C) Diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la auto-percepción de riesgo

Variabes	<p>Sexo:</p> <p>Mujeres (1)</p> <p>Hombres (2)</p> <p>Tipo de respuesta, tres opciones: improbable, poco probable y muy probable (intervalar-variable de trabajo).</p>
Elección de prueba	Prueba U de Mann-Whitney
Hipótesis	<p>Existen diferencias con respecto al sexo</p> <p>No existen diferencias con respecto al sexo.</p>
Toma de decisión	<ul style="list-style-type: none"> •Asume varianzas iguales (prueba f): los valores mayores a 0.05 no carecen de homogeneidad y los valores menores de 0.05 carecen de homogeneidad. •Si el valor calculado es mayor a .05 no se rechaza la hipótesis nula

El procedimiento **Prueba T** para **muestras independientes** compara las medias de dos grupos de casos. Lo ideal es que para esta **prueba** los sujetos se asignen aleatoriamente a dos grupos, de forma que cualquier diferencia en la respuesta sea debida al tratamiento (o falta de tratamiento) y no a otros factores.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
11. Autopercepcion	Se han asumido varianzas iguales	3.746	.054	2.350	298	.019	.164	.070	.027	.301
	No se han asumido varianzas iguales			2.350	297.833	.019	.164	.070	.027	.301

Estadísticos de contraste

	11. Autopercepción
U de Mann-Whitney	9662.500
W de Wilcoxon	20837.500
Z	-2.389
Sig. asintót. (bilateral)	.017

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 4.4

R11: Que tan probable es que usted contraiga VPH	Improbable	Poco Probable	Muy Probable
Mujer	29.8%	60.03%	9.09%
Hombre	43.0%	50.03%	6.7%

Esta grafica nos indica el alarmante dato sobre baja autopercepción de riesgo en mujeres (29.8%) y mucho más baja en hombres (43%) cuyas respuestas indican que para ellos es NADA probable contraer VPH.

D) Diferencias entre Mujeres y Hombres con respecto a las conductas de riesgo

Variables	<p>Sexo: Mujeres (1) Hombres (2)</p> <p>Tipo de respuesta: Falso y verdadero (nominal)</p>
Elección de prueba	Chi-cuadrada
Hipótesis	<p>Existen diferencias con respecto al sexo.</p> <p>No existen diferencias con respecto al sexo.</p>
Toma de decisión	<p>Asume varianzas iguales (prueba f): los valores mayores a 0.05 no carecen de homogeneidad y los valores menores de 0.05 carecen de homogeneidad.</p> <p>•Si el valor calculado es mayor a .05 no se rechaza la hipótesis nula</p>
Resultados	existen diferencias relevantes únicamente en el reactivo R122 y R124

Pruebas de chi-cuadrado

R122	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7.438 ^a	1	.006	.009	.005	
Corrección por continuidad	6.466	1	.011			
Razón de verosimilitudes	7.695	1	.006	.009	.005	
Estadístico exacto de Fisher				.009	.005	
Asociación lineal por lineal	7.413 ^c	1	.006	.009	.005	.003
N de casos válidos	300					

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.39.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2.723.

Pruebas de chi-cuadrado

R124	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3.843 ^a	1	.050	.085	.045	
Corrección por continuidad ^b	2.812	1	.094			
Razón de verosimilitudes	4.050	1	.044	.085	.045	
Estadístico exacto de Fisher				.085	.045	
Asociación lineal por lineal	3.830 ^c	1	.050	.085	.045	.034
N de casos válidos	300					

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.46.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -1.957.

Tabla 4.5

R122: Creo que el precio de los condones es muy alto para usarlos con regularidad.	Verdadero	Falso
Mujer	15.9%	84.1%
Hombre	6.0%	94.0%

Podemos observar que más mujeres que hombres consideran que los condones son caros.

Tabla 4.6

R124: Yo aceptaría el uso de condón cuando mi pareja lo pidiera.	Verdadero	Falso
Mujer	93.4%	6.6%
Hombre	98.0%	2.0%

En esta tabla podemos observar una ligera diferencia en las mujeres que se reusarían a usar condón cuando su pareja se los solicite sin embargo la gran mayoría lo aceptaría tanto en hombres como en mujeres, pero el instrumento detecto esta diferencia como relevante por ello lo reportamos.

CUARTA PARTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

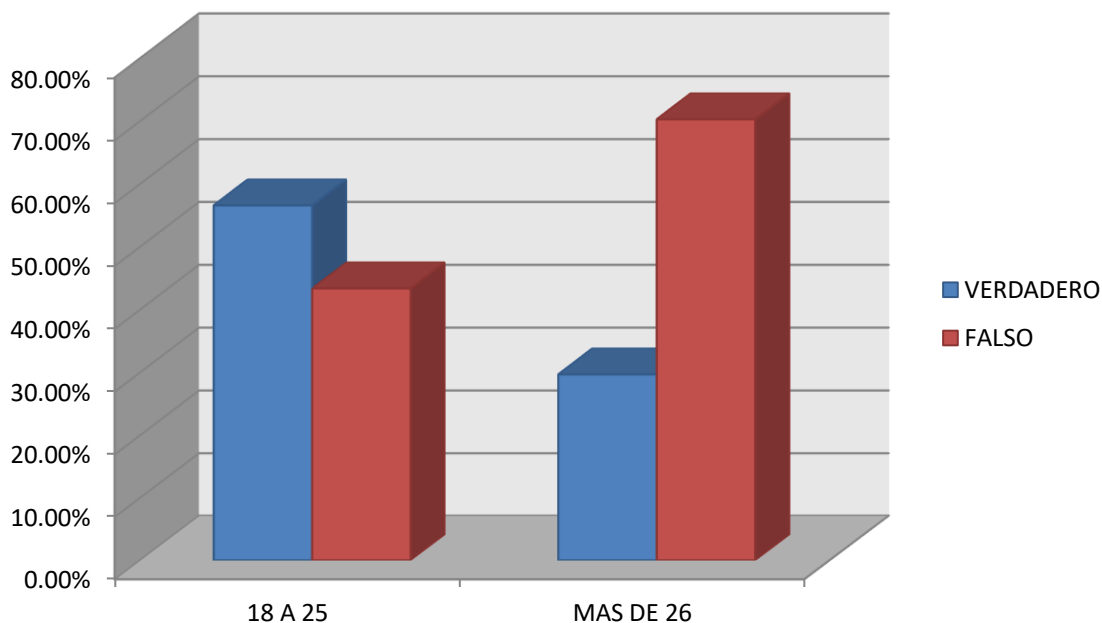
Lo que podríamos discutir es que la comunicación de pareja acerca del uso permanente del condón es esencial en este tema y, por el contrario, en el presente no se comunica lo importante que es protegerse ante las ITS y de llevarlo a la práctica utilizando el condón en todas las relaciones sexuales. También podemos concluir que no hay discrepancia, tanto hombres como mujeres tienen baja percepción de riesgo y tienen conductas de riesgo con altas posibilidades de ser contagiados, con base en ello se soslaya también la importancia del uso del condón para protegerse no sólo contra el VPH y todas sus cepas sino contra cualquier ITS, resaltando que el condón tampoco protege al 100% de todas las formas de VPH. Por lo que también debe procurarse los chequeos ginecológicos rutinarios tanto para hombre y mujer y el uso de las vacunas disponibles contra ITS, antes de tener relaciones sexuales con una nueva pareja aun utilizando condón en todas las relaciones sexuales.

La relevancia social y epidemiológica de contar con un instrumento como el que utilizamos en esta tesis es innegable para realizar diagnósticos relativos a los conocimientos, percepción y autopercepción del riesgo en torno de la infección por VPH entre jóvenes y adultos, el cual nos otorgó un panorama para intervenciones posteriores que ayudarán a clarificar los perjuicios que el VPH provoca tanto para las mujeres como para los hombres y que ayude a frenar el gran contagio de este virus en la humanidad por medio del conocimiento y la práctica del uso del condón.

En general, se cree que el VPH es la causa de cerca del 90 % de los cánceres de ano y cuello uterino, cerca de 70 % de los cánceres de vagina y de vulva y más del 60% de los cánceres de pene. Los cánceres oro-faríngeos han sido causados tradicionalmente por el tabaco y el alcohol, pero en estudios recientes se muestra que cerca del 70 % de los cánceres oro-faríngeos pueden estar vinculados al VPH. Muchos de los cánceres oro-faríngeos pueden ser causados por una combinación de tabaco, alcohol y VPH según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, División de Prevención y Control del Cáncer (Estados Unidos, 2021).

El uso del condón es una de las prácticas menos empleadas por los jóvenes en las relaciones sexuales, a pesar de que es considerado el principal método para prevenir ITS. Como se muestran en la Tabla 4.1

Siempre utilizo condón con mi pareja formal.



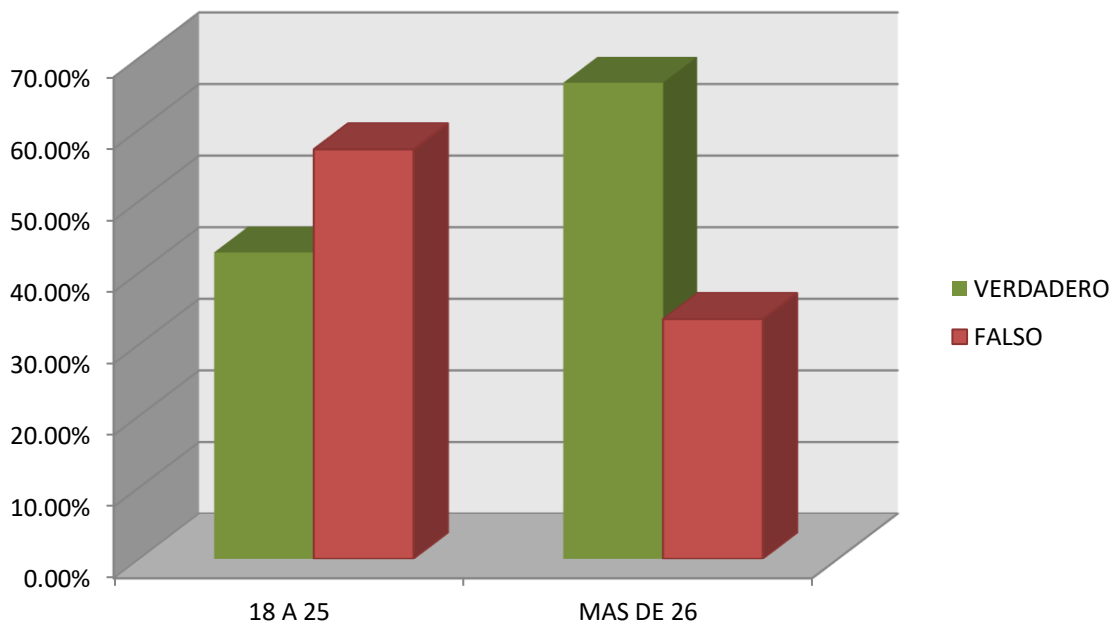
En un estudio realizado en Colombia, sólo el 20% de los hombres y el 17,2% de las mujeres dijo haber usado condón en el último año (Castañeda, Ortega, Reyes, Segura & Morón, 2009).

Incluso, algunos otros autores establecen que, a pesar de que es cada vez mayor el número de jóvenes que manifiestan emplear el preservativo masculino, sigue existiendo un grupo importante que nunca lo usa o que lo hace ocasionalmente lo cual es un factor de riesgo importante para el contagio de VPH (Injuve, 2005; Fernández et al., 2008; Campuzano & Díaz, 2011)

En estudios que se realizaron en Perú, respecto a las razones para no usar el condón, existe la falsa percepción de que no existen posibilidades reales de que se pueda contagiar de una ITS y la asociación del condón con relaciones extramatrimoniales, prostitución y promiscuidad, además de la disminución del placer sexual (Soto, 2006).

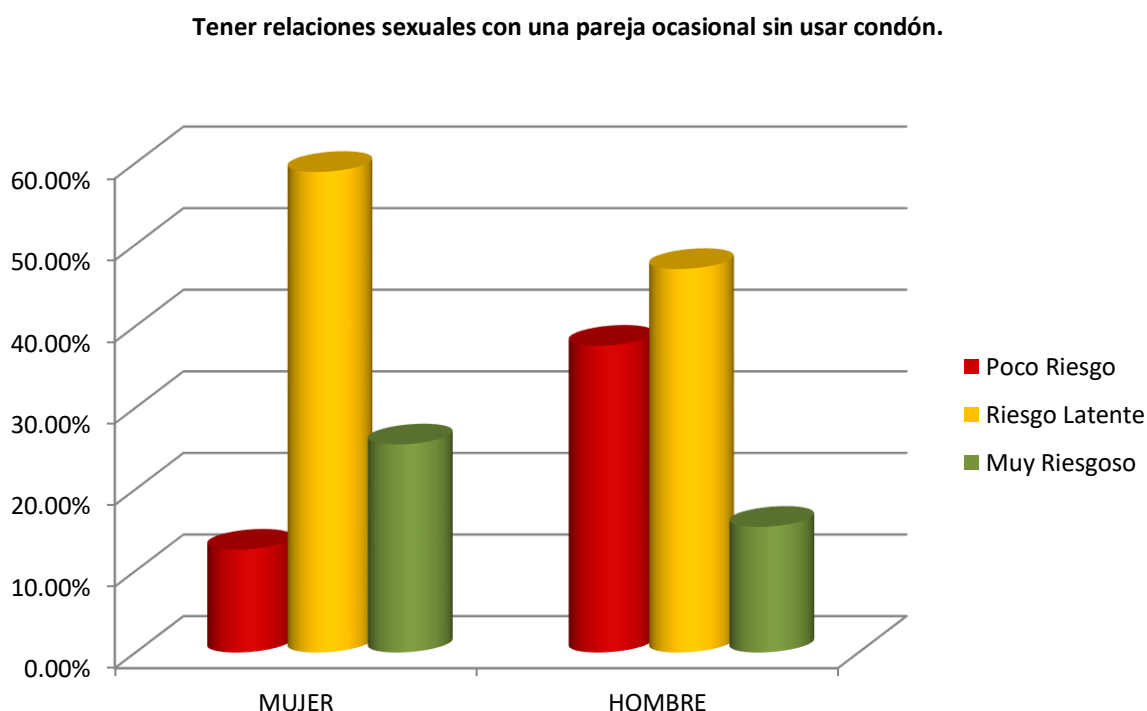
El mismo estudio muestra que la gran mayoría de jóvenes no utiliza el condón en sus relaciones, en especial las mujeres (73% nunca lo usó), siendo la principal razón de que a la mujer o a su pareja no les gusta usarlo (Soto-Cáceres,1998). Aunque hay una apertura hacia el uso del condón, la parte práctica (la tabla que indica si usan condón con su pareja estable y pareja ocasional) suelen contradecir este hecho. Como lo vimos reflejado en la tabla 4.2

Utilizo condón cuando tengo relaciones sexuales casuales de una noche.



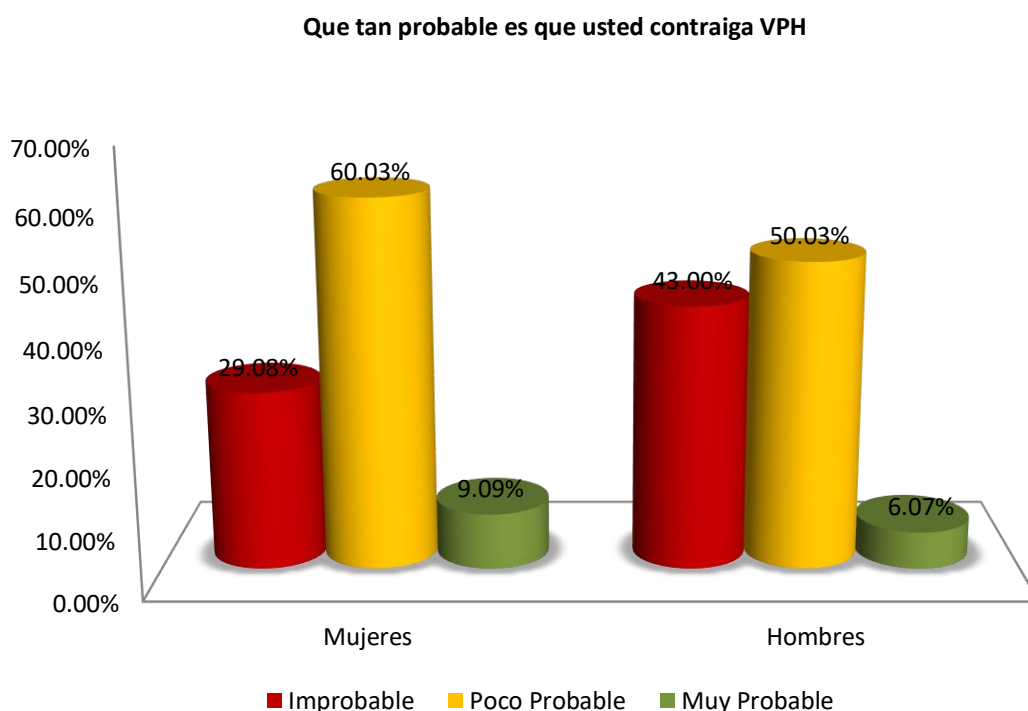
Esto nos hace concluir que la falta del uso del condón se debe también a factores impositivos de las parejas masculinas y a la falta, incluso, de asertividad de las mujeres para pedir el uso del condón a su pareja. También el que la pareja vea al condón únicamente como un medio para evitar el embarazo y opte por intercambiarlo con un método anticonceptivo diferente como las pastillas anticonceptivas, soslayando así el uso de un método de barrera para evitar el contagio de ITS y que sólo les preocupe evitar un embarazo.

En la tabla **Tabla 4.3** podemos observar que el 37.6% de los hombres encuestados considera que hay poco riesgo en no usar condón con una pareja ocasional.



Diversas investigaciones han reportado que la diseminación de la infección por VPH ocurre sobre todo por la baja frecuencia en el uso del condón, por atentar contra la masculinidad, el machismo que ha conllevado a que los hombres no se interesen por temas relacionados con esta infección y se ha reportado que el consumo de alcohol y de otros psicoactivos conlleva a tener comportamientos de riesgo para adquirir la infección (Giuliano A, Lu B, Nielson CM, 2008) Aunado a esto, tenemos que ligar el concepto en el que se perciben los hombres ante el contagio de VPH, como no tienen síntomas, la gran mayoría de hombres dan por sentado no estar contagiados y no requerir asistir al médico, así, contagian a su pareja o sus parejas sin tener noción de ello. Incluso una mujer tampoco puede saber que ha sido contagiada hasta después de algunos meses de incubación del virus o cuando acude al ginecólogo y se somete a un estudio colposcópico o bien, menos frecuente cuando se someten a un control de PCR para detectar cepas de VPH y también la mayoría de las veces sucede porque notan verrugas cerca de sus genitales. Con ello, concluimos que la baja autopercepción de riesgo que se muestra en las gráficas se debe a la falta de experiencia con la enfermedad y también a la falta de conocimientos de las consecuencias del VPH tanto en hombres como en mujeres.

Aunado a esto, el indicador “poco probable” es de 60.03% en mujeres y 50% de los hombres, lo que nos da la suma de 89.3% de las mujeres y el 93.3% de hombres, los cuales se perciben en riesgo nulo de contraer VPH como lo muestra la **tabla 4.4**. El desconocimiento de ambos grupos (hombres y mujeres) sobre el VPH y en general las ITS, es una realidad preocupante que nos habla de escaso conocimiento sobre este virus y sus consecuencias sobre la salud. Por eso, se necesitan lineamientos que contribuyan a que las personas adopten prácticas personales saludables, así como los chequeos rutinarios, la buena alimentación, pero sobre todo el uso del condón en todas las relaciones sexuales siendo pareja estable o pareja ocasional.

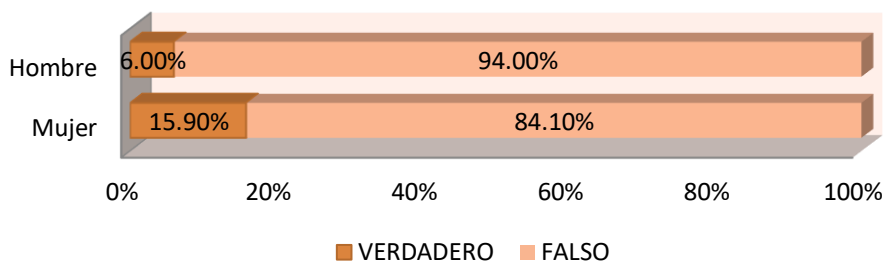


La forma más efectiva de prevenir la infección implicaría la abstinencia sexual absoluta lo cual es poco realista. Se puede reducir la probabilidad de adquirir la infección con la del uso del condón, que sólo confiere un cierto grado de protección y la aplicación de vacunas profilácticas que ofrecen inmunidad para algunos tipos de virus de VPH (Muñoz, Reina, 2008).

También, evidencias científicas señalan que la mayoría de jóvenes y adultos ya tienen información sobre la infección por VPH y sus consecuencias (Carrillo, Judith, Báez, Lucía y Goldenberg, 2014) (así como nuestro estudio de tesis); sin embargo, la mayoría desconoce las formas de transmisión, los métodos de prevención y sus consecuencias, en particular, la relación entre el virus y en el desarrollo de varios tipos de cáncer; se resalta en este grupo etéreo la baja la percepción del riesgo de adquirir el virus del VPH.

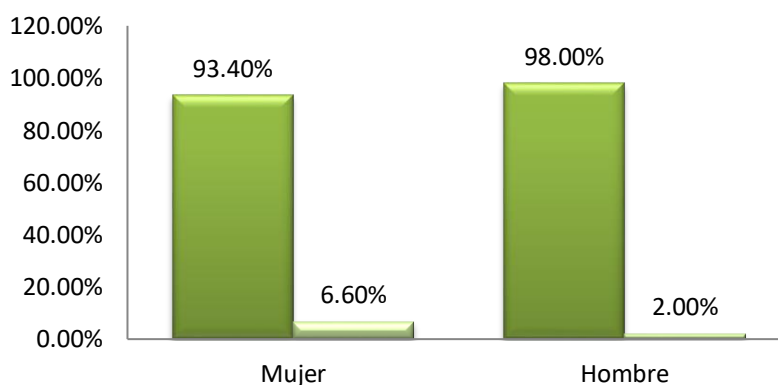
La comunicación con la pareja respecto a la importancia del uso del condón es una variable que predice el uso del condón en jóvenes según Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees y Pettifor (2008) de igual forma, Manlove, Ikramullan y Terry Humen (2008) reportaron que los factores asociados con una mayor consistencia del uso del preservativo incluyeron entre otros, los precios accesibles como lo mostro la **tabla 4.5**

Creo que el precio de los condones es muy alto para usarlos con regularidad.



Las actitudes más positivas hacia el uso del condón y las mayores tasas de uso del preservativo se observan en los jóvenes que perciben que sus parejas quieren usar condones y en aquellos capaces de comunicar su deseo de usar condones con sus parejas; Getachew, Negussie y Gezahegn Tesfaye (2013) reportan en su estudio con estudiantes de preparatoria que quienes se perciben altamente susceptibles son más propensos a utilizar el condón en sus relaciones sexuales, este último punto, el referente a la comunicación lo pudimos ver reflejado en la **tabla 4.6**.

Yo aceptaría el uso de condón cuando mi pareja lo pidiera.



En México, otras investigaciones reportaron que entre el 40 y 60 % de los jóvenes y adolescentes usan de forma inconsistente el condón en sus relaciones sexuales (Díaz-Loving & Robles, 2009). Incluso en nuestro país hay una dinámica socio-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y valores machistas presentes en nuestro contexto que acentúan el problema de las relaciones sexuales desprotegidas, en el sentido de que para los jóvenes e incluso adultos hombres y mujeres es más importante evitar un embarazo que contraer alguna ITS y muestran creencias erróneas respecto al uso del condón en las relaciones sexuales, además de que el uso inconsistente del condón se asocia al estado subjetivo de "estar enamorado" (Uribe, González & Santos 2011)

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Los resultados del análisis arrojan que los participantes tienen un conocimiento del VPH sin embargo dicho conocimiento no es consecuente con sus prácticas sexuales, y sobre todo a pesar de saber sobre la enfermedad se subestiman las consecuencias que esta puede tener en su propia vida. Por lo que consideramos conveniente acercar cifras claras sobre las consecuencias del VPH y lo fácil que puede contraerse así como el gran porcentaje de la población que lo padece, para contribuir a que esta información sea de conocimiento general en la población universitaria, para ello proponemos un pequeño texto informativo donde sea más claras las consecuencias y la facilidad de contagio y que pueda realizar una autoevaluación sobre la información proporcionada como la resolución de un breve cuestionario de cinco preguntas para reforzar la lectura. Este material podrá ser entregado a los alumnos de nuevo ingreso (por ejemplo, dentro del paquete materiales informativos de bienvenida que entrega la universidad al ingresar a las diferentes facultades)

Este texto puede ser entregado de manera física y el cuestionario podrá ser resuelto de manera digital mediante un enlace o código QRL, esta opción digital permitirá obtener la puntuación de la evaluación de manera inmediata para que el alumno pueda comprobar su aprendizaje. Esto podría contribuir a que se vaya generando paulatinamente dentro de la población universitaria un cambio de hábitos sexuales basado el conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias, así como hacer énfasis en la importancia de la vacunación contra el VPH en la medida de lo posible ya que como vimos no hay una conciencia clara de las consecuencias ya que se subestima el riesgo de contraerla.

Este estudio fue realizado en el marco de la pandemia de COVID-19 por lo que el acceso a la población fue sumamente reducido y la información se recolecto vía remota esto dificulto tener una muestra más grande así como más variada en cuanto a las áreas de especialización y de esta manera tener una muestra más homogénea con respecto a las carreras que nos podría arrojar información valiosa de cada carrera y quizá con ello diseñar métodos de difusión más efectivos sobre las consecuencias del VPH,

BIBLIOGRAFIA

Aical C, Monllau L, Vittore G. Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo. [Tesis de Licenciatura]. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2010.

Aguilar-Lemarroy A, Vallejo-Ruiz V, Cortés-Gutiérrez, Human papillomavirus infections in Mexican women with normal cytology, precancerous lesions, and cervical cancer: type-specific prevalence and HPV coinfections ;87(5):871-84. J Med Virol. 2015

Alvaro E. Consuelo Quijada “Nuevas alternativas en el tratamiento de papilomavirus”,215pp, editorial prado, México, 2007.

Alvaro E. Consuelo Quijada, “Papilomavirus, los virus más viejos del mundo”120pp editorial trillas, México, 2006.

Ajzen I, Fishbein M: Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, 1989.

Andrea Schilling, Preguntas frecuentes respecto a la vacuna contra el virus de papiloma humano, Santiago de Chile, 2018, recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000500581

Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosés, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health. 2020;8(2):e191-203.

Ault K. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract. Infect Dis Obstet Gynecol 2006; Suppl: 047

Autor anónimo, Boletín UNAM DGCS- 074, 3 de febrero de 2019, recuperado en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_074.html

Bayer, R (1983) “Gays and the stigma of bad blood”, The Hastings Center report, (13), 2, 5-7.

Bayés, R., y Ribes, E. (1989): *Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA*. Papeles del Psicólogo, nº 41-42, 122-125.

Bustamante-Ramos, Absai Martínez-Sánchez, Inés Tenahua, Concepción Jiménez, Yarely López, “Conocimiento y prácticas de prevención sobre virus de papiloma humano en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca”, México, 2015.

Campos y cols; Ramírez, Cesar, Palacios, Jorge, Anaya-Loyola, Miriam Aracely, & Ramírez-Amaya, Víctor. (2019). Los factores de la teoría de la conducta planeada relacionados con el patrón de consumo de bebidas endulzadas en jóvenes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 319-327. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300319>

Carrillo, Gloria Judith, Meneses Báez, Alba Lucia, & Goldenberg, Paulete. (2014). Validez de Contenido: cuestionario de Vulnerabilidad al Papillomavirus Humano. *Enfermería Global*, 13(35), 211-225. Recuperado en 22 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300013&lng=es&tlng=es.

Castañeda O., Ortega, N., Reyes, Y., Segura, O. & Morón L. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia. *Rev. Investig. Andina*, 11(19). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-81462009000200004&script=sci_arttext

Coates T. AIDS risk reduction in the AIDS Behavioral Research Project. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, California: American Psychological Association; 1985.

Concha P, Urrutia S., Riquelme H, Creencias y virus papiloma humano, Santiago Chile, 2012 *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, recuperado en: http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262012000200002&script=sci_arttext&tlng=eCy
met T: Role of human papilloma virus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. *Rev Postgrad Med J* 2002; 78: 225-8.

Contreras-González, Santana y cols. "Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus de papiloma humano", artículo de investigación, México, 2017, 105-107 pp, recuperado de: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/08/Nivel-de-conocimientos-en-adolescentes-sobre-el-virus.pdf>

Cháirez Atienzo, Perla, Vega Memíje, María Elisa, Zambrano Galván, Graciela, García Calderón, Alma Graciela, Maya García, Ixchel Araceli, & Cuevas González, Juan Carlos. Presencia del Virus Papiloma Humano en la Cavidad Oral: Revisión y Actualización de la Literatura. *International journal of odontostomatology*, 9(2), 233-238. México, 2015. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000200009>

De Martel Catherine, Plummer Martyn y Franceschi Silvia, Worldwide burden of cáncer attributable to HPV by site, country and HPV type, 2017, Francia, 150pp.

De Ridder, D, T, G. Lensvelt-Mulders, C. Finkenauer, F. M. Stok, Talking strock of self-control. A Meta-analysis of how trait self-control relates to a wide rango of behaviours. <https://doi.org/10.1177/1088868311418749>, *Personality and Social Pshychology Review*, 16(1), 76-99 (2012)

Delgado, Segui, Gómez, Hernández, Cáncer de pene: presentación de un caso, Cuba, 2011, recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?creipt=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300016

Hinojos A, Luz E., Verónica Moreno, Ángel Licón, Norma Lora, Nancy Carrera, Víctor Santana, Jorquera Duque, Irene Leal. "Prevalencia de tipos de virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres en Chihuahua, México" *univ. Vol. 26 no.5 México sep/oct. 2016*, recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2016.1156>

Díaz-Loving, R. y Robles, M. S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología* 14 (2), pp. 215-228

Faccini, Santos, dos Santos Oliveira, Detección del papilomavirus humano en citologías cervicales de mujeres atendidas en el programa familia, *Rev. Latino de enfermería, Artículo Original ene.-feb. 2014;22(1): DOI: 10.1590/0104-1169.3189.2398, Brasil, 2014*, recuperado de <https://www.scielo.br/jj/rlae/a/YWGKPV6BWYQzmFRrPDRDtQb/?format=pdf&lang=es>

Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM. Human papillomavirus DNA in fomites on objects used for the management of patients with genital human papillomavirus infections. *Obstet Gynecol* 1984;950-954

Fishbein, M (1990) "Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a a sus parejas que utilicen condón" *Revista de Psicología social y Personalidad. 6 (1,2), 1-16*

François M. Papilomatosis larínges. *Encyclopédie MédicoChirurgicale. 2000 – E – 20-705-A-10*

Gaceta Politécnica. Logro en investigación de VPH, orgullo politécnico, IPN, no. 117, año X vol. 10, 2019. Recuperado de: <https://repositoriodigital.ipn.mx>

García del Castillo López, Concepto de percepción del riesgo y su repercusión en las adicciones, *Salud y drogas vol. 12 no. 2, 2012, pp 133-151, Instituto de Adicciones y drogodependencias, España.*

Getachew, G., Negussie, D., & Gezaheng, T. (2013) Intention to use condom among students in Agena preparatory school, Guraghe Zone, Ethiopia: with the application of health believe model. *Archives of Public Health* 71:23 pp. 3-9.

Goldstone, S., Palefsky, J. M., Giuliano, A. R., Moreira, E. D., Aranda, C., Jessen, H., Hillman, R. J., Ferris, D. G., Coutlee, F., Liaw, K. L., Marshall, J. B., Zhang, X., Vuocolo, S., Barr, E., Haupt, R. M., Guris, D., & Garner, E. I. O. (2011). Prevalence of and risk factors for human papillomavirus (HPV) infection among HIV-seronegative men who have sex with men. *The Journal of Infectious Diseases*, 203(1), 66-74.

Gómez de Giraudo MT., *Adolescencia y prevención: conductas de riesgo y resiliencia.*, Psic. De la USAL. 2000 (citado 2013) Recuperado de: <http://psico.usal.edu.ar/psico/adolescencia-prevencion-conducta-riesgo-resiliencia>

Gómez García, E. Gómez Mampaso*, S. Conde Someso, E. Maganto Pavón, S. Navío Niño, A. Allona Almagro., *Infección por papiloma virus en el hombre. Estado actual*, Madrid, 2005.

González-Peramato, Javier Regadera, Ángeles Juarraz, La terapia fotodinámica en urología. Mecanismos de acción biológicos y patológicos, Archivos españoles de urología, vol.61 no.9, nov 2008.

Guerrero-Putz, Maya-Epelstein, García-Galaviz, Lesiones por virus del papiloma humano en pacientes urológicos, artículo, revista mexicana de urología, 2018, México, 469, 470 pp. Recuperado de: <https://doi.org/10.24245/rev-mexurol.v78i6.2421>

Giuliano A R, Lazcano-Ponce E, Villa L L, Flores R, Salmeron J, Lee J-H, et al. The human papillomavirus infection in men study: human papillomavirus prevalence and type distribution among men residing in Brazil, Mexico, and the United States. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008; 17 (8): 2036-43. 19.

Heiligenberg M, Michael KM, Kramer MA, Pawlita M, Prins M, Coutinho RA, et al. Seroprevalence and determinants of eight high-risk human papillomavirus types in homosexual men, heterosexual men, and women: A population-based study in Amsterdam. Sex Transm Dis. 2010; 37:672-80.

Hernández-Márquez Clara, Brito-García Ivone, Mendoza-Martínez Minerva, Conocimiento y creencias de mujeres del estado de Morelos sobre el virus de papiloma humano, 2016 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400004

Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (2012), *Metodología de la investigación*, México, Mc Graw Hill.

Hinojos Armendáriz, Denisse A., Palma-Cano, Luz E., Moreno-Brito, Verónica, Licón-Trillo, Ángel, Lora-Orduo, Norma A., Carrera-Chávez, Nancy N., Santana-Rodríguez, Víctor M., Duque-Rodríguez, Jorge, & Leal-Berumen, Irene. (2016). Prevalencia de tipos de virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres, en Chihuahua, México. *Acta universitaria*, 26(5), 62-69. Recuperado de: <https://doi.org/10.15174/au.2016.1156>

Hoffman, W., Baumeister, R. F, Förster, G., y Vohs, K.D., Everyday temptations: an experience, sampling study of desire, conflict, and self-control, Journal of personality and social psychology, 102 (6), 1318 (2012).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2018) 250p.

Huéscar, Elisa, Rodríguez-Marín, Jesús, Cervelló, Eduardo, & Moreno-Murcia, Juan A.. (2014). Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de Psicología*, 30(2), 738-744. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.162331>

(Injuve, 2005; Fernández et al., 2008; Campuzano & Díaz, 2011), citado por Bahamón y cols
Prácticas y conductas sexuales de riesgo
en jóvenes: una perspectiva de género,
Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Artículo, Vol. 31 (2) 336pp

Colombia, 2012. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a08.pdf>

Instituto Politécnico Nacional, Comunicado 031, Elimina IPN cien por ciento virus del papiloma humano, 3 de febrero 2019, dirección general, coordinación de comunicación social.

Isabel M, Mikulic; Gabriela L, Casullo, Crespi, P. Caruso, Elmasian, Muiños, Evaluación de la percepción de riesgo en diferentes grupos sociales: propuesta de un modelo de ecuaciones estructurales, Argentina, 2012.

Izaguirre, Rosas A., Parra, Sánchez,
Transmisión materno fetal del VPH. Evolución clínica y
nasofibrosópica, Hospital de Niños Dr Jorge Lizárraga, Revista de infectología, vol. 28, no.2,
Venezuela 2017.

José Núñez-Troconis, Cigarrillo y cáncer de cuello uterino, artículo de revisión, revista, Chile, 2017.

L, Medina, M. Medina, Antonio Merino, Valoración diagnóstica de técnicas moleculares para detección de infección bucal por virus del papiloma humano, Revista costarricense de Salud Púnica, vol.21, no.2, San José, 2012.

Luna Blanco, Sánchez Ramírez. Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. *LiminaR*, 2014, vol.12, n.2 pp.67-80 Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2007-8900.

Manlove, J., Ikramullan, E., Terry-Humen, E., (2008) Condom use and consistency among male adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health* 43(4), pp. 325-333.

Marañón-Cardonne T, Mastrapa-Cantillo K, Flores-Barroso Y, Vaillant-Lora L, Landazuri-Llago S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Cuba, 2017 [citado 24 Jun 2022]; 21 (1) Recuperado de: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2196>

Markowitz L, Dunnel E, Saraiya M, Chesson H, Curtis Re, Gee J, etc. al. Human Papillomavirus Vaccination. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 63 1-30pp. Washington, 2015.

Medeiros LR, Dornelles D, da Rosa MI, Bozzetti MC, Ruviano R, *Int J Gynecol Cáncer*, 19: 1166-1176, 2009.

Medina, ML; MG y Merino, LA. Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. pp.311-319. vol.34, n.6 *Argentina*, 2018. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000600005&lng=es&nrm=iso>.

Mindel A, Tideman R. H. HPV transmisión-still feeling the way. 354:2097-2098. 20. *Lancet*, 1999.

Mireya González Blanco, "Infección genital por virus de papiloma humano. ¿Cómo abordar el diagnóstico?" *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, vol. 74 no.4 Caracas, 2014.

ML Medina, MG Medina, LA Merino, "Principales conductas de riesgo sobre papilomavirus humano en universitarios argentinos", Madrid, 2018, recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000600005

Morgan, Zitch, Recurrent respiratory papillomatosis in children: a retrospective study of management and complications. *Ear Nose Throat J* 1986; 65: 19-28.

Moya Peñafiel, Palacio Melo, González, Henríquez, Cáncer de pene: patología infrecuente en la consulta médica, reporte de dos casos y revisión literaria, 2016, Colombia. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012206672016000200010

Moyo, W., Levandowski, B.A., MacPhail C., Rees, H., Pettifor, A., Consistent Condom Use in South African Youth's Most Recent Sexual Relationships. *AIDS and Behavior*12:431-440, Africa, 2018.

Muñoz, Nubia, Reina, Julio César, & Sánchez, Gloria Inés. La vacuna contra el virus del papiloma humano: una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. *Colombia Médica*, 39(2), 196-204. Colombia, 2018, recuperado de;

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000200010&lng=en&tlng=es.

Núñez-Troconis, Cigarrillo y cáncer de cuello uterino, Artículo de revisión, revista *Obstet ginecología* 2017, 82 (2), Venezuela, 2018.

Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. Ginebra; OMS, 2017.

Ostrow DG. AIDS prevention through effective education. *J Am Acad Arts Sciences*. Summer 1989;118 (3):229-254

Palefsky JM. Factors related to risk of penile cancer: new evidence from a study in the pacific northwest. *J Natl Cancer Inst*. 1993, recuperado de <https://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200010>

Partridge J M, Koutsky L a. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet Infect Dis*; 6 (1): 21-31, 2006.

Peralta-Rodríguez R, Romero-Morelos P, Villegas-Ruíz V, Mendoza-Rodríguez M, Taniguchi-Ponciano K, González-Yebra B- et al. Prevalence of human papillomavirus in the cervical epithelium of Mexican women_ meta-analysis. *Infect Agent Cáncer, USA*, 2012, recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23199368/>

Silva, Ramón, León, Daniela, Brebi, Priscilla, Ili, Carmen, Roa, Juan C, & Sánchez, Raúl. Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. *Revista chilena de infectología*, 30(2), 186-192. Chile, 2013. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000200009>

R. Contreras-González, A. Magaly-Santana, E. Jiménez Torres, R. Gallegos-Torres, Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus de papiloma humano, *Revista de Enfermería Universitaria, UNAM, México*, 2017, artículo de investigación recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.01.002>

Rebolledo Cobos M, Arango Fernández H, Rebolledo Cobos R, Alonso Brujes I. Rol del virus del papiloma humano en el desarrollo de carcinoma oral: Una revisión, Madrid, 2016. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000300002

Rettig E, Kiess AP, Fakry C., The role of sexual behavior in head and neck cáncer; implications for prevention and therapy. *Expert Rev Anticancer Ther*, 15 35-49, 2015.

Rocha Rodríguez, M Juárez, M Ruíz Jiménez, Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras, *Revista Cubana Obstet Ginecol vol. 38 no. 2*, Ciudad de la Habana, abr-jun 2012.

Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquín Ramírez., Conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Cubana vol.44 no. 2*, Ciudad de la habana 2015. Recuperado de: <https://scielo.sld.cu>

Robert-Anthony, Discusión en torno a la vacunación profiláctica contra el virus del papiloma humano. *Rev. Bioética y Derecho*, (recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872019000100009) 2019, n.45, pp.111-125.

Rohrman B, Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management, A conceptual appraisal. Conferencia presentada en la Sociedad Internacional del Gerenciamiento de Emergencias, Universidad de Melbourne, Australia, 2018.

S. Guadalver Carballo, "Conductas sexuales de riesgo y creencias en salud en jóvenes universitarios", Facultad de Ciencias de la Salud, España, 2017.

Safety update of HPV vaccines, 2017 Recuperado de: http://www-who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpy/June_2017/en/

Salamanca, A. y Giraldo, C., Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia de la salud. Revista Vanguardia Psicológica*, Colombia, 2012 2(2), 185-202.

Sanabria Negrín, José G. Virus del Papiloma humano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(4), 168-187, Cuba, 2009. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019&lng=es&tlng=es.

Secretaría de Salud, Citados en Presidencia de la República, Sexto informe de gobierno 2017-2018. Recuperado de: <http://www.presidencia.gob.mx>

Sedaghat N. Papilomatosis respiratoria recurrente y el rol de la vacunación antiVPH. *Rev. Otorrinolaringología. Cir. Cabeza y Cuello vol. 73 no. 1* Santiago abr.2013, recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162013000100015

Schilling A, Fernandez MI.(2019) Prevalence of Chlamydia Trachomatis , Neisseria Gonorrhoeae , and Trichomonas Vaginalis Infection in Chilean Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, Chile, 31(4):411–5.

Silva, Ramón, León, Daniela, Brebi, Priscilla, Ili, Carmen, Roa, Juan C, & Sánchez, Raúl. (2013). Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. *Revista chilena de infectología*, 30(2), 186-192. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000200009>

Sin autor (febrero, 2019) “El VPH y las pruebas del VPH” American Cáncer Society. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas.del-cancer/agentes-infecciosos/vph/vph-y-pruebas-para-vph.html>

Skinner, B. F. *The behaviour of organisms*, Nueva York, 1938.

Soto Víctor, Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo, Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, 2006. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n2/a08v67n2.pdf>

Soto-Cáceres V. Comportamiento sexual de riesgo para ETS/ SIDA en adolescentes del Departamento de Lambayeque. *Folia Dermatológica Peruana.*, ;9(1-2):22-8., Perú, 1998.

Soto, Víctor. “Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*”, 67(2), 152-159. Lima, 2006. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200008&lng=es&tlng=es.

Torres Ibarra, L, Conde-Glez, C.J Salmerón, J., Palefsky. Hernández-Nevarés, P, Sánchez-Alemán, M, A, Magis-Rodríguez, C, & Lazcano- Ponce, E. (2014). Risk factors for anal HPV-16/18 infection in Mexican HIV-infected men who have sex with men. *Preventive Medicine*, 69, 157-164.

Trujillo Perdomo, Susana R. Domínguez, Ríos Hernández, Hernández Menéndez. Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres con citología negativa, Rev. Cubana de Obstet. Ginecol. Vol.43 Ciudad de la Habana, 2017.

Umeh, Kanayo. (2004). Cognitive Appraisals, Maladaptive Coping, And Past Behaviour In Protection Motivation. Psychology and Health, V.19, n 6, pp.719–735. London.

Uribe Alvarado, J. Isaac, Aguilar Villalobos, Javier, Zacarías Salinas, Ximena, & Aguilar Casis, Amira. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de investigación psicológica*, 5(1), 1904-1915. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000101904&lng=es&tlng=es.

Uribe, J. I., Gonzáles, S., & Santos, P. El rechazo del uso del condón en adolescentes colimenses, una perspectiva sociocultural. En Lerma, S., Karam, M. (2012) Neoliberalismo, desigualdad social y salud: tendencias y perspectivas generales y específicas en jóvenes. I. ALAMES: México, 2012.

Valera JL, Iglesias-Bartolome R, Amornphimoltham P, Palacios-Garcia J, Martin D, Califano JA, et al. mTOR inhibition prevents rapid-onset of carcinogen-induced malignancies in a novel inducible HPV-16 E6/E7 mouse model. *Carcinogenesis*. 2016;37:1014–25.

Venezuela F, Kremer LE, Kiguen X, Cuffini C. HPV detection and genotyping in males from the city of Córdoba, Argentina. *Rev Argent Microbiol.*; 42:184-8., Venezuela, 2010.

Villagrán Vázquez, Gabina. (1992). "Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condon". (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM. Recuperado de: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3512142>

Volkow P, Rubí S, Lizano M, Carrillo A: High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus. *Gynecol Oncol*, 82: 27-31 2001.

Wisniewski PM, Warhol MJ, Rando RF, Sedlacek TV, Kemp JE, Fischer JC. Studies on the transmission of viral disease via the CO2 laser plume and ejecta. *J Reprod Med* 1990; 35:1117-1123.

Zaldívar de Larrea, Martín Molin, Carlos Sosa Ferreyra, Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano, España, 2012, recuperado en: http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S0717-75262012000400014



ANEXOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Psicología



La información que usted proporcione en este documento es anónima y confidencial su uso es única y estrictamente con fines estadísticos y de investigación.

INSTRUCCIONES: Conteste **ambas páginas** de acuerdo a las instrucciones de cada apartado.

1. Marque con una X si es hombre o mujer

Mujer.		Hombre.	
--------	--	---------	--

2. Marque con una X en el espacio en gris el rango de edad en que se encuentra

18-25 años	
25-30 años	
30-40 años	
Más de 40 años	

3. Marque con una X la casilla gris del área que corresponda a la carrera que estudia.

Económico-Administrativas.		Ciencias.		De la construcción.		Ciencias Sociales.	
----------------------------	--	-----------	--	---------------------	--	--------------------	--

4. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Sí		No	
----	--	----	--

5. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

--

6. De acuerdo a su orientación sexual marque con una X en donde se identifica

Heterosexual		Homo-Bisexual	
--------------	--	---------------	--

7. Indique el número de personas con quien haya tenido contacto sexual a lo largo de su vida.

--

8. Marque con una X en las casillas de 1 a 3 de acuerdo al riesgo de contraer VPH, donde 1 significa poco riesgo, 2 riesgo latente y 3 muy riesgoso.

	1	2	3
Tener contacto sexual anal sin uso de condón.			
Tener relaciones sexuales con una trabajadora sexual sin usar condón.			
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar condón.			
Tener relaciones sexuales con una pareja regular o estable sin usar condón.			
Tener relaciones sexuales con muchas personas.			

9. Marque con una X el grado de riesgo de contagio en las siguientes oraciones, donde 1 significa sin riesgo de contagio, 2 poco riesgo de contagio y 3 alto riesgo de contagio.

	1	2	3
Saludarse de mano con alguien que tiene VPH.			
Convivir con una persona que tiene VPH.			
Tener relaciones sexuales con una persona perteneciente a la comunidad LGBT+			
Usar baños públicos.			
Nadar en albercas públicas.			

10. Marque con una X según considere el riesgo de contagio de acuerdo a la información, donde 1 significa improbable, 2 significa poco probable y 3 es muy probable.

	1	2	3
Tener sexo oral con una persona con VPH			
Tener relaciones sexuales con alguien que NO muestre ningún síntoma de VPH.			
Tener relaciones sexuales con alguien que tiene VPH usando condón.			
Besarse en la boca con alguien que tiene el VPH.			

11. Marque con una X según considere, 1 improbable, 2 poco probable y 3 muy probable.

	1	2	3
Que tan probable es que usted contraiga VPH			

12. Marque con una X si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Verdadero	Falso
Los condones van en contra de mi religión.		
Creo que el precio de los condones es muy alto para usarlos con regularidad.		
Los condones son ofensivos para las parejas habituales.		
Yo aceptaría el uso de condón si mi pareja lo pidiera.		
Creo que el condón es fácil de usar.		
Siempre utilizo condón con mi pareja formal.		
Utilizo condón solo cuando tengo relaciones sexuales casuales de una noche.		
Creo que los condones pueden hacer que un hombre pierda una erección.		

