



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

MÁSTER EN ANTROPOLOGÍA APLICADA,
SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España

Por

Carolina Carstens

Dirigido por

Francisco Giner Abati

Rafael Celador

Salamanca, Junio de 2012

RESUMEN

En la presente investigación se planteó como objetivo describir aquellas conductas y conocimientos de mujeres jóvenes españolas y chilenas respecto de VPH y en general sobre salud sexual y reproductiva responsable. Así, se busca identificar aspectos psicosociales que pudiesen influenciar en las diferentes tendencias epidemiológicas presentadas por Chile y España, que no son explicables desde lo biomédico, si se considera que ambos países se encuentran en condiciones equivalentes respecto de tecnología médica, diagnóstico y tratamiento. La investigación se enmarcó dentro del enfoque de la Antropología Médica y la Epidemiología Sociocultural, y para aproximarse al terreno se utilizaron tanto métodos cualitativos como cuantitativos, con técnicas de producción de datos y análisis pertinentes. Se realizaron entrevistas cualitativas a ocho mujeres chilenas y españolas de entre 18 y 29 años de edad, y se aplicó una encuesta cuantitativa a 338 mujeres de las mismas características. A través de la comparación y la descripción se logró identificar similitudes y diferencias que fueron expuestas en los resultados y la conclusión.

Palabras claves: VPH, Salud Sexual y Reproductiva, Antropología Médica, Epidemiología Sociocultural, metodología cualitativa en salud, metodología cuantitativa.

ABSTRACT

This research had as objective to describe behaviors and knowledge of Chilean and Spanish young women about HPV and overall sexual and reproductive health. Thus, it seeks to identify psychosocial issues that may influence the different epidemiological trends by Chile and Spain, which aren't explainable from the biomedical model, considering that both countries have equivalent medical technology, diagnosis and treatment. This investigation was thought from the Medical Anthropology and Sociocultural Epidemiology perspective, and has integrated qualitative and quantitative methods for the production of information, and analysis. Qualitative interviews were conducted to eight Chilean and Spanish women, aged between 18 and 29 years old, and applied a quantitative survey to 338 young women with the same characteristics. Through descriptive analysis and comparing the different realities of both countries, it was possible to identify the differences and similarities than are explained at the results and conclusion.

Keywords: HPV, sexual and reproductive health, Medical Anthropology, Sociocultural Epidemiology, qualitative methodology, quantitative methodology.

Índice de contenido

Índice de tablas	6
Índice de gráficos	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	12
4. HIPÓTESIS	12
5. RELEVANCIA DEL PROBLEMA	13
III. MARCO TEÓRICO.....	16
1. ANTECEDENTES	16
A. VIRUS PAPILOMA HUMANO.....	16
a. Tipos de VPH.....	19
b. Situación en el mundo.....	20
c. Cáncer cérvico uterino	24
d. Diagnóstico VPH y CaCu	28
e. Cribado para VPH y CaCu.....	34
f. Estadificación clínica de CaCu.....	38
g. Tratamiento de VPH	39
h. Profilaxis del VPH.....	43
B. SISTEMAS SANITARIOS CHILENO Y ESPAÑOL.....	46
a. Sistema sanitario chileno.....	46
b. Sistema sanitario español.....	53
c. Protocolos chilenos de VPH y CaCu.....	57
d. Protocolos españoles de VPH y CaCu	59
C. ESTUDIOS SIMILARES.....	59
2. ENFOQUES TEÓRICOS.....	66
A. ANTROPOLOGÍA MÉDICA	66
B. EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL	75
IV. MARCO METODOLÓGICO.....	84
1. FUNDAMENTOS DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	84
2. MUESTREO	87
3. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS	91
4. INSTRUMENTOS	93
A. INSTRUMENTO CUALITATIVO.....	93

B. INSTRUMENTO CUANTITATIVO	95
5. ANÁLISIS	103
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	106
V. ANÁLISIS Y RESULTADOS	110
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CUALITATIVO	110
A. CARACTERIZACIÓN	111
B. NOCIONES ASOCIADAS A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	117
C. PERCEPCIÓN DE RIESGO	131
D. CONOCIMIENTO VPH	135
2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CUANTITATIVO	141
A. MUESTRA	141
B. CARACTERIZACIÓN	143
C. NOCIONES ASOCIADAS A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	145
D. PERCEPCIÓN DEL RIESGO	156
E. CONOCIMIENTO VPH	160
3. RESULTADOS	165
A. NOCIONES ASOCIADAS A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	166
B. PERCEPCIÓN DE RIESGO	170
C. CONOCIMIENTO SOBRE VPH	171
VI. CONCLUSIÓN	176
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
ANEXO 1: Tabla descriptiva cualitativa	192
ANEXO 2: Tablas descriptivas cuantitativas	196

Índice de tablas

Tabla 1: Tipos de VPH y su manifestación clínica	20
Tabla 2: Prevalencia de VPH de alto riesgo por edad en España	24
Tabla 3: Derivación de PAP atípico	33
Tabla 4: Protocolo atención de NIE I	41
Tabla 5: Protocolo NIE II y III.....	42
Tabla 6: Clasificación por tramos de ingreso.....	49
Tabla 7: Sistema sanitario chileno	51
Tabla 8: Sistema sanitario español	54
Tabla 9: Muestra cualitativa	89
Tabla 10: Muestra cuantitativa	91
Tabla 11: Instrumento cuantitativo	98
Tabla 12: Entrevistadas.....	111
Tabla 13: ITS mencionadas por las entrevistadas	117
Tabla 14: Métodos de protección mencionados	119
Tabla 16: Métodos de protección utilizados	123
Tabla 16: Temor al tener relaciones sexuales	133
Tabla 17: Muestra por nacionalidad (valores porcentuales)	142
Tabla 18: Muestra por nacionalidad, edad y nivel de estudios	142
Tabla 19: Edad media de iniciación sexual	144
Tabla 20: Distribución de infectadas con VPH.....	145
Tabla 21: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 19	161
Tabla 22: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 20	161
Tabla 23: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 21	161
Tabla 24 Porcentaje de respuestas correctas pregunta 22	162
Tabla 25: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 23	162
Tabla 26: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 24	163
Tabla 27: Puntaje ponderado de las preguntas 19-24.....	163
Tabla 28: Cruce de temores con preservativos	168

Índice de gráficos

Gráfico 1: Evolución de mortalidad por CaCu	27
Gráfico 2: Porcentaje de religión por nacionalidad.....	143
Gráfico 3: Número de parejas sexuales por nacionalidad.....	144
Gráfico 4: Ha sido contagiada con alguna ITS.....	145
Gráfico 5: Frecuencia citología	146
Gráfico 6: Método protección/prevención utilizado regularmente por nacionalidad	148
Gráfico 7: Método protección/prevención utilizado con pareja estable por nacionalidad	149
Gráfico 8: Método protección/prevención utilizado con sexo casual por nacionalidad	151
Gráfico 9: Método protección/prevención utilizado con sexo casual, ajustado.	152
Gráfico 10: Frecuencia preservativo sexo casual, arreglado	154
Gráfico 11: Mayor temor al tener relaciones sexuales	156
Gráfico 12: Percepción de exposición a riesgos al tener relaciones sexuales.....	157
Gráfico 13: Método protección/prevención más seguro	159
Gráfico 14: Conoce o ha oído hablar de Virus Papiloma Humano	160
Gráfico 15: Conoce vacuna para prevenir VPH.....	164

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación, es un proyecto realizado casi en su totalidad durante el año 2012 para obtener el grado de Máster en Antropología Aplicada Salud y Desarrollo Comunitario. Este es un estudio descriptivo de carácter mixto, enmarcado dentro del enfoque teórico de la Antropología Médica, que tiene la intención de abordar temáticas asociadas al proceso de salud y enfermedad desde una perspectiva integral, que considere tanto al sujeto que experimenta el proceso, el contexto en que este sujeto se desenvuelve, y aspectos biomédicos relativos al mismo.

Hacia el año 2006, la *Food and Drugs Administration*, EEUU –desde ahora FDA- autorizó la comercialización de dos vacunas que vendrían a revolucionar la medicina preventiva a nivel salud sexual y reproductiva: Gardasil[®] y Cevaxix[®], vacunas que prevendrían la infección por virus papiloma humano –desde ahora VPH. Hace un par de décadas que se venía estudiando y asegurando que la infección por VPH de carácter persistente sería la principal causante del cáncer cérvico uterino –desde ahora CaCu-, principal y más grave manifestación clínica del VPH; así se determinó que para lograr acabar con el CaCu -uno de los principales cánceres sufridos y causa de muerte de una gran cantidad de mujeres en edad fértil- se reducir la incidencia de VPH.

En este contexto emerge la necesidad de identificar el grado de conocimiento que la población tiene respecto de este virus, y las prácticas asociadas que pudiesen influir en las tasas de incidencia, además de la conciencia y el conocimiento que había alrededor del VPH y su respectiva vacuna. Así, desde mediados de la década pasada, se comenzaron a desarrollar una serie de estudios que venían a dilucidar el grado de conocimientos o creencias, en conjunto con las actitudes y conductas asociadas que permitiesen explicar tanto las incidencias, como la caracterización del contexto donde deberían desarrollarse las inminentes campañas de vacunación.

El presente estudio tiene como objetivo describir aquellas conductas y el grado de conocimientos que se manejan en poblaciones femeninas jóvenes de Chile y España y que pudiesen explicar las diferentes tendencias epidemiológicas asociadas tanto a VPH como a CaCu que se evidencian en ambos países, partiendo del supuesto que habrían factores que trascienden el ámbito biomédico para explicar estas diferencias.

En el marco teórico se exponen los principales antecedentes actualizados tanto generales, como de Chile y España, a modo de estado de la cuestión, para posteriormente exponer los principales enfoques teóricos.

Como ya se señaló, la presente investigación es de carácter mixta, en cuanto se consideró pertinente tanto la utilización de métodos cualitativos como cuantitativos para abordar el fenómeno de estudio. Por ello, se vio la necesidad de establecer dos fases, tanto de aproximación al campo como de análisis, correspondientes a cada metodología utilizada; en la primera fase cualitativa se entrevistó a ocho mujeres jóvenes, cuatro de cada nacionalidad involucrada y cada ella con características específicas, asociados a un cuadro de tipologización realizado a priori. Se aplicó la técnica de entrevista semi estructurada para la producción de datos cualitativos y para el tratamiento de estos, se empleó la técnica de análisis de contenido. Con los resultados observados en esta primera fase, se generó el instrumento cuantitativo: una encuesta. Esta fue aplicada a un total de 338 mujeres jóvenes quienes fueron seleccionadas a través de un muestreo intencionado y por conveniencia, con los mismos criterios establecidos en la fase cualitativa. Los datos producidos fueron procesados con el software cuantitativo SPSS, con la ayuda del cual se establecieron tablas de convergencia y comparación que permitieron la realización de un análisis descriptivo inferencial, en conjunto con la aplicación de tests estadísticos que establecieron relaciones y diferencias entre variables y nacionalidades. Posteriormente los análisis independientes se pusieron en discusión, en conjunto con los datos rescatados en el marco teórico, entretejiendo la respuesta a la pregunta de investigación y objetivos planteados.

En la conclusión no solo se establecieron los principales resultados, sino que también se incluyó una reflexión a propósito de los temas emergentes de la investigación, aplicaciones de los resultados –en forma de sugerencias de intervención, como medidas de políticas públicas- y otras iniciativas investigativas emergentes de la presente incursión en el campo de estudio de la aproximación social al VPH.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los Virus Papiloma Humanos –VPH- son un género de virus agrupados que comparten un DNA y la característica de generar verrugas y tumores a humanos¹. *Actualmente se conocen más de 70 tipos de virus papiloma humanos (VPH), mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital* (Serman, 2002, p.319). Existe más de un centenar de VPH identificados, de los cuales sobre 30 tipos, se transmiten por vía sexual. VPH es la Infección de Transmisión Sexual –ITS- más prevalente en la población mundial y se estima que el 75% de la población en edad fértil será infectada con VPH en algún momento de su vida; aunque se ha establecido que la mayor prevalencia del VPH se encuentra en mujeres entre 15 y 25 años (Raphaelidis, 2006). Debido a la dificultad para identificar y diagnosticar VPH, los datos respecto de la prevalencia y la incidencia son variables dependiendo de los estudios a los que se remita. A pesar de ello, todos coinciden en la alta prevalencia de la infección y en la imposibilidad de detectar con exactitud la envergadura de la cantidad de personas infectadas, ya que en la mayoría de los casos no presenta síntomas, y se mejora sin necesidad de un tratamiento después de un período de tiempo, por lo que pasa desapercibida.

Aunque la mayor parte de las veces el virus tiene carácter transitorio y asintomático, existen algunos tipos específicos y persistentes de VPH carcinógenas que podrían provocar Neoplasias Intraepiteliales –NIE-. La mayor preocupación que representa el VPH para la Salud Pública remite a la relación causal existente entre VPH persistente² y CaCu, una de las causas de muerte de la mujer más importantes en países en desarrollo. En los países desarrollados se han logrado controlar las cifras de muerte por CaCu, tendencia que no ha podido ser replicada en países en desarrollo, a pesar de estar en disposición de tecnologías similares de diagnóstico y tratamiento.

Se ha establecido la existencia de una relación causal entre ciertos tipos de VPH carcinógenos y la presencia de CaCu, donde se ha llegado a aseverar que la única causa de CaCu correspondería a infecciones de VPH con alto riesgo. A pesar de esta relación causal, también se ha determinado que las infecciones de alto riesgo no son suficientes para desarrollar CaCu,

¹ Existen otros Virus Papiloma, no humanos.

² Una minoría de los VPH tienen carácter persistente y cancerígeno.

ya que el cáncer no se presenta en la gran mayoría de las mujeres infectadas con VPH. Pero es necesario mencionar que tanto el *International Agency for Research on Cancer* (IARC) y el *National Institute of Health* (NIH) han concluido que la infección genital de alto riesgo de VPH actúa como carcinógena respecto del desarrollo de CaCu. También se ha asociado el VPH con cánceres anogenitales (vulva, vagina, pene, ano, próstata) pero estos resultados no serían consistentes y determinantes como el caso del CaCu.

En Chile el CaCu se constituye como la primera causa de muerte por cáncer en mujeres entre 20 y 44 años, y la sexta en grupos de 45 a 64 años (Montes, Mullins, Urrutia; 2006); mientras que en España el CaCu es el séptimo cáncer más frecuente en mujeres, el segundo más frecuente en mujeres entre 15 y 44 años de edad y la sexta causa de muerte en mujeres del mismo rango etario (Castellsagué; 2007).

En el año 2006 en USA se aprobó el uso de dos vacunas que prevendrían el contagio del VPH, lo que en teoría reduciría las tasas de infección por VPH y por ende, también los cánceres asociados (principalmente el CaCu). Rápidamente se ha ido aprobando su uso en diferentes partes del orbe, entre ellos, Chile y España. En conjunto con la aprobación y la disponibilidad de la vacuna, se ha comenzado a poner sobre el tapete el tema del VPH, difundiendo información y creencias al respecto que según algunos estudios realizados en diferentes partes del mundo, se caracterizan por tener poca información y la gran mayoría de la información errada o poco precisa.

En este contexto es donde aparece relevante realizar un estudio que se enfoque por un lado al comportamiento epidemiológico de la infección, así como a las creencias y posteriores conductas que determinarían la manera de afrontar la sexualidad, la transmisión y la actitud preventiva.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Hay muchos mitos alrededor de la infección genital por VPH, lo que se podría relacionar con las pocas certezas a nivel diagnóstico y de tratamiento que existen para afrontarlo, en conjunto con otros factores que trascienden lo eminentemente biomédico. Se ha observado que las tasas de prevalencia de VPH son menores en países desarrollados, respecto de los países en desarrollo, así como también se observa en las tasas de defunciones por CaCu, que tienden a ser más altas en los países en desarrollo, respecto de los desarrollados. En Chile, a pesar de estar en disposición de las mismas tecnologías médicas y aplicar los protocolos asociados a la

citología como política pública de medicina preventiva, no se ha logrado alcanzar cifras de países desarrollados.

Dado que a nivel biomédico, es decir de diagnóstico y tratamiento de la infección, no se han visto avances significativos en Chile respecto de España, se podría atribuir esta diferencia a cuestiones socioculturales que determinarían la diferencia de las tendencias de la infección en las diferentes regiones.

Frente a esto, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las conductas y conocimientos que influyen las diferentes tendencias epidemiológicas de VPH y CaCu, en Chile y España, 2012?

3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General:

- Describir conductas y conocimientos que pudiesen influir en las diferentes tendencias epidemiológicas de la infección por VPH y el CaCu en Chile y España.

Objetivos Específicos:

- Identificar conocimientos de VPH y salud sexual reproductiva, que podrían incidir en los perfiles epidemiológicos de cada país.
- Establecer el grado de conocimiento de VPH en la población más expuesta al riesgo.
- Describir conductas respecto de VPH y salud sexual reproductiva que pudiesen incidir en las tendencias epidemiológicas de los diferentes países.
- Identificar protocolos y estrategias de afrontamiento de VPH y CaCu de los diferentes sistemas sanitarios, que podrían influenciar en las cifras de contagio e infección.
- Establecer relaciones entre los factores identificados que podrían determinar asumir conductas sexuales de riesgo.

4. HIPÓTESIS

A pesar de que no se han resuelto todos los aspectos asociados al diagnóstico, tratamiento y cura del VPH, en la actualidad existen tecnologías y protocolos que inciden sobre la tasa de mortalidad femenina por CaCu. En países en vía de desarrollo, no se ha logrado reducir las

cifras de VPH y muertes por CaCu al nivel de países desarrollados. Específicamente se puede observar que en España la tasa de prevalencia de VPH se estima en 14,3% (Castellsagué, et.al; 2012), mientras que en Chile alcanzaría el 29,2% (Ferrecio, et.al.; 2008); al igual que las muertes por CaCu que en España son menores que en Chile.

Por ello, la hipótesis del presente proyecto se remite a la idea de que existen conocimientos, y conductas específicas, que serían los causantes de las diferencias reveladas en las tendencias epidemiológicas asociadas a la infección por VPH.

5. RELEVANCIA DEL PROBLEMA

Como ya ha quedado establecido en los antecedentes, la importancia de realizar un estudio destinado a develar la influencia de las creencias/conocimientos, y conductas que podrían incidir en los perfiles y tendencias epidemiológicas del VPH y el CaCu, por una parte se basaría en la poca capacidad resolutoria que ha tenido el sector biomédico para entregar diagnósticos certeros y tratamientos efectivos. Dado que la tecnología médica desarrollada tanto para el tratamiento como para el diagnóstico del VPH es bastante baja, la aproximación desde un enfoque social, permitiría comprender las diferencias de los perfiles epidemiológicos respecto de la infección por VPH y su consecuencia más grave: muertes por CaCu.

Por ello se plantea que sería un gran aporte desde la perspectiva de la salud pública, dilucidar aquellos factores no biomédicos que se pudiesen asociar a los perfiles epidemiológicos de la infección por VPH observados tanto en Chile como en España, en la medida en que potencialmente se constituirían como insumos para poder establecer medidas fuera del ámbito biomédico –por ende potencialmente más baratos- para el control y reducción de la infección por VPH y de muertes femeninas por CaCu.

A esto se suma el hecho de la proliferación y discusión respecto del uso de la vacuna para prevenir el contagio de VPH y su inclusión en las políticas públicas de salud. En este proceso se ha puesto sobre el tapete la infección genital asociada al VPH, pero no se ha podido establecer que la información entregada sea completa y fidedigna a la realidad.

En este contexto, se establece la importancia de un estudio con estas características, en cuanto permitiría describir y generar un panorama ampliado respecto del conocimientos y conductas asociadas a la infección por VPH, en conjunto con un análisis descriptivo y comparativo que podría entregar claves para la formulación de políticas públicas de

prevención y cuidado que posiblemente incidirían en las cifras de prevalencia de VPH, CaCu de carácter grave y las muertes por CaCu.

III. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

A. VIRUS PAPILOMA HUMANO

El Virus Papiloma Humano³ es un virus perteneciente a la familia de los *Papovaviridae*⁴, que se agrupan bajo esta denominación en la medida que comparten ADN y su capacidad de generar tumores. Genéricamente, se caracterizan por no estar encapsulados, ser epiteliotrópicos⁵, con una doble cadena de ADN que infectan los epitelios⁶ mucosos y cutáneos, induciendo la multiplicación celular. Los virus papiloma son especie específicos –es decir que solo afectan a una especie en particular- y se pueden hallar en gran parte del mundo, infectando tanto a aves como a mamíferos en general; en la mayoría de los casos la infección se manifiesta con la presencia de verrugas o papilomas⁷ que pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo (Concha; 2007).

El VPH afecta específicamente a humanos, se caracteriza por ser *de tamaño pequeño, no encapsulado, con una estructura icosaédrica y una doble cadena de ADN circular de 7500 a 8000 pb.* (Ibídem; p.209). Según la bibliografía revisada, en la actualidad se ha logrado identificar más de 100 tipos de VPH con técnicas moleculares (CDC; 2004), y cada uno de ellos manifiesta una atracción o correspondencia por zonas específicas del cuerpo, de las que destacan las infecciones a la piel y a las mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital.

Desde un punto de vista genómico, el ADN del VPH se divide funcionalmente en dos tipos de genes: aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E, encargados de la replicación del virus; y aquellas proteínas que se codifican en las etapas tardías del ciclo de replicación del mismo, identificados como L (Serman; 2002).

La replicación de los virus papiloma depende del grado de diferenciación de los queratinocitos⁸; las partículas virales maduras solo se detectan en los núcleos de los estratos granulosos y córneo. Los efectos citopáticos que se observan en el epitelio (...) son secundarios a la

³ En inglés: Human *Papillomavirus*: HPV.

⁴ Familia de pequeños virus infecciosos; representa la patología que causa el papilomavirus y el poliomavirus.

⁵ Es decir, que solo crece o prolifera en el epitelio, una capa de la piel o de las membranas cobertoras de órganos.

⁶ El epitelio es aquel tejido formado por una o varias capas de células unidas entre sí, que envuelven la superficie del organismo, constituyendo un revestimiento interno de las cavidades, huecos, conductos del cuerpo, piel, y que además forman mucosas y glándulas.

⁷ Término genérico en medicina, que hace referencia a un tumor benigno de células de la piel.

⁸ Células predominantes de la epidermis, constituyendo aproximadamente el 95% de ella.

interferencia ocasionada por el virus en la diferenciación de la célula huésped. (Concha; 2007; p.209)

En definitiva, para que el virus proliferara, es necesario que este llegue a un ambiente que fomente la replicación, en la medida que se fijan en zonas específicas⁹. El ciclo vital del VPH se inicia con la infección de la capa basal de las células epiteliales, *donde el virus expresa las proteínas E1 y E2 asociadas a la replicación y transcripción del ADN viral (Ibidem; p.210)*. Luego comienza el proceso de replicación celular, la que provocaría la hiperplasia epitelial¹⁰, momento en que se empiezan a observar proteínas L en las capas superiores de la piel. En definitiva, el virus inicia su ciclo productivo al infectar las células que no tienen mucha diferenciación, luego alcanza las células inferiores del epitelio a través de lesiones en el tejido, estableciéndose dentro del núcleo de las células basales.

Para entender bien la transmisión del mismo, hay que explicar que los papilomavirus tienen un tropismo muy definido por las células del tejido epitelial estratificado queratinizado, es decir, únicamente infectan epitelios secos (piel) y mucosas (orales y genitales). Por tanto, la infección por VPH se transmite por contacto: genital-genital y oro-genital, y no es necesaria la penetración para la transmisión del mismo (...) El VPH infecta las células basales epiteliales a través de microabrasiones de la piel o de las mucosas. (Martinez, et.al.; 2010; pp.13-14)

La infección por VPH clínica y subclínica es la infección de transmisión sexual –desde ahora ITS– más común en la actualidad, se estima que gran parte de la población será infectada en algún momento de su vida, incluso hay quienes afirman que al año del debut sexual, seis de cada diez mujeres resultan VPH positivas (*Ibidem*). La infección asintomática del cuello uterino por VPH se detecta entre el 5% y 40% de las mujeres en edad reproductiva; la mayoría de las veces es un fenómeno transitorio o intermitente y solo una pequeña proporción de mujeres que resultan positivas para un determinado tipo de VPH, se les encuentra el mismo tipo en exámenes posteriores. Actualmente está bien establecido que el principal factor causa de cáncer cervicouterino –desde ahora CaCu– es la infección por VPH, por ello la mayoría de la investigación epidemiológica de los años recientes se ha focalizado en la comprensión del rol de factores de riesgo que influirán en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos del virus, o de factores coexistentes que determinarían la progresión en el continuo de los grados de lesión. Entre estos se ha identificado: cantidad de parejas sexuales, inicio temprano de la sexualidad, tabaquismo, polimorfismo del HLA¹¹ o del gen p53¹², uso de

⁹ Precisamente los estratos granulosos y córneos.

¹⁰ Proliferación benigna de las células epiteliales.

¹¹ Human leukocyte antigen o antígenos leucocitarios humanos, que corresponde a proteínas o polisacáridos que desencadenan la formación de anticuerpos y que se pueden hallar en la superficie de las células de los tejidos y en los glóbulos blancos de una persona. (El-Deary et.al.; 1993)

anticonceptivos orales, paridad, otras ITS, y déficit nutricional (Serman; 2002). Cabe señalar que el principal factor protector correspondería al mismo sistema inmune de la persona infectada, el que haría la diferencia entre el contagio inocuo y el que presenta manifestaciones clínicas. *Actualmente se comprende la importancia de la respuesta inmune innata (barreras epiteliales, fagocitos y complemento) y, en especial, de las células dendríticas y macrófagos, para activar una respuesta inmune específica* (Concha; 2007; p.212).

El principal factor de riesgo asociado a la infección con el virus, se relaciona con la cantidad de parejas sexuales que tiene una persona, lo que finalmente es una cuestión de probabilidades: a mayor cantidad de parejas sexuales, aumenta la exposición y con ello crece la probabilidad de adquirir la infección (Ferraccio; et.al.; 2008).

Existen muchos tipos de VPH, los cuales son clasificados por números y letras; de los más de 100 tipos VPH identificados, aproximadamente 30 se contagiarían a través del contacto sexual¹³. Se ha determinado que ciertos tipos de VPH tendrían un carácter oncogénico, es decir, la capacidad potencial de desarrollar cáncer a las personas que están infectadas con él; mientras otro grupo de VPH podría provocar la aparición de verrugas en las zonas infectadas. Se ha establecido en las últimas décadas, la relación causal entre algunos tipos de VPH y CaCu, lo que ha hecho que los programas de prevención y tratamiento del CaCu, se orienten hacia la prevención de la infección por VPH. Pero a pesar de que la gran mayoría de los CaCu están asociados a diferentes VPH de carácter oncogénico, el solo hecho de estar infectado con VPH de tipo carcinógeno, no necesariamente tendrá como desenlace la emergencia de un cáncer.

Cabe precisar que también se ha establecido relaciones entre el VPH y otros tipos de cáncer anogenital y orofaríngeo: hay estudios que aseveran que el 40% de los cánceres de vulva, vagina y pene serían desencadenados por la infección con el virus; el 90% de los cánceres de ano y el 12% de los orofaríngeos también estarían relacionados con el VPH (Martinez, et.al.; 2010). Aunque recientemente se publicó un estudio en Estados Unidos donde se realizó un seguimiento a los cánceres orofaríngeos del país entre el año 1984 y 2004, el que arrojó como resultado un importante incremento de la relación entre el cáncer orofaríngeo y el VPH. Se estableció que entre los años 1984 y 1987 aproximadamente el 16% de los cánceres orofaríngeos eran provocados por VPH, mientras que entre los años 2000-2004 aproximadamente el 72% estaría asociado a la infección con el virus (Chaturvedi, et.al.; 2011).

¹² Es un gen que se ha denominado como "guardián del genoma", es un gen supresor tumoral, por lo que al estar defectuoso permite la proliferación de tumores (Todd, Bell, McDevitt; 1987)

¹³ Sexo vaginal, oral y anal.

Según los ejecutores de este estudio, si la tendencia continuara en alza como se ha establecido hasta ahora, el número anual de cánceres orofaríngeos asociados a VPH, podría superar la incidencia de CaCu hacia el 2020 (*Ibidem*).

a. Tipos de VPH

A pesar de la gran cantidad tipos de VPH existentes, este se puede clasificar en dos grandes grupos: aquellos que infectan la piel o la superficie cutánea, y aquellos que infectan las mucosas escamosas húmedas internas¹⁴, que correspondería a los que se transmiten sexualmente (Stanley; 2008). En este segundo grupo, se puede establecer otra división: aquellos que son de bajo riesgo, que correspondería a los que solo provocan verrugas o lesiones benignas; y aquellos de alto riesgo, que corresponderían a los que tienen un carácter oncogénico y se asocian con cánceres o lesiones precursoras de cáncer (*Ibidem*). En definitiva, existen diferentes tipos de VPH, que tendrían características particulares, produciendo desenlaces diferenciados; en la actualidad la clasificación de VPH está determinada por la caracterización del genoma.

Se considera que se trata de un nuevo tipo si la región L1 –la parte menos variable del genoma del VPH- presenta una homología menor de 90% con otros tipos conocidos de VPH. Cuando la homología se sitúa en el rango de 90 a 98, indica un subtipo, y cuando la identidad es mayor de 98%, se considera que es una variante. (Concha; 2007; p.209)

A los nuevos tipos de VPH descubiertos se les otorga un número, mientras que a los subtipos se les asigna letras; ambos procesos se realizan con una lógica cronológica respecto de su hallazgo. De los diferentes tipos de VPH identificados, sobre treinta se transmiten sexualmente. De estos, se ha determinado que existen aproximadamente quince tipos de VPH que tendrían carácter oncogénico, de los cuales los tipos 16 y 18 serían los más prevalentes, hallándose en sobre el 70% de los casos de CaCu del mundo, aunque con variabilidad geográfica (Stanley; 2008). Esto se debe a la capacidad de generar Neoplasias Intraepiteliales – desde ahora NIE- o sea, la proliferación anormal de células en el epitelio, que por lo general son de carácter malignas. *Oncogenic HPVs in the genital tract are dominated by HPV 16 and 18, which, with their close relatives 31, 33, 35, 52, 58, 39, 45, 59, 56, 66 and 51, are the cause of cervical cancer (Ibidem; p.389)*; a estos tipos oncogénicos, se pueden agregar los VPH 26, 68 y 73 (Herrero et.al.; 2005). De los serotipos denominados de bajo riesgo –es decir, no oncogénicos- los más prevalentes son los VPH 6 y 11, los cuales serían responsables de aproximadamente el 90% de las verrugas genitales (Martínez, et.al.; 2010), a los que se suman

¹⁴ Traducción textual de internal wet squamous mucosae.

los tipos: 32, 40, 42, 43, 44,53, 54, 61, 62, 67, 70, 71, 72, AE10 (variante del 74), 81, 83, 84, 85 y 89 (Herrero, et.al.; 2005).

Tabla 1: Tipos de VPH y su manifestación clínica

ENFERMEDAD	VPHS FRECUENTES	VPHS MENOS FRECUENTES
VERRUGAS		
Verruga Plantar	1,2	4,6,3
Verruga Común	1,2,7,10	3,4,26,27,28,29,41,57,65
Verruga Plana	3,10	27,38,41,49
Condilomas	6,11	30,42-44,45,51,54,55,70
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL		
DEL TRACTO GENITAL	30,34,39,40,53,57,59,62,64,66,67-69	
Bajo grado	6,11	16,18,31,33,35,42-44,45,51,52,56,58,66
Alto grado	16,18	6,11,31,33,35,39,42-44,45,51,52,56,58,66
PAPULOSIS BOWENOIDE	16	31,34,39,42,45
CÁNCER DE CÉRVIX	16,18	31,33,35,39,45,51,52,56,58,66
CÁNCER DE PENE, VULVA, VAGINA y ANO	16,18	31,33,35,39,45,51,52,56,58,66
OTROS CÁNCERES		
Cáncer de piel escamoso y basocelular	2,3,5,8,9,10	12,14,15,17,19,20,21,25,36,37,38,47,50
Cáncer de amígdala y orofaringe	16	31,33
Cáncer periungueal y conjuntival	16	
OTRAS ENFERMEDADES		
E. Verruciforme	2,3,5,8,8,10	12,14,15,17,19,20,21-25,36,37,47,50
PRR (Papilomatosis Respiratoria recurrente)	6,11	32
Papilomas conjuntivales	6,11,16	

Fuente: Palacios; 2001; p.244.

b. Situación en el mundo

La infección por VPH es la más común de las afecciones transmitidas sexualmente: se estima que aproximadamente 20 millones de individuos están infectados en Estados Unidos, con 5,5 millones de infecciones nuevas cada año en mujeres que tienen citologías absolutamente normales (Fleurence, Dixon, Milanova, Beusterien; 2007). Los estudios han demostrado que la prevalencia del VPH en poblaciones del mismo rango etario, es incluso veinte veces mayor en países en desarrollo respecto de países desarrollados¹⁵. Aun así, se estima que aproximadamente el 50% de las personas iniciadas sexualmente, se infectarán con VPH en algún momento de sus vidas; incluso hay estudios que aseveran que el 80% de las mujeres habrán sido infectadas por VPH antes de los 50 años, transformando la infección en una norma, más que una excepción (Serman; 2002).

¹⁵ Por ejemplo si en España se evidencia una prevalencia del 1,4%, en Nigeria esta cifra se acercaría al 25,6% de la población infectada por VPH (Fleurence, Dixon, Milanova, Beusterien; 2007)

Es importante señalar que el VPH no es una enfermedad de declaración obligatoria, por ello las cifras tanto de incidencia y prevalencia, son siempre estimativas y van variando dependiendo del estudio al que se haga referencia y a lo conservadores o no que sean. También es importante considerar que las técnicas de diagnóstico de presencia de VPH son recientes y solo aplicables a mujeres; y se corresponden a técnicas medianamente recientes, hecho que podría explicar la tendencia creciente del virus¹⁶. De todos modos, gran parte de los artículos revisados para esta investigación, concuerdan en la alta tasa de prevalencia e incidencia de la infección por este virus. Es importante señalar que este muy común en la población juvenil, y además sobre el 90% de las infecciones, independientes del tipo que sean, tienden a desaparecer por sí solas al cabo de un par de años (Herrero et.al.; 2008).

SITUACIÓN EN CHILE¹⁷

En Chile el estudio más actualizado respecto de la prevalencia, ha sido guiado por la Doctora Catterina Ferraccio, y de él se han desprendido una serie de artículos. Estos estudios se han enmarcado en una investigación superior coordinada por el IARC, que se plantea el objetivo de identificar las tendencias de VPH y CaCu en Latinoamérica y el Caribe.

Específicamente el estudio dirigido por la Dra. Ferraccio, en cooperación con el Ministerio de Salud Chileno, se plantea como objetivo determinar la prevalencia y distribución geográfica de los diferentes tipos de VPH en Chile. Para su ejecución, se apoyó en la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud –desde ahora ENS- del año 2003. La muestra de la ENS 2003 es probabilística, estratificada y con multietapas; este incluye a personas no institucionalizadas de 18 años o más. Uno de los beneficios asociados a la realización de esta investigación en paralelo con la aplicación de la ENS, es la muestra alcanzada y la validez que se le otorga al estudio mismo al estar institucionalizado con el Ministerio de Salud. Además se logra una muestra lo suficientemente amplia como para asegurar la representación de la población chilena y comparar regiones, población rural y urbana, incluir un gran espectro de grupos de edad y diferentes estratos socioeconómicos. El margen de error del estudio es de un 2%.

Posterior a la firma de un consentimiento informado, las mujeres elegibles que no estaban menstruando, no estaban embarazadas, no habían tenido relaciones sexuales el día anterior, con útero, y que habían iniciado su actividad sexual, se les pidió que se realizaran una citología

¹⁶ Es decir, no es que efectivamente hayan más casos en el mundo, sino que hay mayor diagnóstico.

¹⁷ Este apartado en su totalidad fue extraído del texto referenciado en la bibliografía: Ferreccio et.al. (2008) *Baseline assessment of prevalence and geographical distribution of HPV types in Chile using self-collected vaginal samples*: BMC Public Health 2008, 8(1):78-99.

autoaplicada. Del total de 1883 incluidas en la muestra de la ENS, 1219 mujeres fueron elegibles para realizarse el test autoaplicado. Una enfermera entregaba el *Digene sachet* que tiene el cepillo cónico y tubo como medio de transporte. A las mujeres se les instruyó a introducir el cepillo profundamente en la vagina y girarlo hacia la izquierda y luego a la derecha. Luego debían introducirlo en el tubo, cubrirlo y entregarlo a la enfermera. Los tubos fueron transportados a cuatro grados antes de ser procesados.

Los resultados fueron los siguientes: se hallaron un total de 488 mujeres infectadas (algunas mujeres infectadas con más de un tipo de VPH), es decir, aproximadamente el 40% de la muestra. De estas, 202 (41,4%) eran de carácter de alto riesgo, mientras que 286 (58,6%) por VPH de bajo riesgo. En definitiva, se establece que un 29,2% de prevalencia para cualquier tipo de infección por VPH en mujeres adultas chilenas. De las mujeres infectadas el 15,3% tenía al menos un tipo de VPH de alto riesgo, y se hallaron solo VPH de bajo riesgo en el resto de las mujeres infectadas (13,9%). De las mujeres infectadas el 15,3% tenía por lo menos un tipo de VPH de alto riesgo, y el 8,4% tenían exclusivamente VPH de alto riesgo.

De los VPH de alto riesgo, el más prevalente era el de tipo 16, seguido por VPH 52, 51, 56 y 58; mientras que de los VPH de bajo riesgo, los más frecuentemente detectados fueron VPH 84, CP6108, 62, 53 y 61. La infección total por VPH (tanto de alto como de bajo riesgo) varían de 43,5% (95% IC, 23.5-65,9) en la Primera región, a 25% (96% CI, 15,6-36,6) en la Quinta región.

No se pudo hacer una asociación entre VPH de alto riesgo y/o bajo riesgo con la muerte por CaCu (correlación de Pearson 0,2 y 0,1 respectivamente, test for trend, $p=0,29$ y $0,37$ respectivamente). Tampoco se encontró asociación entre la cobertura del PAP y VPH de alto riesgo (correlación de Pearson 0,15 $p=0,6$) o de bajo riesgo (correlación de Pearson $-0,35$ $p=0,23$).

Del análisis multivariado se pudo observar que el hecho de residir en el norte se constituye como un factor de riesgo, alcanzando una carga de enfermedad asociada a VPH, tres veces mayor que el promedio nacional. Mientras que en la zona sur solo representa la mitad del promedio nacional [OR 2,8(95% CI, 1,4-5,7) y 0,6 (95% CI, 0,3-0,98) respectivamente].

La prevalencia de VPH de alto riesgo se concentra en la población menor de 25 años, mientras que los VPH de bajo riesgo se incrementan con la edad, lentamente después de los 50. Se ha confirmado en diferentes estudios tanto españoles como latinoamericanos, que habría un incremento de prevalencia de VPH de bajo riesgo en mujeres mayores.

Según los datos manejados por el Ministerio de Salud chileno, sería la población juvenil la más expuesta a las ITS en general:

El 55% de las ITS notificadas en los últimos 10 años correspondieron a adolescentes y jóvenes(...) la patología más frecuente fue el condiloma acuminado (42%), causado por el virus papiloma humano que ha mostrado una tendencia al aumento durante los últimos años, especialmente entre adolescentes y jóvenes. (Estrategia Nacional de Salud; 2011; p.139).

SITUACIÓN EN ESPAÑA¹⁸

En España recientemente se publicó un artículo titulado *Prevalence and Genotype Distribution of Human Papillomavirus Infection of the Cervix in Spain: The CLEOPATRE Study*, que corresponde a resultados parciales del estudio CLEOPATRA llevado a cabo en Barcelona. Este correspondería a la información más actualizada respecto de la prevalencia del VPH en España, y fue ampliamente reseñado en la prensa local hacia principios de mayo.

La prevalencia estimada en España previa a la realización de este estudio (entre los años 1985 y 2007) era de entre un 3% y un 17%, pero ninguno de estos estudios había trabajado con muestras a gran escala y la principal variable para estas proyecciones se basaba en los casos de CaCu, por lo que se estima que estaban sesgados por la cantidad de mujeres mayores que padecen este cáncer –ya que se sabe que la mayor prevalencia radicaría en los jóvenes- que en su mayoría mantenían relaciones monógamas y presentaban una iniciación sexual tardía. Estas características no se correspondían con las conductas sexuales de las nuevas generaciones, que presentan una iniciación sexual temprana y múltiples parejas.

Con esta salvaguarda en mente, el grupo de estudio CLEOPATRA se planteó como objetivo estimar la prevalencia de VPH cervical de las mujeres españolas, para ello se incluyó en la muestra a todas las mujeres entre 18-65 años que acudían al médico para realizarse una citología¹⁹ entre junio 2007 y mayo del 2008, y así describir la distribución de VPH antes de la introducción de campañas masivas de vacunación (Castellsagué, et.al; 2012). Participaron sobre 77 ginecólogos de la atención primaria de salud distribuidos en las 17 comunidades autónomas de España. Se excluyó de la muestra a mujeres vírgenes, aquellas que tenían VPH o historia relacionada con enfermedades asociadas a la zona cervical y aquellas que habían sido vacunadas; lo que en total generó una muestra de 3155 mujeres, de las que finalmente se había obtenido una muestra válida. Como resultados generales, se estimó que la prevalencia

¹⁸ Todos los datos son referenciados del artículo citado de Castellsagué, et.al.; 2012.

¹⁹ A las mujeres estudiadas se les realizó una citología líquida, técnica que se especifica en el apartado de diagnóstico.

total de la muestra era de un 14,3% (con un intervalo de confianza de 95%), la prevalencia de VPH de alto riesgo (oncogénico) fue de 12,2%²⁰. La prevalencia era mayor entre las mujeres del rango de edad entre 18 y 25 años, llegando a un 28,8%; la que fue descendiendo en la medida en que se incrementaba la edad. Y no se logró establecer una relación significativa entre la distribución de la prevalencia de los diferentes tipos de VPH y áreas geográficas.

Tabla 2: Prevalencia de VPH de alto riesgo por edad en España

Age group (years)	Number of tested samples	Number of HPV-positive samples	Any HPV prevalence (%; 95% CI)	Any HR HPV prevalence (%; 95% CI)
18	308	80	26.0 (21.2–31.3)	24.0 (19.4–29.2)
19	339	101	29.8 (25.0–35.0)	26.3 (21.6–31.3)
20–21	452	131	29.0 (24.8–33.4)	26.3 (22.3–30.6)
22–25	471	137	29.1 (25.0–33.4)	24.4 (20.6–28.6)
26–35	319	54	16.9 (13.0–21.5)	14.7 (11.0–19.1)
36–45	326	31	9.5 (6.6–13.2)	9.2 (6.3–12.9)
46–55	486	42	8.6 (6.3–11.5)	6.2 (4.2–8.7)
56–65	454	32	7.0 (4.9–9.8)	5.1 (3.2–7.5)
18–25	1,570	449	28.8 (26.6–31.1) ^a	25.0 (22.9–27.2) ^a
26–45	645	85	13.4 (10.7–16.0) ^a	12.1 (9.6–14.6) ^a
46–65	940	74	7.9 (6.2–9.6) ^a	5.7 (4.2–7.1) ^a
Total	3,155	608	14.3 (13.1–15.5) ^a	12.2 (11.1–13.4) ^a
Data missing	106	0	—	—

Fuente: Castellsagué, et.al; 2012; p.952.

El estudio estableció que de los VPH de alto riesgo, el más prevalente era el VPH16 con un 16,9%, el 52 y luego el 51, 31 y el 66. Y de las mujeres que arrojaron positivo para el VPH, el 25% tenía infecciones múltiples, es decir, que estaban contagiadas de más de un tipo.

c. Cáncer cérvico uterino

Como ya se ha señalado, existe evidencia científica que determina la asociación causal entre VPH y CaCu, poniendo sobre el tapete la preocupación de esta ITS para la salud pública en cuanto:

(...) es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años. (...) El 83% de los cánceres de cérvix diagnosticados cada año ocurren en los países en vías de desarrollo siendo el mismo la causa más frecuente de muerte por cáncer en estos países, y teniendo una supervivencia media tras el diagnóstico de 5 años, mientras que en los países desarrollados es de 10 años. (Diestro, et.al.; 2007; p.43)

El cérvix o cuello del útero, corresponde a la parte más baja del útero, al canal de conexión con la vagina, y es el lugar donde se desarrolla el feto en caso de embarazo. La capa más interna del útero, corresponde al canal endocervical, que en definitiva es un recubrimiento mucoso de la cérvix. En esta capa se encuentran dos tipos de células diferentes:

²⁰ De la totalidad de mujeres positivas para VPH, el 84% tenía el tipo oncogénico del virus.

- **Células glandulares:** encargadas de producir la mucosa.
- **Células escamosas:** células delgadas y planas, agrupadas por capas, que en definitiva tienen la función de proteger los tejidos que están debajo de ella.

El CaCu entonces, sería la presencia de células atípicas que se dividen y multiplican sin control, expandiéndose por el cuello del útero; aunque cabe mencionar que la presencia de células cervicales anómalas no necesariamente significa tener cáncer, sino que también pueden presentarse por otros factores como una infección o cambios hormonales, entre otros. Institucionalmente, el Ministerio de Salud Chileno lo define como *una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo* (MINSAL; 2010; p.8).

Se atribuye a la falta de acceso a exámenes preventivos, mecanismos de detección temprana y tratamiento de la enfermedad, como el motivo por el cual la gran mayoría tanto de casos como de muertes por CaCu, ocurren en países en desarrollo (Schiffman, et.al.; 2007).

En el año 2002, en el mundo, hubo 500.000 casos de incidencia y 275.000 muertes asociadas a CaCu, equivalente a un décimo de todas las muertes en mujeres por cáncer. La carga de enfermedad de CaCu es altamente desproporcionada (mayor al 80%) en países en desarrollo, esto se asocia más a la edad promedio de las muertes, que tiende ser a una edad temprana cuando las mujeres aún están en período fértil y de crianza, factor que supera la carga asociada a las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad. Usualmente los casos son detectados en estados avanzados debido a la falta de cribado o a exámenes mal hechos, y en países subdesarrollados las opciones de tratamiento tienden a ser inalcanzables económicamente o ausentes (*Ibidem*).

El conocimiento respecto de la patogénesis se está expandiendo rápidamente: la infección persistente con uno de los 15 genotipos de VPH oncogénicos, causa la gran mayoría de los casos. Existen 4 grandes fases en el desarrollo de CaCu: infección metaplástica epitelial, persistencia viral, progresión del epitelio infectado persistentemente hacia precáncer, e invasión a través de la membrana basal del epitelio (*Ibidem*).

Según la bibliografía revisada, existe amplio consenso respecto de la demora entre la presencia de células anómalas y el desarrollo de un cáncer; se estima que para la manifestación del cáncer, primero es necesario que las células atraviesen cambios como la displasia²¹, proceso

²¹ Corresponde a una anomalía en el aspecto de las células.

donde se evidencia presencia de células atípicas en el tejido cervical, para posteriormente desarrollar cáncer en capas más profundas y por una zona más amplia del útero y la cérvix. El epitelio escamoso, es la capa donde el virus se sintetiza y reproduce, provocando lesiones que pueden ser de bajo grado, conocidas como LSIL (*Low grade squamous intraepithelial lesion*) o de alto grado HSIL (*High grade squamous intraepithelial lesión*). Estas lesiones se convierten en cáncer cuando hay una transformación neoplásica de la unión escamoglandular. Es importante señalar que los factores implicados en la progresión están asociadas tanto al tipo de virus, como a los hábitos y factores de riesgo de la huésped (Diestro, Serrano, Gómez-Pastrana; 2007).

Sin embargo, información reciente desestimaría la lenta evolución entre la infección con el virus y el desarrollo de CaCu (Meijer, et.al.; 2009). Los que se suscriben a estas tendencias, aconsejan nuevas formas de categorizar tanto las lesiones cérvicouterinas, como el desarrollo de éstas:

A new paradigm of cervical carcinogenesis replaces an older model of stepwise progression from low-grade to high-grade morphological changes and can now be summarized as four reliably measured stages: 1) HPV acquisition, 2) HPV persistence (vs. clearance), 3) progression of a persisting infection to cervical pre-cancer (with incidental co-occurrence of both conditions) and 4) invasion (*Ibidem*; p. 516).

Como se ha señalado antes, el desarrollar o no cáncer se asocia con la capacidad del sistema inmune para combatir el virus, a lo que se han sumado otros factores de riesgo: alta paridad, edad temprana al completar el primer embarazo, consumir anticonceptivos orales durante períodos largos de tiempo, *but it is unclear whether these variables are also associated with increased risk of acquisition and persistence of HPV infection* (Vaccarella, et.al.; 2006; p.2148).

A pesar de que las cifras de CaCu han ido disminuyendo sostenidamente a lo largo del tiempo, este se presenta como una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres de países en desarrollo (Montes, et.al.; 2006), posicionándose incluso como la primera causa de muertes por cáncer en mujeres, en el África subsahariana. Los esfuerzos para controlar el CaCu en la región de América Latina y el Caribe han sido poco fructuosos, recientes estimaciones predicen que si la incidencia se mantiene en el tiempo, en el 2025 los países latinoamericanos presentarían un incremento del 75% de los casos, solo como consecuencia del envejecimiento de la población (Herrero, et.al.; 2008).

En Chile, el CaCu es el segundo cáncer más prevalente entre mujeres, representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en el rango de edad entre 25 y 44 años. Por ello representa un importante problema de salud en Chile, por su alto impacto social, económico y

porque afecta principalmente a mujeres cada vez más jóvenes y en edad reproductiva (Montes, et.al, 2006).

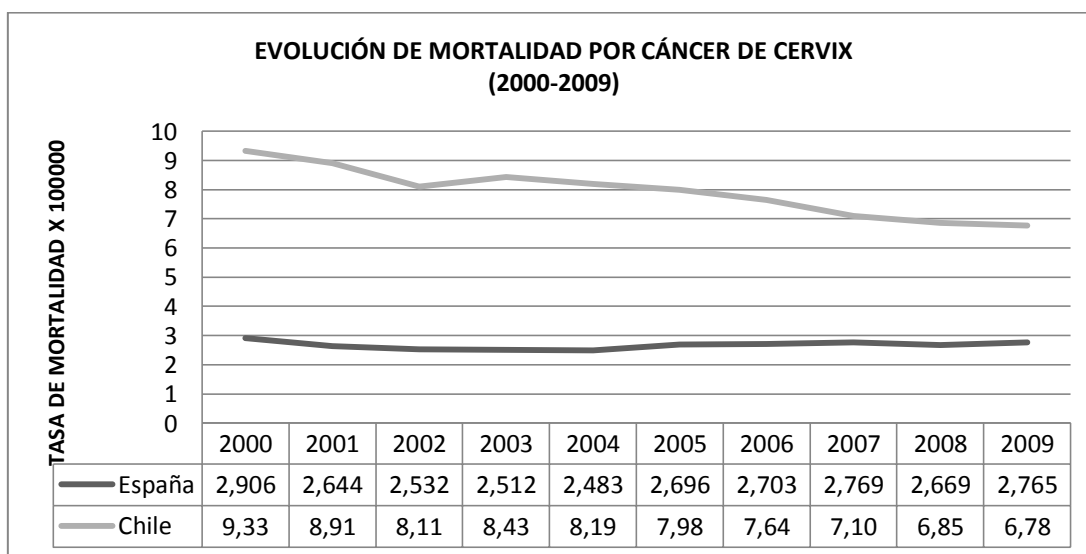
Se estima que el cáncer cérvicouterino causa alrededor 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000 (Serman; 2002; p.318)

En los últimos años se ha ido atenuando la tasa de mortalidad que se evidenciaba hasta mediados de la década de los 80, lograda principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de cribado de citologías. La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de VPH y colposcopia. La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que reflejaría la posibilidad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Especialmente en las regiones en desarrollo, el control de este cáncer y de sus lesiones precursoras debiera tener un importante impacto en la salud pública (*Ibidem*).

En España, el cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer, una de las tasas más bajas del mundo, entre 3,4 y 12,2 casos por 100.000 mujeres/año. La incidencia se ha mantenido constante en los últimos 15 años, aunque analizado por edades (...) La tasa de mortalidad es de 2,7 por 100.000 mujeres/año, semejante al promedio europeo. (Diestro; et.al; 2007; p.43)

Si se compara la tendencia de los 10 últimos años en Chile y España, se genera el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Evolución de mortalidad por CaCu



Fuente: elaboración propia con datos de INE España y MINSAL Chile

Como se puede observar, a pesar de que en Chile las muertes por CaCu tienen una leve inclinación hacia el descenso de las cifras, la incidencia sigue siendo muchísima mayor que en España, donde en el año 2009 se estableció una tasa de muerte por CaCu de 2,8 por 100.000, mientras que en el mismo año en Chile, esta cifra alcanzó las 6,8 muertes por cada 100.000 mujeres.

Se puede inferir según los datos señalados, uno de los mayores problemas del CaCu es que afecta principalmente a mujeres jóvenes y en edad reproductiva, generando nuevas problemáticas a nivel de salud pública, asociadas a las tasas de fertilidad por ejemplo, y alta carga de la enfermedad en términos económicos y sociales.

d. Diagnóstico VPH y CaCu

A diferencia de muchos otros virus, no se ha logrado hacer crecer el VPH en cultivos celulares, lo que se refleja en la poca proliferación de avances biomédicos, especialmente respecto del tratamiento y profilaxis del mismo (Concha; 2007).

La tarea asociada al diagnóstico de verrugas genitales o condilomas comunes es bastante sencilla, en cuanto el diagnóstico se basa en la evidencia clínica, por lo que no es necesario enviar muestras a laboratorios, debido a su localización anatómica e histología. Tampoco se ha establecido la necesidad de enviar muestras a laboratorio para identificar el genotipo de VPH, en cuanto es sabido que corresponden a aquellos de bajo riesgo o benignos.

Se han desarrollado exámenes que podrían determinar tanto la presencia, como el tipo específico del virus, si es que se estuviese infectado; aunque estos solo son aplicables a mujeres ya que en hombres no se ha logrado crear una prueba que diagnostique con certeza la presencia del virus (Raphaelidis; 2006). Actualmente, el examen disponible para mujeres solo se realiza en la medida en que se haya recibido una citología con anomalías. Es decir, para que a una mujer le realicen el test de VPH, primero se debe someter a una citología, luego una colposcopia²² –aunque cabe reconocer que hay países o centros de atención ginecológica específicos que hacen ambos tests al mismo tiempo- y posteriormente, en la medida en que ambas instancias previas hayan sido positivas –es decir, que presentan anomalías o evidencian la presencia de lesiones-, se deriva a la realización de exámenes para detectar la

²² Una colposcopia es una forma especial de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. Esto le ayuda al médico a encontrar áreas anormales del cuello uterino y luego tomarles biopsias.

presencia y tipología de VPH. Los métodos diagnósticos aprobados y utilizados actualmente son (*Ibidem*):

- *PCR-Based assay*: que corresponde al ensayo en base a reacción de polimerasa en cadena. Este ensayo identifica hasta treinta genotipos, incluyendo a 13 de alto riesgo u oncogénicos.
- *Hybrid capture® 2-HC2; Digene, Gathesburg, MD*: es una prueba rápida en lote que detecta al menos 13 tipos de VPH de carácter carcinógeno.

A nivel mundial y ya por varias décadas, se ha instaurado dentro de las políticas preventivas de salud en atención primaria el cribado de CaCu a través del Papinicolau. El Papanicolau o citología vaginal –desde ahora PAP-, es un examen pélvico realizado a mujeres para diagnosticar principalmente CaCu, conocer el estado funcional de las hormonas e identificar alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas que se acumulan en un plazo de 28 días. Consiste en tomar muestras celulares epiteliales en la zona de transición del cuello uterino, en busca de anormalidades celulares que indiquen la presencia de posibles NIE; para lograr esto, se debe recolectar células del interior y alrededor del cuello del útero, con la ayuda de una espátula, cepillo o hisopo especial, muestra que posteriormente es analizada por especialistas en laboratorios (MINSAL; 2010).

El PAP correspondería a una prueba de cribado el cual debería realizarse los primeros años después de iniciarse sexualmente o al cumplir 21 años, lo que suceda primero. Las recomendaciones respecto de la frecuencia con que debe ser realizada esta prueba, depende mucho de la entidad recomendadora: la *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2009) –desde ahora ACOG- señala que las mujeres deberían comenzar a realizarse PAP a los 21 años de edad, independiente de la edad en que se haya iniciado sexualmente, luego cada dos años hasta los 30 años y posteriormente cada tres años en la medida en que las últimas tres citologías hallan presentado resultados normales; sobre los 30 años se recomienda hacerlo combinado con otras pruebas, como la de VPH. Se debe realizar hasta los 65 años, en la medida en que los últimos diez años no se hubiese presentado ninguna anormalidad y bajo supervisión médica; en caso de histerectomía ya no se hace necesario seguir realizándolo, siempre que se haya extraído también el cuello uterino, pero siempre es necesario seguir indicaciones médicas al respecto.

El PAP se caracteriza por ser un examen barato, fácil y simple, que puede ser realizado por cualquier médico, contribuyendo al diagnóstico precoz del CaCu. Una de las mayores desventajas del Pap se asocia con los falsos negativos/positivos²³; a pesar del alto nivel de fiabilidad que hay con este examen, existe un porcentaje de falsos positivos, que no ocurren con mucha frecuencia.

Hay veces en que el PAP es acompañado de una colposcopia, aunque la mayoría de las veces cuando la citología muestra irregularidades se recomienda a la paciente realizarse una colposcopia; esta se realiza a través de un examen pélvico que permite observar más cercanamente el útero, y en caso de que haya lesiones, realizar biopsias. La visión ampliada de las paredes del útero y/o cuello uterino se logra a través del colposcopio, una lente aumentadora que permite un enfoque ampliado del cuello uterino.

En caso de que la citología presente irregularidades, y una vez confirmadas estas irregularidades ya sea a través de nuevas citologías, y/o la realización de una colposcopia, es necesario determinar si se está frente a un cáncer, lesiones precancerígenas o anomalías asociados a otros factores, como por ejemplo hormonales. El instrumento utilizado para interpretar los resultados de la citología se llama el *Sistema Bethesda*, que corresponde a un protocolo para informar los resultados de citología cervical, a través de la clasificación de las anomalías presentadas.

La iniciativa de generar una pauta estandarizada de interpretación de las citologías cérvicouterinas, con un protocolo de tratamiento correspondiente, se estableció a través de una reunión en Maryland, EEUU hacia 1988 denominada Bethesda, que finalmente otorgó el nombre al sistema generado y en la actualidad es utilizado por más del 90% de los laboratorios en EEUU. El sistema creado originalmente fue revisado hacia 1991, y nuevamente en el año 2001, definiendo el protocolo utilizado hasta el día de hoy (Bergerson; 2003).

Este sistema se centró en cuatro puntos básicos: el tipo de la muestra citológica, la calidad de la misma, la clasificación general de los resultados citológicos y la interpretación de los resultados (*Ibidem*).

1. **Tipo de muestra:** se debe indicar si se trata de un Pap, una citología líquida, un examen autoaplicado u otro tipo de muestra. Esto es necesario ya que el tipo de examen hecho,

²³ Diagnosticar la presencia de anomalías cuando no las hay, y también diagnosticar la ausencia de anomalías, cuando en realidad las hay.

condiciona diferencias sustanciales en la muestra²⁴, que posteriormente determinarán si es o no válida.

2. **Calidad de la muestra:** se identifica si es satisfactoria para la evaluación o insatisfactoria para ser evaluada. Este criterio está asociado a características del frotis, que determinan su usabilidad posterior.

3. **Clasificación general** (de carácter opcional):

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad (incluye organismos y cambios celulares reactivos)
- Presencia de células endometriales en mujeres menores a 40 años.
- Anomalías de la celularidad epitelial, se debe especificar si es escamosa o glandular.

4. **Interpretación de los resultados:** durante la replanteamiento de este sistema en el 2001, se decidió cambiar la palabra diagnóstico, por interpretación de los hallazgos morfológicos que deben integrarse en un contexto clínico, en la medida que la citología ha evidenciado no ser completamente segura, por lo que deben agregarse otras pruebas para establecer un diagnóstico final. En esta categoría existen una serie de clasificaciones que se especificarán a continuación:

- Negativo para lesión interepitelial o malignidad.
 - Organismos (se deben especificar la presencia de otros organismos como hongos, herpes, etc, pero también debe quedar establecido que no hayan NIE)
 - Otros organismos no-NIE (estos son opcionales, no es necesario especificar, pero por ejemplo acá correspondería si hay inflamaciones asociadas al dispositivo intrauterino, u otro tipo de anomalías)
- Anormalidades de las células epiteliales (se identifica en dos niveles: las células escamosas y las células glandulares):
 - Células escamosas:
 - Células Escamosas atípicas (ASC-Atypical squamous cells)
 - De significado indeterminado (ASC-US)
 - No se puede excluir HSIL²⁵ (ASC-H)
 - LSIL –Low grade squamous intraepithelial lesion- lesión intraepitelial de carácter leve, que abarca el VPH, displasia leve o neoplasia cervical (NIE 1)

²⁴ Por ejemplo, una citología cervical (pap) se considerará adecuada si tiene entre ocho mil y doce mil células escamosas, mientras que una muestra líquida, solo presenta cinco mil.

²⁵ HSIL: High grade squamous intraepithelial lesión, hace referencia a anormalidades de carácter graves o moderadas de las células del cuello uterino, que podrían traer como desenlace el cáncer.

- HSIL, presencia de anomalías graves en las células epiteliales del cuello uterino, que abarca la displasia moderada a severa, evidencia de carcinoma, NIE 2 y NIE 3.
- Carcinoma de las células escamosas
- Células glandulares
 - Células glandulares atípicas (AGC)
 - Endocervical
 - Endometrial
 - Glandular
 - Células glandulares atípicas que favorecen la neoplasia.
 - Adenocarcinoma²⁶ endocervical in situ (AIS)
 - Adenocarcinoma: endocervical endometrial, extrauterino, o no especificado (NOS).
- Otros: acá se clasifican los frotis citológicos que no presentan anomalías morfológicas, pero donde se halla la presencia de células endometriales benignas en mujeres sobre los cuarenta años, en la medida que la presencia de estas células indica un riesgo aumentado para cáncer del endometrio, por lo que se recomiendan procedimientos más específicos para poder determinar el diagnóstico final.

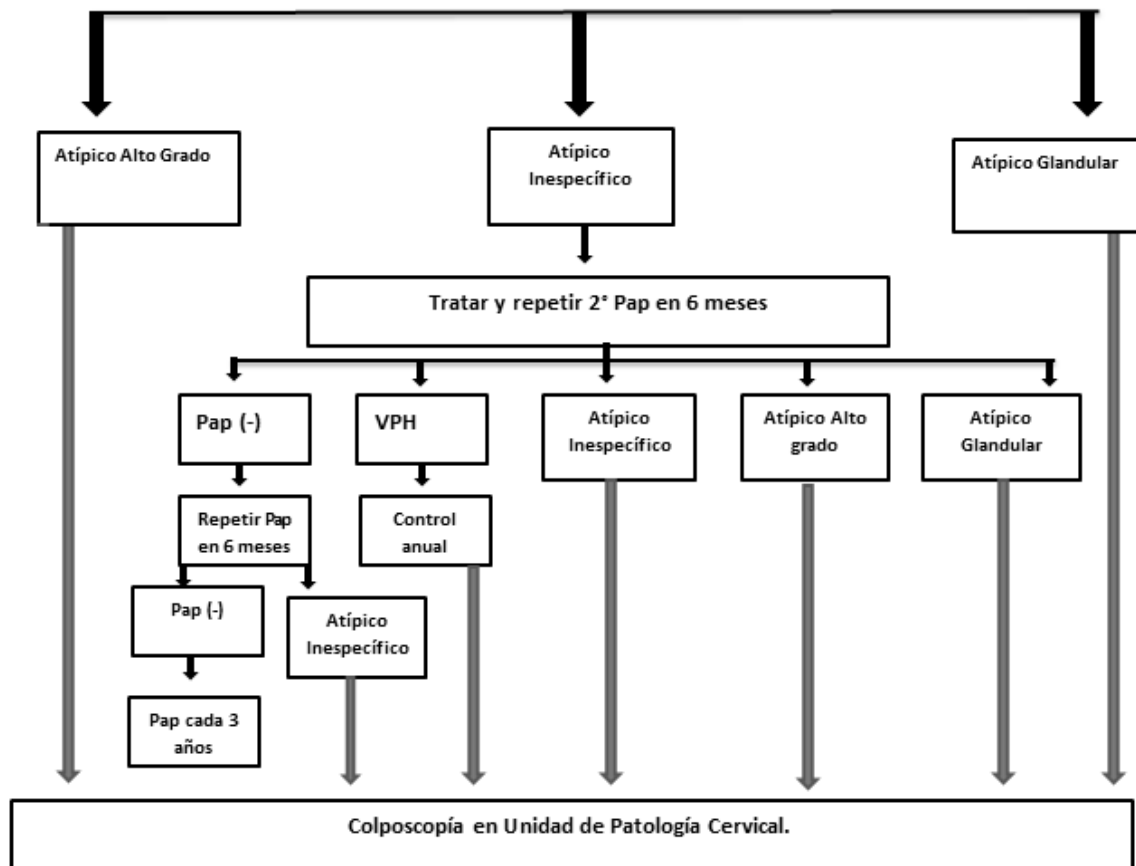
Recientemente se ha desarrollado tecnología que permitiría que la muestra fuese analizada por el VPH: este método corresponde a la citología líquida automatizada, la que ha venido a remplazar el PAP tradicional. Su ventaja particular sería la posibilidad de realizar el test de VPH a la misma muestra, que reduciría la posibilidad de una muestra inadecuada y presenta una tasa equivalente al PAP tradicional para detectar anomalías celulares (Herrero; et.al.; 2008).

The use of liquid-based, instead of conventional cytology has generated enthusiasm and it has become the preferred method in the USA and other developed countries, including the UK where it was recently adopted by the National Program. Several studies showed improved sensitivity (*Ibidem.*; pp. 55).

El protocolo internacional, recogido tanto por las instituciones representativas chilenas como españolas, recomienda seguir los siguientes pasos al presentar resultados atípicos de citología, según la interpretación Bethesda:

²⁶ Cáncer que se inicia en las células que revisten ciertos órganos internos y que tienen propiedades glandulares.

Tabla 3: Derivación de PAP atípico



Fuente: MINSAL; 2010; p.16

En definitiva, una vez que se han identificado tanto células atípicas de alto grado o glandulares, se deriva a la paciente inmediatamente a realizarse una colposcopia en una unidad de patología cervical. En la medida en que las células atípicas sean de carácter inespecífico, se le recomienda a la paciente esperar seis meses y repetirse el examen; si se lo repite y sale negativo, se recomienda volver a los seis meses y si vuelve a aparecer negativo, se recomienda volver a realizarse el PAP cada tres años; por el contrario, si en la segunda citología, presenta VPH, células atípicas inespecíficas, células atípicas de alto grado, o células atípicas glandulares, lo más recomendable es realizarse un colposcopia en la Unidad de Patología Cervical, para descartar o diagnosticar la presencia de CaCu y recomendar el tratamiento que se debe continuar.

Finalmente cabe señalar que si se detecta el CaCu oportunamente a través de la citología, se estima una tasa de supervivencia por sobre el 90% de los casos; aunque también es cierto que

la mayoría de las mujeres que desarrollan CaCu, jamás se han realizado una citología²⁷ (CDC; 2004), hecho que representa el meollo del problema: cómo hacer que las mujeres que no acostumbran a realizarse chequeos preventivos con su ginecólogo, comiencen a hacerlo.

e. Cribado para VPH y CaCu

La noción de prevención secundaria²⁸ aplicable a cualquier enfermedad, se asocia directamente con el cribado y la asistencia de la enfermedad en cuestión. Según la OMS (2008) el cribado se define como la aplicación sistemática de una prueba de detección en una población asintomática con el objetivo de detectar anomalías indicativas de un cáncer –o enfermedad en general- determinado, para diagnosticarlos y tratarlos prontamente. Los programas de cribado serían efectivos al aplicarse a cánceres frecuentes y si existen pruebas de detección costo-eficientes, asequibles, aceptables y accesibles a la mayoría de la población en riesgo. En el caso del VPH y CaCu, cuando se habla de cribado, específicamente se refiere a la aplicación de citologías como protocolo en la atención primaria de salud. El criterio para determinar si finalmente se aplicará la técnica de cribado a la población es la eficiencia: es decir, el costo versus el beneficio económico y sanitario (Cortés; 2006). Reconocer que el VPH es el principal causante de neoplasia cérvicouterina ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad, ya que en la medida en que se tenga controlada la infección, se podría controlar el CaCu.

Según los antecedentes revisados, sería importante el cribado citológico a nivel primario de salud, pero su implementación dentro de las medidas preventivas de salud en atención primaria depende de muchos factores, de los cuales los más determinantes serían los socioeconómicos. *El Diario Oficial de la Unión Europea publicó el 16.12.03 una directiva del Consejo sobre políticas para el cribado de cáncer de cérvix. Se precisaba que para garantizar equidad, cobertura, eficacia y eficiencia, el test debería ser ofrecido en programas poblacionales (Ibídem; p.1).* Así como en Europa y EEUU, en algunos países latinoamericanos también se ha integrado el cribado citológico dentro de las políticas de prevención en salud, aunque los resultados no han sido tan exitosos como en países desarrollados, principalmente

²⁷ En USA de las mujeres que desarrollan cáncer cervical, la mitad jamás se hizo un Pap (CDC; 2004).

²⁸ En salud pública se maneja el concepto de “prevención primordial”, la cual se dividiría en tres, aunque recientemente se ha agregado una cuarta: la prevención primaria correspondería a la promoción de la salud, la protección específica de la salud y la quimio profilaxis; la prevención secundaria correspondería a la detección precoz y la asistencia; la prevención terciaria correspondería al mejoramiento de las funciones del paciente, minimización del impacto y el retraso de las complicaciones asociadas a las enfermedades; mientras la prevención cuaternaria correspondería al conjunto de intervenciones sanitarias que atenúan o evitan las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (Starfield, Hyde, Gérvas, Heath; 2008)

debido a las características del Pap y al alcance que tiene la salud primaria. Las diferencias epidemiológicas asociadas tanto a la prevalencia de VPH como de CaCu, se podría en una primera instancia atribuir a los programas de cribado de CaCu, ampliamente aplicados hace varias décadas en países desarrollados. El cribado sería responsable de la detección temprana de CaCu, en cuanto la primera manifestación que podría indicar un posible cáncer, sería la anormalidad.

The basis of programs that have reduced cervical cancer in developed countries is mass screening with cytology, followed by colposcopy, biopsy and treatment as needed. Each of these procedures has important technical limitations, and successful secondary prevention of cervical cancer requires repeated testing every one to three years and intensive workup procedures very complex and expensive. Although the elements of successful programs have been known for many decades, the resources or the political will to make the necessary investments have been lacking in most developing countries. (Herrero, et.al.; 2008; pp. 51)

Existe una gran cantidad de CaCu de carácter invasivo en mujeres que nunca han se han sometido a una citología, de hecho la inmensa mayoría de las mujeres que desarrollan CaCu, no han sido atendidas adecuadamente por los programas preventivos (Cortés; 2006). Pero además hay teorías que aseveran que una de las razones sería la negación de estas mujeres a realizarse un examen pélvico debido a la incomodidad que representa. Haciendo frente a esta situación es que surge una alternativa para estas mujeres: la citología autoaplicada. Con esta técnica la mujer podría extraerse una muestra vaginal, desde la comodidad de su hogar. Se ha comprobado que este sistema tiene una alta efectividad, similar a la citología tradicional, y que sería una buena medida para ser incorporada en los programas de cribado en busca de VPH, ya que a diferencia de la citología tradicional, esta muestra permitiría la aplicación del test de presencia y tipología de VPH (Herrero, et.al.; 2008).

La citología es criticada por la baja y variable sensibilidad que presenta (dependiendo de los laboratorios y otros factores sociales), requiere de múltiples visitas (cuando el doctor lo solicita, el examen mismo y la posterior entrega y discusión de los resultados) y además está comprobada la dificultad de incluirlo exitosamente en países de Latinoamérica y el Caribe, especialmente los más pobres (*Ibidem*). Pero mientras no se encuentren alternativas, las medidas de salud pública deberían enfatizar en mejorar la calidad de la citología.

Pese a su éxito, la citología tiene limitaciones importantes, siendo los falsos negativos la principal (cerca de la mitad de los frotis son falsos negativos); cerca de un tercio de ellos atribuibles a errores en su interpretación y dos tercios a la toma de muestra y preparación de la placa. En nuestro país²⁹ aparentemente estos problemas serían de baja magnitud, existiendo

²⁹ Está haciendo referencia a Chile.

una citología de buena calidad, siendo su problema principalmente la cobertura (ideal: 80% de la población susceptible, real: 64%). (Serman; 2002; pp.319-320)

A pesar de que se ha comprobado que la citología tiene una mayor confiabilidad en países desarrollados, respecto de los países en vías de desarrollo -lo que se explicaría por la calidad de los laboratorios, en los procesos intermedios entre la extracción de la muestra, su llegada al laboratorio, y los recursos que disponen para este tipo de examen-, se ha establecido que los resultados falsos –tanto negativos como positivos- representan una sobrecarga económica para el sistema.

El cribado de cáncer de cérvix basado en la citología ha funcionado muy correctamente: en el Reino Unido –con estrategia poblacional desde 1988- ha evitado una “epidemia” que hubiera matado a 1 de cada 65 mujeres británicas nacidas a partir de 1950 y culminada con alrededor de 6000 muertes por año en este país. Informaciones recientes cifran en un 75% de reducción el impacto sobre la mortalidad por cáncer de cérvix obtenida en los países que han adoptado políticas adecuadas de cribado. Los cribados de cáncer de cérvix presentan efectos indeseados, especialmente no forma de sobre diagnósticos y sobre tratamientos, fundamentalmente relacionados con la NIE grado I, lesión 80-90%. Es aconsejable que los recursos diagnósticos y terapéuticos se centren en el NIE II – III, auténtica lesión pre-neoplásica. Esto es particularmente relevante en términos de costes: 3 de cada 5 dólares que se gastan en USA en los programas de cribado de cáncer de cérvix se destinan a evaluar, seguir y eventualmente tratar resultados citológicos inciertos y/o NIE I. (Cortés; 2006; p.1)

Dada que la gran mayoría de casos de CaCu son provocados por la infección con el virus en cuestión, y que este cáncer correspondería al segundo más prevalente entre mujeres a pesar de que el examen del PAP está disponible hace más de 50 años, se ha establecido que sería una alternativa a la citología, la implantación por protocolo del test para VPH. La evidencia científica muestra que en los países desarrollados efectivamente hay un decrecimiento de la incidencia de CaCu después de la introducción del PAP, pero hace un tiempo esta cifra se ha estabilizado, necesitando la aplicación reiterada de este test para alcanzar una sensibilidad - diagnóstica- aceptable (Mayrand, et.al.; 2007). Actualmente hay países en que por protocolo, al obtener un resultado anormal de la citología, se realiza un examen de VPH; aunque la ACOG ha establecido orientaciones que apuntan hacia la combinación de la examinación por VPH con el Papanicolau en mujeres mayores de 30 años (ACOG; 2003), estrategia que aún no se instaurado en la mayoría de los países debido al alto costo que implicaría.

However, before cost-effective implementation of population-based hrHPV³⁰ testing in cervical cancer screening and prevention can be envisaged, any candidate HPV testing technologies must offer an optimal balance between clinical sensitivity and specificity for detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 and treatable cancer (<CIN 2) to minimize redundant or excessive follow-up procedures. (Meijer, et. al.; 2009; p. 516)

³⁰ hrHPV: High risk HPV; es decir, VPH de alto riesgo, oncogénicos.

Otra observación importante es que la citología no necesariamente está acompañada de una colposcopia, sino que esta es solo recomendada en la medida en que se presenten citologías anormales o la presencia de lesiones leves; el problema es que no todas las LSIL necesariamente evolucionarán hacia el cáncer, y se ha comprobado que la gran mayoría de estas desaparecen con el paso de los meses, por lo que recomendar una colposcopia a todas las mujeres que presenten anomalías en el Papanicolaou significaría una carga del sistema sanitario, lo que se podría evitar recomendando una repetición de la citología dentro de seis meses (Herrero, et.al.; 2008).

The real precursor of cervical cancer is persistent HPV infection, which can be detected with one of the following methods alone or in combination: 1) testing woman repeatedly for HPV; (2) restricting screening to age groups where infections are more likely to represent persistent infections; or (3) detecting cytologic or visual abnormalities associated with persistent infections. (*Ibidem*; pp.54)

En este sentido, la clave sería detectar los VPH persistentes que están asociados al desarrollo de NIE, especialmente las más graves, y diferenciarlas de aquellas que tienen un carácter transitorio; este desplazamiento de la estrategia de pesquisa temprana para lesiones precancerígenas ha suscitado mucho revuelo en el ámbito de la salud pública, donde existen opiniones contradictorias respecto tanto de su efectividad y su costo:

Testing cervical specimens for DNA of oncogenic (high-risk) types of human papillomavirus (HPV), the causal agents of cervical cancer, has entered clinical practice, but this test is used mainly to triage for colposcopy those women with Pap smears labeled as "atypical squamous cells of undetermined significance". Nonrandomized studies and reviews indicate that HPV testing is more sensitive than Pap testing for identifying cervical cancer and its precursors in population screening. HPV testing has received only limited approval as an adjunct to Pap cytologic testing, however, and only in the United States, even though no published, randomized, controlled trials have compared Pap testing alone with cotesting. Cotesting substantially increases the cost of screening by doubling the number of tests. (Mayrand, et.al; 2007; p.1580)

Actualmente se están realizando estudios que plantean el test de VPH como de primera línea en un corte de edad por encima de los 25-30 años, aplicando en un segundo momento la citología, solo en aquellos casos en que los resultados de VPH sean positivos, y la colposcopia correspondería a un tercer momento, posterior a la examinación por VPH y la citología, y en el caso de que los resultados arrojaran la presencia del virus y de anomalías, respectivamente (Cortés; 2006)

El ahorro de costes parece cierto: una fracción del 85%-90% de mujeres pasarían a control cada 5 años. El ensayo holandés ha estimado que este esquema supondría un ahorro de no menos de un 30% sobre el gasto que genera el programa clásico de citología. (*Ibidem*; p.4)

Tanto la OMS como el IARC recomiendan la inclusión del cribado en búsqueda del VPH en conjunto con el Papanicolaou (Serman; 2002). Este nuevo “modelo de CaCu orientado hacia el VPH” gradualmente debería remplazar los sistemas antiguos basados en la citología e histología. Si se aplica bien, la tecnología asociada con VPH podría minimizar la incidencia de CaCu, su morbilidad y mortalidad, incluso en ambientes con escasos recursos (Schiffman, et.al.; 2007).

Estudios recientes han demostrado que aún con adecuado control de calidad, la citología convencional tiene en promedio una sensibilidad de 53% (95% IC:48,6-57,4%) en Europa y Estados Unidos. Esta observación sugiere que el éxito de algunos de estos programas no reside en la sensibilidad de la prueba, sino en la repetición constante de la misma y en el seguimiento sistematizado de mujeres con anomalías citológicas que aseguran el diagnóstico y el tratamiento definitivo de lesiones detectadas, modelo que no se ha logrado replicar en regiones con escasos recursos (Almonte, et.al; 2010; p.545).

f. Estadios clínicos de CaCu

Una vez que se ha determinado la presencia de cáncer, se hizo necesaria generar una clasificación para estandarizar las recomendaciones clínicas respecto del tratamiento que se debía seguir. Los estadios están determinados y clasificados según la FIGO –Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia- respecto de la fase en que se encuentra el cáncer. Es decir, cuando se tiene la certeza de que se está en presencia de un carcinoma, se debe establecer la gravedad y avance de este, lo que se logra a través de la siguiente clasificación:

- **Estadio 0:** Carcinoma in situ.
- **Estadio I:** carcinoma limitado al cérvix.
 - **Estadio IA:** Carcinomas invasivos diagnosticados por microscopio; la invasión debe tener una profundidad máxima de 5mm y no más de 7mm de ancho.
 - Estadio IA1: Invasión epitelial no mayor a 3mm de profundidad.
 - Estadio IA2: Invasión epitelial entre 3 mm y no mayor a 5 mm.
 - **Estadio IB:** Lesiones clínicas limitadas al cuello uterina o lesiones preclínicas de mayor extensión que el estadio IA.
 - Estadio IB1: lesiones clínicas no mayores a 4 cm de tamaño.
 - Estadio IB2: lesiones clínicas de más de 4 cm.
- **Estadio II:** el carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no llega a la pared pélvica.
 - **Estadio IIA:** Lesiones en la parte superior de la vagina, sin llegar al tercio inferior.
 - **Estadio IIB:** afectación del parametrio proximal, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

- **Estadio III:** el carcinoma se encuentra también en la pared pélvica y/o el tumor afecta el tercio inferior de la vagina.
 - **Estadio IIIA:** Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.
 - **Estadio IIIB:** Extensión a la pared pélvica, insuficiencia renal.
- **Estadio IV:** Carcinoma se extiende más allá de la pelvis o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal
 - **Estadio IVA:** Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
 - **Estadio IVB:** Propagación a órganos distantes.

g. Tratamiento de VPH

Dadas las dificultades en el plano bioquímico para replicar el virus en cuestión, se ha dificultado tanto la búsqueda de tratamientos como de profilaxis efectivas para el VPH. Actualmente no existen fármacos específicos que puedan ser usados de modo sistemático, con un bajo perfil de toxicidad y con alta efectividad contra el virus, por lo que el tratamiento se ha enfocado principalmente en la utilización de métodos terapéuticos que ataquen y destruyan las células infectadas: las verrugas y el CaCu. El problema asociado es que no existe ningún tipo de estudio que determine que el tratamiento clínico de las lesiones, afecta el virus o previene su posterior transmisión (CDC; 2004).

El VPH, a diferencia de otros virus, no crece en cultivos celulares de una manera que permita la realización de ensayos antivirales adecuados. Por otro lado (...) el VPH codifica solo 9 a 10 tipos de proteínas, carece de proteasas, ADN polimerasa, o de enzimas involucradas en el metabolismo de los nucleótidos. Todo esto ha impedido el desarrollo de terapias específicas control el VPH. (Concha; 2007; p.209)

TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS CUTÁNEAS Y ANO-GENITALES

Los tratamientos desarrollados hasta el momento son de carácter: físicos, químicos, quirúrgicos y/o combinados. Los factores que inciden en la decisión respecto de qué terapia utilizar son: el tamaño de la(s) verruga(s), el sitio anatómico afectado, el costo, la conveniencia, efectos adversos, experiencia del profesional y finalmente, la preferencia del paciente (Concha; 2007). Aun así, llama la atención la mínima diferencia en los resultados de las diferentes terapias utilizadas, donde las terapias mencionadas, aparecen como equivalentes en cuanto a los resultados.

El tratamiento de verrugas genitales se divide en dos grupos: los autoaplicados por pacientes y los facilitados por el médico. El tratamiento auto-aplicado farmacológico se basa principalmente en la utilización de Podofilotoxina de efecto citotóxico directo. Para la

utilización de este medicamento debe establecerse una vigilancia cuidadosa de efectos locales indeseados (riesgo de ulceración). En conjunto con la Podofilotoxina se hallaría el Imiquimod (Aldara®), que corresponde a un modificador de la respuesta inmunitaria. No hay teratogenia descrita, pero su seguridad en el embarazo no está precisada (Martínez, et.al.; 2010).

El podofilino/podofilotoxino y el ácido salicílico constituyen la primera opción costo-beneficio en verrugas genitales y cutáneas, respectivamente. La segunda línea de tratamiento para verrugas cutáneas vulgares es la crioterapia, mientras que en las recalcitrantes se incluye la crioterapia, electro-cirugía y la bleomicina intra-lesional, en conjunto con imiquimod oclusivo, inosine pranobex o dinitro-clorobenceno. En el caso de verrugas genitales, la primera y segunda línea incluye el tratamiento quirúrgico y el uso de imiquimod. La crioterapia y el ácido tricloroacético son generalmente terapias de tercera línea, salvo en el caso de verrugas del meato urinario y mujeres embarazadas respectivamente. En las verrugas recalcitrantes genitales, se recomienda emplear terapia de tercera línea, incluyendo cirugía, en combinación con imiquimod y cidofovir. (Concha; 2007; p.214)

Los tratamientos médicos más aplicados son la crioterapia, la electroterapia y el láser, los cuales deben ser llevados a cabo en un centro de atención que tenga las herramientas y comodidades necesarias (Martínez, et.al.; 2010).

TRATAMIENTO NIE Y CACU

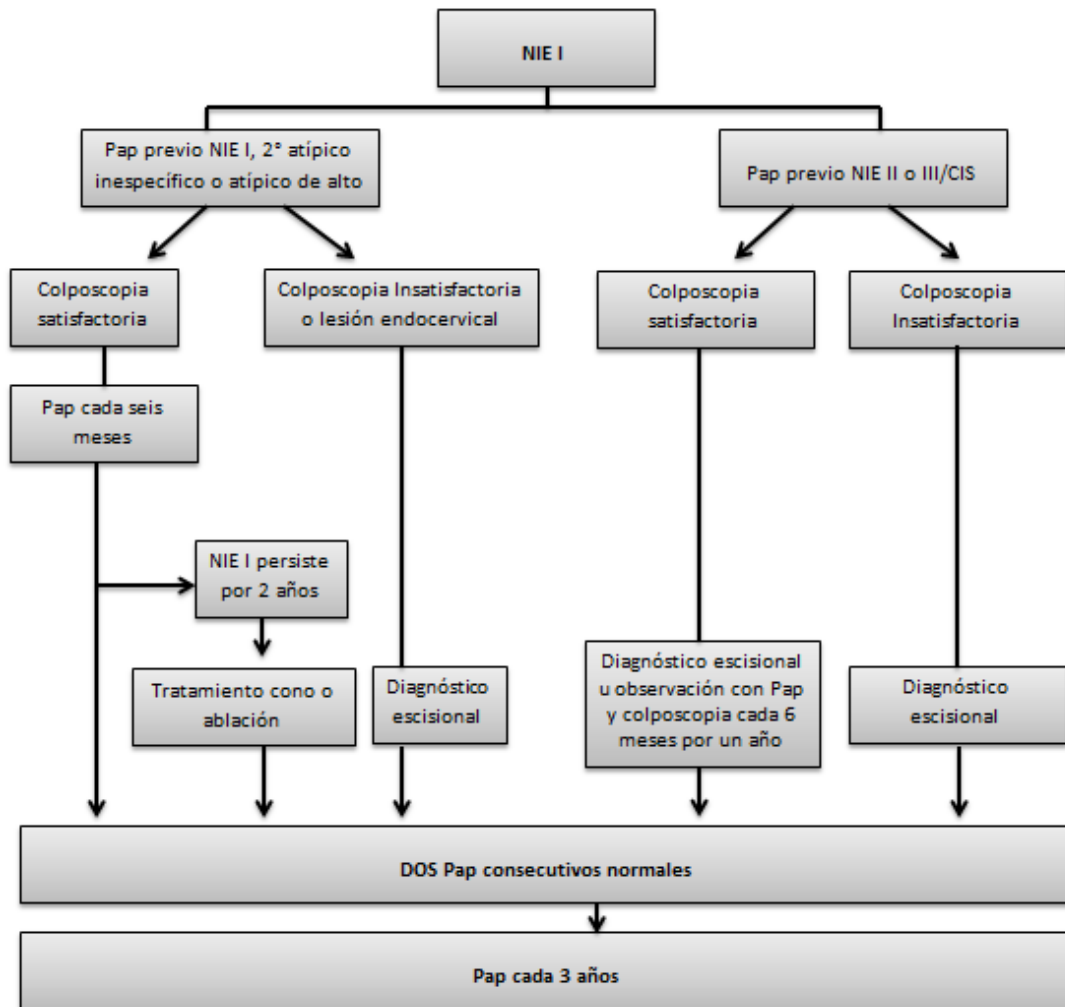
Una vez que se ha detectado la presencia de lesiones cancerígenas o pre cancerígenas, empieza la estrategia de intervención que pretende reparar el daño y además prevenir su agravamiento. Ya diagnosticado el CaCu invasor, se requieren exámenes adicionales para determinar el tratamiento, el cual dependerá de la extensión de la lesión, de factores del individuo –como la edad, si manifiesta o no deseo de conservar la fertilidad, presencia de otras condiciones médicas- y del criterio del equipo tratante (Serman; 2002).

Lo primero es saber que grado de NIE presenta la mujer en cuestión; por ello se ha hecho una clasificación basada en la historia natural de esta enfermedad, que implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras: neoplasias intraepiteliales –NIE- I, II y III o carcinoma in situ –CIS-, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido (*Ibidem*).

La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para la NIE II, y 35 a 49 para NIE III. (...) Según distintos estudios, la NIE I regresa en cerca del 70% de los casos, mostrando en cambio la NIE III una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70% y una tasa de regresión de 32%. La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5. Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos, se considera al NIE I como NIE de bajo grado y a las NIE II y III como de alto grado. (*Ibidem*; p. 318).

El tratamiento asociado a curar las NIE de bajo grado varía según el criterio del profesional sanitario, desde el seguimiento basado en la observación, hasta terapias excisionales; si las lesiones se vuelven persistentes, deberían ser tratados con terapias ablativas³¹ ambulatorias (*Ibidem*). Aun así, existen recomendaciones de la FIGO, las cuales son considerados en la gran mayoría de los casos, consolidándose como el protocolo a seguir en la mayoría de los casos.

Tabla 4: Protocolo atención de NIE I



Fuente: MINSAL 2010; p.27

Si a través del diagnóstico se establece la presencia de NIE de alto grado, las guías de manejo recomiendan el curetaje endocervical, en la medida en que no existan lesiones visibles en el ectocervix. *En toda paciente con NIE de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electroconización para excluir enfermedad invasora.* (Serman, 2002; p.320).

³¹ Extirpación de un órgano en medicina.

El siguiente cuadro explica los pasos a seguir según los protocolos internacionales y recomendaciones de la FIGO:

Tabla 5: Protocolo NIE II y III



Fuente: MINSAL; 2010; p.28

Si se ha establecido que la paciente tiene un cáncer invasor, se requieren exámenes adicionales para establecer la etapa o estadio de la enfermedad –según las clasificaciones establecidas por la FIGO- ya que el tratamiento dependerá de las características de la lesión. Estos variarán desde la radioterapia, su combinación con quimioterapia, hasta la histerectomía radical (que también deberá ser acompañada de radioterapia) (Serman; 2002).

Las recomendaciones de la FIGO respecto del tratamiento son las siguientes:

- Estadio 0: el carcinoma in situ de cérvix tiene buen pronóstico si es tratado adecuadamente; las opciones para el tratamiento, dependiendo de los factores ya señalados son:
 - Ablación mediante asa de diatermia (LEEP)³².

³² Procedimiento para tratar NIE de alto grado, donde con la ayuda de un lazo de alambre, se hace circular una pequeña corriente eléctrica regulada.

- Conización mediante láser.
- Conización clásica con bisturí frío.
- Histerectomía para pacientes postmenopáusicas.
- Estadio IA: se recomienda para algunos casos la conización, histerectomía total e histerectomía radical, dependiendo de las características específicas.
- Estadio IB: es recomendable la radioterapia en conjunto con histerectomía radical con disección bilateral de ganglios linfáticos, o histerectomía radical con linfadenectomía pélvica.
- Estadio II: se comparten los criterios anteriores para sus fases menos graves, pero para aquellos casos más severos, se recomienda seguir los mismos pasos que para el estadio III.
- Estadio III: Se recomienda la radioterapia pélvica o aórtica, en conjunto con la braquiterapia y a la quimioterapia concomitante.
- Estadio IV: Radioterapia pélvica paliativa seguida de quimioterapia sistémica paliativa opcional.

h. Profilaxis del VPH

PRESERVATIVOS

Está ampliamente aceptado en la comunidad científica el hecho de que los preservativos de látex no son 100% efectivos en la prevención de la infección por VPH debido a que no se necesita la penetración para el contagio, sino que por el contrario, con el solo contacto de genitales, mano-genitales, etc. se podría lograr la infección; a pesar de que las partículas virales no pueden atravesar el látex del condón, la zona genital no cubierta podría albergar VPH o ser infectadas con el virus. Incluso con este antecedente, se ha logrado determinar que su uso baja las probabilidades de contagio, presumiblemente debido a que se baja la exposición y con ello la carga viral.

Para que exista una siembra, el virus se debe encontrar en su estado de virión, lo que solo ocurre en lesiones proliferativas. Interesante fue el hallazgo, en un estudio randomizado, de mejoría en mujeres portadoras de NIE, y de parejas masculinas con menor índice de verrugas, cuando éstos utilizaban siempre preservativos. (Concha; 2007; p.213)

La evidencia respecto del uso del condón para prevenir el contagio no es conclusiva, ya que hay estudios que determinan que sí es importante para prevenir el contagio, mientras existen otros que afirman lo contrario (CDC; 2004). Las teorías que apuntan hacia la efectividad – aunque no completa, pero hay quienes afirman que alcanzaría el 70%- lo explican a través del argumento de la carga vírica: al reducirse la zona de exposición, se reduciría también la carga

viral y al ser menor, es más probable que el sistema inmune lo neutralice. *Condom use also appears to protect against HPV persistence in women, potentially by decreasing the viral load to which they are exposed overtime* (Raphaelidis; 2006; p.330).

A pesar de que no hay estudios empíricos al respecto, también se ha establecido que el preservativo femenino, al cubrir una mayor parte de la zona genital, podría ser más efectivo que el preservativo masculino.

VACUNA

Hacia el 2006, la FDA autorizó la comercialización de las vacunas que prometían revolucionar las estrategias preventivas de VPH a nivel primario, inexistentes hasta el momento. A diferencia de la mayoría de las vacunas, en que se proporciona una parte del virus con la intención de que el sistema inmune genere resistencia, estas vacunas tienen una proteína similar al VPH. Hecho atribuible a la incapacidad de hacer crecer a este virus en laboratorio, incapacitando el posterior desarrollo de vacunas con características convencionales, entre otras cosas.

HPV vaccines are subunit vaccines consisting only of the L1 protein assembled into macromolecular structures known as virus-like particles (VLPs). HPV L1 VLPs are conformationally correct empty capsids that are morphologically and antigenically almost identical to the virus particle. They contain no DNA and therefore are not infectious. (Stanley; 2008; p.389)

En particular se han desarrollado dos vacunas que en la actualidad son comercializadas en gran parte del mundo occidental:

Cevarix, a bivalent vaccine against HPV types 16 and 18 (manufactured by GlaxoSmithKline Biologicals, Rixensart, Belgium) and Gardasil, a quadrivalent vaccine against HPV types 6, 11, 16 and 18 (manufactured by Merck, Whitehouse Station, NJ) are available for the prevention of cervical precancerous lesions and cancers related to vaccine HPV types. The quadrivalent HPV vaccine also provides protection against genital warts associated with the low-risk HPV types 6 and 11. (Castellsagué, et.al.; 2012; p.948)

Como se puede inferir, las vacunas desarrolladas solo previenen ciertos tipos de VPH, justamente los que parecen ser más prevalentes a nivel global. Cevarix® previene contra los VPH oncogénicos 16 y 18 –documentados como los más prevalentes-, al igual que Gardasil® - también conocida como Silgard-, que además prevendría contra los tipos 6 y 11, principales causantes de las verrugas o condilomas genitales. La primera se administra intramuscularmente en un período de 0, 1 y 6 meses; mientras que la segunda se aplica a los 0, 2 y 6 meses (Martínez, et.al.; 2010). *Both vaccines have undergone randomized placebo-controlled double-blind clinical trials (RCTs) in women in North America, Latin America, Europe*

and Asia Pacific and have been granted a license in many countries and for the European Union by European Medicines Evaluation Agency (Stanley; 2008; p.389).

Dada la alta prevalencia de VPH en la población sexualmente activa, las recomendaciones respecto de la aplicación de la vacuna apuntan hacia la inmunización de la población joven previa a su iniciación sexual, para evitar certeramente el posible contagio. Aun así en la Unión Europea la vacuna Gardasil® está permitida para ser usada por la población entre 9 y 26 años, mientras que Cevaxix® sería entre los 10 y los 25 años de edad. La licencia obtenida permite su aplicación tanto a hombres como a mujeres. A pesar de las licencias, los países en particular han recomendado implementar la vacunación en aquella población que pertenece al rango etario entre los 10 y 14 años (dependiendo del país), y específicamente a mujeres³³, o en este caso chicas jóvenes (Stanley; 2008). Solamente en Australia se ha recomendado también vacunar a los varones.

A pesar de las medidas específicas en las campañas de vacunación –que recomiendan vacunar a mujeres antes de la iniciación sexual- que responden a las lógicas de costo-beneficio -que predominan en el área de la salud pública³⁴- se podría administrar la vacuna en mujeres mayores de 26 años, aunque la respuesta inmunitaria es menor a medida que aumenta la edad, el nivel de anticuerpos es tan alto que probablemente la eficacia en este grupo de mujeres sea baja. También se podría vacunar a mujeres con citología anormal, test del VPH positivo y condilomas genitales. La mujer que cumple estos criterios no está infectada por los cuatro tipos virales que incluye la vacuna tetravalente, por tanto la vacunación puede aportar protección adicional contra los tipos no adquiridos (Martínez, et.al.; 2010).

Los estudios disponibles en hombres demuestran su inmunogenicidad, pero falta por documentar su eficacia, por lo tanto la vacunación a hombres con el fin de reducir la transmisión y otros tipos de cáncer orofaríngeos o anogenitales, no parece ser una prioridad pronta de integrarse en los protocolos de vacunación internacionales.

³³ A pesar de que hay textos que aseguran que la vacuna no tiene como único objetivo la prevención de CaCu, al vacunar solo a la población femenina, se está contradiciendo con este principio, ya que se está utilizando para controlar principalmente este cáncer y las manifestaciones clínicas en mujeres, y no así a los hombres, quienes han quedado relegados erróneamente como un vector de la enfermedad. Esto se debe principalmente a los pocos avances a nivel biomédico en el tratamiento y diagnóstico de VPH en hombres. Es importante recalcar que en la actualidad no existe un examen diagnóstico de VPH para hombres, y que la incidencia de cáncer de pene, próstata, uretra y testículos, es significativamente menor que la relación entre VPH y CaCu. Aun así, no se toma en cuenta el cáncer de ano y el orofaríngeo que según estudios recientes, se están asociando cada vez más al VPH de carácter oncogénico.

³⁴ Hay estudios que avalan la noción de que vacunar a mujeres iniciadas sexualmente presentaría una efectividad menor respecto de jóvenes que aún no se inician sexualmente, lo que traería como consecuencia el alza del costo de los programas de vacunación. Este es el principal criterio para excluir a mujeres mayores de las campañas de vacunación masivas.

Uno de los trabajos más importantes que deben realizar las instituciones encargadas de la Salud Pública de cada país o región respecto de la vacuna, sería establecer la prevalencia de los genotipos específicos de VPH que hay en la población, para ver la potencial efectividad de la vacuna. Aunque incluso sin este antecedente, se puede afirmar que la implementación de una vacuna que efectivamente prevenga la infección por VPH sería un gran avance para la salud pública mundial, a pesar de que la vacuna profiláctica para el VPH llevará años en ser asequible para la salud pública en países latinoamericanos y del caribe, e incluso más tiempo en incidir en las cifras de CaCu (Herrero, et.al.; 2008).

Hay varias críticas a la vacuna, respecto de los efectos adversos que se han presentado en algunas partes del mundo (que siempre han sido minoritarias, pero no por ello poco graves); se critica su eficacia en otros países donde los tipos de VPH prevalentes no coinciden con los aplicados por la vacuna. Hay quienes se cuestionan qué pasará con la vacuna a largo plazo, si es que habrá que volver a vacunarse después de un período o no, o si efectivamente la inyección de la proteína similar al VPH solo previene la manifestación clínica o si también impide la infección por VPH. Se ha criticado el lobby de las farmacéuticas en ciertos países para la instalación de programas de vacunación, a pesar de las pocas certezas que hay a su alrededor, y del alto precio que este tienen. Aun así, si la vacuna efectivamente demuestra ser efectiva, segura y viable, representaría un gran avance para la salud pública mundial.

Desde el año 2008, la vacuna ha sido integrada en calendario vacunal de las adolescentes españolas, a quienes se recomienda vacunar entre los 11 y 14 años, mientras que en Chile aún no se ha logrado integrar en las políticas públicas sanitarias preventivas.

B. SISTEMAS SANITARIOS CHILENO Y ESPAÑOL

a. Sistema sanitario chileno

Chile está conformado por un sistema mixto –en lo que respecta al sistema sanitario–: público y privado. Ambos participan en la provisión de servicios y en la administración de los fondos de salud y por ello están regidos por el MINSAL (Ministerio de Salud), quien tiene una Superintendencia de salud encargada de supervisar el sector privado. El MINSAL es la máxima autoridad en materia de Salud, a través de él, el Estado cumple su rol de garantizador de acceso a la salud por parte de la población.

Subsector público (OPS, 2011)

En el sector público el nivel operativo correspondería a los servicios de salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento; mientras que el nivel financiero concerniría al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Cada uno de estos organismos dependen directamente del MINSAL, y en su totalidad conformarían el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

En Chile, todos los cotizantes del sistema público tienen la posibilidad de atenderse en los establecimientos del SNSS o utilizar el sistema de libre elección, donde se puede recibir atención de instituciones privadas adscritas a FONASA. Las personas carentes de recursos, como también los indigentes, pueden acceder a atención gratuita, aunque solamente en los establecimientos del SNSS. En general la atención primaria de salud es gratuita, así como las instancias de prevención y promoción de la salud. En Chile, el sector público es responsable de la atención de aproximadamente el 70% de la población del país inscrita en la atención primaria de salud (APS), estableciéndose una red de salud que nace en los consultorios externos responsables de la atención primaria, se extiende al nivel secundario de salud constituido por los Centros de Referencia de Salud (CRS) y por los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), y alcanza finalmente a los hospitales públicos, de diversa complejidad. La forma centralizada en que se otorgó la atención médica especializada y que caracterizó a la salud pública en el siglo pasado se ha modificado a partir del último decenio del siglo XX por la incorporación en el país los CDT y CRS como centros de salud secundarios, descentralizados, intermediarios entre el nivel primario y el terciario. (Acevedo, et.al.; 2007)

El SNSS estaría conformado por las siguientes instituciones:

Ministerio de Salud (MINSAL): Perteneciente al poder ejecutivo, es la máxima autoridad nacional en materia de salud en Chile y representa el nivel normativo dentro de la organización del sistema de salud; es facultad del mismo Presidente de la República el nombramiento del ministro. Al MINSAL le corresponde formular políticas de Salud y entre sus principales funciones se destacan las siguientes:

- Dirigir y orientar las actividades relativas al SNSS del Estado.
- Formular planes y programas generales del sistema.
- Coordinar actividades de los organismos del SNSS.
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de Salud.

Los Servicios de Salud: Responsables de la ejecución de acciones de promoción, prevención y atención en salud y rehabilitación de la población. Compuesto por una serie de organismos

descentralizados que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio; además de un Director que sería un funcionario de confianza del Presidente de la República. Sus principales funciones son la supervisión, coordinación y control de los establecimientos y servicios del sistema. Dada la geografía chilena (una franja larga y angosta) a lo largo de los años se ha buscado sistemáticamente una política descentralizadora, por lo que los servicios de salud se organizan por regiones³⁵. Los sistemas de atención primarios de salud están normados y son responsabilidad de los municipios en los cuales se encuentran; mientras que el resto de los servicios están supeditados al Ministerio de Salud, a través de las SEREMI's (Secretaría Regional Ministerial –correspondiente al MINSAL).

Los servicios de salud están compuestos por veintinueve organismos y el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente; cada uno de estos organismos está compuesto por una red de hospitales, servicios de atención en salud y la respectiva área administrativa.

Fondo Nacional de Salud (FONASA): Organismo público encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a garantizar la salud de la población, erigiéndose como el Seguro Público de Salud, disponiendo de los recursos aportados por la ley de presupuesto nacional, de la cotización obligatoria de salud de los afiliados al sistema público, al copago de prestaciones, entre otros. Este tiene el objetivo de proveer atención en salud a todos los chilenos, tanto a los cotizantes, como a aquellas personas que no tienen recursos para aportar al fondo y deben ser financiados por el Estado a través de un aporte fiscal directo (OPS; 2011). Según el MINSAL (2008) el seguro público cubre al 68% de la población, mientras que los seguros privados alcanzarían al 22%. En FONASA los usuarios son principalmente mujeres y adultos mayores. El 10% restante pertenece a otros sistemas, principalmente a los asociados a las Fuerzas Armadas, quienes se financian con otros aportes fiscales (como el 10% reservado de las ganancias del cobre). A diferencia de las instancias privadas conocidas como ISAPRES, FONASA da cobertura de salud a todos los beneficiarios a través de bonificaciones totales o parciales en las prestaciones de salud que son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y/o privado, sin discriminar por edad, sexo, nivel de ingreso, cargas familiares y/o enfermedades preexistentes (Jiménez, Rojas; s/f), en definitiva sus funciones serían:

³⁵ Chile está dividido en 15 regiones, cada regiones tiene divisiones provinciales y comunales; las comunas están regidas por las Municipalidades –equivalente a los ayuntamientos- mientras que las provincias –subdivididas en comunas- estarían regidas por Intendencias.

- Financiar las acciones de salud (adquisición de equipos, instrumental, implementos y otros elemento de infraestructura requeridos por la SNSS).
- Financiar total o parcialmente las prestaciones que se otorgan bajo la modalidad de libre elección.
- Colaborar con el MINSAL en la evaluación y definición de presupuesto del SNSS.

A través de FONASA se atiende a los afiliados que realizan cotizaciones en el sistema público-y sus cargas familiares-, a mujeres embarazadas y su hijo hasta los 6 años—estén o no afiliados- y a personas indigentes y/o que gocen de pensiones asistenciales -y sus cargas-

Este sistema maneja valores y coberturas segmentadas según ingreso, para llevar esta idea de arancel diferenciado en cuanto a copago se trata; para ello, FONASA establece cuatro grupos:

- Grupo A: Personas indigentes, beneficiarios de pensiones asistenciales y beneficiarios de subsidio familiar. Este grupo se atiende gratuitamente, no necesita cotizar mensualmente y además FONASA bonifica el 100% del valor de las prestaciones solamente si son atendidos en la red que conforma el SNSS.
- Grupo B: Afiliado cuyo ingreso mensual no exceda el sueldo mínimo, que actualmente asciende a los \$182.000³⁶ mensuales, quienes deben entregar el 7% de su sueldo. Tiene acceso y gratuidad en las atenciones de salud en la red pública.
- Grupo C: Con un sueldo entre \$182.000 y \$ 265.720³⁷ mensuales, que deben realizar un copago del 10% (en la red de SNSS).
- Grupo D: Con un sueldo que supere los \$265.720, que deben realizar un copago del 20% (en la red de SNSS).

Tabla 6: Clasificación por tramos de ingreso

	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
NIVEL DE INGRESOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪Indigentes o carentes de recursos ▪Beneficiarios de pensiones asistenciales (D.L. 869/75) ▪Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪No exceda ingreso mínimo mensual. ▪Superior al ingreso mínimo mensual y hasta 1,46 veces dicho monto con 3 o más cargas legales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Superior al ingreso mínimo mensual y hasta 1,46 veces dicho monto, siempre que sus cargas legales no excedan de dos. ▪Superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual con 3 o más cargas legales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual, siempre que sus cargas legales no excedan de dos.
PORCENTAJE DE COPAGO	0%	0%	10%	20%

Fuente: fonasa.cl

³⁶ Lo que correspondería a 260 Euros aproximadamente.

³⁷ 385 Euros aproximadamente.

Instituto de Salud Pública (ISP): Esta institución actúa como “Laboratorio Nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de Salud Pública, en los campos de microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional” (Jiménez, Rojas; s/f; p.5). Dentro de sus principales funciones se pueden establecer el control de calidad de todos los productos afectados a control sanitario, así como la instalación y supervisión del funcionamiento de laboratorios, autorizar y registrar medicamentos, así como el control de las condiciones “para su internación, exportación, fabricación, distribución, expendio, propaganda, promoción y uso” (OPS; 2011; p.48).

Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST): Tiene como función la adquisición y promoción de medicamentos, instrumentos y otros elementos e insumos para los establecimientos o personas que están adscritas al SNSS; por ende también está sujeta al MINSAL (OPS: 2011).

SUBSECTOR PRIVADO:

Conformado por todas aquellas personas y organismos que prestan servicios de salud y que no pertenecen al SNSS. Estas instituciones que entregan atención de salud deben estar acreditadas por las instancias públicas pertinentes. Este sector se divide, a su vez, en dos: aquellos que no tienen fines de lucro³⁸ y aquellos que tienen fines de lucro; en este subgrupo, el sistema operativo estaría conformado por las clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y profesionales en general, que prestan atención de salud bajo un modo y arancel de financiamiento, establecido de forma particular. Mientras que el nivel financiero está dirigido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), quienes reciben el 7% de cotización obligatoria para la salud del salario de los trabajadores. Aunque en general las ISAPRES ofrecen planes y convenios con clínicas privadas que superan el porcentaje exigido por el Gobierno, debiendo desembolsar más dinero (a lo que se debe sumar el copago entregado en las instituciones prestadoras de servicio). En definitiva, el financiamiento provendría de la cotización obligatoria para salud de sus afiliados, cotizaciones adicionales, copagos y otras fuentes. La afiliación es voluntaria y se establece mediante la forma de un contrato en el que se convienen el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud del afiliado (Jiménez, Rojas; s/f). Es importante señalar que las ISAPRES tienen la capacidad de rechazar a un individuo –es decir, no realizar en primera

³⁸ Por ejemplo: la Cruz Roja, Mutuales, ONG's, entre otros.

instancia un contrato- debido a enfermedades preexistentes u otras razones que no necesita explicitar.

Estas instituciones fueron creadas durante la dictadura militar que rigió Chile entre los años 1973 y 1989, específicamente el año 1981. Surgen como una opción de otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, respecto de FONASA. Actualmente se encuentran 18 ISAPRES “que cubren al 17,6% de la población. Las personas más jóvenes, más sanas y las de mayores ingresos pertenecen, en mayor proporción al subsector privado. Estos se atienden mayoritariamente en centros médicos y clínicas privadas en los principales centro urbanos” (MINSAL, 2006)

Tabla 7: Sistema sanitario chileno

Función	Estatal o público	Privado
Rol rector	- Estado (Ministerio de salud)	
Rol regulador	- Estado (Ministerio de salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización trabajadores	- Empresas - Cotización trabajadores
Aseguramiento	- FONASA - Fuerzas Armadas	- ISAPRE - Mutuales - Seguros específicos (escolares, transporte)
Centros de provisión de servicios asistenciales	- Hospitales SNSS de distinta complejidad - Hospitales Fuerzas Armadas - Centros de atención ambulatoria de distinta complejidad	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología

Fuente: OPS: 2011: p.49

FINANCIAMIENTO

Este sistema mixto tiene múltiples fuentes de financiación, entre las que destacan (*Ibidem*; p. 48):

- Impuestos administrados por el Gobierno
- Tributos comunales administrados por las municipalidades
- Cotización obligatoria del 7% del salario de trabajadores (que en virtud del seguro de salud al que se esté adscrito, llega a FONASA o ISAPRE)
- El copago de bienes y servicios de salud por los usuarios mediante bonos a FONASA e ISAPRE

- El aporte de las empresas en el pago del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales
- Pago directo de los usuarios a los prestadores

Se podría afirmar que aproximadamente el 47% de los ingresos que administra FONASA provienen de fuentes estatales y solo el 33% de la cotización obligatoria para Salud de los trabajadores afiliados; el resto vendría de fuentes menores. Mientras que en el subsistema privados, aproximadamente el 90% provendría de la cotización obligatoria y el excedente pactado individualmente con cada afiliado.

En Latinoamérica, desde la década de los ochenta se adoptaron políticas de descentralización como estrategia de largo plazo para aumentar la tasa de crecimiento económico y mejorar así las condiciones sociales en general. Esta transformación del sistema público, en conjunto con la reducción del poder estatal (institucional y económico), se aprecia un proceso de cambio en el sector salud que afecta tanto a los proveedores de servicios sanitarios y demandantes de la atención médica. El comportamiento de los dos ejes del proceso "el cliente" y el "otorgante" converge en la utilización de los servicios – eminentemente privados- puestos en marcha por la necesidad de solucionar un problema de salud. La utilización de los servicios y sus determinantes tiene mucho que ver con la accesibilidad. La accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud está condicionada por una gran diversidad de factores que facilitan u obstaculizan la consulta médica.

Por lo que se puede observar, en teoría todos los chilenos tendrían la oportunidad de acceder a la atención sanitaria, el problema radicaría precisamente en la calidad de las prestaciones del sistema público, que tiene una menor calidad percibida que la atención que se provee en el sector privado, principalmente debido a la insuficiente calidad de los servicios, lo que se asocia a la demora y dificultad en el acceso a la atención de mayor complejidad, convirtiéndose en factores de exclusión e inequidad. Esto, a su vez, se asocia a la sobrecarga del sistema público que atiende a la gran mayoría de los chilenos, específicamente a los más pobres y a los ancianos, a diferencia del sistema privado que atiende a los más jóvenes y ricos. Por ello se evidencia una sobrecarga del sistema público, el cual tampoco recibe grandes inversiones estatales, sino que por el contrario, en el último gobierno del Presidente Piñera, se ha visto como se ha potenciado la subvención de la atención en el sistema privado, en desmedro de la inyección de recursos al sistema público, el cual se encuentra en condiciones deplorables. Además la municipalización del sistema de atención primaria, conlleva que estos centros sean estratificados dependiendo a los ingresos de la comuna; es decir, en las comunas pobres (por

ende donde hay mayores necesidades y demandas) los centros de atención primaria tienen menos recursos (lo que se refleja tanto a nivel de infraestructura, de administración y de insumos necesarios para una atención integral). Medidas como estas, han calado hondo en el SNSS, viéndose seriamente cuestionado a nivel de opinión pública, en cuanto no logra garantizar los derechos de accesibilidad a la salud.

En el período 2002-2008, las Clínicas de Chile A.G. invirtieron anualmente un monto que representa en promedio una razón de alrededor de un 50% respecto de sus gastos operacionales, de los cuales aproximadamente un 40% correspondió a depreciación y alrededor de un 10% promedio anual a incrementos del activo fijo. Mientras tanto, en panorama de las inversiones en el sector público de la salud presentaba un perfil muy distinto. Entre los años 1995 y 2007, la inversión anual en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, incluyendo la atención primaria municipal, nunca alcanzó razones por sobre el 12% respecto de su gasto operacional, excluidos de éste el gasto en remuneraciones de los médicos diurnos. Es decir, si las razones estimadas para cubrir depreciación en las clínicas reflejaran el verdadero “desgaste” de la infraestructura y los equipos, el sector público viviría una permanente descapitalización. Hubo años como en el 2002, donde esta razón inversiones/gasto operacional alcanzó apenas a un 4,4%, cifra casi tan baja como las observadas durante la década de los 80. (Vergara; 2011; pp.44-45)

En definitiva, el sistema sanitario chileno, a pesar de asegurar la cobertura a toda la población, lo hace en términos poco equitativos, generando y promoviendo un sistema donde los más jóvenes y ricos tienen mejores prestaciones, respecto del resto de la población.

b. Sistema sanitario español

En 1978 se establece la protección de la salud y la atención sanitaria de todos los ciudadanos como un derecho garantizado por la Constitución Española; y en 1986 se promulga la ley general de sanidad, a través de la cual se crea el Sistema Nacional de Salud. Tanto la ley general de sanidad como la constitución española, son los que crean el marco jurídico para la regulación sanitaria en España, y los mecanismos para lograrlo serían:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud –SNS- representa el conjunto coordinado de los servicios de salud y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes

públicos. Hacia fines de los ochenta todas las comunidades autónomas constituyen su servicio de salud y gestionan la asistencia en sus términos; la institución encargada de la coordinación del SNS, será entonces el Consejo Interterritorial del SNS, el cual concentra las competencias administrativas públicas en materia de sanidad:

Tabla 8: **Sistema sanitario español**

Administración del Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Bases y Coordinación de la Sanidad. • Sanidad exterior. • Política del medicamento. • Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA–.
Comunidades Autónomas	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación Sanitaria. • Salud Pública. • Gestión servicios de salud.
Corporaciones Locales:	<ul style="list-style-type: none"> • Salubridad. • Colaboración en la gestión de los servicios públicos.

Fuente: elaboración propia.

Es decir, al Estado le corresponde establecer las normas que determinan las condiciones y requisitos mínimos de la atención sanitaria. En conjunto con la vigilancia y control de posibles riesgos epidemiológicos derivados de la migración³⁹ en general. Respecto de los productos farmacéuticos, al Estado principalmente le corresponde la legislación, evaluación, autorización, registro de medicamentos y productos sanitarios; decidir sobre la financiación pública y la fijación del precio de los medicamentos; mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes; entre otras.

Cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que corresponde a la estructura administrativa y de gestión que integraría todos los centros, servicios y establecimientos de la comunidad, diputaciones y ayuntamientos. *La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de gestión Sanitaria –INGESA–, la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla* (Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2010; p.11).

³⁹ Emigración, inmigración, viajeros e intercambios comerciales.

El órgano que se encargaría de la coordinación, cooperación y encuentro entre las administraciones públicas sanitarias central y las instancias autonómicas, es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud –CISNS-, presidido por el Ministerio de Sanidad y Política Social y que funciona a través de diferentes estrategias: en Pleno, en Comisión Delegada, en Comisiones Técnicas y Grupos de Trabajo. Los acuerdos se aprueban por consenso y se plasman en recomendaciones.

Para acceder a los servicios sanitarios públicos, se necesita la Tarjeta Sanitaria Individual, que es expedida por cada Servicio de Salud.

ORGANIZACIÓN DEL SNS

Este se organiza en dos niveles asistenciales: atención primaria y especializada. La atención primaria pone a disposición de la población servicios básicos, a través de sus dispositivos asistenciales principales: los centros de salud, *donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativos, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas (Ibídem; p.18)*. Este nivel es el responsable de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Mientras que la atención especializada se entrega a través de los Centros de especialidades y hospitales; posterior a la asistencia, tanto el paciente como la información clínica generada, retornan al médico de atención primaria.

Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demo-geográficas delimitadas, las Áreas de Salud, que establece cada comunidad autónoma teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios. *(Ibídem; p.17)*

A su vez, las áreas de salud se subdividen en zonas básicas de salud, correspondientes a la Atención Primaria, lugares en que se desarrollan actividades sanitarias; cada área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada. *En algunos servicios de salud existen estructuras organizativas intermedias entre el Área de Salud y la zona básica (Ibídem; p. 17)*.

También hay otra instancia de atención que correspondería a la atención de urgencia, para todos aquellos casos en que sea necesario entregar servicios sanitarios de forma inmediata a un individuo. Este se puede realizar tanto en centros sanitarios como fuera de ellos durante las

24 horas del día; a través de la atención primaria, especializada o servicios exclusivos de urgencia.

Dentro de los servicios y prestaciones incluidas en el sistema, se puede mencionar la prestación farmacéutica, que comprende los medicamentos y productos sanitarios, además del conjunto de actuaciones asociadas para que el paciente reciba lo requerido, ya sea en pacientes hospitalizados como no hospitalizados. La condición es que los medicamentos deben ser autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, excluyendo los productos cosméticos, dietéticos, entre otros. Esta prestación, junto con la ortoprotésica y a diferencia de las demás prestaciones, es cofinanciada por los usuarios, salvo en el caso de estar internado en el hospital.

Dentro de las competencias de las comunidades autónomas, podrán aprobar carteras de servicios, que como mínimo deben incluir los servicios comunes garantizados por el SNS. Es decir, que podrían incorporar técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la cartera común, aunque estos servicios no estén incluidos en la financiación general de las prestaciones del SNS.

El SNS cuenta con 2914 centros de salud y 10202 consultorios locales, también cuenta con 315 hospitales y 4 asociados al Ministerio de Defensa, a los que se suman otros 20 establecimientos hospitalarios pertenecientes a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

FINANCIACIÓN DEL SNS

Cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y a cambio, recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud; el SNS se financiaría con presupuestos asociados a las comunidades autónomas, los que tienen la capacidad de recaudar ciertos impuestos para financiar la sanidad, a lo que se agrega un fondo para compensar a aquellas comunidades que no disponen de suficiente presupuesto (*Ibidem*)

SISTEMA PRIVADO

También existe un sector privado, en cuanto la ley de sanidad permite la libertad de empresa y la posibilidad de que las administraciones públicas de establecer concierto para prestar servicios sanitarios, aunque deben cumplir dos condiciones principales: mejorar los servicios ofertados por el sistema público y que los servicios tengan los mismos precios. Esto se lograría principalmente a través de la cartera de servicios de mutualidades: las mutualidades de

funcionarios públicos, se verán obligados a garantizar por lo menos, la cartera de servicios comunes del SNS, complementando con las que quieran.

Las siguientes organizaciones son las principales representantes del sector privado sanitario:

- MUFACE: mutualidad de funcionarios de la administración civil del estado
- ISFAS: Instituto social de las fuerzas armadas
- MUGEJU: Mutualidad general judicial
- MUNPAL: Mutualidad nacional de previsión de la administración local.
- Mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, tales como FREMAP, ASEPEYO, IBERMUTUA, entre otras.
- Entidades de seguro libre: que cubrirían la asistencia de las personas que suscriben directamente con ellos una póliza de seguro, o que al estar adscritos a alguna mutua, deciden recibir la asistencia sanitaria a través de este medio.

Los funcionarios tendrían la libertad de escoger recibir asistencia en la seguridad social o por una entidad de seguro libre.

El sistema sanitario español actualmente está sufriendo una serie de reformas que se asociarían con las políticas de austeridad en el marco de la crisis económica que se vive desde el año 2010. Hasta ahora, el sistema sanitario representaba uno de los mayores ápices del Estado Benefactor de esta nación, convirtiéndose en una de las instituciones mejores evaluadas por la población y una herramienta efectiva de redistribución de la riqueza.

c. Protocolos chilenos de VPH y CaCu

Como ya se ha señalado, el CaCu representa un importante problema de salud pública tanto en Chile como en el resto de los países en desarrollo, por ello el Ministerio de Salud Chileno – MINSAL- comienza a desarrollar esfuerzos en prevenir este cáncer en 1966, en asociación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con el apoyo de la OPS/OMS, lo que permitió la implementación de laboratorios de citología y capacitación de recursos humanos. Su principal estrategia se basa en una organización a nivel nacional y local, donde se promueve la toma del Pap cada tres años, especialmente en la población entre 25 y 64 años. Se estima que la cobertura de Pap en mujeres beneficiarias ha aumentado desde un 26% en 1990 a un 66% en 2006.

Hacia el año 1997 el CaCu se define institucionalmente como “prioridad programática”, lo que está acompañado de la inclusión del tratamiento para las mujeres que se atienden en el sistema público de salud y de la creación de un Programa Nacional de CaCu.

El programa nacional tiene como objetivo la prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del CaCu y sus lesiones preinvasoras; está en vigencia desde 1987 y está dentro de los protocolos de Examen de Medicina Preventiva de la adulta (EMPA). En este se incluye la toma de muestra del cuello del útero por un profesional capacitado. Si es que sale positivo para la presencia de lesiones, o anomalías en general, se deriva a la mujer a un especialista en el nivel secundario de atención –ya sea un hospital o una Unidad de Patología Cervical- para comprobar el diagnóstico, determinar el tratamiento y posterior seguimiento.

Las muestras de la citología se analizan a través del Sistema Bethesda, si es que según esta clasificación arrojan resultados atípicos, se recomienda el seguimiento, aunque se considera muy baja la probabilidad de ocultar un cáncer invasor en una citología atípica (0,1% y 0,2%), por lo que se recomienda la realización de una citología de seguimiento a los 4-6 meses. Luego de dos Pap negativos se podrá volver al cribado rutinario. En caso de que la muestra presente una lesión atípica, se deriva a la realización de una colposcopia, aunque se reconoce que otra alternativa sería realizar la detección de VPH de alto riesgo, que en caso de ser positivo, derivar a la mujer a una colposcopia, y en caso de ser negativo, recomienda la realización del Pap dentro de un año.

Las pacientes con citología informada como atípica sugerente de lesión de alto grado o atípico glandular deben realizarse una colposcopia y en muchos casos, un legrado⁴⁰ endocervical.

Las conclusiones de Bethesda así como los consensos de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical, de los años 2001 y 2006 y de expertos nacionales, permiten distinguir diferentes situaciones que requieren una referencia a especialista para su diagnóstico. Toda mujer que cumpla con alguna de estas dos condiciones –ya sea presentar un Pap positivo o sospecha clínica (de cáncer invasor)- debe ser derivada a la Unidad de Patología Cervical, o al especialista calificado para su estudio diagnóstico. (MINSAL; 2010; p.15)

Respecto del tratamiento, tanto en Chile como en España, se siguen las recomendaciones de la FIGO, las cuales fueron referenciadas en el apartado de tratamiento del CaCu.

⁴⁰ Legrado, raspaje o curetaje, hace referencia al proceso quirúrgico a través del cual se elimina tejido del útero mediante raspado o cucharillado; ya sea para obtener una biopsia, de manera paliativa, para realizar abortos quirúrgicos o como tratamiento después de un aborto espontáneo.

d. Protocolos españoles de VPH y CaCu

Al igual que en Chile, en España también se observan iniciativas enfocadas hacia la detección precoz del cáncer del cuello uterino. El diagnóstico precoz del cáncer, se establece como objetivo hallar las lesiones preclínicas o precursoras en su etapa asintomática; por lo que se aplica a individuos aparentemente sanos que están expuestos a riesgos que aumentan sus posibilidades de presentar una neoplasia.

La Unión Europea ante el importante problema de Salud Pública que representa el cáncer estableció un Código Europeo Contra el Cáncer, publicado por primera vez en 1995 y revisado y publicado por última vez en 2003. Este código recoge una serie de recomendaciones que si se siguen pueden conducir en muchos casos a una reducción en la incidencia y mortalidad por cáncer. Dicho código únicamente reconoce dentro de los programas de Salud Pública el cribado de 3 neoplasias: Cáncer de cérvix uterino, mama y colorectal. (SEGO; 2005; p.2)

Las recomendaciones generadas por las Sociedades Españolas de Ginecología y Obstetricia, de Citología y de Patología Cervical y Colposcopia, han establecido la práctica sistemática de cribado oportunista a mujeres entre 24 y 65 años –tal como recomiendan las instituciones internacionales especializadas en esta materia-, que la primera citología sea realizada 3 años después de la iniciación sexual, seguida de una citología anual durante los dos primeros años, y en la medida en que salgan normales, comenzar a realizar la citología cada 3 años. Desde los 35 años en adelante, realizar citología combinada con el test de VPH –si es que existe disponibilidad-; si ambos son negativos, repetir la citología y test de VPH cada 5 años; si la citología es negativa, pero el test VPH es positivo, repetir ambos test al año; si la citología es positiva, se debe seguir el protocolo de citologías anormales. Si se cumple adecuadamente el programa, se recomienda finalizar el cribado a los 65 años (Cortés; 2006).

Al igual que en Chile y EEUU, en España se aplica el sistema Bethesda para interpretar los resultados de las citologías, por lo que el procedimiento y los pasos a seguir ya están establecidos en apartados anteriores. Respecto del tratamiento, también se siguen los protocolos establecidos por la FIGO, señalados en el apartado tratamiento de CaCu.

En definitiva, se puede observar que tanto el sistema sanitario español como chileno acogen los protocolos y recomendaciones internacionales tanto del diagnóstico, como del tratamiento de VPH, lesiones interepiteliales y CaCu. No se observan mayores diferencias.

C. ESTUDIOS SIMILARES

Con la emergencia y respectiva aprobación de las vacunas para el VPH, se generó la inquietud respecto del grado de conciencia, conocimiento y conductas respecto de este virus. Con la

inminente publicidad desde las farmacéuticas, que a través del lobby con Ministerios de Sanidad de diferentes países, habían logrado penetrar en diferentes mercados, se posicionaba como una temática interesante el dilucidar el grado de información que la gente manejaba.

Realizar una revisión exhaustiva de cada uno de estos estudios habría sido una tarea poco productiva e inviable en el tiempo destinado para la concreción de este proyecto, por lo que se señalará algunos que fueron esenciales para adentrar a la investigadora en el tema, completar los datos de los antecedentes y en la generación de los instrumentos destinados a la producción de información.

El estudio más completo hallado, fue precisamente una revisión sistemática de los artículos en la web que habían hecho investigaciones sobre conciencia, conocimientos y conductas respecto del VPH, específicamente el estudio desarrollado por Klug, Hukelmann y Blettner (2008), donde se estableció como objetivo determinar el conocimiento respecto de la infección por VPH y su relación con el CaCu, para así poder determinar las necesidades específicas en educación y prevención que la población (categorizada por género, edad, etc.) requeriría.

Para ello se buscó en PubMed literatura que respondiera a ciertos criterios:

Literature searches in PubMed were conducted with 11 combinations of keywords: “HPV attitudes”, “HPV attitude”, “HPV knowledge”, “HPV health knowledge”, “HPV education”, “HPV practice”, “HPV health practice”, “HPV health education”, “HPV awareness”, “HPV ethnic groups” and “HPV health behavior”. Replacing the term “HPV” by “papillomavirus” yielded additional publications.” (*Ibidem*; p.88)

En total se rescataron 114 publicaciones, que tuvieron que pasar el criterio de exclusión que consistía en apartar aquellos basados en estudios de casos, revisiones generales, cartas al editor, editoriales, artículos que no estuvieran escritos en inglés, estudios en que se informaba a los participantes antes de contestar el cuestionario y estudios basados en el sentido común.

Los estudios hallados se dividieron en cuatro grupos dependiendo de la edad y el tipo de estudios: el primer grupo estaba compuesto por aquellos estudios en que participaban mujeres hasta 30 años, el segundo grupo incluía estudios que incluyeran a mujeres de todas las edades; el tercer grupo estaba compuesto por estudios de hombres y mujeres jóvenes (hasta 30 años), y el cuarto grupo estaba compuesto por hombres y mujeres de todas las edades.

Posteriormente se le asignó una puntuación a los artículos hallados, basándose en diferentes criterios, como la calidad de la muestra, rango de contestaciones y números de participantes,

lo que finalmente determinó la exclusión de 75 de los artículos inicialmente seleccionados, realizándose el análisis de los 39 restantes. *In total, 19.986 participants were surveyed. The size of the studies differed substantially, and different modes of recruitment were used. The response rate varied from 3% to 100%. Most of the studies were conducted in the USA (20) and the United Kingdom (Ibídem; p.91).*

Es un estudio exploratorio, por lo que plantea un análisis pertinente: método estadístico utilizado fue la regresión lineal para examinar la asociación entre el año del estudio y conocimiento de VPH. El coeficiente de la correlación de Spearman se realizó a las asociaciones realizadas. Se establecieron las siguientes conclusiones:

- Conocimientos respecto de VPH: el conocimiento variaba ampliamente dependiendo de los grupos y las preguntas aplicadas. En los estudios que incluían a mujeres jóvenes, el 13-93% de las participantes había oído hablar de VPH; del grupo que incluía a mujeres de todas las edades, el 15-31% había oído hablar del VPH, y entre el 10-85% de las participantes conocía que la infección por VPH puede ser asintomática. Además un poco más de dos tercios de las mujeres jóvenes (correspondientes al primer grupo), sabía que era una ITS.
- Conocimiento respecto de la relación entre VPH y CaCu: de la totalidad de los estudios incluidos, entre el 8% y el 68% de los participantes conocía la relación entre ambas, en la medida en que las respuestas eran cerradas. Mientras que si la respuesta era abierta, la proporción reducía enormemente, a menos de un 11%.
- Conocimiento de VPH por países: a pesar de que la mayoría de los estudios fueron llevados a cabo en EEUU, no parece haber diferencia significativa del conocimiento por países.
- Conocimiento respecto de la relación entre VPH y condilomas: solo 13 de los estudios revisados examinaron este ítem, la mayoría –sobre el 88%- había oído hablar de las verrugas genitales, y entre el 5-42% de los participantes sabía que el VPH los provocaba.
- Conocimiento de hombres y mujeres: en general las mujeres manejaban mayor información respecto de VPH en general y de su relación con el CaCu; además las mujeres habían oído más sobre las infecciones del cérvix por VPH y la posibilidad de ser transmitido por contacto piel con piel.
- Conocimiento por nivel educacional: cuatro estudios analizaron si el conocimiento por VPH dependía del nivel educacional de los participantes, pero los resultados fueron

inconsistentes; algunos estudios señalaban que había diferencia, mientras que otros lo negaban.

- Conocimiento y calidad de reclutamiento: según la puntuación otorgada respecto de la selección de la muestra, se logró establecer la siguiente relación, mientras mayor puntuación obtenida en la selección de la muestra, menor conocimiento había y viceversa.
- Confusión con otras ITS: había un gran porcentaje de participantes que confundían el VPH con VIH y el virus herpes; solo el 47% y el 64% de los participantes negó la relación entre VPH y VIH. Mientras que en otros estudios el 20% pensó que los herpes era un síntoma de VPH y el 67% no tenía la certeza respecto de su relación.

En definitiva, habría tres indicadores para el conocimiento de VPH; el primero es el tipo de pregunta (cerrada o abierta), el segundo apunta hacia el género (las mujeres manejan más información que los hombres) y el tercero era la profesión, en la medida de que el personal sanitario manejaba más información que los que no venían de esa área. También se determinó que la edad no era un indicador significativo, y a pesar de que había diferencia dependiendo de los años del estudio –lo que se correlaciona también con el avance respecto de la información generada por la comunidad científica respecto de VPH- no fue significativo estadísticamente. Y como principal conclusión se plantea la necesidad de mejorar la información y educación respecto de VPH, ya sea desde la salud pública, las escuelas y todos los frentes posibles; en conjunto con la generación de estudios serios que aborden este problema: *There is a need for well-designed, carefully planned and well conducted epidemiological studies in this interdisciplinary area of research (Ibídem; p.97)*

Otro estudio más reciente y sumamente interesante por la metodología aplicada, correspondería al realizado por Verhoeven, Baay, Baay, Lardon, y Van Royen,. (2010) respecto de conocimientos y actitudes de VPH. Se planteó una investigación cualitativa sobre las dudas emergentes a propósito del VPH y a través de una página informativa de la Universidad de Antwerpen, Bélgica, se dejaba un espacio abierto para consultas que los mismos participantes tenían, y desde esa información –comentarios y preguntas- se realizó un interesante análisis.

El método utilizado consistió en la construcción de una página web: “HPV-questions and answers”, realizada por un investigador con vasta experiencia en VPH (M. Baay) y un médico/investigador con especial interés en ITS (V. Verhoeven), donde se expone información de carácter científico relativa al VPH, pero con un lenguaje accesible para un público amplio. Temas tratados: 1) qué es el VPH, 2) rol del VPH en el desarrollo del CaCu, 3) importancia del

PAP, 4) frecuencia del CaCu, 5) prevención del VPH, 6) test del VPH, 7) efectos del VPH en hombres 8) la vacuna, 9) como acabar con una infección de VPH.

Era un página de carácter informativo, sencilla, la primera en aparecer al poner VPH en Flamencon google Bélgica, además se incentivaba el envío de preguntas a un mail, correos que eran respondidos dentro de una semana posterior a su análisis y categorización en códigos emergidos de manera inductiva. A nivel de información personal solo se clasificó por sexo. Llegaron 527 mails con 713 preguntas identificadas. De los 527 emails, 423 eran de mujeres y solo 95 de hombres (18%), a pesar de ello las preguntas hechas no presentan mayores diferencias en un sentido estadístico.

De la investigación se desprenden los siguientes resultados:

- De la investigación emerge la necesidad de hablar de infidelidad cuando se trata de personas en pareja.
- Los productores de tests de VPH y de los profilácticos (vacunas) han hecho un trabajo resaltando aspectos del VPH que potencian su uso, pero dejan mucha información en la oscuridad, lo que provoca ignorancia del tema. Muchos de los noticiarios omitieron información vital respecto de la prevención, transmisión y -ausencia de- síntomas del VPH. Por ejemplo hablan de la relación entre VPH y CaCu, pero no hablan respecto de la alta prevalencia de VPH en la población mundial y que gran parte de las mujeres que tienen VPH jamás desarrollarán cáncer.
- Hay consenso respecto de que la vía más común de transmisión del VPH es la sexual, y que por ende, la probabilidad aumenta en la medida en que se tienen más parejas sexuales. Sin embargo hay estudios que sugieren transmisión perinatal madre-hijo (se ha hallado VPH en mujeres vírgenes).
- La noción de VPH latente resolvería muchas de las interrogantes que surgen a mujeres mayores al ser diagnosticadas, y que han tenido parejas estables por largo tiempo y PAP en condiciones normales en el tiempo. VPH latente: mujeres adquieren el virus a temprana edad, el virus con el tiempo parece desaparecer y no detectable, pero vuelve a aparecer cuando la mujer envejece, atribuible al envejecimiento del sistema inmunológico (este concepto sería plausible y consistente con la investigación epidemiológica, pero es difícil de probar y aún no existen evidencias científicas al respecto).
- Al recibir resultados alterados del PAP, una mujer debe esperar varios meses de incertidumbre para volver a hacerse el test y ver la evolución.

- La presencia de cambios citológicos relacionados al VPH clásico, no son predictivos para lesiones (NIE) graves o cáncer.
- Una carga viral alta se asocia con cáncer (protocolos establecidos)
- Si se halla presencia de VPH 16, se asocia al cáncer independiente de la carga viral.
- En este momento, la carga viral aún no es utilizada para estratificar el riesgo.

En definitiva, tanto mujeres como hombres buscan información de VPH en la web, incluso después de visitar al médico, por lo que se infiere que hay preguntas que no se pueden hacer o no se deben hacer al médico. Las principales preguntas se asocian a las vías de transmisión del virus, la vacuna de VPH, la historia del virus, la re-infección entre parejas con VPH, detección de VPH en mujeres y hombres, tratamiento tanto para hombres y mujeres, tiempo de incubación, embarazo/fertilidad, verrugas genitales, (in)fidelidad y síntomas del VPH. Por lo que se establece que en general la población no tiene gran cantidad de información, pero que está interesada en obtenerla.

Otro estudio muy interesante que fue publicado a inicios de este año, tiene relación con el conocimiento tanto de padres como de escolares respecto del VPH, a propósito de la inminente campaña de vacunación que había en Suecia. Este estudio fue llevado a cabo por Dahlström et.al. (2012).

Se realizó un estudio cruzado que incluyera adultos entre 18 - 30 años y a padres de adolescentes de entre 12-15 años. Fue llevado a cabo entre enero y mayo del 2007. Se seleccionaron al azar 20000 padres de adolescentes entre 12-15 años y 20000 adultos jóvenes entre 18 y 30 años, desde el Registro de Población Sueco. De los 40.000 invitados, finalmente participaron un total de 10567 adultos jóvenes y 13946 padres, donde se estableció la media en 25 años para los adultos jóvenes y 43 para el grupo de padres. A los participantes se les aplicó un cuestionario estructurado usado para recolectar información demográfica, respecto de la conciencia, percepción y conocimiento de VPH y enfermedades asociadas. Se le consultó si habían oído hablar de VPH antes de la encuesta, a los que respondieron que sí se les aplicó 6 preguntas sobre conocimiento de VPH; se les dio puntuación a todas las respuestas incluidos los que no sabían , a quienes se les asignó 0 puntos. El estudio fue aprobado por el *Ethical Review Board at Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*.

Se utilizó un análisis descriptivo para determinar la conciencia y conocimiento de los encuestados respecto de VPH; empleando el modelo de lógica de regresión binominal para

examinar la correlación el conocimiento de VPH. La variable dependiente estaba basada en la mediana de la puntuación asignada al conocimiento de VPH.

Los resultados apuntaron que en general las mujeres tenían un mayor conocimiento del tema respecto de los hombres y el grupo de apoderados superaba en conocimientos a los jóvenes. Sobre el 90% general de los encuestados había oído hablar de VPH, pero solo el 70% de los hombres jóvenes había oído de VPH. Las mujeres madres tenían mayor conocimiento sobre CaCu, respecto del de condilomas. Entre el 20 y 40 por ciento de la muestra aseguró que conocía la causa del CaCu, mientras que entre el 77% y el 91% respondió que conocía la causa de los condilomas. Entre un 56% y 71% de los encuestados consideraba el condiloma como una enfermedad grave o muy grave.

De los participantes del estudio el 23% de las mujeres jóvenes, el 13% de los hombres jóvenes, el 29% de las madres y el 17% de los padres habían oído hablar del VPH antes de la encuesta, por lo que fueron elegibles para aplicar el cuestionario. De estos, entre un 56% y un 82% contestaron que VPH puede causar CaCu, aunque la gran mayoría no sabía que también se relaciona con otros tipos de cáncer. La correlación entre condilomas y VPH era menos conocida que la que se da entre VPH y CaCu, y solo un rango entre 39% y 56% lograron responder correctamente la pregunta asociada. En definitiva, los resultados demuestran que hay un alto conocimiento respecto de CaCu y de Condilomas, pero que la conciencia de VPH era baja. Muchos participantes no conocían la relación causal entre VPH y CaCu. Entre los padres variables como género, edad, país de origen y educación al relacionarse, fueron las más relevantes respecto de conocimiento de VPH. Mientras que dentro de los adultos jóvenes, las variables más destacadas fueron género, ingreso y educación.

El resto de los estudios asociados a conciencia, conocimientos y/o actitudes frente a VPH, en general coinciden con lo establecido hasta ahora: la necesidad de informar mejor a la población sobre el VPH, las formas de contagio, sintomatología, métodos de cuidado y consecuencias reales del contagio con este virus. Por ejemplo, Almeida et.al. (2012) en su estudio realizado entre mujeres del estado de California, advierte sobre las vías a través de las cuales la población se entera de la existencia del VPH: avisos comerciales de la vacuna (ya sea en la televisión como en otros medios), por lo que hay una amplia asociación entre VPH y CaCu, pero no así de otros aspectos de la infección (de la alta tasa de inocuidad por ejemplo). Por ello, se recomienda la información clínica del virus, que trascienda a la población receptora de la vacuna, sino que esté en el marco de la educación para la salud, ayudando en general a la prevención de diferentes enfermedades o infecciones de transmisión sexual. Esto se

corresponde con las conclusiones del estudio realizado solo con mujeres de países nórdicos desarrollado por Nøhr, et.al. (2008), se estableció que menos del 40% había oído hablar del virus, y que las mujeres menores manejaban más información que las mayores, además se observa una correlación entre haber tenido verrugas genitales, obtener resultados anómalos del Pap, tener mayor nivel educacional, usar métodos de planificación familiar (PAC o Preservativos) con haber oído de VPH.

Aunque hay otros estudios, como el llevado a cabo por Gerend y Magloire (2008) a estudiantes universitarios de diferentes razas en el estado de Florida, EEUU, que muestran una amplia conciencia del virus en general. La asociación entre VPH y CaCu parece ser uno de los hechos más sabidos de esta infección, aunque es necesario mencionar que las mujeres manejaban más esta información que los hombres. La percepción de riesgo continúa con las tendencias evidenciadas en estudios anteriores: las personas ya iniciadas sexualmente y aquellos que tenían múltiples parejas sexuales, se sentían más expuestos a contagiarse de VPH.

Los participantes más jóvenes y hombres, tenían menor grado de conocimiento respecto de VPH, y a la vez sentían más vergüenza de hablar del tema y/o de ser diagnosticados con esta infección, lo que se asocia a que no conocen su prevalencia.

2. ENFOQUES TEÓRICOS

A. ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Alrededor del mundo, las personas emplean diversas categorías para decidir quién será etiquetado como enfermo o contagioso, establecen diferencialmente cuáles enfermedades son consideradas importantes o no. Qué tratamiento –si es que hay- deben elegir las personas enfermas, si deben tomar o no medicamentos, cómo manejar sus enfermedades para diferentes desenlaces, y si los tratamientos son exitosos. Todos estos son determinantes culturales relacionados al proceso de salud y enfermedad, determinantes que no pueden ser obviados o reducidos, en cuanto representan un punto importante para la comprensión integral de este proceso. En definitiva, las ciencias sociales de la salud en general y la antropología médica en particular, vienen a demostrar la importancia que tienen los factores culturales en el proceso de salud-enfermedad-atención.

La relación entre las Ciencias Sociales y la biomedicina⁴¹ se puede establecer desde el origen de ambas disciplinas como tal, en cuanto sus génesis corresponden a un mismo período histórico: las condiciones históricas del s.xviii que dan origen al pensamiento clínico, son las mismas que posibilitan el surgimiento paralelo o ulterior de las ciencias del hombre. Aunque este hecho no significa que se hayan ido desarrollando en cooperación o en sincronía, por el contrario, la biomedicina se ha erigido un camino caracterizado por el elitismo profesional y de conocimientos.

El interés por las condiciones sociales y ambientales que podían dar lugar a la enfermedad, existía en la preocupación de muchos médicos, quienes usaban los informes médicos o sus propias experiencias para construir una explicación que fuese más allá de lo biológico⁴², mucho antes de que los científicos sociales se preocuparan por el ámbito de la salud. Es importante destacar que el interés se asociaba al poco desarrollo de la medicina y de la tecnología médica, es decir, el médico humanista o con un perfil epidemiológico más completo que se ocupaba de lo social, lo hacía tanto por su sensibilidad –asociada a la empatía con el sufrimiento del otro– como por las propias limitaciones que presentaba el tratamiento médico. Esta preocupación disminuye con la aparición de los antibióticos y tecnología médica, quedando reservada para médicos dedicados a la salud pública.

A pesar de esta intervención, es necesario precisar que la medicina alópata, hegemónica occidental o biomédica se caracteriza por una concepción eminentemente biologizadora. Con el desarrollo industrial se consolida en los países occidentales un enfoque de salud caracterizado por: identificar el origen de la enfermedad con una disfunción biológica del individuo, en caso de que el individuo no tuviese una disfunción, entonces la causa se asocia a un detonador específico, como un virus o bacteria; por ello el centro de atención es el cuerpo del individuo enfermo, que necesita de un tratamiento médico, el cual sería neutral (ya que al ser científico, sería objetivo, verdadero, libre de juicios de valores, etc.). Esta posición ha sido una de las mayores críticas que se ha realizado desde las ciencias sociales, en la medida en que se estaría omitiendo la relevancia de los contextos particulares que afectan el equilibrio del

⁴¹ Es importante señalar la diferencia entre cualquier sistema médico o de gestión de la enfermedad, con el modelo biomédico, alópata o hegemónico moderno.

⁴² Es emblemático el ejemplo de John Snow, considerado el padre de la Epidemiología precisamente por el método empleado al asociar el origen del cólera, con aguas contaminadas.

proceso de salud y enfermedad, a lo que se agrega la crítica a la supuesta neutralidad biomédica⁴³:

(...) en los estudios sociales sobre la ciencia –y a partir de los ochenta también en algunas corrientes de la antropología de la medicina-, se viene negando el carácter neutral de los conocimientos médicos sobre los fenómenos biológicos, que pasan así a ser igualmente contemplados como construcciones sociales. (Arriazabalaga en Perdiguero, Comelles [Eds.]; 2000, p. 75)

En palabras de Menéndez (1985) el modelo médico hegemónico se caracterizaría por su foco biologista, su comprensión de la realidad ahistórica y asocial, constituyéndose como una disciplina individualista, centrando su preocupación al cuerpo del individuo enfermo; tendiendo a la exclusión o limitación de la incidencia de los factores económicos-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad. Aun cuando se reconoce la incidencia, se intenta subordinarla a determinaciones biológicas (y secundariamente psicológicas). Así, este modelo se erige sobre la base de funciones curativo/preventivas, las cuales se presentarían en conjunto de funciones controladoras, de normalización y legitimación, que en determinadas coyunturas económico-políticas pueden tener más relevancia que las funciones reconocidas como “estrictamente” médicas (al igual que la gran mayoría de los sistemas curativos; la medicina tradicional en sus contextos originarios también tenía funciones curativas, de integración cultural y control social). En definitiva, se podría aseverar que la emergencia de la noción de que la enfermedad y la cura como procesos, no pueden ser explicadas en sí (biológicamente), sino que deben ser relacionadas con el juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son.

La consolidación del abordaje social a la biomedicina se remite al período posterior a las Guerras Mundiales, donde –por lo menos- se establece teóricamente la influencia que tienen los contextos sociales en la determinación de tendencias epidemiológicas; la OMS (1948) acoge la definición que comprende la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Este hecho, representa el comienzo del largo proceso de desplazamiento desde el paradigma biomédico al bio-pscio-social, que apunta hacia una comprensión holista e integral, ya no de la salud como ausencia de enfermedad, sino que de este continuo proceso de salud y enfermedad; este proceso íntimamente ligado a las condiciones de vida de la

⁴³ En la medida que si tengo dos personas diagnosticadas con la misma enfermedad, una en EEUU y otra en Europa, es probable que los tratamientos a que accedan no sean iguales. Mientras EEUU se ha caracterizado por utilizar políticas más agresivas, tratamientos con mayor dosificación de drogas, etc., Europa se ha desarrollado bajo otros parámetros (Brown; 1998)

población, que necesita ser analizado y explicado desde el complejo sociocultural que lo conforma. El problema de esta conceptualización es precisamente lo que se va a entender por bienestar, ya que evidentemente en diferentes contextos culturales, adquirirá diferentes significados:

In the United States, the “elegant pallor” and “hectic flush” of consumption (tuberculosis) were often mimicked at the turn of the century because of their association with famous writers and artists (Sontag 1978). Any conceptualization of health must therefore depend on an understanding of how so-called normal states of well-being are constructed within particular social, cultural and historical contexts. (Brown; 1998; p.11)

Los significados culturales son locales e impugnables. Desde esta perspectiva, la cultura está siendo constantemente transformada; las personas que pertenecen a cierto grupo pueden estar conscientes de las normas inherentes al mismo, pero aquellas normas en sí mismas van cambiando a través del tiempo y las comunidades eligen rechazarlas o transformar sus comportamientos en función de ellas. Por ejemplo, los estándares de belleza y sus consecuencias para la salud cambian dramáticamente en el tiempo. En palabras de Trostle (2005) tanto cuerpos y agentes patógenos están determinados no solo por preceptos científicos, sino que por creencias respecto de qué cosas son importantes. Las creencias son un motor poderoso. Los índices de morbilidad y mortalidad están parcialmente determinados por códigos culturales que especifican cómo, dónde y cuándo hay que comportarse de ciertas formas.

Desde una perspectiva epidemiológica, pero también desde una perspectiva sociocultural, no tienen la misma relación con la muerte y la mortalidad, un grupo que presenta una tasa de mortalidad infantil de 150 niños por 1000 niños nacidos vivos, que otro grupo que presenta una tasa de 7 niños menores de un año muertos por 1000 nacidos vivos registrados (...) En dichos grupos no solo la tasa es diferencial, sino que la significación cultural dada a la muerte adquirirá características diferenciales que se expresan en la construcción de representaciones y prácticas colectivas para explicar y convivir con la muerte. (...) Es difícil mantener el significado sociocultural de los velatorios de angelitos, cuando ya no hay o sin muy escasos los “angelitos” muertos, y por eso la mayoría de los grupos que todavía lo practican se caracterizan por ser los que presentan altas tasas de mortalidad infantil. (Menéndez en Perdiguero, Comelles [Eds.]; 2000, p. 169)

Como señala Romaní (2002), también se hallan problemas al intentar definir la noción de enfermedad, como de ausencia de bienestar. En las lenguas que emergieron del latín se encuentra la noción de enfermo y paciente, que corresponderían a nociones subjetivas y objetivas respectivamente, en la medida en que el paciente sería un estado reconocido por la institución biomédica, mientras que el enfermo no necesariamente lo es. A diferencia de las lenguas latinas, en otras como el inglés, se halla una mayor variedad de conceptos para referirse a la enfermedad: *Disease*, el aspecto biológico, objetivo de la enfermedad; *illness*, el

aspecto psicológico y subjetivo; y *sickness* que correspondería a la dimensión social (Romaní; 2002). Conceptos que ayudarían en cierta medida la, problemática planteada.

A pesar de todos los problemas semánticos que surgen en torno al concepto *enfermedad*, es necesario precisar que la mayoría de los pueblos y culturas tienen conceptos para referirse a lo que la cultura occidental comprende por enfermedad; en la mayoría de las culturas se identifican problemas que podrían situarse en el ámbito de la enfermedad (aunque no necesariamente se circunscriban a variables biológicas) y a su vez, la gran mayoría de las culturas ha logrado elaborar un sistema encargado de gestionarlo. En cambio, la salud es un concepto propio de las sociedades occidentales, ligada a la planificación y a la especialización - surgidas del pensamiento racional- características de la modernidad (Romaní; 2002). Es importante reconocer la importancia de la labor antropológica etnográfica para aportar datos relevantes para los estudios de los sistemas médicos, que generan teorías y categorías que son aplicables a los sistemas contemporáneos.

Al enmarcarse dentro de estos preceptos, son muchos los teóricos, entre ellos Romaní (2002), quienes señalan que para comprender mejor este campo, es necesario analizarlo desde la noción de la *salud-enfermedad-atención* de forma integral, como procesos donde se articulan - de una manera específica- tanto elementos biológicos, psicológicos como socioculturales; por ende, procesos en los que se presentan un conjunto de prácticas e ideologías asistenciales relacionadas a las sociedades en las que se presentan y a los momentos históricos en que emergen.

Hay autores como Brown (1998), quienes establecen que la antropología correspondería a la disciplina que realiza un estudio holístico y comparativo de la humanidad, a pesar de su similitud con otras disciplinas que estudian lo mismo, como la psicología, la sociología, la medicina, ciencias políticas, historia, etc, la antropología buscaría la integración de estos diversos puntos de vista, comenzando por las raíces biológicas y evolutivas, explorando el desarrollo de la cultura a través de la prehistoria e historia, examinando la habilidad del lenguaje -exclusiva de la raza humana- y examinando las diversidades culturales de la era contemporánea en el mundo. Así, la antropología médica vendría a proveer un modo único de comprender la experiencia humana, en la medida en que todo ser humano, independiente de la cultura, clase o época histórica, experimenta la enfermedad y la muerte. A la vez, todas las culturas, independientes de su desarrollo tecnológico, tienen modos de gestionar la enfermedad, así como todas las culturas tienen sistemas religiosos que ayudan a lidiar con la idea de la muerte.

Cuando se habla de cultura, se está haciendo referencia a patrones aprendidos que determinan las conductas y los referentes a través de los cuales se comprende la sociedad; así los antropólogos están interesados en estudiar la cultura desde un variopinto de dominios, tales como la religión, parentesco, economía, arte, leyes, crianza, mercados y concepciones del individuo, solo por nombrar algunas. Mientras algunos antropólogos se enfocan en los aspectos materiales de la cultura como la producción económica, algunos enfatizan en las relaciones sociales y en la forma de organización del poder político, y otros se interesan por la interpretación de símbolos y significados en sus contextos culturales.

La antropología desde siempre se ha ocupado de estudiar diversos aspectos de la salud y la enfermedad en todo tipo de sociedades; pero la medicina alópata recientemente se ha constituido como un objeto de estudio más:

Esto se ha debido al etnocentrismo de la disciplina y al lugar que la ciencia y la medicina "científica" ocupan dentro de los engranajes de la cultura occidental, como sistemas de representaciones y prácticas y de conformación de un determinado orden social (Esteban en Perdiguero, Comelles [Eds.]; 2000; p.207).

Los sistemas de gestión de enfermedades construidos culturalmente por lo general son llamados etnomedicina por los antropólogos, y la gente tiende a pensar que este tipo de medicina correspondería a lo exótico, no occidental, pero la verdad es que la medicina occidental, alópata, biomédica, también corresponde a un sistema de gestión de la enfermedad, que emergió dentro de un contexto cultural y que ha subyugado al resto de los sistemas a ser la alteridad, plantándose en la hegemonía imperante en cuanto a gestión de enfermedades se trata. El paradigma biomédico es uno de los modelos de gestión/atención de enfermedades que existe en el mundo, a la vez es el que tiene mayor alcance y aceptación a nivel global. Este basa sus tratamientos en una fórmula que combina pruebas científicas y costumbres; por ende, es un sistema cultural como cualquier otro, que está en constante competencia con ellos y en menor cantidad, colaborando con ellos (Trostle, 2005).

In another words, biomedicine is based in a set of cultural assumptions about the nature of reality and the nature of health. Most biomedical treatments (especially surgeries) and therapies, in fact, have not been subjected to adequate scientific testing to prove their utility. (...) In all likelihood, actual healing in biomedicine depends on dynamic somatic and psychological processes based on beliefs. In other words, belief in the power of the doctor and the medicine creates a placebo effect that I find remarkably powerful. The body heals itself most of the time, but we give medicine the credit for the cure. (Brown; 1998; p.7)

En la actualidad el abordaje social de los procesos de salud y enfermedad, se ha realizado desde diferentes disciplinas, asumiendo variadas perspectivas y constituyendo diversos campos, tales como la medicina social, la sociología médica, la antropología médica, la higiene

social, la epidemiología sociocultural, la medicina colectiva, la etiología social, salud pública, entre otras.

Surgidos de diferentes disciplinas (sobre todo, la sociología médica, la antropología de la medicina, la historia social y los estudios sociales sobre la ciencia), todos los acercamientos “constructivistas” tienen en común su énfasis en la premisa de que la enfermedad es un fenómeno social, y, por ello, solo puede comprenderse plenamente en el seno del preciso contexto sociocultural donde se percibe como tal. (Arriazabalaga en Perdiguero, Comelles [Eds.]; 2000, p. 75)

La antropología médica corresponde a uno de los enfoques que conformarían este campo denominado por algunos “Ciencias Sociales de la Salud” (Briceño León; 2003), que viene a poner sobre el tapete, la estrecha relación entre el área de la salud -hasta hace muy poco tiempo monopolizado por el saber/poder biomédico- con factores tanto sociales como culturales. La antropología médica sería un enfoque teórico-metodológico de la Antropología, disciplina que la rige y sustenta; y viene a demostrar que *Our total way of life (work, food, activities), combined with our learned behavior (including knowledge, lies, and misunderstandings), our techniques for adjusting to the environment, and our ways of feeling and believing all influence our susceptibility to illness* (Trostle, 2005, p.2).

Medical anthropology has progressed beyond its roots in early ethnographic studies of ritual and religion, the culture and personality school in ethnology, the post-World War II international public health movement, and physical anthropology to claim an identity as a flourishing subfield within anthropology (...) Over the past ten years, there has been a proliferation of research interests such that the field now encompasses a range of concerns, from the historically predominant cross-cultural study of local health beliefs and practices to the cultural construction of biomedicine. (Johnson, Sargent; 1990; p.1)

No existiría un campo exclusivo y limitado al que se pueda denominar “antropología médica”, son muchos los enfoques y aproximaciones teóricas, por lo que es más preciso pensar en términos de múltiples antropologías médicas. *In the simplest sense, medical anthropology refers to an anthropological way of exploring issues of health, disease, healing and sickness* (Brown; 1998; p.1). Este amplio campo se podría separar en dos grandes aproximaciones temáticas: el enfoque biocultural y el enfoque cultural.

Para Brown (1998), el enfoque cultural es el núcleo de la investigación y teoría en antropología médica, así la mayoría de las personas que trabajan en la antropología médica se formaron como antropólogos culturales, y la mayoría de los estudios realizados en el área de la antropología médica utilizan alguna técnica asociada a la metodología etnográfica⁴⁴. Existe una

⁴⁴ Todos los antropólogos culturales están de acuerdo que la mejor técnica de producción de información respecto de la cultura, es a través del trabajo etnográfico (vivir en otra cultura, observación, entrevistas y aprender de la

mayor diversidad teórica en la antropología médica orientada hacia el enfoque cultural, respecto de la existente en el enfoque biocultural. *Cultural approaches consider the systems of ideas, beliefs, and values of a particular social group. In regard to health and illness, culture provides ways of explaining and combating sickness. Medicine is a cultural system of knowledge and practice* (Brown; 1998; p.6).

La antropología médica es un área de especialización bastante nueva dentro de la antropología, pero no es una subdisciplina (como la antropología física o la arqueología) en la medida en que no tendría un paradigma teórico central, sino que se desprendería de la antropología cultural. Por ello hay quienes señalan que la antropología médica solo corresponde a la aplicación de teorías y métodos antropológicos para el análisis de los fenómenos de salud, enfermedad, medicina y curación; siendo más correcto referirse a una variedad de antropologías médicas (Brown; 1998).

Medical anthropologists engage in basic research on issues of health and healing programs in community settings. The purpose of basic research is to expand knowledge; the purpose of applied research is to help solve specific human problems. There is a great deal that we do not know about the causes of sickness and the processes of healing, and anthropologists may contribute to the growth of human knowledge in these important areas. (Brown; 1998; pp. 10-11)

Enfoques básicos de la Antropología Médica (Brown; 1998):

1. Biológica: la mayoría de las contribuciones de la antropología médica biológica se asocian con la explicación de la relación entre los procesos de evolución, variación genética humana y las diferentes formas en que los humanos son a veces susceptibles y otras veces resistentes a la enfermedad y otros estresores ambientales. Aunque también trabajan con temáticas asociadas a la etnofarmacéutica, realizando estudios sobre las propiedades fitoterapéuticas de plantas medicinales utilizadas en diferentes sistemas médicos tradicionales.
2. Ecológica: estudia la relación entre los organismos y el ambiente que las rodea, se identifican 3 premisas generales; 1) interdependencia entre plantas, animales y recursos naturales componen el ecosistema con características que trascienden sus diferentes partes. 2) la meta común de las especies de un ecosistema es la homeostasis (equilibrio entre degradación ambiental y la supervivencia). 3) la adaptación moderna humana incluye factores culturales e innovación tecnológica, las

gente local). Incluso hasta el día de hoy, la gran mayoría de la antropología cultural es de carácter etnográfica, pero se enfocan en cuestiones o fenómenos en contextos culturales particulares, usando una orientación teórica explícita que informa el análisis del problema.

que pueden perturbar la relación homeostática entre la enfermedad y el huésped, creando ocasionalmente desequilibrios ecológicos.

3. Etnomédica: estudia sobre los diferentes sistemas médicos que proveen teoría de la etiología de las enfermedades, métodos de diagnóstico y prácticas tanto curativas como paliativas de la enfermedad. Debido al pluralismo médico, es mejor considerar la etnomedicina como el estudio de cualquier forma de práctica médica que constituye un sistema cultural, por lo que el sistema biomédico también se podría considerar como uno.
4. Crítico: deviene del postmodernismo, el marxismo y el construccionismo, e implica una examinación crítica respecto de las premisas que se asumen como obviedades respecto de como funciona el mundo. La idea básica que trasciende este enfoque es que la realidad está construida socialmente y que las versiones de la realidad pueden ser utilizadas para conciliar relaciones políticas, económicas y sociales complejas. La principal crítica realizada a la antropología médica es que se ha atribuido, incorrectamente, las inequidades regionales respecto de la salud, en diferencias socioculturales sin examinar la influencia de la distribución desigual desde la economía política y su correlación con la distribución de las enfermedades. *Critical medical anthropologists have thus proposed a new paradigm that views sickness not just as an isolated event but as a product of complex interactions involving nature, society and culture* (Brown; 1998; p.16)
5. Aplicada: así como lo indica el nombre, la antropología médica aplicada enfatiza en la aplicación directa de metodologías y teorías antropológicas a problemas sociales particulares. Por lo general, los enfoques programados pueden ser categorizados en dos dominios principales: clínico (en hospitales) o en programas de salud pública. Dentro de esta segunda rama, que es la más relevante para la presente investigación, es la epidemiología sociocultural; es decir, la aplicación de un enfoque antropológico a la epidemiología. *Through ethnography, anthropologists have assisted epidemiologists in identifying some of the specific behaviors that increase risk for disease and the cultural norms or beliefs that promote them* (Brown; 1998; p.17).

A pesar de la división que se realizada, estos campos tienen un trasfondo común, por lo que es difícil separarlas tan claramente en la práctica; todos persiguen un mismo fin: una aproximación multidisciplinaria de los estudios sobre los procesos salud y enfermedad, para que no se monopolice lo médico al ámbito de lo biológico, y se reconozca la enorme influencia de otros factores y variables que están presentes en esta dinámica.

El presente proyecto de investigación está enmarcado dentro del enfoque de la antropología médica cultural y aplicada, en la medida en que se la pregunta de investigación explícitamente busca identificar aquellos factores socioculturales que inciden en las diferentes tendencias epidemiológicas en Chile y España. Es eminentemente culturalista, en cuanto apunta hacia las creencias, conocimientos y actitudes de mujeres jóvenes respecto del VPH, su contagio, diagnóstico y percepción general de riesgo; y para lograrlo se utilizaron técnicas cualitativas-etnográficas, como la entrevista y la observación, combinadas con técnicas cuantitativas como la encuesta.

Se podría considerar aplicada, en la medida en que los resultados de la investigación pueden ser un antecedente para futuras políticas de intervención y educación respecto de VPH, por ser un enfoque desde la epidemiología y trabajado como insumo para la salud pública, se podría afirmar su importancia potencial en la generación de nuevos instrumentos de evaluación poblacional, o de educación.

B. EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

Why “social epidemiology”? Is not all epidemiology, after all, “social” epidemiology? In so far as people are simultaneously social and biological organisms, is any biological process ever expressed devoid of social context? –or any social process ever unmediated by the corporal reality of our profoundly generative and mortal bodies? (Krieger; 2001; p.693)

La Antropología Médica y la Epidemiología tienen en su génesis un objetivo común: explicar la enfermedad de la población humana utilizando técnicas de observación. Pero a pesar de algunas excepciones, los antropólogos médicos y los epidemiólogos no han tenido mucha relación hasta el último cuarto del siglo xx.

Tanto la epidemiología como la antropología son disciplinas científicas que buscan patrones de enfermedad y comportamiento; por ende, se podría afirmar tienen una labor humanista que trasciende su esencia. Epidemiología etimológicamente proviene de *epi* (griego) que significa *a o por sobre*, *demos* que significa *población* y *logos*, *palabra*; en definitiva la epidemiología es literalmente el estudio de lo que le sucede a las personas de cierta población, haciendo referencia directa al ámbito de la salud. Pero más que el estudio de epidemias, la epidemiología se podría definir como el estudio de distribución y determinantes de enfermedad en la población; miembros de esta disciplina producen descripciones de patrones de salud y enfermedad y tendencias, enfocándose en las comunidades, a través de estadísticas

y probabilidades (Trostle, 2005). Una de las funciones más importantes de la epidemiología, correspondería a la generación de estrategias de intervención que estén dirigidas a disminuir las cifras de los eventos de salud-enfermedad, a través de la institución de la salud pública, por ello los epidemiólogos tradicionales habrían priorizado los factores individuales de riesgo – como el tabaquismo, el sedentarismo, etc.-, lo que iría en desmedro de la generación de políticas públicas de prevención dirigidas hacia conductas, prácticas y significaciones colectivas.

En el siglo xviii los hospitales trascendieron de ser un lugar para alojamiento a lugares dedicados al tratamiento del enfermo. Este proceso es importante para la precisión del diagnóstico en cuanto permite la sofisticación de los procedimientos que deben llevarse a cabo; así los profesionales de la salud que trabajaban en hospitales tuvieron por primera la posibilidad de observar las prácticas que trascendían las particulares. Diagnósticos consistentes y que retraten una enfermedad ahora podían ser generados respecto de una suma de casos individuales, ayudando a la mejora y la precisión del mismo; permitiendo a los investigadores incluir agrupar por similitud los casos asociados a una enfermedad o condiciones específicas, proceso importante en el desarrollo teórico-tecnológico biomédico.

El origen de la relación entre antropólogos y epidemiólogos se puede identificar hacia mediados del siglo xix; ambas disciplinas fueron fundadas en aquel período y desarrolladas en un ambiente caracterizado por un rápido cambio social con dramáticas consecuencias para la salud de la humanidad⁴⁵. En paralelo se evidencia una proliferación a nivel teórico-tecnológico de la biomedicina durante este período, especialmente en lo referente a la descripción de enfermedades⁴⁶. Este desarrollo del conocimiento biomédico sienta las bases de la descripción cuantitativa válida; solo es posible establecer patrones estadísticos asociados a una enfermedad en la medida en que se ha identificado con certeza y consistencia las características de la misma; a pesar de que las mediciones epidemiológicas -como incidencia y prevalencia- también son contingentes para la calidad del diagnóstico de una enfermedad, estas son solo descriptivas, y el potencial epidemiológico para la aplicación concreta de políticas públicas de salud, se asocia con otras ecuaciones estadísticas.

⁴⁵ Proliferación del proceso de industrialización, grandes migraciones y condiciones peligrosas de trabajo; mientras los científicos y activistas sociales en sintonía con la agitación, examinaban el impacto de estos procesos en la salud de la población.

⁴⁶ Etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Así como el trabajo de campo es uno de los rasgos característicos de la antropología, también es una tradición vastamente utilizada y base del trabajo epidemiológico. En el campo se ha establecido que existe una gran influencia de lo social en el ámbito de la salud-enfermedad-atención: pobreza y estratificación social son determinantes importantes de la salud; cambios sociales y culturales afectan directamente la transmisión de las enfermedades, y tanto intervenciones a nivel grupal como individual tienen la potencial capacidad de promover la salud y prevenir la enfermedad.

Pero esta conjunción no ha estado exenta de polémicas; críticas cruzadas se han realizado desde las disciplinas en cuestión, lo que se asocia directamente con los principios epistemológicos asociados a los paradigmas a los que se encuentran adscritos: mientras la epidemiología es sin dudas positivista, la antropología tiene una vasta tradición interpretativa.

(...) ambas disciplinas se han cuestionado mutuamente, y así los epidemiólogos sostienen que los antropólogos no establecen con claridad cuáles son sus criterios para seleccionar los informantes con los cuales trabajarán; que las formas de utilizar, por ejemplo, la técnica denominada bola de nieve conducen a que por lo menos una parte de los sociólogos y antropólogos recurran a los informantes que “pueden” y no a los que serían más idóneos para lo que quieren estudiar. (Menéndez; 2008; p.23).

La epidemiología, ha estado desde un tiempo a esta parte inmerso en intensos debates epistemológicos y metodológicos. Y a pesar de que la labor epidemiológica de identificación de muchas causas de eventos de enfermedad y salud ha generado estrategias concretas para superarlas, este análisis multifactorial se ha remitido a la manipulación estadística que genera modelos complejos de enfermedades. Sustentándose en el establecimiento de causas observables para una enfermedad y en la necesidad de entregar explicaciones que puedan ser modificadas a través de intervenciones específicas.

Estos resultados deben además tener el atributo de identificar los factores más susceptibles de intervenciones exitosas, exigencia basada en el axioma sanitario de que las necesidades en materia de salud son siempre superiores a los recursos. De este modo, la búsqueda de las causas se ha transformado en la búsqueda de explicaciones relacionales entre factores de riesgo y eventos adversos a la salud, la mayoría de ellos expresados como enfermedades. (Álvarez; 2008; p.54)

Los mayores cuestionamientos que se hacen a los métodos utilizados en epidemiología (experimentales –basado en estudios clínicos, con casos de control- y observacionales) se asocian al uso exclusivo y excesivo de la estadística como única fuente válida de toma de datos, y a la debilidad y falencias de los marcos teóricos empleados para sustentar el método utilizado en su estudio; en definitiva, perspectivas biologicistas e individualistas, devenidos del paradigma biomédico, con todo lo que esto implica: *una visión mecanicista y reduccionista de*

los fenómenos observados, bajo la égida epistemológica de la fragmentación entre observador y observado, un monismo metodológico de base empírica y naturalista que supone que la realidad es directamente observable (Álvarez; 2008; p. 56). Así las críticas realizadas son las mismas que el paradigma interpretativo reclama al positivista: monismo metodológico, la necesidad de establecer leyes generales y universales aplicables a cualquier realidad independiente del contexto en que se desarrolla, basado en *un solo tipo de conocimiento válido, el científico, y un solo método, lógico y matemático, para analizarlos* (Álvarez; 2008; p. 56).

Desde una perspectiva social, se podría afirmar que la epidemiología convencional habría alcanzado sus límites en torno a la problemática que se presenta en salud poblacional. En la actualidad se observa que a pesar de los avances tecnológicos y sociales del siglo pasado – muchos de los cuales repercutieron directa e indirectamente en la salud pública- hay una polarización de las circunstancias contextuales, las cuales distribuyen más el riesgo de enfermar y morir entre los colectivos humanos de forma contrastante y diferenciada, denotando cómo las inequidades intervienen de forma decisiva en el estado de salud-enfermedad de una población. Esta inequidad se establecería a través de un acceso injusto y desigual a determinadas condiciones laborales, ambientales, y a los cuidados que otorgan potencialmente los actuales servicios de salud.

Haro (2010) plantea la crisis de la salud pública, en el sentido de que a través de la inmunización masiva, el agotamiento del modelo de atención basado en la curación de enfermedades, las iatrogenias⁴⁷ y el incremento de enfermedades, la salud pública biomédica ha llegado a una meseta. Esta crisis se desplazaría hacia el campo de la epidemiología, debido a la cada vez mayor dificultad de hallar eventos de salud-enfermedad de grandes magnitudes, debilitando la principal herramienta de análisis: los procedimientos estadísticos.

La crisis de este modelo sería paradójica en la medida que la esperanza de vida ha aumentado en gran parte del mundo, a pesar de que la pobreza y las desigualdades sociales han ido incrementándose paralelamente a la medicalización y al enfoque individualista de la atención. Por ello, se asociaría el incremento de la esperanza de vida a los grandes avances en materia de servicios básicos, tecnológicos, culturales y de disposición de nutrientes (Haro; 2010).

De este modo, las evidencias de crisis del modelo de atención del que la epidemiología forma parte tienden hoy a situarse ya no tanto en la mortalidad como en la morbilidad y en su

⁴⁷ También llamadas acto médico dañino.

transferencia a los costos de atención, en un panorama donde lo público se difumina cada vez más en lo privado. A nuestro ver, las insuficiencias y contradicciones del modelo tenderán a manifestarse a medida que avance la transición epidemiológica, debido a que este ha sido forjado para la atención de enfermedades agudas y no crónicas, asimismo por el traspaso de la responsabilidad pública a la individual en condiciones de creciente desigualdad social. (Haro; 2010; p.4)

Precisamente frente a esta problemática, en epidemiología convencional se documenta una escasa teorización acerca de los problemas que estudia desde un punto de vista colectivo, tendiendo a adoptar los esquemas explicativos elaborados desde el paradigma biomédico, con la cual comparte una postura reduccionista respecto a los esquemas causales de las enfermedades y falta de actualización y reflexión en lo que atañe a factores determinantes de la salud y la enfermedad en los colectivos humanos. La epidemiología, al estar inherentemente adscrito al marco epistemológico del positivismo biomédico, donde solo lo medible y cuantificable puede caracterizarse como veraz y científico, no se advierte que esta perspectiva reduce la complejidad de los fenómenos en virtud de su homogenización, como también tiende a asumir que conoce de antemano las categorías pertinentes para interrogar una realidad en aras de su operacionalización (Hersh, Haro; 2007). Consecuentemente, se excluyen de los estudios actores y variables relevantes del proceso, priorizando indicadores de tipo biológico, ambientales y en alguna medida las sociales, por sobre los procesos e indicadores culturales.

No contamos con estudios sobre toda una serie de procesos de salud-enfermedad-atención, pero además no se realizan investigaciones sobre problemas de los que reiteradamente se habla. Desde por lo menos la década de los setenta, se ha señalado que los estudios epidemiológicos no documentan ni analizan información sobre la enfermedad en términos de sufrimiento humano, ni incorporan el sentido y significado que los sujetos y grupos –incluido el personal de salud- dan a los sufrimientos. (Menéndez; 2008; p.12)

Desde la perspectiva antropológica, la epidemiología es un sistema de producción de conocimientos particular. Al analizar las categorías y supuestos epidemiológicos, la antropología da cuenta cómo esta disciplina trabaja acorde con un sistema de reglas y expectativas, tal como lo hacen los acupunturistas, quiroprácticos o los chamanes. Los antropólogos utilizan el término “reflexividad” para referirse al esfuerzo por entender sus propios supuestos, prejuicios y convenciones; pero sin el beneficio de la comparación cultural o a la tradición de la reflexividad, se hace difícil para los epidemiólogos ver las influencias culturales en su propio trabajo. Los epidemiólogos se rigen por las reglas del método científico, pero no toman en cuenta las reglas culturales asociadas a la identidad profesional, la calidad de un buen sistema de medición o los efectos de la política en la ciencia. Al interpretar la epidemiología como una práctica cultural, se revelan las formas o maneras en que las

mediciones, el pensamiento causal y el diseño de medidas de intervención están influenciadas por creencias, el hábitat y teorías de poder (Trostle, 2005). La única manera de superar las falencias en el conocimiento del proceso de la salud y enfermedad sería trascendiendo el modelo positivista; es decir, abandonando la posición biologista y objetivista inherente al paradigma biomédico, generando un nuevo enfoque teórico donde se considere el complejo salud-enfermedad-atención con sus dimensiones.

Es necesario crear nuevas categorías teóricas que nos ayuden a entender la salud desde un marco colectivo, que la población no constituye simplemente un agregado de individuos, sino que es parte integrante y activa de una totalidad organizada, estratificada en distintos niveles de interacción, donde se focalizan determinantes y condicionantes de la salud de diverso cariz. (Álvarez; 2008; p. 65)

Para lograr la integración de los procesos culturales, no es suficiente el enfoque multicausal o multinivel, sino que se necesitaría un desplazamiento epistemológico desde el positivismo biomédico, a un enfoque que integre la dimensión histórica, biológica, cultural, moral, política, económica, entre otras, que incidirían en el proceso de salud y enfermedad de la población. Este desplazamiento requeriría una suerte de alianza disciplinaria. Haro plantea una renovación paradigmática de la disciplina epidemiológica convencional, donde se establezca un desplazamiento efectivo de los principios epistemológicos, ontológicos y metodológicos: un nuevo modelo que no necesariamente abandone la postura biomédica, sino que elabore una nueva concepción sobre el proceso salud-enfermedad-atención, que incluya la perspectiva colectiva, así como una aproximación multidisciplinaria al fenómeno de estudio.

(...) lo que se requiere es aprender a relacionar los hallazgos biomédicos, epidemiológicos y etnográficos, entre otros, en relación a problemas de salud específicos, y elaborar esquemas explicativos que den cuenta de los determinantes que cada problema sanitario muestra y la correspondientes estructura social que los sustenta en poblaciones específicas. (Haro; 2010; p.13)

Trostle (2005) hace una diferencia entre el concepto de *epidemiología cultural*, el cual buscaría enfatizar en la incidencia de los comportamientos y creencias en el proceso de salud-enfermedad; y el concepto -complementario- de *epidemiología social*, el que se enfocaría en la clasificación de las enfermedades, significados, riesgos y comportamientos, en suma a las variables sociales como ingreso, estado civil y ocupación. La cultura no sería un concepto reconocido en la epidemiología global, pero su poder explicativo y de efectividad podría equipararse al concepto de sociedad.

A pesar de que la epidemiología social es un enfoque específico de la epidemiología que ha tomado mucha fuerza en los últimos años -coincidente con la emergencia del enfoque social

de la salud- el desplazamiento –relativo, tal vez más a nivel académico que práctico- del paradigma biomédico a favor del paradigma biopsicosocial, tanto Trostle (2005) como Hersh y Haro (2007) plantean que no es suficiente para interpretar con profundidad cómo aquellos factores culturales influyen directamente en el estado de salud-enfermedad de una persona y/o grupo. Por ello, Trostle (2005) plantea una epidemiología cultural como complementaria a la tarea epidemiológica que se realiza hoy en día, mientras que Hersh y Haro (2007) van más allá planteando la necesidad de generar un nuevo enfoque integrativo denominado Epidemiología Sociocultural, que superaría ambas figuras (epidemiología social y epidemiología cultural) y además tendría un enfoque más integral al considerar factores macro, meso y microestructurales de la sociedad.

Replantear la epidemiología desde una perspectiva integral debe tener como referente primordial la preocupación respecto del impacto que los estudios provenientes de estas disciplinas ejercen sobre una temática que está lejos de ser inerte o aséptica, ya que tienen que ver con problemas de salud que generan sufrimiento, cercenan posibilidades y ensombrecen la vida humana. (Hersh, Haro; 2007; p. 2)

Como indica Álvarez (2008) la comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha establecido que la mayoría de los problemas asociados al proceso de salud y enfermedad de la población son atribuibles a condiciones socioeconómicas de las personas –es cosa de ver los sectores del planeta con mayores problemas sanitarios para establecer que coinciden con los sectores más empobrecidos del planeta-, hecho que estaría científicamente documentado. A pesar de este hecho, tanto el diseño como la ejecución de las políticas de salud se han centrado en el tratamiento de las enfermedades, sin trabajar con el contexto sociocultural donde emergerían estos padecimientos. Hecho que dejaría entrever las falencias de la epidemiología para develar y valorar los factores socioculturales que determinan el estado de salud-enfermedad de una población.

La epidemiología sociocultural surge en el ámbito de la salud latinoamericana como respuesta a la epidemiología social anglosajona. En que el objetivo pragmático se relaciona con encontrar el entendimiento respecto del comportamiento social frente al proceso de salud y enfermedad, y de cómo este entendimiento se convierte en un insumo para generar intervenciones que efectivamente incidan en los eventos de salud y enfermedad de la población.

Desde la década de 1980 diversos autores, principalmente desde el ámbito “latino” (Argentina, Brasil, Cataluña, Francia, Italia, México, Québec), han venido utilizando el término de “epidemiología sociocultural” para referirse a la necesidad de integrar en los estudios de salud poblacional enfoques epidemiológicos de tipo cuantitativo con acercamientos etnográficos o

cualitativos, incidiendo en la pertinencia de abordar tanto los aspectos biológicos y ambientales, como sociales, culturales y políticos. (Haro; 2010; p.9)

La epidemiología sociocultural vendría a superar la posición de la epidemiología cultural, en el sentido que trasciende las limitaciones de la noción de salud y enfermedad enmarcados en el epistemología tradicional de la epidemiología, no solo limitándose a la inclusión de técnicas y variables culturales específicas; *no se trata simplemente de cambiar la representación estadística del fenómeno, sino de alcanzar un desarrollo conceptual que haga posible entender la base histórica y social la desigual distribución de la salud en las poblaciones humanas* (Álvarez; 2008; p. 66).

A pesar de tener un matiz diferente con lo que plantea Trostle, Hersh y Haro apuntan hacia la misma argumentación; en definitiva, defienden que la antropología tendría mucho que aportar a los estudios realizados en el ámbito de la salud-enfermedad-atención; en especial cuando se hace referencia a desarrollar factores/hábitos/condiciones de prevención y promoción de la salud de la población.

La propuesta de una epidemiología sociocultural sería precisamente el punto de engarce entre perspectivas que tradicionalmente se han venido trabajando por separado, especializando dominios que en el mundo real conforman un mismo horizonte no escindible más que en términos artificiales, como sucede aun entre los ámbitos operativos y los académicos. (Hersh, Haro; 2007; p. 6)

Para Menéndez (2008) la epidemiología sociocultural contaría con tres características esenciales:

1. Plantea la necesidad de incluir en los estudios epidemiológicos el proceso de salud-enfermedad-atención, es decir trascender los aspectos sociales, para incluir variables culturales, políticas y económicas a los ya tratados biológicos y ecológicos.
2. Propone un trabajo combinado de técnicas estadísticas y cualitativas.
3. Aplica un enfoque relacional que incorpora al conjunto de actores sociales que padecen un problema.

Con ello se pretende comprender los fenómenos y contextualizar las técnicas –más allá de que si son cualitativas o cuantitativas- para que se pueda ampliar y profundizar la comprensión de los problemas sanitarios mediante una mejor reflexión y práctica. Concretar la posibilidad de incidir integralmente en las realidades que se intentan comprender.

Lo que hoy propone un término como el de epidemiología sociocultural es repensar el ámbito de la salud pública mediante la inclusión de miradas y voces pertinentes, cuya construcción implicará seguramente el desarrollo progresivo de interlocuciones y debates sustantivos antes de poderse plantear en terrenos operativos, con sus correlatos respectivos en torno a tareas de docencia, investigación, abordaje de problemas y evaluación de intervenciones. En todo caso, nos interesa aquí destacar que el campo y las habilidades con las cuales se piensan y manejan los problemas colectivos de la población no deben estar ya más planteados en términos exclusivamente de tradiciones disciplinarias. Más bien, ha de ser el estudio concreto de los problemas sanitarios en su multidimensionalidad y de sus condicionantes y determinantes reconocidos o por reconocerse lo que debe indicarnos el camino a seguir: de la realidad de los problemas colectivos de salud hacia el desarrollo de la teoría y la metodología, y no en el sentido contrario, definiendo la realidad a partir de los aportes convencionales de las disciplinas fragmentadas. (Hersch, Haro, 2007, p.15)

IV. MARCO METODOLÓGICO

1. FUNDAMENTOS DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La finalidad última de la investigación en el área de las ciencias sociales es la creación de conocimientos sobre un fenómeno, problema o realidad social. Por ello fue necesaria la generación de un diseño metodológico pertinente a los objetivos establecidos, que generaran conocimientos tanto válidos como fiables. La presente investigación tiene carácter **descriptivo**, en la medida que se describió detalladamente las diferentes conductas y actitudes asociadas a salud sexual y reproductiva, que podrían constituir las diferencias en las realidades de ambos países (Hernández, Fernández, Baptista; 1997).

Por ello se estableció la realización de una investigación de carácter **mixta**, en la medida en que se utilizaron técnicas **cuantitativas** y **cualitativas**, tanto para la generación de datos como para su análisis posterior, con la intención de lograr una comprensión integral del fenómeno en cuestión. La ventaja de realizar un estudio de carácter mixto radicó en que se aproximó el problema desde la descripción de las especificidades presentadas y profundidad inherente al método cualitativo, pero también se aprovechó la capacidad de las técnicas cuantitativas para alcanzar un rango amplio de personas incluidas en la muestra, lo que redundó en la representatividad de los resultados.

En todo lo que la sociedad o lo social tenga de esta forma cabe identificar la potencia informacional del enfoque cuantitativo. De hecho, constituye la base de lo que se ha denominado a veces como Demoscopia, al indicar precisamente la atención a la sociedad y a los conjuntos sociales, entendidos como ‘poblaciones’, esto es, como agregados simples de individuos (Canales [Ed.]; 2006; p.14)

La mayor ventaja de la utilización de metodologías y técnicas de investigación cuantitativas, radica en primer lugar en la amplia aceptación que tiene este tipo de estudios respecto de los estudios cualitativos, tanto a nivel social-general, como a nivel académico-científico. Siempre se ha considerado la metodología cuantitativa en las Ciencias Sociales, como el mejor y casi exclusivo modo de validar –en términos científicos- una investigación de carácter social –con todas las dificultades que significa intentar establecer respuestas universales a este tipo de problemas a fenómenos particulares–en el mundo de las ciencias básicas. Con esto se ha establecido que el mejor modo de llegar a comprender y describir una realidad, sea a través del paradigma positivista, asumiendo los principios epistemológicos, metodológicos y ontológicos que ella impone. El argumento para determinar lo cuantificable como *ciencia*

radica en la capacidad de describir o tratar de explicar fenómenos de la forma más viable dentro de la estructuración lógica de las Ciencias Sociales, a través de variables medibles.

La investigación cuantitativa ha demostrado ser capaz de producir información útil para la toma de decisiones y, al menos en la generalidad de los casos, los datos producidos con este procedimiento se han mostrado consistentes con la conducta posterior de los sujetos o con otra información externa disponible. (*Ibidem.*; p.35)

A pesar de la importancia que tiene la metodología cuantitativa para la investigación en el ámbito de las Ciencias Sociales, de un tiempo a esta parte el paradigma dominante comenzó a ser profundamente criticado, posibilitando la emergencia de nuevas comprensiones de la realidad social y otras estrategias para estudiarla. Es así como la investigación cualitativa comenzó a adquirir notoriedad e importancia, en cuanto apuesta por la aprehensión y descripción de los diferentes aspectos que conformarían la complejidad de un fenómeno, problema o sujeto de estudio, en un contexto social. Pero esta emergencia no está exenta de críticas, las más recurrentes se relacionan con la baja objetividad inherente a esta metodología, que finalmente generaría conocimientos que no necesariamente serían científicos⁴⁸.

Es importante precisar que también se han realizado críticas a la metodología cuantitativa, principalmente asociadas a los problemas que se presentarían al momento de medir fenómenos eminentemente sociales, que intrínsecamente no lo serían. Al estar investigando fenómenos, problemas y/o sujetos sociales, para poder medirlos, es necesaria la asignación de valores, y por lo general, estos son valores de medición impuestos y no presentan relación con la naturaleza del problema estudiado. Por ello se critica la arbitrariedad de la asignación de valor, y específicamente se critica el proceso de segmentación necesario para la valoración de cierta característica, impresión, o genéricamente, la variable. El comportamiento social no podría ser segmentado ni dividido, ya que es parte de un complejo social; al fenómeno investigado es imposible extraerlo del contexto donde este habita, ya que se perdería la complejidad misma del problema investigativo.

La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una

⁴⁸ Al menos no en el sentido hegemónico-positivista de ciencia, aceptado y ampliamente extendido.

forma determinada. (...) El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa sea la más empleada no es producto del azar, sino de la evolución de método científico a lo largo de los años. (Pita & Pértegas; 2002; p.77)

Las ventajas de la metodología cualitativa se asocian con sus características inherentes que permiten una interpretación de lo social que trasciende la correlación y medición de variables, en cuanto se comprende la sociedad como el profundo tejido de códigos que regulan la interpretación de la realidad de los diferentes sujetos que conforman la relación, las cuales se comparten en redes intersubjetivas. *Ni variables ni individuos: el objeto es complejo, pues articula un plano manifiesto y uno generador, mientras que el individuo está estructuralmente articulado con otros, e internamente articulado como totalidad* (Canales [Ed.]; 2006; p.19). En definitiva, en la investigación cualitativa el lenguaje constituye la realidad social, ya que corresponde a la representación de lo intersubjetivo, de la relación social; y como tal plantea técnicas que tienen como objetivo desenredar esta maraña para dejar al descubierto las significaciones, las interpretaciones y las particularidades de los problemas o fenómenos estudiados, pero desde la perspectiva de aquellos que precisamente habitan en ellos, para así tener una comprensión profunda del fenómeno, y una descripción en términos de aquellos que más cercano están a él.

En la actualidad es bastante utilizada la metodología cualitativa en las Ciencias Sociales, apropiándose un lugar cada vez más importante en el quehacer académico de las diferentes disciplinas que la conforman. Pero al hacer el desplazamiento hacia el área de la Salud –o más precisamente de las Ciencias Sociales de la Salud- se presenta como un tópico problemático, nuevamente asociado a las críticas en general realizadas al paradigma interpretativo: poca o nula objetividad, incapacidad de generar leyes universales estables en el tiempo, relativismo asociado a los encargados de realizar la investigación y poca fiabilidad de los resultados. A pesar de las críticas realizadas, cada vez más se integran técnicas cualitativas a las investigaciones en salud, lo que en definitiva es un reconocimiento de que el proceso de salud y enfermedad, efectivamente está directamente relacionado al quehacer social. Así, uno de los mayores aportes que ha hecho el área de las Ciencias Sociales a las investigaciones en salud, es precisamente la integración de metodologías cualitativas, que vendrían a dilucidar aquellos aspectos que la ciencia biomédica no alcanza a resolver (Briceño León; 2003).

En definitiva, dado el problema y los objetivos correspondientes, se estableció la utilización de una metodología mixta de aproximación al problema, en la medida que era lo más pertinente para poder responder a la pregunta de investigación, al otorgar la posibilidad de aprehender la

profundidad del mismo, y permitiendo una visión más ampliada, al acceder a una muestra mayor –y por ende, más representativa-, a través de técnicas de producción de información cuantitativos.

2. MUESTREO

Debido al carácter mixto de la presente investigación, a nivel práctico implicó la realización de dos fases de terreno: la primera correspondiente a lo cualitativo, y la segunda cuantitativa. Por ello, el planteamiento de un muestreo pertinente a este diseño necesariamente debió ser construido en función de estos dos momentos. A pesar de esto, se establecieron características comunes –a nivel de muestreo- que trascenderían ambas fases: el carácter **no probabilístico** de la muestra, que el universo referencial incluyera solamente mujeres jóvenes⁴⁹ chilenas y españolas, y que se utilizará la técnica de **muestreo intencionado o teórico** –dada las condiciones materiales y accesibilidad de la investigadora- combinado con la técnica de muestreo **por cuotas** en la fase cualitativa y de **bola de nieve** en la fase cuantitativa. El tamaño de la muestra se determinó basado en criterios observados en bibliografía revisada (Canales [Ed.]; 2006) y en el criterio de la investigadora y sus tutores.

La investigación aplicada suele a menudo utilizar muestras no probabilísticas pese a que no es posible conocer la precisión con que se realiza la estimación del parámetro poblacional. Se caracterizan por la presencia del juicio personal del muestrista en la estrategia de selección de elementos (Canales [Ed.]; 2006; p.145).

En un primer momento se había propuesto para ambas fases un muestreo por cuotas, con el objetivo de asegurar la representatividad respecto de diferentes características que constituirán diferentes criterios de inclusión y exclusión, pero dado el tiempo y recurso limitado, y una vez comenzado el terreno, se decidió cambiar la aproximación del muestreo de la fase cuantitativa en función de lo que permitía la realidad y el contexto, hecho detallado más adelante.

Una vez realizada la primera aproximación a la temática a través de la revisión bibliográfica pertinente, se procedió a entrevistar a la población determinada. Se estableció la aplicación de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos a mujeres jóvenes; según la definición institucional del Instituto Nacional de Juventud Chile –INJUV- que establece como población joven aquel rango etario entre los 15 y 29 años, aunque por cuestiones éticas, se decidió

⁴⁹ Según la INJUV (Instituto Nacional de Juventud, Chile) se consideraría jóvenes a todas aquellas personas que tengan entre 15 y 29 años de edad.

marginar a las menores de edad, en la medida en que la temática era eminentemente sexual. A la población sujeta a elección, es decir, mujeres entre 18 y 29 años, se decidió dividir las en dos rangos de edad: entre 18-23 y entre 24-29. Esta división se hace para asegurar representatividad de diferentes rangos etarios en la muestra, pero porque además hay estudios que avalan la idea de la separación de la juventud en temprana y tardía, que también se asociaría a roles y estatus que ocupan en la sociedad; mientras en la juventud temprana la preocupación principal remitiría a la profesionalización, la juventud tardía se asociaría a la edad de la inserción laboral y se presenta el concepto de estabilidad.

Pero además se consideró otra salvaguarda para el muestreo: realizar una diferenciación entre mujeres con estudios universitarios –o que los estén llevando a cabo-, de aquellas mujeres que no son universitarias –y que no los hayan realizado ni siquiera de manera incompleta-. Se consideró que la inclusión de este criterio podría, a grandes rasgos –y no de una manera precisa- incluir la representatividad de diferentes estratos sociales. Dado los recursos y el tiempo comprometido en este proyecto, era necesario simplificar algunos criterios y variables incluidas, con el objetivo de plantear una investigación viable en las condiciones existentes. Así se decidió que era importante hacer una diferenciación según niveles socio económicos, pero de una manera que no fuera invasiva ni violenta –considerando además que los instrumentos ya podían ser un poco violentos, en la medida en que integraban preguntas asociadas al ámbito de lo privado-, por lo que se estableció la separación de las mujeres con estudios, respecto de las que no los tienen; argumento validado en diferentes estudios asociados a conocimientos y actitudes asociadas a VPH en que se ha demostrado una diferencia respecto de la información que manejan las mujeres con más años de estudio, versus aquellas que tienen menor escolarización, lo que finalmente hacía alusión también a diferentes niveles socioeconómicos (Tristram; 2006).

Se determinó que la unidad de análisis fueran mujeres, debido a que la fórmula más utilizada para determinar prevalencia e incidencia del VPH, es a través de los índices de CaCu y las tasas de mortalidad femenina por CaCu, aunque recientemente y gracias a los avances en el ámbito de la tecnología médica, se ha comenzado a utilizar la estimación basada en poblaciones representativas. A esto se suma el hecho de que aún no se desarrolla la tecnología necesaria para el diagnóstico de VPH en hombres, razón por la cual el VPH se ha presentado

prácticamente como una enfermedad femenina⁵⁰. A pesar de que no es intención de la investigación seguir perpetuando modelos heterosexistas, hegemónicos y represivos, para efectos del presente proyecto y la delimitación del problema, parece pertinente determinar una muestra solo a mujeres, ya que en términos prácticos denota cierta correspondencia con las políticas de salud pública y protocolos internacionales respecto del VPH, además de la tecnología médica asociada al diagnóstico y tratamiento.

Se determinó trabajar con mujeres jóvenes, en cuanto es precisamente esta población la que presentaría mayor tasas de incidencia y prevalencia del VPH, por lo que sería más interesante de evaluar sus conocimientos asociados al virus en cuestión. Además que los nuevos patrones de conductas sexuales hacen estimar el aumento en la incidencia de esta infección, por lo que se hace más interesante trabajar con esta población.

En definitiva, se estableció que el universo correspondería a mujeres jóvenes tanto chilenas como españolas, pero además se han considerado otros criterios de inclusión y exclusión, que se aplicarán tanto a la fase cualitativa como a la cuantitativa:

- Ser mayor de edad
- No estudiar o trabajar en el área de la salud
- Iniciadas sexualmente
- Con estudios y sin estudios universitarios⁵¹

En la primera fase cualitativa se entrevistó a ocho mujeres con las siguientes características:

Tabla 9: **Muestra cualitativa**

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios		TOTAL
	Chilena	Española	Chilena	Española	
18-23	1	1	1	1	4
24-29	1	1	1	1	4
TOTAL	2	2	2	2	8

Fuente: elaboración propia.

⁵⁰ A pesar de que está comprobado que los hombres también lo desarrollan y son portadores, pero al momento de analizar las políticas públicas o la tecnología médica asociada, todas apuntan hacia el control, diagnóstico y tratamiento de las mujeres. Este punto se desarrollará más adelante.

⁵¹ En términos de estratificación social, se ha considerado la variable educacional como importante y representativa de las diferentes clases sociales de la población, y ha sido incluida como una de las principales variables de estratificación social tanto en los estudios de mercado, como en los de opinión. A pesar de las limitaciones que conlleva aplicar el nivel educacional como criterio para categorizar en clases sociales, dada las características de la investigación –recursos y tiempo limitados- se decidió utilizar este criterio para facilitar el proceso muestral e intentar representar a diferentes aspectos de la sociedad.

Una vez terminada la fase cualitativa, se hizo un análisis preliminar de los datos recogidos y se establecieron las principales variables que permitieron la construcción del instrumento utilizado en la segunda fase.

La segunda fase cuantitativa

A pesar de que inicialmente se estableció una muestra intencionada por cuotas equivalentes a las planteadas en la fase cualitativa, pero con más encuestadas, una vez iniciado el terreno y respondiendo a las condiciones contextuales –recursos y tiempo limitados- se decidió cambiar la estrategia muestral, redefiniéndola tanto teórica, como prácticamente.

Se estableció finalmente un muestreo por conveniencia determinado por una variable temporal. Es decir, se generó una encuesta que se subió a la red, la cual fue renviada, estableciendo un tiempo determinado para que estuviera en línea, pero buscando intencionadamente que la respondiera una cantidad importante de personas, para que estadísticamente fuera significativa y representativa. En definitiva se decidió hacer un muestreo por conveniencia dadas sus características inherentes:

Muestreo teórico, también denominado muestreo intencionado. Aunque se inicie el muestreo mediante voluntarios y se realice posteriormente un proceso de avalancha, habitualmente se avanza hacia una estrategia de muestreo deliberado a lo largo del estudio, basándonos en las necesidades información detectadas en los primeros resultados. Es un proceso fácil y económico que permite pasar a otros métodos a medida que se colectan datos. (Martín-Crespo, Salamanca; 2007, p. 3)

Y como ya se mencionó, hubo un proceso de avalancha o bola de nieve de por medio, en la medida en que la encuesta en formato digital era renviada por las diferentes participantes de la muestra, permitiendo el acceso a una mayor fuente de información.

Se mantuvieron los criterios de inclusión y exclusión ya señalados, así como el tamaño muestral sugerido por diferentes referencias bibliográficas para realizar el tipo de análisis deseado (Canales [Ed.]; 2006), pero se obvió el cuoteo numérico correspondiente a cada característica en cuanto se estableció empíricamente lo inviable que era realizar lo planteado en un tiempo tan reducido y con capacidades tan limitadas⁵². A pesar de que se dejaron las categorías que permitirán diferenciar tanto por rango etario como por nivel educacional, fue

⁵² Es necesario precisar que esta investigación se planteó tanto en Chile como en España y era imposible para la investigadora cumplir con las cuotas en ambos lugares, en tan poco tiempo y sin los recursos necesarios para tener estrategias de intervención que aseguraran la reclusión de encuestadas en las cantidades definidas en primera instancia, tanto en Chile como en España

imposible que estas estuvieran en equivalencia numérica, priorizando así la información obtenida, sobre las características muestrales.

En definitiva, se encuestaron a 360 mujeres, de las cuales solo se pudieron incluir 338, en cuanto 13 eran mayores de 29, y nueve aún no se habían iniciado sexualmente. De las 338 mujeres incluidas en el estudio, 154 son chilenas, mientras 184 eran españolas, y cumplían con las siguientes características:

Tabla 10: **Muestra cuantitativa**

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios		TOTAL
	Chilena	Española	Chilena	Española	
18-23	53	129	3	8	193
24-29	92	39	6	8	145
TOTAL	145	168	9	16	338

Fuente: elaboración propia.

En términos totales, la muestra presentó las siguientes características:

- Media: 22,73 años
- Mediana: 23 años
- Moda: 19
- Desviación estándar: 3,67
- Edad media de iniciación sexual: 17 años.

3. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS

Así como se planteó en el resto de la investigación, el proceso de producción de información también se estableció en dos momentos, cada uno correspondiente a un tipo de metodología: la primera fase cualitativa y la segunda fase cuantitativa.

En la primera fase cualitativa se estableció la realización de entrevistas cualitativas, que se caracterizan porque *son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas* (Taylor & Bogdan; 1987; p.101). Una de las ventajas asociadas a la utilización de esta técnica, es que si se plantea en un contexto de relativa confianza y se logra un cierto *rapport*, el entrevistado, o en este caso la entrevistada, logra explayarse más allá de lo evidente o de lo establecido por el instrumento – si es que se tiene. Su pertinencia también se asocia a la capacidad y correspondencia de la

entrevista cualitativa para dilucidar y estudiar fenómenos culturales, en la medida en que se *ha desarrollado como una técnica alternativa para explorar o profundizar en ciertos temas de la realidad social, y se ha transformado en un instrumento básico de recolección de información* (Vela Peón; 2001; p.67), por lo que se constituyen en espacios de hallazgos y donde se logra una mayor comprensión del fenómeno.

Dentro de las entrevistas cualitativas, se decidió realizar la técnica de **entrevista semi-estructurada**, que posee las siguientes características:

(...) es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado. (...) Este proceso abierto e informal de entrevista es similar y sin embargo diferente de una conversación informal. El investigador y el entrevistado dialogan de una forma que es una mezcla de conversación y preguntas insertadas (Valle; 1999; p.179)

Así, se generó un instrumento - en este caso, una pauta de entrevista- después de una revisión de antecedentes que permitió tener un panorama general del fenómeno, y realizar un análisis donde emergieron conceptos, ideas y categorías que encaminadas a responder a los objetivos de la investigación.

La gran importancia que reflejó tener una fase cualitativa, se asocia a la experiencia de una relación empírica con el fenómeno estudiado, o en este caso, de las personas de interés y que constituyen el problema identificado. De las entrevistas cualitativas se comprobaron tendencias vistas en estudios similares, pero también emergieron creencias y prácticas que no se habían considerado en primera instancia.

Con la experiencia adquirida a través de las entrevistas cualitativas, se comenzó el proceso de generación de la **encuesta cuantitativa**. Se decidió utilizar esta técnica -que busca medir y determinar las principales variables asociadas a la infección por VPH, permitiendo el establecimiento de patrones de conductas y creencias asociadas- por las ventajas inherentes a esta técnica de producción de información: su bajo costo y alto alcance. La encuesta se caracteriza por presentar una serie de preguntas con respuestas predeterminadas -tipo cuestionario- a través de las cuales se permite la recolección de información pertinente a categorías o variables establecidas desde la operacionalización de los objetivos planteados y que responden a la pregunta de investigación. Por esta razón es tan importante la realización de una revisión bibliográfica actualizada y una fase cualitativa en que se logre observar e identificar temas relevantes y significativos.

La encuesta tuvo un gran valor descriptivo en la medida en que abordó y evaluó masivamente tanto las creencias populares de VPH, como la percepción de riesgo y prácticas asociadas a la preocupación por una salud sexual preventiva. Esta se construyó en formato digital, a través de la aplicación de *Google Docs*, la cual permite su envío a través de la web, permitiendo una alta muestra en muy poco tiempo. La encuesta definitiva se subió a la web y comenzó a ser enviada el jueves 26 de abril de 2012, y se consideraron dos semanas para que fuera respondida, por lo que se cerró y comenzaron a trabajar los datos, el jueves 10 de mayo. La mayor ventaja asociada a este formato digital se asocia con el largo alcance, con la posibilidad de realizar un trabajo de terreno tanto en Chile como en España y su bajo costo (en concepto de recursos humanos y tiempo invertido). Aunque hay que reconocer las desventajas: es muy impersonal, presumiblemente las mujeres no leían las instrucciones (por lo que hubo que desechar encuestas respondidas, en cuanto no cumplían con los criterios de inclusión/exclusión) y no se tiene los reparos asociados a la recolección empírica de datos.

4. INSTRUMENTOS

En la presente investigación se utilizaron principalmente dos instrumentos correspondientes con las dos fases de exploración metodológica: el instrumento cualitativo y el cuantitativo. A continuación se expondrá íntegramente los instrumentos y se realizará una breve referencia respecto de su construcción.

A. INSTRUMENTO CUALITATIVO

La pauta de entrevista se construyó en función de la revisión bibliográfica integrada en el Marco Teórico de la presente investigación. De la revisión bibliográfica, lo más revelador e influyente para realizar la pauta fue la revisión de antecedentes, lo que incluye también el estado de la cuestión. Con ayuda de la revisión de artículos relacionados con VPH y con estudios específicos respecto de conocimientos y actitudes, se logró construir una pauta que contempló diferentes aspectos que, directa o indirectamente, estaban relacionados con conductas, prácticas, conocimientos y actitudes con que las mujeres jóvenes se enfrentan a la sexualidad.

La entrevista se constituyó en dos partes: la primera correspondiente a la identificación de la entrevistada, donde se integraron variables de caracterización general, como edad, religión, etc. y el segundo bloque que corresponde a la entrevista como tal. La construcción de la entrevista como tal está dividida en tres grandes ejes temáticos, seguidos de preguntas de

apoyo, las cuales no fueron necesariamente realizadas, sino que son de apoyo para la entrevistadora, para aquellas situaciones en que las habilidades comunicativas se ven mermadas, o para no olvidar ciertas temáticas importantes a tratar para la investigación. Además es importante señalar que esto es una pauta, por lo que no se impone el orden de las preguntas, sino que se intenta establecer la entrevista como una conversación. A continuación se presenta la pauta de entrevista en forma íntegra:

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre de Pila
2. Edad (fecha de nacimiento)
3. Estado Civil e Hijos
4. ¿Profesa alguna religión?
5. ¿Dónde estudió? ¿Hasta qué curso llegó? Estudios superiores
6. ¿Cuál es su actividad laboral u oficio principal?
7. Sistema previsional de salud.

II. ENTREVISTA

- Educación sexual:
 - ¿dónde aprende de sexualidad? ¿a qué edad? ¿tuvo asignaturas de educación sexual en la escuela? ¿en la familia se habla de sexualidad? ¿con los amigos se habla de sexualidad?
 - Métodos preventivos: diferencia entre anticoncepción y profilaxis, ¿cuáles son los métodos más utilizados? ¿cuáles son los métodos más seguros?
 - ¿Qué es una ITS?, ¿Cuáles son las ITS que más conoce? En su grupo de amigos/as, ¿cuáles son las ITS más comunes, las que más se hablan?
- Patrones de conducta sexual:
 - Edad menarquía
 - Edad de iniciación sexual
 - Número aproximado de parejas sexuales.
 - Salud sexual preventiva:
 - Visita al ginecólogo
 - Realización de citologías/papanicolau: ¿Sabe qué es un pap?, ¿en qué consiste un pap?, ¿para qué sirve?, examen pélvico, apreciación personal: ¿incomodidad?, ¿molestias?, ¿reparos?, valoración.

- Profilaxis: método de cuidados anticonceptivos, métodos utilizados para no contagiarse de ITS. ¿cuáles son los métodos preventivos más seguros? ¿uso regular de preservativos, cuáles? ¿Cuáles son los preservativos más seguros?, ¿cuáles son los más utilizados en tu medio?
 - ¿Cuál es su mayor temor al tener relaciones sexuales?
- VPH/CaCu:
 - ¿Qué sabe sobre el VPH?, ¿cómo se contagia?, ¿cuáles son los síntomas?, ¿cómo se diagnostica?, ¿cómo se trata?, ¿representa un problema para ti?, ¿representa un problema en tus grupos de amigos?, ¿conoces a alguien que lo tenga?
 - Vacuna VPH: ¿has escuchado hablar de ella?, ¿para qué sirve?, ¿quiénes deben ser vacunados?, ¿precios?, valoración
 - CaCu: ¿qué lo provoca?, ¿cuál es la población más expuesta a tenerlo? ¿es una preocupación para ti?, ¿conoce la sintomatología?, ¿Cómo se diagnostica?, ¿cuál es el tratamiento?, ¿Cómo se previene?, ¿cuál es el pronóstico?

B. INSTRUMENTO CUANTITATIVO

Después de la realización de la fase cualitativa, emergieron tanto temáticas que no se habían considerado, así como problemáticas asociadas al modo en que las cosas fueron preguntadas. Por ejemplo se logró establecer que al preguntar sobre conocimientos asociados a ciertas líneas temáticas –tales como métodos profilácticos y anticonceptivos, conocimiento sobre ITS en general, y VPH en particular- provocaba en las entrevistadas una suerte de sensación de evaluación, lo que se manifestaba en evidente incomodidad y la constante intervención de la entrevistadora para explicarles que no era un examen, que no era necesario tener conocimiento de estas temáticas y que no estaban siendo evaluadas.

La fase cualitativa en general fue de gran importancia para la generación del instrumento aplicado en la fase cuantitativa; debido a las enseñanzas producto de la fase cualitativa se estableció la necesidad de hacer un cuestionario corto, que no tuviera un carácter evaluativo o examinador, sino que más bien comprobara los supuestos que habían emergido de la fase cualitativa. Esto también se correspondía con el temor de que dado el formato digital, las chicas se vieran tentadas a buscar en la web información para contestar correctamente las preguntas (inquietud que surge en la investigadora posterior a la fase cualitativa). Hubo una especial preocupación por la redacción y selección de las preguntas que se incluirían, en cuanto sería aplicada en diferentes contextos culturales –chilenos y español- estableciendo la

necesidad de que fuera fácil de comprender y en un lenguaje familiar a las posibles jóvenes encuestadas. Para lograr esto, se rescataron otros ítemes asociados a la cultura preventiva y percepción de riesgo, que en fases anteriores se establecieron como importantes para la comprensión del fenómeno estudiado.

Se consideró que las categorías más importantes de medir, por su relevancia para la investigación debían ser las siguientes:

- Caracterización de la entrevistada (con datos como edad de iniciación sexual, cantidad de parejas sexuales). En general estos datos por sí solos no dicen mucho, pero al ser cruzados con otros datos permiten un enriquecimiento de la información. Además en esta parte se establece el criterio de discriminación, en cuanto se pregunta por el nivel educativo y la edad. Se tomaron en cuenta aspectos que se mostraron relevantes en la parte cualitativa, y se descartaron otros elementos que se evidenciaron como secundarios (como la edad de la menarquia).
- Una segunda categoría importante corresponde a nociones asociadas a de salud sexual y reproductiva. Para medir y conocer si las jóvenes tenían conductas sexuales responsables, se decidió preguntar sobre aquellos temas que aparecieron como relevantes en la fase cualitativa, hubo especial preocupación por la redacción de las preguntas, para no inducir respuestas –algo que había sucedido en algunas preguntas realizadas en las entrevistas cualitativas- y no inducir a búsquedas en la red para encontrar respuestas correctas. A esto se suma una jerarquización de las diferentes temáticas que en su totalidad reflejarían o medirían si efectivamente estas jóvenes tienen conocimientos y prácticas responsables en el momento de iniciar una relación sexual.
- La tercera categoría que se consideró relevante de medir después de la fase cualitativa, fue la de percepción de riesgo. Efectivamente en la fase cualitativa se dejó entrever una correlación entre edad, cantidad de parejas sexuales y riesgo percibido; supuesto que parecía interesante de explorar en la fase cuantitativa.
- Finalmente, se integró la categoría asociada al conocimiento de la VPH, donde se generaron una serie de afirmaciones que se debían responder con verdadero/falso, y luego fueron ponderadas con una puntuación, que establecía el grado de conocimientos de diferentes aspectos considerados relevantes. Además se integró en este apartado la pregunta por la vacuna, que potencialmente podría ser un dato relevante en la medida en que se puede cruzar con otros datos. En la fase cualitativa

ya se había establecido una relación entre el conocimiento y valoración de la vacuna, con el conocimiento de VPH y conductas responsables para enfrentarse a diferentes prácticas sexuales.

En definitiva, se construyó un cuestionario preliminar e inmediatamente se realizó un pre-test a tres jóvenes españolas y a tres jóvenes chilenas que cumplían los requisitos muestrales. Se les pidió a las encuestadas que hicieran sus descargas y reparos respecto del lenguaje utilizado –si era demasiado sanitario o si se entendía en los diferentes contextos culturales-, de la extensión de la misma y su apreciación general.

Debido al tiempo destinado a la construcción del instrumento –y gracias a la primera aproximación cualitativa que fue muy influyente-, fueron pocos los reparos surgidos a propósito del instrumento, pero se integraron en su totalidad. Gracias a la revisión bibliográfica, la indagación cualitativa y la prueba del instrumento, se logró generar la siguiente encuesta, la cual fue aplicada:

Presentación:

La presente encuesta fue creada para evaluar diferentes prácticas y conocimientos asociados a Salud Sexual y Reproductiva. Es muy importante que lean atentamente tanto las preguntas como las respuestas y marquen aquella que más se acerca a su opinión. Esperamos que contesten a conciencia y sin temores, ya que es de carácter anónimo y no hay respuestas correctas ni incorrectas. Toda la información entregada es confidencial y está resguardada por la Ley de Protección de Datos que rige actualmente en España. Se generó una encuesta breve y sencilla para que no les tomara mucho tiempo responder. Su colaboración y participación es muy importante para la investigación, por ello, muchas gracias de antemano.

Tabla 11: Instrumento cuantitativo

CATEGORÍAS/ VARIABLES	ÍNDICES	RESPUESTAS	TIPO DE VARIABLE
CARACTERIZACIÓN	1. Edad	Abierta	Ordinal
	2. Nacionalidad	1. Chilena 2. Española	Nominal dicotómica
	3. Religión	1. Ateo/Agnóstico 2. Creyente no practicante 3. Creyente practicante	Nominal
	4. Nivel de estudios	1. Secundaria incompleta 2. Secundaria completa 3. Formación Técnica Profesional 4. Universitaria 5. Post grado	Nominal

	5. Situación sentimental	1. Casada 2. Soltera con compromiso 3. Soltera sin compromiso	Nominal
	6. Número de hijos	0. No tengo 1. 1 2. 2	Ordinal
	7. A qué edad te iniciaste sexualmente	Abierta	Ordinal
	8. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	1. Entre 1 y 4 2. Entre 5 y 8 3. Entre 9 y 16 4. Sobre 17	Nominal
	9. Te has infectado con alguna enfermedad de transmisión sexual	1. No, nunca he tenido una ets 2. Sí, he tenido una ets ... ¿Cuál?	Nominal
CONDUCTA PREVENTIVA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	10. Con cuánta frecuencia te realizas una citología o papanicolau	1. No sé lo que es una citología/papnicolau 2. Nunca me he realizado una citología/pap 3. Solo me he practicado una citología/pap 4. Me realizo una citología/pap una vez cada tres años 5. Me realizo una citología/pap una vez por año 6. Me realizo una citología/pap, pero no recuerdo con qué frecuencia 7. Otra	Nominal
	11. ¿Qué método de prevención (profiláctico o anticonceptivo) utilizas regularmente?	0. Ninguno 1. Píldora anticonceptiva 2. Preservativo/condón 3. Otro método hormonal (anillo, parche, inyecciones) 4. Coito interrumpido 5. Métodos naturales (contar días, toma de temperatura) 6. Otro (abierto)	Nominal

	12.¿Qué método de prevención (profiláctico o anticonceptivo) utilizas con tu pareja estable? (si actualmente no tienes pareja estable, responde qué método utilizabas con tú última pareja estable)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Píldora anticonceptiva 2. Preservativo/condón 3. Otro método hormonal (anillo, parche, inyecciones) 4. Coito interrumpido 5. Métodos naturales (contar días, toma de temperatura) 6. Otro (abierto) 	Nominal
	13.¿Qué método de prevención (profiláctico o anticonceptivo) utilizas cuando has practicado sexo casual?	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Píldora anticonceptiva 2. Preservativo/condón 3. Otro método hormonal (anillo, parche, inyecciones) 4. Coito interrumpido 5. Métodos naturales (contar días, toma de temperatura) 6. No practico sexo casual 7. Otro (abierto) 	Nominal
	14.¿Con qué frecuencia has utilizado preservativo (condón) al practicar sexo casual?	<ul style="list-style-type: none"> 1. Siempre utilizo preservativo 2. Muy frecuentemente utilizo preservativo 3. A veces utilizo preservativo 4. Rara vez utilizo preservativo 5. Nunca utilizo preservativo 6. No practico sexo casual 	Nominal
PERCEPCIÓN DE RIESGO	15.¿Cuál es tu mayor temor al tener relaciones sexuales? (escoja la opción que más la identifica o se asemeje a lo que piensa)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. que se rompa el preservativo 2. quedar embarazada 3. Contagiarme de VIH/SIDA 4. Contagiarme con cualquier infección o enfermedad de transmisión sexual 5. Multi miedos 	Nominal

	16.Cuál de las siguientes afirmaciones te representa mejor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me expongo a muchos riesgos al tener relaciones sexuales 2. Me expongo a algunos riesgos cuando tengo relaciones sexuales 3. No pienso en riesgos cuando tengo relaciones sexuales 4. Son pocos los riesgos a los que me expongo cuando tengo relaciones sexuales. 5. No me expongo a ningún tipo de riesgo cuando tengo relaciones sexuales 	Nominal
	17.En tú opinión, con cuál método preventivo te sientes más protegida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Píldora anticonceptiva 2. Preservativo/condón 3. Otro método hormonal (anillo, parche, inyecciones) 4. Coito interrumpido 5. Métodos naturales (contar días, toma de temperatura) 6. Otro (abierto) 	Nominal
CONOCIMIENTO DE VPH	18.Sabes lo que es el Virus Papiloma Humano (Solo si responde alternativa 2 o 3 debe responder verdadero o falso a las siguientes afirmaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca he oído hablar de VPH 2. He oído hablar de VPH, pero no tengo claridad respecto de qué es 3. Estoy en conocimiento de lo que es el VPH 	Nominal
	19.El VPH es un virus muy poco común	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verdadero 2. Falso 3. No sé 	Ordinal
	20.Existen muchos tipos de VPH y la mayoría son combatidos por el propio sistema inmune sin causar síntomas evidentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verdadero 2. Falso 3. No sé 	Ordinal
	21.Los condilomas o verrugas genitales se asocian a Virus Papiloma Humano	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verdadero 2. Falso 3. No sé 	Ordinal

	22. Se asocia VPH con el Cáncer Cérvico Uterino o de Cuello Uterino	1. Verdadero 2. Falso 3. No sé	Ordinal
	23. El hombre solo puede ser portador de VPH y no presenta complicaciones médicas	1. Verdadero 2. Falso 3. No sé	Ordinal
	24. El preservativo es 100% efectivo para prevenir el contagio de VPH	1. Verdadero 2. Falso 3. No sé	Ordinal
CONOCIMIENTO SOBRE LA VACUNA	25. ¿Has oído hablar de la vacuna para prevenir el contagio de VPH?	1. Nunca he oído hablar de la vacuna 2. He oído hablar de ella, pero no tengo una opinión al respecto 3. He oído hablar de ella, y me parece una buena medida para evitar la infección por VPH 4. He oído hablar de ella, pero no tengo una buena opinión al respecto	Nominal

Fuente: elaboración propia.

5. ANÁLISIS

Terminada la fase de producción de datos comenzó la fase de análisis, etapa donde se pone en discusión la información recogida, comenzando el proceso relacional desde la teoría establecida como referente en el Marco Teórico. Existen múltiples procedimientos para analizar los datos; la primera gran agrupación de procedimientos de análisis se relaciona con la metodología empleada. Así, existen técnicas que son pertinentes para la metodología cuantitativa –como por ejemplo, el análisis multivariado- y otras técnicas que corresponden a la metodología cualitativa –como el análisis de discurso crítico.

Dado el carácter mixto de la presente investigación, se debió recurrir a diferentes técnicas de análisis dependiendo de los datos que puestos en discusión. Como marco general, se utilizó el **análisis de contenido**, el cual epistemológicamente es aplicable tanto a datos cuantitativos como cualitativos. Su origen se remite a mediados del siglo pasado, fundando sus bases en la noción de que los sujetos utilizan lenguajes y simbologías para representar la realidad. Antes de este momento, el análisis de contenido se había dedicado principalmente a contar palabras, ver cuantas veces se repetía, pero no se preocupaba de la profundidad y las significaciones otorgadas a estas palabras.

Potentially, content analysis is one of the most important research techniques in the social science, it seeks to understand data not as a collection of physical events but as symbolic phenomena and to approach their analysis unobtrusively. Methods in the natural sciences do not need to be concerned with meanings, references, consequences, and intentions. Methods in social research that derive from these “hard” disciplines manage to ignore these phenomena for convenience. Yet, nobody doubts the significance of symbols in society. (Krippendorff; 1980; p.7)

El análisis de contenido está basado en la revisión literal de la información, una lectura que se diferencia de la tradicional en cuanto pretende ser un método científico (por ende, sistemática, objetiva, fiable y válida).

El conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes (Bardin; 1996; p.32)

Cabe señalar que el análisis de contenido en primer lugar cumple una tarea de orientación empírica, exploratoria, preocupado del fenómeno de estudio y predictivo; en un segundo lugar, este trasciende la noción convencional de contenido como objeto de conocimiento, sino que se

relaciona más con el carácter simbólico del fenómeno (Krippendorff; 1980). Lo que parece característico del análisis de contenido es que combina la observación, producción de datos y la posterior interpretación. Tanto los datos explícitos como implícitos cobran sentido en cuanto habitan un contexto, el cual se presenta como un marco referencial donde se encuentra el fenómeno o problema a estudiar.

Esta técnica se sustenta en la idea de que una problemática empírica, con eventos simbólicos, no puede ser analizada a través de mensajes aislados, sino que más bien se establece la complejidad del mensaje, asociado a otras dimensiones contextuales que también serían relevantes. Por ende, se podría afirmar que esta técnica ha evolucionado en una técnica de análisis que pretende establecer inferencias de datos verbales, simbólicos o comunicativos (*Ibidem*).

Si se parte de la base de que el análisis de contenido busca las significaciones simbólicas de los mensajes, es importante tener en consideración algunas características inherentes a los mensajes. Los mensajes no tienen solamente un significado, por lo que es necesario considerar diferentes perspectivas al momento de analizar el dato. Las significaciones de los mensajes no necesariamente son compartidos, en cuanto están determinados por un contexto geo-socio-cultural que finalmente las constituiría y las haría legible y entendibles para un lugar determinado; a esto se agrega el hecho de que el lenguaje en sí mismo es bastante ambiguo, y a veces se dice no precisamente lo que se piensa, sino lo que se desea escuchar y/o lo políticamente correcto, por lo que lo dicho tampoco representaría lo que se dice, sino que se despliega como una estrategia comunicativa que sería necesaria dilucidar. Además, se debe considerar que los significados siempre están relacionados con el comunicador, y el mensaje no está imperiosamente asociado con los significados compartidos que inmediatamente se asumen. En definitiva, es importante hacer un análisis de contenido totalmente asociado, relativizado y justificado en términos del contexto de la información recogida, solo así se logrará un análisis válido (*Ibidem*).

Se podría aseverar que esta técnica de análisis abarca tanto lo textual como lo no textual (el dato y su contexto); cuando se hace referencia a un análisis de contenido de los datos recogidos en relación a un problema, a lo que se está aludiendo más que al texto mismo producido, es aquello que está localizado fuera de él, que se define y revela como el sentido inherente del mensaje. Su objetivo trascendental es lograr la emergencia de aquel sentido latente proveniente de prácticas (tanto sociales como cognitivas) expresado a través de los procesos comunicativos que pretenden la interacción entre los sujetos.

As is true for most research, content analyses are also rarely ever finished. Although a good content analysis will answer some question, it is also expected to pose new ones, leading to revisions of the procedures for future applications, stimulating new research into the bases for drawing inferences, not to mention suggesting new hypotheses about the phenomena of interest. (*Ibidem*; p.169)

Dada las características inherentes a esta técnica de análisis, se ha considerado como la más pertinente al momento del análisis cualitativo, aunque también será el marco referencial del análisis de los datos cuantitativos.

Como ya se ha establecido, el terreno se separó en dos etapas determinadas por las dos metodologías empleadas (con sus respectivos muestreos, técnicas, instrumentos y ahora, análisis). Posterior al análisis de contenido realizado a los datos generados con el método cualitativo, se estableció la necesidad de realizar un análisis independiente de los datos cuantitativos. Una vez terminada la aplicación de la encuesta, lo primero consistió en realizar un análisis descriptivo de los datos obtenidos. Para esto no es necesario cruzar las variables, sino que hacer un análisis de los datos producidos y definirlos en función de la operacionalización de los objetivos y a la pertinencia en responder a la pregunta de investigación, aunque dada las características de la presente investigación, estos datos solo tomarían sentido en la medida en que se separaran por nacionalidades, y en la medida de lo posible, también cruzándolo con las variables edad y nivel educativo.

Para hacer esto se utilizó el software especializado en el tratamiento de datos: SPSS. En un primer momento se intentó realizar tablas de convergencia donde se pudiesen evidenciar los diferentes ítemes, en función de la nacionalidad, edad y nivel educacional. Debido a la gran cantidad de variables en juego, fue necesario elaborarlas a mano, con la ayuda inicial de SPSS, creando una matriz de datos muy interesantes de observar y que están adjuntadas como anexo. En un segundo momento se procedió a la creación de tablas comparativas –en función de la necesidad- de cada variable

A través de las técnicas y fórmulas estadísticas, se intentó determinar las magnitudes y relaciones entre las variables, las cuales se han puesto en discusión; aunque es importante considerar que el análisis de datos es una tarea eminentemente sociológica (en cuanto a su interpretación) y solo secundariamente una tarea estadística, en la medida en que la tarea de análisis cuantitativo de datos sociales es un ejercicio que requiere pensar en términos sociales.

Al fin y al cabo, se pueden realizar análisis relevantes e interesantes con técnicas estadísticas más bien básicas y hacer análisis sin relevancia usando técnicas estadísticas complejas. En otras palabras, la calidad del análisis y la complejidad estadística son cosas que no tienen mucha relación. De hecho, en realidad ni siquiera es necesario que –en un equipo de investigación– el principal analista sea un especialista en estadística: esta tarea puede, y de hecho se hace, delegar en otros miembros del equipo. Lo que aparece indelegable es la tarea propia del análisis. (Canales [Ed.]; 2006; p.169)

El primer momento descriptivo, tiende ser asociado limitadamente al análisis univariado, pero esto no es así, no solo se necesita describir qué pasa con cada pregunta, sino que un buen análisis utiliza otros recursos, como la recategorización y la comparación (ya sea con otros estudios, como con otras preguntas). *Una buena descripción no es simplemente contar qué pasa con cada pregunta del cuestionario. Una buena descripción es una descripción que sintetiza esos resultados. En otras palabras, que establece algunas tendencias (Ibíd.; p.177).* Para poder llevar a cabo un análisis descriptivo pero a la vez complejo e integral, que comprenda las diferentes dimensiones de la realidad del fenómeno en cuestión, es necesario tener un acercamiento teórico a la temática en cuestión.

El análisis descriptivo, constituye el primer nivel de análisis, y sus funciones son las de establecer cuál es la forma de distribución de una, dos o tres variables en el ámbito global del colectivo, cuántas unidades se distribuyen en categorías naturales o construidas de esas variables, cuál es la magnitud de ella expresada en forma de una síntesis de valores, cuál es la dispersión con que se da entre las unidades del conjunto, etc. En la investigación social, el análisis descriptivo cumple la función principal de caracterizar a un colectivo con una o más de esas expresiones de la variable analizada. (Briones; 2002; p.71)

En definitiva, se realizó un **análisis descriptivo inferencial**, donde se posibilita el cruce entre dos o más variables en función de la temática que se quiere, describir, analizar o responder.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

Se ha recorrido un largo camino desde el planteamiento del problema, y del proyecto de investigación en general, el que no ha estado exento de dificultades, principalmente en relación al trabajo en terreno y a cumplir lo propuesto en la primera versión del preproyecto. A pesar de ello, ha sido precisamente el trabajo de campo lo más gratificante. La recopilación de los diferentes testimonios, no solo ha permitido desarrollar técnicas y habilidades en la tarea de entrevistar, sino que más importante y profundo aún, ha permitido adentrarse, conocer y relacionarse con una gama de mujeres y realidades sociales.

Concretamente, la mayor dificultad en torno a la investigación fue el hecho de cumplir los criterios muestrales que se plantearon en una primera instancia, los cuales eran rigurosos y de difícil acceso –por lo menos en la fase cuantitativa donde se había propuesto un número específico de mujeres que cumplieran con los criterios muestrales. A pesar de la dificultad en la fase cualitativa para hallar mujeres sin estudios en los rangos de edades establecidos, en la fase cuantitativa se vio la imposibilidad de satisfacer este criterio con tiempo y recursos limitados. Fue así como se decidió flexibilizar el criterio muestral inicial, aunque conservando la caracterización de las encuestadas, con la finalidad de acceder a la información, pero dentro de lo viable y lo posible en estas circunstancias.

Así se estableció finalmente un muestreo teórico, en que se debían cumplir lógicas de inclusión y exclusión, pero que ya no serían equivalentes cuantitativamente, sino que por el contrario, se definirían en función de la realidad y la accesibilidad. Para ello, se subió a la web el cuestionario por un período de dos semanas, donde se buscó alcanzar un número que posibilitara la significación estadística de la muestra, la cual, después de reiteradas discusiones con diferentes académicos, se había definido en 360 personas.

Retomando la fase cualitativa, que fue la primera aproximación empírica al fenómeno de estudio, se estableció la aplicación de una entrevista semiestructurada a ocho mujeres: cuatro chilenas y cuatro españolas. Debido a la actual residencia de la investigadora, se estableció que la entrevista a las chilenas sería realizada a través de *skype* (programa de videoconferencias), lo que evidentemente no corresponde a las condiciones ideales de aplicación de una entrevista, pero que parecía la única solución viable dada las circunstancias establecidas. Así comenzó la búsqueda de mujeres que cumplieran los criterios muestrales para comenzar las entrevistas, las cuales se realizaron en su totalidad en un período menor a dos semanas entre el 18 y el 31 de marzo. Finalmente se logró entrevistar a cuatro jóvenes que cumplían con los requisitos establecidos en el muestreo. Después de las primeras entrevistas, emergió el reparo respecto de la tonalidad de la entrevista, que al buscar conocimientos, creencias, prácticas, conductas –protectoras y de riesgo– sobre VPH, a veces parecía estar evaluando a las mujeres que entregaban su testimonio. También se observó que había preguntas que no se podían realizar al principio, a pesar de pertenecer al apartado de caracterización, sino que debían hacerse más avanzada la entrevista⁵³. Con estos

⁵³ Preguntas como edad de iniciación sexual y cantidad de parejas sexuales.

reparos se fue definiendo y refinando la pauta inicial, construyendo un instrumento pertinente, pero sin lograr quitar completamente el tono de examen.

Respecto de las entrevistadas españolas, se priorizó la entrevista en directo, estableciéndose como requisito necesario en cuanto la ejecutora del presente proyecto presenta un diferente bagaje cultural, lo que entorpecería –evidentemente- el proceso de *rapport* con las entrevistadas; solo así se podrían establecer tanto los significados asociados a las expresiones, etc.

Fue más difícil hallar entrevistadas españolas que no tuvieran estudios universitarios, debido a las limitadas redes sociales que maneja la responsable del proyecto. En esta fase, comenzó a vislumbrarse la problemática que causaría el inicial muestreo por cuotas que fijaba previamente las características y cantidad de mujeres se encuestarían para la fase cuantitativa. A pesar de las dificultades iniciales, se logró completar las cuatro entrevistas hacia el 12 de abril, las cuales fueron llevadas a cabo en locales públicos, por lo que se intentó hacer las entrevistas temprano – para que hubiese menos gente y ruido- y lo suficientemente amplios como para no estar muy cerca de las demás personas, dado el carácter íntimo del contenido de la entrevista.

En paralelo se comenzó el proceso de transcripción y análisis preliminar, datos necesarios para la construcción del cuestionario. Se establecieron los reparos ya descritos en el apartado de instrumento, respecto de la extensión y el carácter de examen –que se quería evitar. Así, se decidió crear tres categorías iniciales, operacionalizadas en diferentes variables o ítemes, que correspondían a: nociones asociadas a salud sexual y reproductiva, percepción del riesgo, conocimiento sobre VPH; en conjunto con la caracterización de la encuestada. A propósito de la revisión bibliográfica, se decidió integrar una pregunta respecto del conocimiento y valoración de la vacuna profiláctica de VPH comercializada actualmente, también con la idea de cruzar este dato con otras variables.

La encuesta preliminar, construida en base a la experiencia obtenida en la fase cualitativa, en conjunto con los datos obtenidos en la revisión bibliográfica, estuvo lista hacia el 23 de abril, cuando se comenzó el proceso de pretest de la encuesta, como ya se ha señalado en apartados anteriores. Una vez incorporados los reparos, se llevó a revisión en una sesión de tutoría, donde se estableció su pertinencia, por lo que comenzó a socializarse la versión definitiva y adjuntada en el apartado de instrumentos, hacia el jueves 26 de abril de 2012. Se creó una lista de contactos en Chile y España que incluyeron tanto hombres como mujeres donde se describían brevemente los

fines que tenía la encuesta y los requisitos que había que satisfacer para poder responderla. Se solicitó a los que no cumplían los requisitos que la renviaran, y a quienes cumplían que la respondieran y luego también lo renviaran. La lista de contactos era mucho más larga en Chile que en España, pero se lograron mayor cantidad de respuestas de españolas en la medida en que fue difundida en diferentes cursos universitarios, gracias a la solidaridad de diferentes profesoras y compañeros. Aunque cabe señalar que las tendencias mostraban todo lo contrario, a una semana de haber subido la encuesta a la web, habían respondido cerca de 150 chilenas y solamente 40 españolas; mientras que en la segunda semana se observó un estancamiento de casos chilenos y un gran logro con las entrevistadas españolas.

El 10 de mayo se dio cierre a la fase de terreno, se descargó la plantilla de datos en Excel, y se comenzó su codificación en SPSS, dando oficialmente inicio a la fase de análisis de los datos recopilados.

V. ANÁLISIS Y RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CUALITATIVO

Dado los diferentes perfiles de mujeres entrevistadas tanto en Chile como en España, se logra establecer un panorama general respecto del estado de conocimientos sobre VPH, pero además se logra observar ciertas tendencias (que dado el tamaño de la muestra, es irresponsable denominar patrones) conductuales y actitudinales respecto de la manera en que las jóvenes se enfrentan al tema de la sexualidad en general. A continuación se establecerán las principales conclusiones y reflexiones a partir de las entrevistas cualitativas, lo que será útil tanto como insumo para los resultados finales –donde se pondrán en discusión los resultados cuantitativos en conjunto con los cualitativos-, como para la elaboración del cuestionario cuantitativo que aplicado a una muestra mayor.

Como quedó establecido en el Marco Metodológico, se entrevistaron mujeres de dos agrupaciones de edad –entre 18 y 23, entre 24 y 29-, criterio que responde a la noción de diferentes percepciones respecto de la vida; pero además se entrevistaron a jóvenes con y sin estudios universitarios, para que quedara ilustrado los diferentes niveles socioeconómicos y culturales. La importancia de esta diferenciación radica en observar si las opiniones, conductas y conocimientos varían dependiendo de la característica de la población. Además permite hacer comparaciones entre poblaciones –chilena y española- dentro de estas mismas diferenciaciones, lo que enriquece la discusión y los resultados conclusivos, a pesar de que a nivel cuantitativo no se logró este nivel de tipologización, se decidió continuar con este tipo de análisis en la fase cualitativa en la medida en que se podrían generar teorías o hallazgos interesantes de investigar en instancias posteriores.

En la tabla a continuación, se entrega información sobre las ocho jóvenes entrevistadas y las características a las que respondían –según criterios muestrales. Los nombres asignados no son sus nombres reales, y durante el análisis se hará referencia a estos nombres como representantes de la tipología correspondiente.

Tabla 12: **Entrevistadas**

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios	
	Chilena	Española	Chilena	Española
18-24	Lauren	Silvana	Ana María	Maite
24-29	Manuela	Edith	Janet	Lourdes

Fuente: elaboración propia.

A. CARACTERIZACIÓN

La primera acción de análisis realizada, fue la generación de una tabla donde convergieran todos los datos relevantes de las entrevistadas, para lograr un esquema que facilitara tanto la búsqueda de la información relevante, como la comparación y emergencia de teorías y conclusiones iniciales, tabla que está integrada en extenso en el anexo 1.

ESTADO CIVIL E HIJOS

Se dio la coincidencia de que las ocho jóvenes entrevistadas, ninguna había contraído matrimonio, aunque cabe reconocer que solo una era soltera y el resto de las jóvenes tenían parejas estables. Así como coincidían en su estado civil, también tenían en común el hecho de no tener hijos, es decir que no había paridad.

La importancia de la soltería solo radicaría en el hecho de que parecerían estar más expuestas al contagio de una ITS; desde una perspectiva más tradicional, se relacionaría este hecho a la falta de compromiso y la “libertad” para cambiar de pareja, aunque también frente a los nuevos modelos de pareja y familia, sería un error plantear que por el solo hecho de estar o no casada, habría mayor o menor posibilidad de ser contagiada. Aunque estar casado tampoco es sinónimo de seguridad a nivel de salud sexual y reproductiva, en la medida en que existe la infidelidad y otras conductas que pondrían en riesgo la supuesta seguridad asociada al compromiso marital.

A nivel cualitativo, este dato por sí solo no entrega mucha información, pero a nivel de caracterización y posteriormente al cruzar este dato con otros, podría potencialmente ser revelador.

RELIGIÓN

Con excepción de ambas jóvenes españolas sin estudios universitarios, todas declararon no tener creencias religiosas y tampoco ser practicantes; las jóvenes declararon ser católicas, aunque también reconocieron no ser practicantes, sino más bien creyentes, dato que se corresponde con lo pesquisado en la etapa cuantitativa.

Esta dato no parece decidor, pero hay muchos estudios que avalan la correlación entre las creencias religiosas y conductas o actitudes de abordaje y afrontamiento de temas tabúes para la doctrina religiosa, como ha sido el tema de la sexualidad. Desde el paradigma religioso, el sexo solo es permitido en la medida en que asegura la reproducción de la especie; cuando este no tiene fines reproductores, no tendría ninguna finalidad, constituyéndose en un pecado. Así, a grandes rasgos, se podría aseverar que las personas que no practican ni se identifican con alguna doctrina religiosa, tendrían una mayor libertad o un menor prejuicio para enfrentarse a la sexualidad.

NIVEL EDUCACIONAL Y OFICIO

En la caracterización de la muestra se estableció que la mitad de las jóvenes entrevistadas no debían tener estudios superiores; de las jóvenes que cumplían este requisito, todas menos una presentaban estudios secundarios completos: Maite –la chica española y del rango de edad entre 18 y 23 años.

Del grupo de jóvenes, tanto chilenas como españolas que no presentaban estudios universitarios, solo Ana María está desempleada –aunque estaba postulando a un trabajo de administrativa- mientras que el resto tiene trabajo estable: una de mesera, otra de coordinadora de empaques de supermercado⁵⁴ y la tercera de administrativa.

De las chilenas que no presentaban estudios universitarios –Janet y Ana María- la primera había estudiado en la escuela pública, mientras que la segunda había estudiado en un colegio particular subvencionado⁵⁵. Las chilenas que presentaban estudios universitarios, habían sido formadas en

⁵⁴ En Chile es común que en los supermercados haya chicos escolares y universitarios que se dedican a empacar productos comprados en el supermercado, a cambio de propina. A estos se les denomina “empaquetadores de supermercado”, un trabajo que recientemente ha salido a la palestra debido a las irregularidades laborales y la ausencia de legislación para salvaguardar condiciones dignas de trabajo.

⁵⁵ En Chile existen establecimientos educacionales de enseñanza básica y secundaria (12 años de educación obligatoria por ley, a lo que se ha agregado recientemente la enseñanza preescolar) de carácter público (totalmente gratuito y

colegios particulares. Y tanto Ana María, Janet y Manuela habían asistido a instituciones de carácter religioso, mientras que solo Lauren había terminado su formación escolar en un colegio laico. Se desprende de este dato que efectivamente las jóvenes que no presentan estudios universitarios, habían asistido a escuelas públicas o subvencionadas por el Estado, lo que dejaría entrever cierta pertenencia a un estrato social bajo.

De las españolas entrevistadas, todas asistieron a instituciones escolares de carácter público, y solo Edith se formó en una institución de carácter religiosa.

De las cuatro mujeres entrevistadas que presentaban estudios universitarios, todas se encontraban actualmente estudiando. Tanto Lauren, Manuela y Silvana se encontraban realizando estudios de grado, mientras que Edith se encontraba realizando estudios de postgrado. Las cuatro presentan como oficio principal ser estudiantes y no se habían insertado regularmente al mundo laboral.

SISTEMA SANITARIO

Dadas las características del sistema sanitario chileno, se incluyó como variable el hecho de pertenecer al sistema privado o al público, ya que esto determina no solo estratos sociales, sino que también hace referencia a un tipo de servicio de atención, que a nivel tanto de valoración como expectativas, es totalmente diferente del privado. Se evidenció que las chilenas sin estudios universitarios –Ana María y Janet - están suscritas al sistema público de Salud –FONASA-, mientras que Lauren y Manuela tenían ISAPRE.

Respecto las españolas, solamente Silvana no se atendía a través del sistema público, ya que sus padres eran funcionarios. El resto de las españolas se atendía regularmente en el sistema público.

En el caso de las chilenas, se ve una clara correlación entre las chicas no universitarias, el sistema sanitario al que están suscritas –público-, así como al tipo de escuelas de las que participan –público y subvencionado- los cuales podrían constituirse en indicadores que demuestran que

financiado por el Estado), subvencionado (que presentan subvenciones del Estado) y privados. Lamentablemente este sistema en vez de ofrecer libertad de elección, solo ha servido para fomentar la marginación, en la medida en que la educación pública ha sido desatendida sistemáticamente por años, bajando el financiamiento y dejando de lado la preocupación por la enseñanza de calidad. Por ello la población, si es que tiene posibilidades, se inclina por matricular a sus hijos en establecimientos subvencionados o privados, relegando la educación pública para el sector más empobrecido de la población y fomentando al círculo de la pobreza, que tan bien explicaba Bourdieu en su obra *La Reproducción*.

efectivamente existe una correlación entre la especialización universitaria y el nivel socioeconómico al cual pertenecen.

EDAD MENARQUIA

Salvo una de las entrevistadas que presenta una menarquia tardía, a los 16 años, el resto de las jóvenes entrevistadas coinciden en que las edades en que menstruaron por primera vez entre los 11 y los 13 años de edad, lo que se condice con las tendencias mundiales actuales (Marco Hernández, et.al.; 2008).

EDUCACIÓN SEXUAL

A todas las entrevistadas se les preguntó si habían tenido charlas, clases o seminarios de educación sexual en su etapa escolar y secundaria; también se les preguntó si la sexualidad era un tema conversado en casa y cuáles otras fuentes de conocimiento tenían de esta temática.

Las dos jóvenes provenientes de instituciones católicas –Ana María y Edith-fueron tajantes al aseverar que todo lo relacionado con educación sexual era un tabú y no se considera un tema relevante de tratar, ni siquiera desde el enfoque de la abstinencia.

El resto de las jóvenes chilenas –Lauren, Manuela y Janet- afirman que en la asignatura biología se tocaron temáticas asociadas a la educación sexual, como enfermedades de transmisión sexual, métodos preventivos, a propósito de la unidad temática de aparato reproductor humano. Por ende, se les enseñó lo qué es el período menstrual y diferentes elementos que se pueden asociar a la educación sexual desde la biología. Aun así, queda en evidencia que no hay asignaturas, charlas o seminarios dedicados exclusivamente a la educación sexual, donde no se hable de la sexualidad en términos biologicistas, sino que como un complejo que se presenta también en otras dimensiones culturales y sociales. Parece evidente que la sexualidad no solo es algo biológico, sino que representa un complejo entramado que abarca normas sociales, experiencias personales y significados culturales, entre otros; hablar de la sexualidad desde la biología y la reproducción es una perspectiva reduccionista, que no fomenta la formación de personas completas con habilidades conocimientos para aprestarse a la sexualidad, de una manera integral y saludable.

Las mujeres españolas que no habían asistido a instituciones religiosas –Silvana, Maite y Lourdes- señalan que tuvieron charlas enfocadas específicamente hacia la educación sexual –ya no solo desde la biología, sino que un abordaje más integral-, aunque al momento de indagar respecto de

las temáticas enseñadas, se hace referencia a las mismas que describieron las mujeres chilenas: enfermedades de transmisión sexual, métodos de prevención del embarazo, formas de contagio de ITS. Aunque también se menciona en dos entrevistas, el uso correcto del preservativo, temática no abordada en el currículo chileno. Al intentar indagar en este punto, el principal obstáculo fue el tiempo transcurrido entre estos seminarios y la actualidad, las jóvenes entrevistadas reconocían no recordar claramente lo hablado en clases.

También se observa que en general la familia ocupa un lugar importante como fuente de conocimiento respecto del sexo. De las entrevistadas chilenas, Lauren y Manuela aseveran que en su familia se habla abiertamente de sexualidad, donde se tratan en general temáticas asociadas a las buenas prácticas sexuales y también a los contextos apropiados donde debería llevarse a cabo una relación sexual; en contraposición Ana María y Janet –justamente las que representarían al estrato social más desprotegido- reconocen que vienen de familias tradicionales donde no se podría hablar fácilmente de sexualidad. Aun así, reconocen que las temáticas básicas, tales como métodos preventivos –especialmente del embarazo- son tocados.

A pesar de que las españolas recibirían educación en los establecimientos públicos de enseñanza, también reconocen la relevancia que tienen las familias al momento de tratar temáticas asociadas a la sexualidad. Aun así, las jóvenes que no tienen estudios universitarios -Lourdes y Maite- reconocen que en sus hogares no se hablaba abiertamente de sexualidad, y que solo se trataría esta temática entre sus hermanas y no con los padres; además, estas conversaciones habrían tenido un carácter más bien coloquial, no educativas respecto prácticas seguras o salud sexual preventiva y responsable. En contraposición, tanto Edith como Silvana reconocen que en sus respectivos hogares se habla de sexualidad en términos amplios, tanto de métodos preventivos, de conductas responsables y además de aspectos culturales asociados hacia la emotividad o las circunstancias donde sería “normal” tener o no relaciones.

Se podría aseverar preliminarmente, que hay una mayor libertad para hablar de sexo en aquellas familias en que presentan mejor situación socioeconómica, respecto de aquellas que provienen de estratos más desprotegidos, aunque dado el tamaño de la muestra es necesario ser cuidadoso y no postularlo como un hecho o una firme tendencia.

Al preguntar respecto de otras fuentes de conocimiento de educación sexual, en general se respondió que eran importantes las conversaciones con amigos, los medios de comunicación –

principalmente internet- y la experiencia misma. Respecto de las conversaciones con amigos, todas reconocen que estas son más bien lúdicas, compartiendo temáticas relacionadas a prácticas o experiencias puntuales, más que a temáticas asociadas conductas preventivas o identificar las riesgosas. Se reconoce una apertura para poder hablar temáticas con amigos de índole sexual, donde se comparte información que podría servir para tomar conductas responsables, lo que se derivaría de experiencias asociadas a la adquisición de ITS, etc.

Es destacable la emergencia de internet como una fuente importante y bien evaluada de información. Las cuatro entrevistadas chilenas hacen referencia a internet como una fuente de conocimiento; incluso Janet aseguró que serviría mucho como método diagnóstico de enfermedades, en la medida en que se podían poner los síntomas y/o buscar fotos, para poder identificar lo que se está padeciendo. Aunque es importante señalar que también menciona que esto serviría para llegar a atenderse con el profesional de la salud de una manera más informada.

...también del internet cachai, que a veces busco.. no sé... a veces tengo algún tipo de picazón pongo los síntomas en internet y salen miles de enfermedades po (...) o sea.. igual... no sé, yo pienso que te aclara hartas cosas, porque hay muchas personas que miran. O de repente te dicen que tienes una picazón, y esto puede ser hongos... y tú tenís que.... Te mirai y ves si parece hongos o parece condiloma... y empiezas a buscar condiloma, te salen imágenes y te sale todo y puedes ver... así que te sirve hartito. Y si tienes dudas, vas al médico y ya vas con una noción de lo que tenís, el médico qué hace te dice (Janet)

Lo observado respecto de internet como una fuente de conocimiento respecto de educación sexual, tiene una clara correlación con publicaciones relacionadas al aumento de porcentaje de personas que se informan respecto de sus diferentes síntomas a través de la web, lo que ha provocado tanto mal diagnóstico, automedicación y otras conductas que se podrían catalogar como riesgosas para la salud (Navas-Martin, Albornos & Escandell; 2012).

B. NOCIONES ASOCIADAS A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ITS

Tabla 13: ITS mencionadas por las entrevistadas

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios	
	Chilena	Española	Chilena	Española
18-23	VPH y VIH; sífilis, gonorrea, ladillas	SIDA, papiloma, Sífilis, gonorrea, cándida	VIH/SIDA; gonorrea, Herpes.	SIDA
24-29	VIH; hongos, sífilis, gonorrea, ladillas, "CaCu" (identifica una enfermedad que podría provocar CaCu)	SIDA, sífilis, gonorrea, papiloma, cándida, hepatitis	VIH, gonorrea sífilis, condilomas, papilomas, infecciones urinarias, hongos, herpes	SIDA y hepatitis

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar en el cuadro las infecciones específicas que cada entrevistada mencionó al momento de ser preguntadas explícitamente respecto de qué infecciones o enfermedades de transmisión sexual conoce; en suma las mujeres entrevistadas reconocen nueve infecciones:

- VIH/SIDA: debido a que el objetivo de la presente investigación era respecto de VPH, no se indagó respecto del grado de conocimiento entre el VIH y el SIDA⁵⁶, y al momento de mencionar una o la otra, se estableció como lo mismo en la medida en que el virus es el mismo. De las mujeres entrevistadas, todas mencionaron este virus. Incluso Maite, que solamente menciona una, y al momento de indagar más, reconoció no estar en conocimiento de ninguna otra, menciona el VIH/SIDA.
- VPH: mencionada por cinco de las entrevistadas, aunque en estricto rigor solamente tres de ellas (Laura, Silvana y Edith) hicieron referencia a VPH o a la palabra *papiloma*; mientras que Janet y Manuela hacen referencia a las manifestaciones clínicas del VPH: condilomas y CaCu respectivamente. Esto es interesante, pero se abordará en profundidad en el apartado concerniente a VPH.

⁵⁶ Mientras el VIH es aquel que porta el virus, el SIDA es la manifestación clínica y sintomatológica del mismo.

- Sífilis: fue mencionada por cinco de las entrevistadas; por tres de las chilenas (las dos con estudios universitarios y Janet) y por ambas chicas españolas que tenían estudios universitarios.
- Gonorrea: también fue indicada por cinco de las entrevistadas, por las cuatro chilenas y Edith.
- Hongos/Cándida: Mientras las chilenas hablan de hongos, las españolas hablan de cándida, pero finalmente están aludiendo al hongo vaginal; fue anunciada por cuatro de las entrevistadas, dos chilenas (las del grupo de mujeres mayores) y dos españolas (las dos universitarias).
- Ladillas: indicado en dos ocasiones, por ambas mujeres chilenas con estudios universitarios.
- Herpes: mencionado por ambas chilenas sin estudios universitarios, y solamente puesto sobre el tapete en ambas instancias.
- Hepatitis: mencionado solamente en dos ocasiones, ambas veces por las españolas que corresponden al rango etario entre 23 y 29 años.
- Infecciones urinarias: indicado en una sola ocasión, por Janet.

Dado el tamaño de la unidad de análisis, en que solo se establece un representante por cada tipología, no es posible elaborar conclusiones decidoras, pero aun así se establecen tendencias muy interesantes de verificar en una instancia posterior, donde se pueda explicar las tendencias a reconocer ciertas enfermedades por sobre otras. A pesar de que no se pueden establecer conclusiones generales, se podría inferir que el VIH/SIDA es la ITS más reconocida entre las entrevistadas, lo que se corresponde con las teorías que se manejan al respecto. En segundo lugar empatan la sífilis, la gonorrea y el VPH, siendo mencionadas por cinco de las entrevistadas; posteriormente los hongos con cuatro menciones; ladillas, hepatitis y herpes por dos y las infecciones urinarias solo mencionadas en una ocasión.

En general se podría aseverar que las chilenas en promedio indican 5,5 ITS, mientras que las españolas solamente 3,5; esta cifra no se correspondería con la educación sexual impartida, si se considera que en España hay un programa muchísimo más integral, que el enfoque biologicista entregado en las escuelas chilenas. Además, si las separamos por estudios, se presenta la misma proporción: las universitarias mencionan 5,5 ITS en promedio, mientras que las que no tienen estudios solamente 3,5; lo que a nivel analítico presentaría una correspondencia con los estudios que hablan de la relación entre nivel de estudios y conocimiento de ITS (Franceschi, et.al; 2009).

MÉTODOS PREVENTIVOS

Durante la entrevista se preguntó respecto de los métodos profilácticos y anticonceptivos más conocidos y utilizados, tanto por la entrevistada, como en su medio inmediato; además se preguntó por la valoración y su apreciación según cuál método sería más seguro. Esta categoría podría considerarse como un indicador respecto de conocimiento y acceso a los diferentes métodos que sirven tanto para prevenir embarazos como para prevenir el contagio con infecciones. En el siguiente cuadro se exponen los métodos mencionados, ya sea espontáneamente como después de indagar un poco más.

Tabla 14: **Métodos de protección mencionados**

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios	
	Chilena	Española	Chilena	Española
18-23	PAC, condón, la T, el condón vaginal, la abstinencia	Anillo vaginal, PAC, preservativos, diafragma, espermicidas	Condón, T de Cobre, parches, PAC, Pastilla del día después.	Preservativo PAC, DIU
24-29	Abstinencia, PAC, condones, preservativo femenino, la inyección, la T	DIU, PAC, preservativo, el anillo, la esponja, espermicidas, preservativo femenino, método natural	Condomes, PAC, no conoce el preservativo femenino.	Preservativos, PAC, DIU

Fuente: elaboración propia.

En primera instancia se puede observar que todas las jóvenes mencionan por lo menos los preservativos y la píldora (PAC-Píldora anticonceptiva), los cuales coinciden con los métodos más difundidos y utilizados en general. Llama la atención que solo una joven, Edith, mencione el método natural y que justamente coincide con la que más métodos menciona (ocho en total), mientras que Janet solo menciona los dos más masivos. Ambas corresponden al rango de edad de las mayores, aunque la española tiene estudios universitarios, mientras que la chilena no los tiene. Pero también se ven otros factores que se correlacionan, Edith es la mujer con mayor cantidad de parejas sexuales y también es la más informada respecto de sexualidad, mientras que Janet reconoció ser homosexual, nunca haber utilizado ningún método, y haber descubierto hace muy poco tiempo el riesgo al que se expone al tener relaciones sexuales con otras mujeres.

...yo antes pensaba eso, que por mi condición sexual ya no me expongo como las demás que las hetero se exponen más que yo, cachai? Por el hecho de meterse con hombres y todo y las mujeres es más difícil quizás tener ese contacto, pero una vez que tuve una charla con una amiga, me dijo que no, que las mujeres igual me pueden transmitir cualquier tipo de enfermedades, por los flujos, cachai? Por los fluidos (Janet)

Esto se correlaciona con lo expresado por Maite, que también reconoce ser homosexual, pero que hasta el momento tiene la certeza –errada- de que no está expuesta a la infección de enfermedades de transmisión sexual debido a que estaría protegida por su condición sexual.

En total, las mujeres entrevistadas mencionan 13 tipos de protección/prevención diferentes: preservativo, píldora anticonceptiva, dispositivo intrauterino, anillo vaginal, esponja, espermicidas, preservativos femeninos, métodos naturales, abstinencia, inyección, diafragma, parche hormonal y la píldora del día después. De las jóvenes con estudios universitarios se evidencia un promedio de 6,5 métodos mencionados, mientras que de las jóvenes sin estudios se evidencia una tasa de 3,25 métodos, donde la que más menciona corresponde a Ana María, mientras que la que menos menciona sería Janet, con solo dos; ambas españolas sin estudios mencionan los mismos tres métodos (DIU, PAC, preservativo). De las mujeres entrevistadas con estudio, la que más métodos nombra –ocho- corresponde a la española del rango de edad entre 24 y 29, que coincide con la que mayor cantidad de parejas sexuales tiene, luego la chilena del mismo rango de edad, que menciona siete, mientras que las menores mencionan seis (la chilena) y cinco (la española); es decir, si las separamos por nacionalidades, tanto las chilenas como las españolas con estudios universitarios mencionarían 6,5 en promedio. A continuación se exponen los métodos más mencionados y sus frecuencias:

- Píldoras anticonceptivas y preservativos mencionados por las ocho entrevistadas.
- Dispositivo intrauterino, llamado por algunas la T (nombre coloquial con que se maneja principalmente en Chile, asociada a la emergencia de la T de cobre muy famosa hacia los años setenta; aunque actualmente no se utiliza, se sigue llamando así coloquialmente) fue mencionado por 5 de las entrevistadas.
- El preservativo femenino es mencionado por 3 mujeres, coincidentes con las que tienen estudios universitarios (solo la joven española del rango entre 18 y 23 no lo menciona).
- El anillo vaginal solo es mencionado por dos de las entrevistadas, coincidentemente las dos españolas con estudios universitarios.

- El espermicida es mencionado en dos casos, coincidentes con las españolas con estudios universitarios.
- Esponja espermicida y métodos naturales, mencionado solo por Edith.
- La abstinencia solo mencionada por Lauren, aunque llama la atención que es precisamente una de las chicas que no recibió formación en escuelas católicas.
- Tanto la inyección como el diafragma solo es mencionado una vez, por Manuela y Silvana correspondientemente.
- El parche hormonal y la píldora del día después son solo mencionados una vez, por Ana, la joven sin estudios universitarios que mayor información al respecto maneja.

En general se observa que las jóvenes con estudios universitarios parecen tener más información respecto de métodos profilácticos y anticonceptivos, lo que se asocia al hecho de que mencionan espontáneamente muchos más métodos, en general, respecto de las jóvenes que no tienen estudios universitarios. Esta tendencia se mantiene independiente del país de origen de las chicas. Si se comparan entre países, se puede establecer que las chilenas, tanto las que tienen como las que no tienen estudios universitarios, mencionan en promedio cinco métodos de prevención/protección, mientras que las españolas mencionan 4,8; es decir que se podría aseverar que en general se manejan conocimientos similares respecto de métodos.

Al preguntar directamente respecto de que si estos métodos eran anticonceptivos o profilácticos, en general no hubo problemas para clasificarlos dependiendo de su género, incluso al preguntar respecto de la diferencia entre estos, en general, no hubo problemas para identificar los métodos anticonceptivos como aquellos que previenen el embarazo no deseado y los métodos profilácticos como aquellos que además protegen de las ITS. Pero cuando se estaba hablando de métodos de protección de transmisión de ITS, se observa que hay una confusión y se comienza a mezclar los métodos anticonceptivos con profilácticos. Por ejemplo, Ana María menciona que la PAC tomada correctamente es más segura que el preservativo, el problema es que el contexto de la entrevista del momento, apuntaba hacia los mayores temores al momento de tener relaciones sexuales y a prevenir el contagio del VIH (identificado como su mayor temor), por lo que se observa que claramente hay una confusión en la medida de que la PAC es más segura para prevenir un embarazo no deseado, pero al momento de prevenir tanto el embarazo como la infección con alguna ETS, lo más seguro correspondería al profiláctico:

...que la diferencia radica en que igual el preservativo se puede romper, entonces es como, como que si uno es responsable y una se toma su pastilla bien y todo, en el fondo es más seguro que el preservativo que se puede romper o se puede presentar cualquier problema. El preservativo es como algo más inmediato, no sé si me entiendes? Es como.. ah del momento, pero en el fondo los anticonceptivos son como algo más de, tener más conciencia, tomárselo diariamente, cosas así (Ana María)

También se observó claramente en Lauren, cuando hace un desplazamiento inconsciente entre anticoncepción y profilaxis a propósito de la pregunta respecto de los mitos que rodeaban el tema de la sexualidad y las ITS, responde lo siguiente:

...a ver... los mayores mitos que han sido... también a ver, la promiscuidad, que la promiscuidad te llevará siempre a la enfermedad. Yo creo que no necesariamente puede ser que aumente el riesgo, más que el típico riesgo de los días fértiles y eso, eso es super relativo y eso... (Lauren)

Se puede observar claramente la confusión, ya que menciona los riesgos de los días fértiles, haciendo alusión a métodos naturales de prevención del embarazo, cuando la pregunta original está orientada al contagio y protección de las ITS. Este punto se podría relacionar con los temores que presentan las diferentes mujeres al momento de tener relaciones, punto que se tratará más en profundidad en otro apartado.

En general las entrevistadas chilenas presentaron mayores confusiones y desplazamientos en este punto, respecto de las españolas donde no fue tan evidente. Aun así, cabe señalar que en la medida en que se preguntaba directamente la diferencia, la totalidad de las entrevistadas tienen claridad de la diferencia, aunque es preocupante que en la práctica, o al hablar del uso práctico, se observe la confusión; a nivel discursivo, se podría interpretar como evidencia de que la teoría o el simple acceso a la información y al conocimiento, no necesariamente incide directamente en el modo en que se aborda o afronta el tema de la sexualidad responsable⁵⁷.

⁵⁷ Este tema tampoco se abordó en el cuestionario cuantitativo, principalmente debido a las características que se decidió que debía tener el instrumento final, pero es un tema muy interesante de investigar y considerar en el proyecto doctoral.

Tabla 16: **Métodos de protección utilizados**

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios	
	Chilena	Española	Chilena	Española
18-23	Preservativo y con parejas estables PAC	Preservativos siempre.	La PAC regularmente debido a ovarios poliquísticos	Ninguno, por su condición sexual.
24-29	PAC antes, ahora preservativos	PAC con parejas estables y preservativos.	Por su condición sexual no usa	Preservativos

Fuente: elaboración propia.

Se pone evidencia, al ser preguntadas directamente respecto de qué método de protección/prevención utilizan, responden principalmente con preservativos al hablar de parejas casuales, y posteriormente con la PAC al estar en una pareja seria. Dato que se relaciona con lo establecido en la fase cuantitativa.

Precisamente frente a esta temática fue que se hizo evidente la emergencia de variables que en un principio no habían sido consideradas, como la condición sexual de las entrevistadas. Coincide en que ambas mujeres entrevistadas que se declaraban homosexuales, son las únicas que no utilizan ningún tipo de preservativo, ya que aunque la chilena –Janet- reconoce que hace poco se enteró de que las mujeres podían infectarse con algo, Maite –la joven española- está segura de que no corre ningún tipo de riesgos. Otro factor que se podría asociar a esto, es que ambas están en relaciones de pareja estables y desde hace un tiempo considerable, lo que les permite sentirse más seguras también. Aun así, llama la atención de que ninguna está consciente de que existen métodos de protección para mujeres.

Se observa que tanto Lourdes como Silvana –mujeres españolas de diferentes rangos etarios, una sin estudios y la otra con- nunca han utilizado otro método que no sea el preservativo, principalmente por la seguridad que representa.

pues.... Ehhh.... Yo creo que lo que más protege es el preservativo, porque el anillo que se te olvida un día, que te la tomas después y tienes muchísimo más riesgo.... y la PAC también, porque se le ha olvidado y tal... que no se la tomó un día, entonces hay muchísimo más riesgo que con el preservativo (Silvana)

Edith en cambio, debe utilizar constantemente la PAC debido a que presenta ovarios poliquísticos, de hecho le preocupa el tema ya que toma sostenidamente en el tiempo hace más de ocho años. Asume que con los años se ha enfrentado más responsable respecto del cuidado a nivel de salud sexual y reproductiva, a diferencia de sus períodos más adolescentes, cuando se confiaba del hecho de estar protegida respecto del embarazo y sí mantuvo relaciones sin preservativos con parejas casuales.

....bueno, tomo la píldora hace como 8 años, algo así... y preservativos siempre.. claro porque nunca sabes.. jajaja... qué te puede tocar.... Jajajaja.... Bueno, reconozco que en la etapa de la adolescencia, bueno como tomaba la píldora, entonces embarazada no me quedo, bueno como ya no me quedo embarazada, lo más malo será que me coja algo... yo creo que los adolescentes son un poco descuidados... (Edith)

Al preguntarle respecto de la razón a la que atribuye estas prácticas riesgosas juveniles, responde la siguiente:

Bueno que les preocupa más eso, llegar dónde sus padres y decirles que tiene que abortar, que decirles que tiene sífilis... yo creo que les preocupa más tener niños a esa edad que cualquier otra cosas, y bueno tampoco le dan la importancia a las cosas....y menos como el SIDA, como que un adolescente no se plantea que vaa tener sexo una noche con alguien y que le va a dar SIDA, porque si no no lo hace, en realidad no lo piensa (Edith)

Hay diferentes autores que han hablado sobre la percepción de riesgo, que coinciden en la relación directa que se establece entre la edad y practicar relaciones sexuales de carácter riesgoso (Calero & Santana; 2001), donde se establece que a menor edad, mayores riesgos.

Se puede observar que las mujeres que son homosexuales, no utilizan ningún tipo de profiláctico; de las jóvenes chilenas restantes, se observa que precisamente las que presentan estudios universitarios aseveran utilizar preservativos y PAC, mientras que Ana María reconoce tomar solo la píldora debido principalmente a sus ovarios poliquísticos. Manuela, asegura que usó la píldora por mucho tiempo, hasta que dejó de consumirlas por efectos secundarios: bajo libido. Desde entonces que utiliza con su pareja, ya sea estable o casual, preservativo; también reconoce que con la edad, ha aumentado su nivel de exigencia respecto del uso de condones en relaciones casuales. La más joven asegura utilizar preservativos al comenzar la relación o al tener sexo casual, pero una vez que *conoce* mejor a su pareja, deja de utilizarlos para solo utilizar la píldora.

O sea, al principio uso condón, pero cuando comienzo a conocer a mi pareja, y me siento segura de él, las pastillas que al final para mi es lo más eficiente, dejo de usar condón, porque es un producto caro, es un producto super poco... no sé si es un producto pensado en verdad, porque es muy muy caro... vale como 2100 cuestan los 4, 500 pesos por condón es mucho, mucho dinero. Entonces al final es mucho más barato tomar pastillas y si yo confío en mi pareja es más fácil. (Lauren)

Cuando se pregunta por aquellos factores o hechos concretos que determinarían este *conocer* a la pareja y sentirse segura, asegura que finalmente es un tema de confianza, tener la certeza de que no se será infiel. En este momento se pregunta directamente si es que le pide algún tipo de examinación, a lo que responde:

... pero yo preferiría a un hombre, que sea mi pareja digamos, que no me pida el examen es como feo (...) hay una desconfianza contra esa persona (...) porque si yo por ejemplo, le digo a mi pareja, no sabís que no nos podemos acostar hasta que te hagas un examen, es porque estoy diciendo que esa persona no ha sido fiel po, cachai?. (Lauren)

Se puede observar una valoración negativa al hecho de pedir examinación, además de una cierta ingenuidad respecto de los modos de transmisión, asumiendo que las personas que tienen una ITS, la tienen por que han sido infieles, dato que se condice con el estudio realizado por Verhoeven et. al. (2009), donde se establecía que las mujeres diagnosticadas con VPH tendían a asociarlo con infidelidades de la pareja. Se ha calificado de ingenuidad en la medida que los patrones sexuales actuales muestran una temprana iniciación y ha establecido que la mayoría de las personas tiene múltiples parejas sexuales antes de comprometerse y formar familia –a lo que se agrega proyectos familiares fallidos, etc.-; incluso habría que precisar que a pesar de la fidelidad y exclusividad de la pareja, no necesariamente implica que no se esté expuesto a la infección con alguna ETS, ya que es imposible hacer la genealogía sexual de cada persona con la que se está.

Al abordar temáticas respecto de prevención, Ana María –chilena joven sin estudios universitarios– también reconoce que es importante conocer a la persona con que se va a tener relaciones sexuales, pero al preguntar específicamente qué considera por conocer a una persona, responde lo siguiente:

....yo creo que.. jajajaja... que, saber quién es, dónde vive, su teléfono... en el fondo si te contagias de algo puedes ubicarlo y ver la raíz del problema. O sea, no le voy a preguntar de inmediato si es que tiene SIDA o una enfermedad de transmisión sexual, no sé... pero en el fondo tener algún dato de la persona para poder recurrir a él en caso de que tienes algo. Además saber que es una persona relativamente, no tan tan promiscua... (Ana María)

Se puede observar nuevamente como el tema de la sexualidad no puede separarse de la carga moral intrínseca que esta lleva, la que conduce a errores respecto de los aspectos estrictamente

biológicos, como modos de transmisión, conductas protectoras o de riesgo, etc. se deja en evidencia que hay quienes aseguran que conociendo a su pareja y estando los dos de acuerdo a comprometerse en una relación formal y exclusiva, se podría dejar de utilizar preservativo y comenzar a utilizar solo métodos anticonceptivos. El problema radica precisamente en la operacionalización del concepto *conocer*, ya que al momento de llevarlo a la realidad práctica, finalmente se remite al hecho de tener a la persona más bien identificada, pero no se pide ningún tipo de examinación, ya que esta solicitud sería incómoda.

Edith, manifiesta su inquietud al respecto:

...ese es el rollo, que si no conoces a alguien no sabes lo que puede tener, pero parece que tu pareja es diferente, como que si lo conozco hace un año, qué va a tener. Y bueno un tema, puedes tener SIDA y darte cuenta 10 años después que tienes SIDA porque te enfermas; entonces sí, la gente se la juega más por eso... No, lo conozco, está muy sano, se ve muy sano, claro... y... vamos, que no se conoce lo que ha hecho... (...) lo que habría que haber es un examen de sangre, en el fondo la peña no está acostumbrada, en plan: vamos a dejar el preservativo, pero nos hacemos un análisis de sangre... debería de ser así, yo creo que sería lo mejor... pero no pasa... pero sí bueno, estaría bien... (Edith)

Efectivamente, en términos de salud sexual preventiva, no basta con conocer a la pareja – concepto que toma significados totalmente diferentes dependiendo del individuo- sino que es necesaria la realización de exámenes que descarten efectivamente la presencia de alguna ITS. Esta práctica no parece estar muy sentada en la juventud actual, pero lamentablemente no se indagó en este punto⁵⁸.

En el apartado asociado a métodos preventivos/protectores, y a propósito de la constante confusión evidenciada al momento de aplicar análisis respecto de su uso, se preguntó cuál método se consideraba más seguro. La gran mayoría respondió que el preservativo, aunque Lauren y Ana María respondieron que eran los métodos hormonales:

...el más seguro siempre es el preservativo (...) porqueeeee..... impide el contacto directo, o sea cuando ya tienes el contacto directo puedes intentar prevenir que la esperma no llegue, pero claro el preservativo corta toda relación, vamos no puede entrar la esperma. Pero hombre, yo creo que lo más seguro usar preservativo, si estás muy acostumbrada a tener relaciones sexuales si tienes pareja o no, que vale la pena tomar la píldora, o tomar, vamos anticonceptivos. Pero siempre preservativo es más... (Edith)

⁵⁸ Este sería un tema muy interesante para tratar profundamente en una tesis doctoral, ya que habla mucho de salud sexual preventiva a nivel de sexualidad.

A propósito de esta pregunta es que emergió la pregunta respecto de los mayores temores que se tiene al momento de tener relaciones sexuales, ya que se quería observar la correlación entre los métodos utilizados y el temor al que se expone, planteando la hipótesis de que en la medida que el mayor temor era el embarazo, se iba a tener una mejor valoración de la PAC respecto del profiláctico y viceversa, las mujeres que sentían mayor temor a contagiarse con una ITS, tenderían a utilizar y valorar positivamente al preservativo, hipótesis que se comprueba y describe tanto en el análisis descriptivo cuantitativo como en el apartado de resultados.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Un aspecto que se podría considerar como una buena práctica para la salud sexual y reproductiva de la mujer, es el hecho de visitar periódicamente al ginecólogo, realizarse citologías e incluso la examinación para comprobar la presencia o ausencia de ITS. Por ello se consideró importante preguntar sobre la realización de chequeos ginecológicos, el grado de conocimiento del procedimiento citológico, la frecuencia con que se realizaba este procedimiento y cuán frecuentemente cree que debería realizarse. Con esta información se buscó establecer algunas tendencias respecto del cuidado de salud sexual que se tiene, más allá del acto sexual mismo.

Fue interesante observar la relación que se logró establecer entre nivel educacional y regularidad con que la entrevistada frecuentaba al ginecólogo. A grandes rasgos, y solamente basados en las entrevistas, es posible afirmar que las cuatro mujeres que tienen estudios universitarios han ido alguna vez al ginecólogo; precisamente las dos menores, Lauren y Silvana -chilena de 19 años y española de 21 años- mencionan solo haber ido una vez, pero dada la edad que tienen, corresponde a la frecuencia recomendada por organismos internacionales para visitar al ginecólogo y realizarse una citología, si es que no se presentan anomalías que ameriten recurrir al médico con mayor frecuencia. Mientras que Manuela y Edith -chilena de 28 y española de 24- iban con mayor regularidad, estableciendo una frecuencia entre uno y dos años.

De las entrevistadas sin estudios universitarios Ana María -chilena de 21 años- es la única que asegura que va con regularidad al ginecólogo debido principalmente a que padece de ovarios poliquísticos, aunque reconoce que jamás se ha realizado una citología. Las dos mujeres sin estudios y que coincidentemente tienen 29 años -Janet y Lourdes- mencionan que han ido solo una vez al ginecólogo y hace mucho tiempo. Al intentar indagar al respecto de los motivos que

generarían esta abstinencia médica, es interesante la alusión a la incomodidad del procedimiento ginecológico.

....porque igual da vergüenza cachai, o sea... igual me lo tomó una mujer, porque a veces pueden ser hombres o mujeres, pero igual da lata que te pongan arriba de la máquina, terrible de impersonal, sin nada. Después te meten como esa espátula, cachai? yo la primera vez estaba súper urgida (...) que igual da lata, porque sentís el raspado que te hacen. A mi me dio mucha vergüenza la primera vez, me dio lata (Janet)

A pesar de que habla de la vergüenza de la primera vez, cabe señalar que fue la única vez que visitó al ginecólogo y desde entonces ha decidido –ya sea explícitamente o por omisión- no volver al ginecólogo para realizarse exámenes o chequeos preventivos regulares. Aunque ante la pregunta, asegura que ya es hora de volver y que prontamente se hará chequeos. Por otra parte Lourdes confiesa que tiene problemas con el médico en general, y aunque evidentemente la visita ginecológica es más incómoda respecto de otros médicos, explícitamente no lo evidencia como un problema.

Finalmente Maite declara que jamás ha ido al ginecólogo, lo que se puede asociar a su edad, pero además coincide con Janet, respecto de los reparos respecto del procedimiento clínico asociado a la visita ginecológica.

...como que sé que debería ir porque por mi edad todo el mundo me ha dicho que tengo que ir, pero no sé por qué.. como que me da miedo... (...) no sé, lo que me da miedo, no sé el tema de ir.... No sé qué me da miedo... me hecho pa atrás.... (...) claro... la gente... eso de estar desnuda y eso, que entre alguien... y hablaba con una el otro día, que vas, te auscultan... te miran... entonces como que me hecha pa atrás que me miren... como que no... jajajaja... que no (Maite)

Una vez que se había establecido el reparo por atenderse con el ginecólogo, se aplicó la pregunta en entrevistas posteriores, y las jóvenes universitarias consultadas afirmaron que no tenían ningún tipo de reproche respecto del procedimiento, que tal vez podía ser incómodo, pero que era parte de la responsabilidad de la salud en general.

Pero la visita ginecológica no sería la única medida preventiva o responsable de salud sexual, por lo que también se preguntó por otras conductas o prácticas preventivas a nivel de salud sexual, aparte de la utilización de métodos profilácticos al mantener relaciones sexuales. Fue interesante observar que la mayoría consideraba que la visita regular al ginecólogo, en conjunto con la utilización correcta de métodos preventivos o profilácticos y la fidelidad como las principales medidas de cuidado. Pero precisamente las dos jóvenes chilenas sin estudios universitarios,

identificaron que realizarse el periódicamente el test de ELISA como un método preventivo, lo que es un dato sumamente interesante, porque a pesar de que efectivamente se recomienda la realización de exámenes tanto de VIH como de otras ITS -tanto a las personas que incurren en conductas riesgosas, como aquellas que no- en estricto rigor la examinación periódica no previene el contagio del individuo, sino que solo potencialmente prevendría la propagación del virus por la ignorancia del portador respecto de su condición. Este dato se relaciona directamente con el cambio de gobierno en Chile en el año 2010⁵⁹, con lo que hay un desplazamiento respecto del enfoque con que se tratan las campañas financiadas por el Ministerio de Salud para la prevención del VIH/SIDA. Actualmente, se ha establecido la prohibición de hablar de profilácticos y en general de sexualidad, debido a la ideología conservadora inherente a los políticos que gobiernan, enfocando la campaña hacia la realización de exámenes ELISA, lo que supuestamente –como ya se mencionó- haría descender las tasas de propagación del virus⁶⁰. Por ejemplo, al preguntar a Ana María específicamente sobre métodos para prevenir el contagio de VIH, responde lo siguiente:

Yo creo que el más importante, es estarse haciendo periódicamente el test de ELISA, esa es una responsabilidad personal, y también el uso del condón. (Ana María)

Aunque es recomendable la realización de exámenes, de ninguna manera estos prevendrían el contagio con el virus, lo que evidencia un gran retroceso informativo para la población chilena, ya que a través de la campaña realizada el 2011, se dio a entender que el test ELISA ayudaría a la prevención del contagio. También es importante que la población se haga más consciente de que al momento de establecerse con una pareja estable, lo más recomendable es hacerse un examen, que no solo identifique el VIH/SIDA, sino que también otras ITS. En definitiva, nuevamente se puede observar como la moral se entremezcla con lo eminentemente biomédico, al momento de generar campañas que buscan la protección de la población.

La citología o PAP, como se estableció en el Marco Teórico, es un examen médico que se deben realizar periódicamente las mujeres sobre los 21 años, y que en la gran mayoría de los países, se considera como parte de salud preventiva de la mujer en edad fértil. Por ello se consideró como

⁵⁹ Desde el retorno a la democracia chilena hacia 1989, la alianza política que siempre estuvo en el poder fue la Concertación, una asociación entre los partidos: Socialista, Por la Democracia, Democracia Cristiana y el Partido Social Demócrata (representantes del centro e izquierda chilena). En el año 2010, por primera vez después de la Dictadura Militar, asume el poder la alianza de partidos políticos de derecha: Renovación Nacional y la Unión Demócrata Independiente (UDI), lo que ha significado algunos cambios a nivel de políticas públicas en general.

⁶⁰ En la página web www.hazteeexamen.cl se puede acceder a la campaña del Gobierno de Chile del año 2011.

un factor importante al momento de establecer conductas cuidadosas para afrontar una sexualidad responsable. Lo primero fue determinar si en general se estaba en conocimiento de lo que era una citología, a lo que la totalidad del grupo respondió que sí, es decir, que estaba en conocimiento de lo que era un PAP. En un segundo momento se pidió que explicaran con sus palabras en qué consistía este procedimiento, para determinar el grado de conocimiento del mismo. Se concluyó de este punto, que en general todas tenían una noción correcta respecto de lo que era, aunque no se refirieran a él en un lenguaje biomédico y en términos absolutamente correctos. La que presentó mayores complicaciones para explicarlo, y que efectivamente no pudo hacerlo, fue Lourdes.

Al preguntar sobre la realización de citologías, nuevamente se establece un patrón diferenciador entre las entrevistadas con estudios universitarios y las que no lo tienen. Se establece que las cuatro se lo han hecho: las menores solo se lo han realizado una vez, mientras que las mayores presentan una mayor frecuencia. Este dato se corresponde directamente con la edad que tienen y las recomendaciones de las instituciones internacionales. Además, las menores, a pesar de solo habérselo realizado una vez, comprenden que deben hacerlo con cierta frecuencia y que tendrán que repetirlo prontamente.

Por el contrario, de las mujeres que no tienen estudios universitarios, que además –como quedó establecido- prácticamente no concurren al ginecólogo, no se realizan citologías con la frecuencia recomendada. Las dos menores, Ana María y Maite, reconocen que jamás se han hecho una citología, a pesar de que Ana María va periódicamente al médico debido a que sufre de ovarios poliquísticos, este jamás le ha recomendado que se realice uno. Mientras que Maite ha reconocido que jamás ha visitado al ginecólogo, por lo que parece una obviedad que tampoco se haya realizado el PAP.

Las dos mayores, Janet y Lourdes, reconocen que una vez en el pasado se habían realizado un PAP; la primera hace siete años, mientras que la segunda no recuerda precisamente cuándo fue realizado. Este hecho se correspondería con los reparos que sienten respecto del procedimiento ginecológico y con ir al médico en general. Aun así, ambas están conscientes de que deberían realizarlo con más frecuencia, y se evidencia en su actitud que se sienten increpadas al preguntar por el examen de cribado.

Posteriormente se preguntó respecto de la frecuencia con que estas mujeres pensaban que debía hacerse el examen, para indagar respecto al grado de conocimiento que rodea la citología; en general, se aprecia que las entrevistadas tienen la noción de que hay que realizarlo periódicamente, ya sea cada tres años (si no hay resultados malignos) o una vez por año. Cabe precisar que a pesar de que organismos internacionales recomiendan realizarlo cada tres años, finalmente el ginecólogo de cada mujer es el que determina la frecuencia, y hay muchos que recomiendan realizarlo una vez por año, por lo que no se podría evaluar de una mejor o peor manera quienes indican que debe realizarse cada tres años versus las que indican que debe realizarse una vez por año. Lo importante es que identifican la necesidad de repetirlo periódicamente y que tienen una noción clara respecto de qué consiste y la finalidad que tiene el hacerlo.

La única que confiesa no saber con qué frecuencia debe realizarse es Lourdes, además el dato no fue preguntado a Ana María, por lo que es difícil inferir alguna teoría al respecto.

C. PERCEPCIÓN DE RIESGO

TEMOR AL TENER RELACIONES

Al momento de elaborar la pauta inicial de entrevista, no se consideró en profundidad las diferentes dimensiones que conformarían la variable cuantitativa de percepción del riesgo que se operacionalizó y preguntó en el instrumento cuantitativo. Aun así, se incluyó en el instrumento cualitativo una pregunta que aludiera al mayor temor que siente al tener relaciones sexuales. Se buscaba establecer según la percepción de las entrevistadas, si es que se veía más cercana la posibilidad de infectarse con una ITS o que el coito resultara en un embarazo no deseado. Este ítem era interesante de abordar en la medida que se evidenció la constante confusión práctica entre métodos anticonceptivos y métodos barrera.

A pesar de la intención inicial, es importante señalar que dada las características del instrumento cualitativo -que busca específicamente conocimientos y prácticas asociadas a sexualidad responsable- que finalmente tuvo un carácter medianamente evaluativo, se piensa que las mujeres entrevistadas podrían haber cambiado un poco sus consideraciones reales, intentando responder lo que la entrevistadora quería escuchar. Sin embargo, de la información recopilada se pueden establecer las siguientes inferencias:

Solo Maite responde que no tiene ningún temor, lo que se asocia a su condición sexual y a la sensación de seguridad que le provoca respecto de tener relaciones. Mientras que su equivalente chilena, Ana María, reconoce que su mayor es el contagio con VIH/SIDA. Laura es la única que reconoce que su mayor temor en la actualidad es quedar embarazada, lo extraño es que a pesar de tener una hermana que presenta VPH y de cuidarse principalmente con la PAC, ella se siente extrañamente inmune a cualquier ITS; mientras su homóloga española, Silvana, afirma que su mayor temor es que se rompa el condón y las consecuencias asociadas: tanto el embarazo como el contagio con una ITS.

Del grupo de mujeres del rango etario mayor, Janet afirma que su mayor temor es contagiarse de condilomas y de VIH/SIDA; durante la entrevista se contradice, en el sentido que en un momento asegura que le teme más a los condilomas y luego afirma que al VIH/SIDA. Dada su condición sexual, es poco probable que asevere que quedar embarazada sea un temor para ella. Mientras tanto Lourdes asevera que sería peor infectarse con una ITS.

...creo que te pegaran por ahí una enfermedad de estas.. jejeje... por que bueno, quedarte embarazada, hombre, pues sí, no es la idea, pero bueno, que te pegara una enfermedad. (...) que no es lo peor quedarse embarazada, sino que lo peor es que te peguen por ahí una enfermedad de estas, claro, a lo mejor sobre todos los chicos que son más de tener una relación de una noche no sé qué, pues a lo mejor alguno que lo ha hecho sin preservativos, pues es que te puedes pillar cualquier cosa, sabes (Lourdes)

Nuevamente se observan juicios morales al momento de hablar de sexualidad, además se observa un juicio de género, donde los varones serían aquellos que más incurren en relaciones casuales sin protección respecto de las mujeres.

Resulta interesante el caso de Manuela, quien en algún momento asegura que a su edad se ve que es peor contagiarse de una ITS, pero luego se contradice y afirma que el embarazo es su mayor temor:

...claramente, tener un hijo... después tener SIDA y al final las otras enfermedades(...) si... yo creo que la gente le tiene más miedo a tener un hijo que sufrir una enfermedad... no sé si es porque en Chile, en el fondo, no se ve tanto el SIDA... si lo vieras más, te daría más miedo, más que quedar embarazada.... (Manuela)

Es interesante además que el VIH/SIDA sea una preocupación mayor que el resto de las ITS, lo que evidentemente está asociado a la que esta enfermedad ha sido enormemente publicitada en diferentes medios, estableciéndose como referente al momento de poner sobre el tapete el tema

de las infecciones de transmisión sexual, hecho también corroborado por diferentes autores (Castillo Sánchez, et.al.; 2001).

Finalmente Edith, es tajante al afirmar que su mayor temor es la posibilidad de contagiarse con una ITS. Es interesante la reflexión que hace respecto de la correlación entre la juventud y el temor a quedar embarazada, afirmación que también Manuela comparte explícitamente y que ya se discutió en el apartado de métodos de protección. A continuación se pone un cuadro que grafica mejor los temores.

Tabla 16: **Temor al tener relaciones sexuales**

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios	
	Chilena	Española	Chilena	Española
18-23	Embarazo	Qué se rompa el condón: Embarazo e ITS	VIH/SIDA	Ninguna
24-29	ITS, luego se contradice, embarazo	ITS	Condilimas y VIH/SIDA	ITS y embarazo

Fuente: elaboración propia.

Fue interesante evidenciar el hecho de que las mujeres correspondientes al rango etario mayor, en general reconocían que en su juventud eran mucho más descuidadas, reconociendo que su primera preocupación en aquella época era quedar embarazada, utilizando técnicas como el coito interrumpido o fiándose del hecho de tomar PAC, relegando la responsabilidad asociada a la protección de la infección por ETS.

...yo creo que igual, o sea de los 15 a los 18 yo creo que fui más inconsciente..... pero igual estaba preocupada de no quedar embarazada... más que de las enfermedades, y de las enfermedades siempre pensando en el SIDA, aunque quedar embarazada me preocupaba más que el SIDA.
(Manuela)

También fue muy revelador la entrevista con Lauren, en la medida en que emergió la temática tanto de la percepción del riesgo al tener relaciones sexuales, y el tema moral que se asocia al hecho de pedir examinación a la pareja al momento de comenzar una relación comprometida y exclusiva. Cabe señalar que Lauren tiene 19 años, posicionándose como la más joven de las entrevistadas; en la entrevista deja entrever la seguridad que siente respecto de la sexualidad, asegurando que cree más probable la infección por una transfusión de sangre –reflexión que

nuevamente denota la preminencia del VIH/SIDA respecto de las otras ITS, que en su mayoría no se transmite por esta vía- que por transmisión directa a través del coito.

...por ejemplo, sabes que esta persona no va a tener relaciones con otra, con otra niña... o cualquier práctica al final, que constituya una infidelidad (...) tal vez soy un poco ingenua, pero yo lo veo así, porque si yo estoy segura cuando tengo relaciones y estoy segura de mi pareja, no tenía que preocuparme de nada, a menos que tenga muy mala suerte, pero yo creo que hay mala suerte, de una transfusión de sangre, de usar... yo creo que las posibilidades son muchas menos (Lauren)

Hecho que también se corresponde con un estudio en el que participó la investigadora hacia el año 2007 realizado por la Universidad de Chile y CONACE –Corporación Nacional para el Control de Estupefacientes- que buscaba “Actitudes juveniles respecto del carrete⁶¹” basado en una muestra que incluía estudiantes de grado de diferentes disciplinas, donde se logró establecer que los jóvenes percibían siempre el riesgo en factores externos y en muy pocas ocasiones lo asociaban a riesgos personales a largo plazo; por ejemplo, gran parte de lo jóvenes entrevistados aseguraba que su mayor temor al estar de fiesta, era ser atropellado o que alguien les robara o abusara de ellos/as, pero ninguno percibía como riesgo el alcoholismo, reprobar la Universidad o incluso la intoxicación. Si se desplaza a este tema, se observa un raciocinio similar en esta joven, que percibe mayor riesgos en la transfusión de sangre respecto del acto sexual sin profilácticos (como asegura tener, al momento de tener una relación estable).

Frente a esta interesante afirmación, durante la entrevista se decidió indagar un poco más respecto de su percepción de riesgo, improvisación que finalmente se consolidó como una de las categorías de análisis más importantes en el instrumento cuantitativo. Para la indagación se decidió aplicar la misma pregunta a su grupo de amigos, es decir, se le preguntó por el mayor temor entre su círculo cercano:

...O sea en el círculo en que yo me muevo las enfermedades no son un tema [Entrevistadora: y ¿por qué no?] porque no... como que no, por dos razones en verdad, porque yo me muevo en un medio en el cual, o sea, yo no digo que haya gente así como liberal en el sentido sexual, sino que es un poco más recatado, cachai? [Entrevistadora: recatado en qué sentido, ¿a qué te refieres?] o sea, todas mis amigas piensan como yo, que uno no va a llegar y acostarse con un hombre que no conoce, así a tontas y a locas sin usar protección, o sea, en mi círculo no pasa... pero pasa en otros. (Lauren)

Lauren es tajante al hablar de *su círculo*, el cual presentaría la característica de ser un medio protegido; dado su nivel socioeconómico –medio-alto- pareció pertinente preguntar si

⁶¹ Concepto coloquial chileno que hace alusión a las fiestas, equivalente al concepto botellón en España.

consideraba que *su círculo* se encontraba más protegido por el solo hecho de pertenecer a cierto sector social, a lo que responde que no, que tiene que ver con la valoración personal de las personas, da a entender la importancia de las redes de apoyo y también del acceso a la información.

no, no solamente con la pobreza fijate... y conozco a muchas niñas cuicas⁶² que al final no se valoran y porque van en el colegio más caro, con una familia totalmente constituida, que ni siquiera es mi caso... casas en que vive papá, mamá y hermano... entonces igual cachai, no tiene solo que ver con la pobreza... [Entrevistadora: entonces no tienes la impresión de que hay más ETS en sectores más pobres] o sea, puede ser cachai, pero solo por el hecho de que la educación sexual que no les entregan o que lo hacen muy mal. O que no saben llegar a ellos, no saben cómo hacerlos sentir que son valorados por los mismos profesores, el mismo colegio, los mismos compañeros, entonces más por eso que por lo otro, cachai? No es que no cachan nada porque son pobres, no pa' ná' (Lauren)

En definitiva, no se logra poner en evidencia los motivos por los cuales se siente protegida, o las características específicas que deben tener sus parejas para que ella *confíe* en ellos; se podría aseverar, en correspondencia con el estudio de "Actitudes juveniles respecto del carrete", que mientras más jóvenes, hay una mayor sensación de seguridad. Esta afirmación también se asocia a los comentarios realizados por las entrevistadas del rango etario entre 23 y 29, quienes afirman que cuando más jóvenes, eran más despreocupadas, lo que indirectamente denota una cierta confianza y sensación de seguridad.

D. CONOCIMIENTO VPH

VPH

Finalmente, y con la intención de no incidir en la información proporcionada por las entrevistadas, se preguntó respecto de los conocimientos que tenían de VPH. Primero, a las que no lo habían mencionado espontáneamente cuando se preguntaba respecto de cuáles ITS conocían, se les preguntó qué sabían al respecto. De las ocho entrevistadas, solamente tres afirman explícitamente que la conocen: Lauren, Silvana y Edith; todas universitarias, las dos primeras correspondientes al rango etario menor, y las dos últimas españolas. Lauren dice que sabe al respecto y reconoce que su hermana sufre de VPH, pero al momento de indagar un poco más, se puede establecer que sabe lo mínimo al respecto. Silvana maneja un poco más de información y finalmente Edith tiene vasto conocimiento, lo que se asocia a que efectivamente padeció de VPH en su adolescencia.

⁶² Término coloquial equivalente al concepto *pija* o adinerada.

Del resto de las entrevistadas, Manuela y Janet –chilenas, correspondiente al rango etario mayor- al ser preguntadas sobre las ITS que identifican las manifestaciones clínicas, pero no así lo que provocaría estas; la primera menciona una enfermedad de transmisión sexual que podría provocar CaCu, mientras que la segunda habla respecto de los condilomas, y también en algún momento menciona la palabra papiloma, pero sin saber realmente a lo que se refiere y su relación con los condilomas.

Ana María y su equivalente española, Maite, no mencionan espontáneamente el VPH, pero al ser consultadas si conocían este virus, ambas dicen que sí, aunque al indagar más, se evidencia que no tienen noción de qué consiste, la sintomatología, manifestaciones clínicas, etc.; por ello, se podría inferir que han oído hablar al respecto, pero no tienen certezas sobre el virus en cuestión. Finalmente Lourdes al ser preguntada del VPH, responde lo siguiente:

..es la vacuna que le están poniendo a las niñas de 11 años, algo así en el cole, o no? Para prevenir eso...[Entrevistadora: ¿sabes qué es?] Pues no sé exactamente (Lourdes)

Es interesante la relación que se puede establecer entre el conocimiento de VPH y su asociación inmediata con la vacuna de VPH, llegando a extrapolar la primera como equivalente de la segunda, relación que también se evidencia en artículos revisados en los antecedentes. Se podría inferir que incluso Ana María y Maite, que reconocen haber oído del virus, pero que no saben replicar en qué consiste, síntomas o características generales, están en conocimiento de la existencia de una vacuna que la prevendría.

De la totalidad de las mujeres entrevistadas, solamente Janet no reconoce o identifica la existencia de una vacuna, mientras que el resto asevera que está consciente de su existencia. Las que más información manejan de la vacuna son Lauren y Silvana (perfiles equivalentes de diferentes países) que además coincidentemente son las más jóvenes del grupo; así su conocimiento de la vacuna está directamente relacionado a que han sido población target de la vacuna al momento en que se comenzó a comercializar:

...con mi mamá pensamos en vacunarme contra el VPH, que eran 4 dosis en el espacio de un año o 6 meses, no me acuerdo y que si yo me vacunaba, en el fondo no iba a tener nunca el VPH, y nada, sino que eso, había escuchado de eso (...) no sé quiénes vacunan, pero recuerdo que había un rango de edad en la que uno podía hacerse la vacuna. Habían unos años, antes de los 21 años creo, o algo así. (Lauren)

Se puede evidenciar que Lauren no tiene claridad respecto de la edad de vacunación, pero a la vez es la que mayor información maneja respecto de la aplicación de la misma. Silvana, tiene una perspectiva más completa de la vacuna y también una valoración más crítica -a diferencia de Lauren que tiene una valoración positiva de la misma- en la medida en que está más informada. De hecho es la más informada del grupo.

pues... había salido una vacuna hace un tiempo, como que había un puesto una campaña de vacunación... pero... según lo que me dijeron a mí, es que hay de ese virus distintos tipos, y como que la vacuna solo cura algunos tipos que eran los más comunes en EEUU, pero no los de España... y supongo que será del tema del cáncer cérvico uterino (...) la vacuna es de prevención, pero no es muy segura y no previene todos los tipos de ese virus, sino que solo una parte.... Así que... si lo tienes en un momento dado, cualquier otro tipo de los que no esté en esa vacuna te puede pasar (...) no estoy muy segura si la pusieron obligatoria para niñas de 14 años. No sé si era obligatoria de todo o si entraba al calendario vacunar... dijeron que sí que a las niñas de 14 años había que vacunarlas de eso, pero creo que había que pagar, así que no debe haber sido obligatoria... (Silvana)

Se desprende que su opinión se relaciona con aquellos casos aislados en que jóvenes sufrieron efectos adversos tanto en España como en el resto del mundo, además se evidencia que está en conocimiento de características específicas del VPH, como que existen varios tipos de virus, y que efectivamente la vacuna previene las que tienen mayor prevalencia en el mundo y EEUU, pero no específicamente las más prevalentes en España⁶³; característica -diferentes tipos de VPH- que el resto de las entrevistadas no maneja. Además domina la noción de que son las jóvenes de 14 años las que deben vacunarse, aunque no identifica si esta es de carácter obligatorio o no.

Manuela, Edith y Lourdes identifican ciertas características que deben cumplir las mujeres para vacunarse, como no estar iniciadas sexualmente y ser adolescentes:

mmm... mira, sé que se pone antes de uno inicie la vida sexual, ojalá en la adolescencia, sé que igual que todas las vacunas deben ingresar una porción del virus, con lo cual uno desarrolla algún tipo de defensa, pero más que eso no sé (Manuela)

Finalmente Janet y Maite son las que menos conocimiento tienen al respecto; mientras Janet asegura no estar en conocimiento de la vacuna, Maite dice que sabe de su existencia, pero no maneja ningún tipo de dato al respecto. Lourdes asocia el VPH a cáncer, pero no está segura a qué cáncer:

⁶³ En España los tipos más prevalentes serían el VPH16 y el VPH 52; mientras que la vacuna sería para los tipos oncogénicos VPH 16 y 18.

...pero te digo que no sé, yo lo relaciono con que no sé si te vacunan o algo es para prevenir algún tipo de enfermedad que puedas tener, luego he deducido, que puede ser eso un cáncer que puedas tener luego... [Entrevistadora: y qué cáncer, a qué cáncer lo asocias, a cualquier cáncer?] No supongo que a lo mejor de ovarios o de algo de eso... (Lourdes)

Es interesante observar la relación entre el conocimiento de la vacuna, con la asociación entre VPH y CaCu. Es decir, efectivamente las entrevistadas que saben de la vacuna, aunque sea de manera precaria, están conscientes de la asociación entre VPH y CaCu (o en el caso de Lourdes, de algún tipo de cáncer). Aunque esta relación no es directa y unidimensional; efectivamente solamente Silvana y Edith utiliza correctamente el lenguaje al decir que VPH potencialmente puede provocar cáncer.

...pues, a ver, es una enfermedad de transmisión sexual, que... eh... puede producir cáncer de útero, y por lo que se oye, se transmite muy fácilmente, bueno también si no usas protección es obvio.. no?... Y... mmm.... No sé... te salen como verruguitas o algo así... en los genitales, y eso... (Silvana)

Manuela y Lauren asocian el VPH al CaCu, pero lo ven como una relación causal absoluta, es decir, que la infección de VPH provoca inevitablemente cáncer una vez infectada; de hecho confunden VPH con CaCu y en muchos momentos (en especial Manuela, ya que en la entrevista de Lourdes se logró extraer menos información) hablan indistintamente de ambas, como si fueran lo mismo:

[Entrevistadora: ¿y en las mujeres cuáles serían la sintomatología (del VPH)?] No lo sé, dolor me imagino, algún tipo de sangrado y dolor.. aunque dicen que el cáncer en las primeras fases es indoloro, pero claro si estás en fase más terminal es doloro... (Manuela)

Hay autores que han hablado de la relación entre la publicidad que ha rodeado la comercialización de la vacuna, con la información que la población efectivamente maneja en torno al VPH; es decir, previa puesta en venta de la vacuna para prevenir el contagio del VPH, el conocimiento respecto de la existencia del virus era mucho más bajo que en la actualidad. Incluso Silvana lo pone en manifiesto al preguntar respecto de las ITS más habladas entre su grupo de amigos, señala lo siguiente:

...pues no sé del SIDA supongo, y de..... del papiloma también, se habla, porque es una enfermedad que está un poco de moda... entonces eso...y pues nada.... (Silvana)

Lo que Silvana evidencia como una “enfermedad de moda” tendría correspondencia con la integración de la vacuna en el calendario vacunal español oficial, lo que evidentemente inherentemente está acompañado de campañas masivas de información, donde se enfatizó en el carácter oncogénico del virus, pero no se precisó que era solo un porcentaje menor de ciertos

tipos de este virus, los que efectivamente podían potencialmente provocar cáncer. Pero incluso en Chile, donde hubo campañas privadas –ya que la salud pública aún no incorpora la vacunación como protocolo estandarizado- se evidencia una asociación entre VPH, CaCu y la vacunación.

[Entrevistadora: y del papiloma entonces... te suena, pero no sabes lo que es, nada?] Ahora recordé... Hicieron una campaña para dar unas inyecciones, cierto? Que tenía que ver con la prevención de este como virus... claro sonaba ahí como en esa parte de la vagina.. parece.... Algo por ahí me acuerdo, pero me acuerdo de una campaña que prevenía como ese cáncer, del cuello uterino. (Ana María)

En contraposición, tanto Janet como Maite, quienes no manejaban información al respecto, no asocian el virus con cáncer. Dada la correlación entre conocimiento de la vacuna y asociación entre VPH y cáncer, se podría afirmar que desde la puesta en marcha de la comercialización de la vacuna, el conocimiento –tal vez sesgado- respecto de la existencia del VPH y su peor consecuencia: el cáncer, es una de las relaciones más importantes que tendría la población.

Respecto de la información manejada por las mujeres entrevistadas, se pudo observar que Edith y Silvana eran las que más información tenían sobre el virus, ambas españolas y universitarias. Mientras que Lourdes y Maite eran las que menos información tenían respecto de VPH, coincidentemente españolas, pero sin estudios universitarios.

De las chilenas, solamente Janet presenta un nivel muy bajo de información al respecto, aunque sí conoce los condilomas, no lo asocia con VPH, pero comprende que se transmite por contacto genital y que no es necesaria la penetración para infectarse. Este hecho se podría asociar a su condición sexual y los temores diferidos que tiene respecto de la población heterosexual. Del resto, Lauren tiene mayor información al respecto, lo que se puede atribuir a que su hermana padece de VPH del tipo persistente y ha presentado lesiones que han tenido que ser tratadas quirúrgicamente. Ana María maneja un poco más de información, en la medida en que conoce la vacuna y asocia el virus a cáncer, mientras que Manuela estaría en conocimiento de un poco más de información en cuanto conoce un caso que debió realizarse una histerectomía debido a un cáncer avanzado.

En definitiva, tanto Manuela, Edith, Silvana y Lauren manejan información en la medida en que han padecido, o conocen a personas que han sufrido de VPH, lo que también ha sesgado la información a la que han accedido.

Solamente Silvana está en conocimiento de que el VPH puede causar verrugas y CaCu, y que existen diferentes tipos de VPH, los que tienen diferentes prevalencias según áreas geográficas; conocimiento atribuible al hecho de que su familia tiene una historia de activismo en el área de la planificación familiar, por lo que ha crecido en un contexto en que se habla abiertamente de estos temas.

De las entrevistadas que asocian el virus con el CaCu, es interesante evidenciar que solo se asocia a ese tipo de cáncer y no a otros cánceres asociados al virus, como con los anogenitales y orofaríngeos en general. Esto se podría asociar al hecho de que la enfermedad se relaciona con mujeres; en cada testimonio donde se logró identificar información respecto del género de quienes padecen la enfermedad, se afirmó que las eran las mujeres, remitiendo al hombre a la figura del portador de la misma.

..que es contagiado por el hombre, que tiene cura hasta antes de que uno comience su vida sexual, que el efecto de eso son gravísimos... y que en el fondo condiciona la función de la reproducción. [Entrevistadora: y al hombre qué le pasa con esto?] eehhhmmm.... Creo que se le debilita el sistema inmunológico, de hecho una de las formas de detectarlas es que se le engrosa la tiroide, o sea, no sé si la tiroide, sino en el cuello en las amígdalas, se nota... a simple vista... y bueno eso es la forma de detectarlo, pero principalmente se le debilita el sistema inmunológico (Manuela)

Silvana acierta parcialmente al asegurar que en algunos casos podría desarrollar verrugas, pero que no habría otro peligro asociado, aparte de ser huésped y propagador del virus; al ser preguntada por cómo se contagia la infección, responde lo siguiente:

....supongo que será, bueno, claro... es cómo qué viene antes el huevo o la gallina? Pero bueno alguien tiene que tenerlo y una vez que tiene relaciones se contagia... pienso que primero lo tiene una chica, y al tener relaciones sin condón y se va pegando y así... también un chico, que lo tiene y no usa condón... no sé exactamente si es por la chica o por el chico o si puede ser por los dos... (Silvana)

Se evidencia una clara relación del VPH con las mujeres, lo que se podría asociar con la biotecnología desarrollada alrededor del virus: no existe examinación para hombres, el CaCu es el único cáncer asociado a VPH que tendría un nivel tan alto de incidencia, por lo que finalmente las industrias farmacéuticas han desarrollado una vacuna que se promueve y prueba principalmente en mujeres con la finalidad explícita –por lo menos a nivel publicitario- de acabar con la incidencia de VPH. Estos antecedentes, asociados nuevamente con las campañas de vacunación, han creado la falsa sensación de que es una enfermedad de mujeres.

Esta noción limitada del virus, también podría estar incidiendo en la noción de que el CaCu es el único cáncer asociado a la infección por VPH, lo que ha quedado totalmente desestimado en estudios recientes como el de Chaturvedi et.al. (2011), que exponen el aumento de cánceres orofaríngeos originados por el VPH contagiado vía sexo oral. De las entrevistadas, todas asocian el sexo vaginal como única vía de contagio, desestimando el peligro de otras prácticas sexuales, lo que también podría incidir en las cifras actuales de VPH y cáncer.

[Entrevistadora: ¿cómo se contagia?] *Por relaciones sexuales* [Entrevistadora: te refieres coito normal, vaginal, eso] *Sí, vaginal... sí sexo vaginal* [Entrevistadora: ¿no se podría contagiar de ninguna otra forma?] *Que yo sepa no...* (Manuela)

Respecto de la prevención de VPH, todas indican que el preservativo sería la medida más efectiva para prevenir el contagio, lo que denota la información parcializada que se maneja al respecto.

En definitiva, se puede asociar un discurso determinista, en donde la infección por VPH significa necesariamente CaCu o verrugas, cuando la realidad es que la mayoría de las personas contagiadas no se enterarán de que lo han estado y lo eliminarán en un período determinado de tiempo, sin ayuda de un tratamiento médico.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CUANTITATIVO

A. MUESTRA

Dada la muestra finalmente obtenida, resultó imposible trabajar con las tipologías determinadas inicialmente y que fueron trabajadas en la fase cualitativa, en la medida en que no hay representatividad de las mismas. Por ello, la gran mayoría de las inferencias y afirmaciones se basarán en la comparación entre nacionalidades, en cuanto se logró muestras similares y que pueden efectivamente compararse sin entrar en errores metodológicos. En algunos casos en que las tendencias sean muy evidentes, se podrá analizar la convergencia de otras variables, como la edad y el nivel educacional para explicar ciertos comportamientos. A continuación se observa en la tabla la distribución final de la muestra en porcentajes:

Tabla 17: Muestra por nacionalidad (valores porcentuales)

	CHILENA	ESPAÑOLA	TOTAL
18-23	16,6%	40,5%	57,1%
24-29	29%	13,9%	42,9%
TOTAL	45,6%	53,4%	100%

Fuente: elaboración propia.

La muestra final estuvo compuesta por 338 mujeres encuestadas con las características establecidas antes de comenzar el terreno. Lamentablemente no se logró establecer el criterio propuesto en primera instancia, dado el tiempo y los recursos involucrados, por lo que finalmente se estableció un muestreo intencionado y por conveniencia que determinó la característica de la misma, compuesto en un 45,6 % por chilenas y un 53,4% de españolas. Del total de las chilenas, un 37,7% correspondería al rango etario menor, mientras un 63,3% correspondería al rango etario mayor. En las españolas la distribución es menos equitativa aún, posicionando el rango etario menor con un 74,5% del total de las españolas, relegando solo 25,5% a las mujeres mayores.

Al analizar a grandes rasgos, se puede establecer que hay una equivalencia entre la población total chilena versus la española, pero al integrar las variables edad, se evidencia la baja equivalencia para representar ciertos sectores. Después de describir los porcentajes y aplicar el test estadístico χ^2 , se observa que las mujeres chilenas de la muestra son mayores que las españolas ($p < 0,001$).

Tabla 18: Muestra por nacionalidad, edad y nivel de estudios

	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios		TOTAL
	Chilena	Española	Chilena	Española	
18-23	53	129	3	8	193
24-29	92	39	6	8	145
TOTAL	145	168	9	16	338

Fuente: elaboración propia.

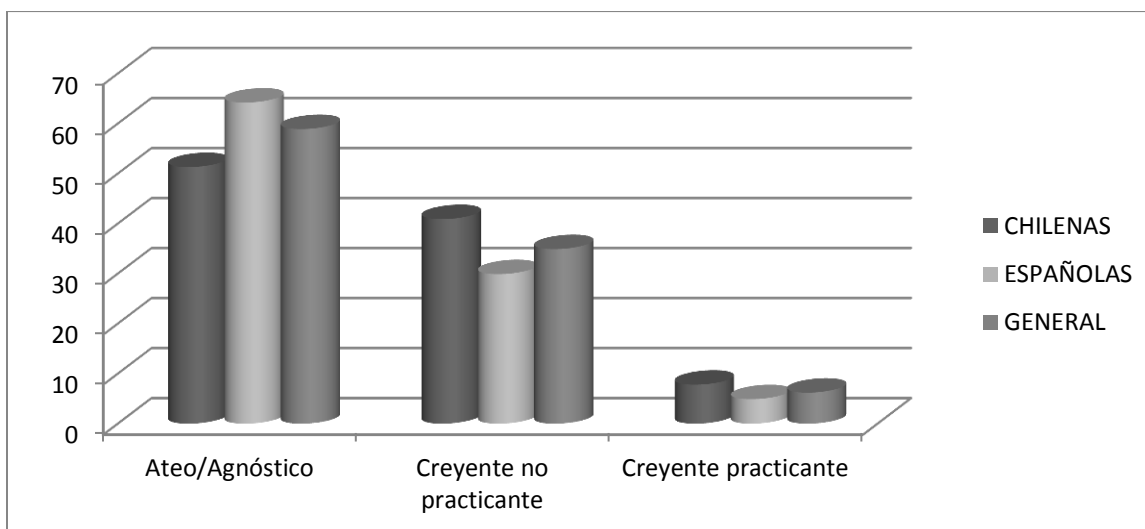
Al integrar la variable estudios, se puede observar una diferencia mayor aún respecto de las diferentes tipologías definidas en el preproyecto, donde efectivamente las mujeres encuestadas sin estudios universitarios tienen menor representatividad respecto de las universitarias, alcanzando sumadas las españolas y chilenas solamente 7,4% de la muestra total. Es por esta razón que se hizo difícil realizar afirmaciones en que se extrapole este grupo como si fuera

representativo. En definitiva, del total de las chilenas solamente un 6,2% no presentarían estudios, mientras que las españolas, este grupo correspondería al 8,7% respecto de la totalidad de españolas encuestadas.

Las universitarias, alcanzan un total del 92,6% de la muestra, por lo que se decidió priorizar el contraste entre poblaciones en función de la nacionalidad, en la medida en que presentan características similares, y salvo excepciones, no aseverar teorías que se podrían desprender de las diferencias educacionales en cuanto las cifras son desproporcionadas. A pesar de las diferencias de estudios de ambas nacionalidad, estas no alcanzarán a ser significativas estadísticamente ($p=0,318$).

B. CARACTERIZACIÓN

Gráfico 2: Porcentaje de religión por nacionalidad



Fuente: elaboración propia.

Un 58,9% se declara atea/agnóstica, un 34,9% creyente no practicante y un 6,2% dice ser creyente practicante. De las chilenas el 51,3% declaró ser ateo o agnóstica, un 40,9% Creyente practicante y un 7,8% Creyente practicante; mientras que del total de las españolas un 69% declaró ser atea/agnóstica, un 31,6% creyente no practicante y un 5,2% creyente practicante. Se podría aseverar que las tendencias frente a la religiosidad son similares donde la mayoría declara ser atea/agnóstica y un porcentaje menor al 10% indica ser creyente practicante. Al aplicar el test estadístico χ^2 , se logró determinar que las chilenas son estadísticamente más practicantes que las

españolas ($p=0,033$), lo que se podría interpretar como un mayor grado de conservadurismo en las chilenas respecto de las españolas.

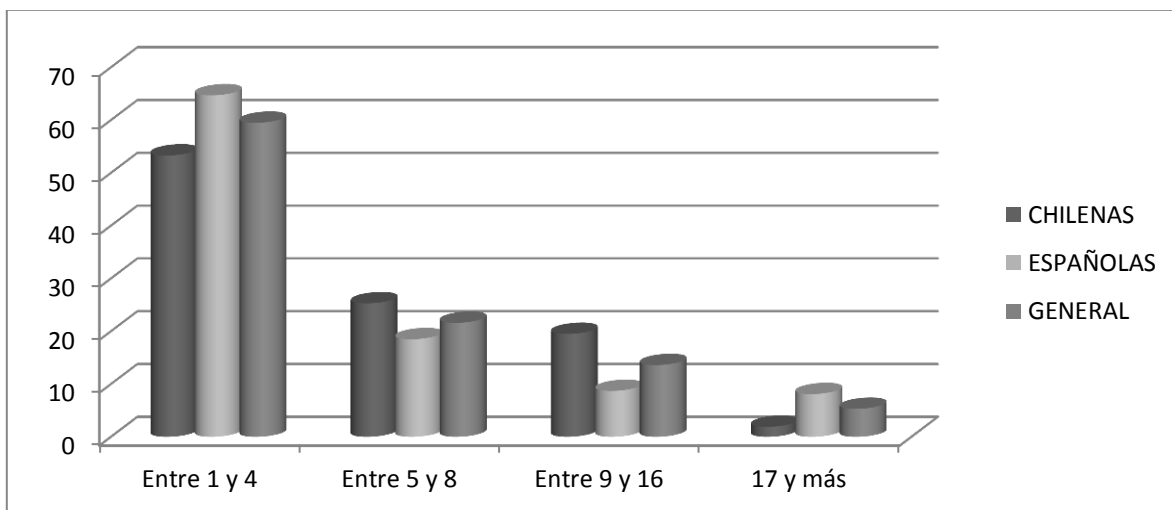
Tabla 19: **Edad media de iniciación sexual**

	Chilena		Española	
	Univers.	No	Univers.	No
18-23	17	17	16	16
24-29	18	17	17	16

Fuente: elaboración propia.

La edad media de iniciación de las chilenas fue de 17,62 años, con una desviación típica de 2,19, mientras que del grupo de las españolas la edad media fue 16,58 años con una desviación típica de 1,8; la diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($p<0,001$), por lo que se puede afirmar que las españolas se inician sexualmente antes que las chilenas.

Gráfico 3: **Número de parejas sexuales por nacionalidad**



Fuente: elaboración propia.

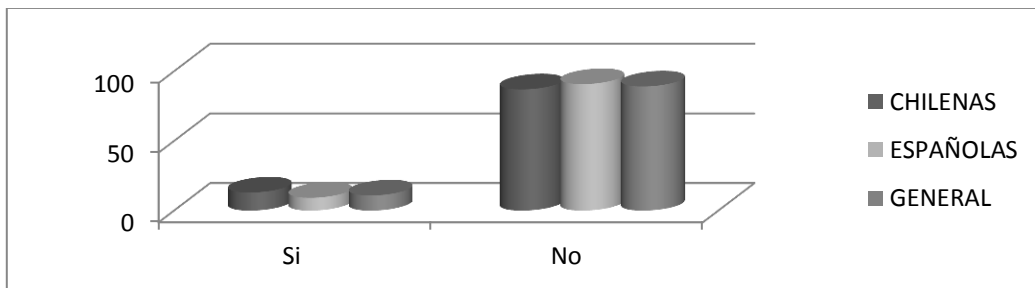
Se puede establecer que el 59,5% declara haber tenido entre 1 y 4 parejas sexuales, el 21,6% entre 5 y 8, el 13,6% entre 9 y 16 y solamente un 5,3% sobre 17 parejas sexuales. Si se hace la comparación por país se puede determinar que del total de chilenas, el 55,8% ha tenido entre 1 y 4 parejas sexuales, el 25,3% entre 5 y 8 parejas, el 8,9% entre 9 y 16, mientras que solamente un 1,9% sobre 17 parejas sexuales. Del total de las españolas se puede observar que un 68,4% declaró haber mantenido relaciones sexuales con menos de 5 hombres, el 19,5% menos de 9, el 9,2% menos de 17 y el 8,6% sobre 16 parejas sexuales a lo largo de sus vidas.

El número de parejas sexuales es estadísticamente diferente según nacionalidades ($p=0,001$); se podría afirmar entonces que las conductas sexuales son diferentes entre las chilenas y las españolas, no hay una equivalencia en este punto, las españolas serían a la vez las que menos parejas sexuales tienen y las que más tienen, lo que se podría asociar a la edad promedio de la muestra española, donde la mayoría era del rango etario inferior.

C. NOCIONES ASOCIADAS A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CONTAGIO CON ALGUNA ITS

Gráfico 4: Ha sido contagiada con alguna ITS



Fuente: elaboración propia.

Del total de las encuestadas se puede observar que la gran mayoría, el 89%, nunca se ha visto afectada por una ITS, por lo menos que esté consciente de ello. Mientras que el 11% afirma que sí, de este grupo el 54% correspondería a chilenas, mientras que solo el 46% serían españolas, lo que se relacionaría con las cifras oficiales, que muestran tendencias similares, pero mejor controladas en España. A esto se agrega el hecho de que 81% pertenecería al rango etario mayor, lo que se asocia a una mayor exposición a los riesgos en función de la edad. En este caso se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,272$).

Tabla 20: Distribución de infectadas con VPH

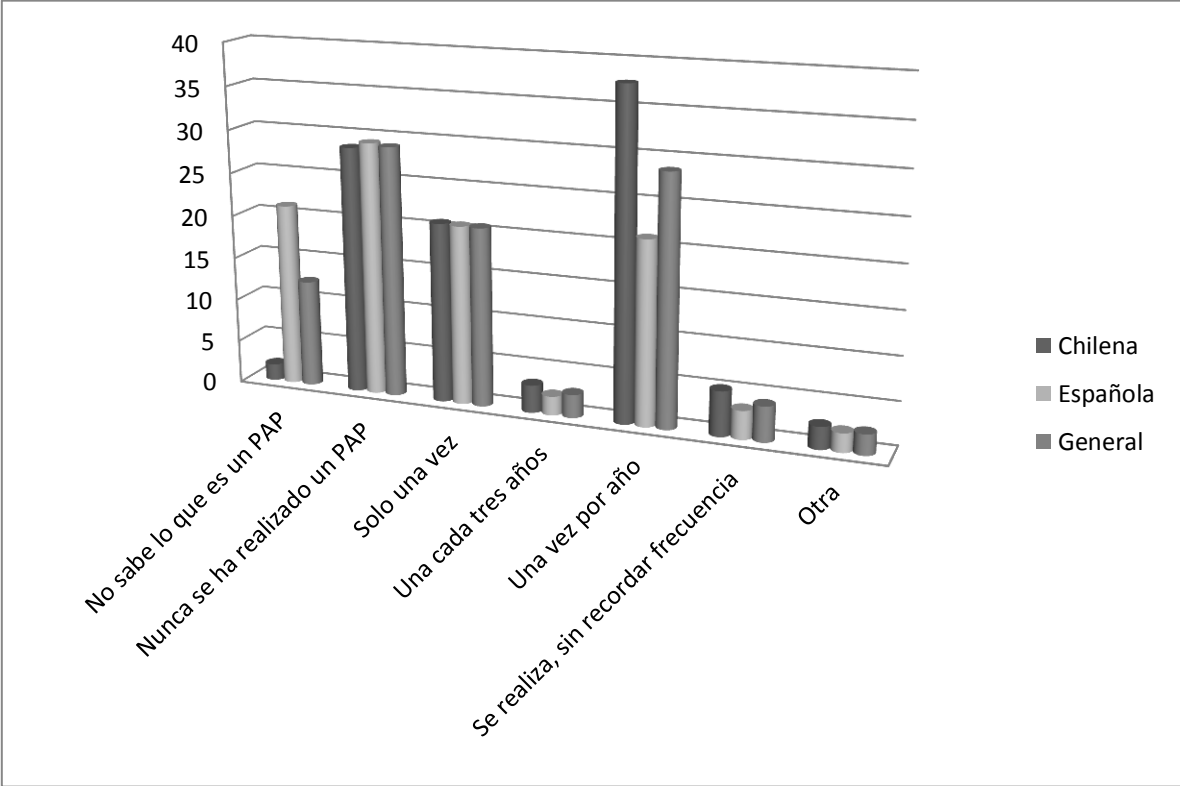
	Chilena		Española		TOTAL
	Univers.	No	Univers.	No	
18-23	0	0	2	0	2
24-29	8	0	6	1	15
TOTAL	8	0	8	1	17

Fuente: elaboración propia.

De las 37 mujeres que habían reconocido haber padecido de alguna ITS, se quiso determinar cuáles habían tenido VPH, cifra que ascendió a 17 mujeres; es decir, que del 100% de las mujeres infectadas, el 45,9% había sufrido VPH, de las cuales ocho eran chilenas, mientras que nueve eran españolas; lo que representa una equivalencia entre las cifras.

CITOLOGÍAS

Gráfico 5: Frecuencia citología



Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar, llama profundamente la atención la cantidad de mujeres españolas encuestadas que no saben lo que es una citología; mientras que solamente un 1,9% de las chilenas declara no conocerla, un 21,2% de las españolas declaran lo mismo, de las cuales la gran mayoría - 37 encuestadas- pertenece al rango etario de entre 18 y 23 años y solamente dos del rango etario mayor y solo una no presenta estudios, lo que en cierta medida disminuye la gravedad del asunto, en cuanto se podría suponer que muchas no saben, pero tampoco están en una edad en que sea inconcebible desconocer este examen de rutina.

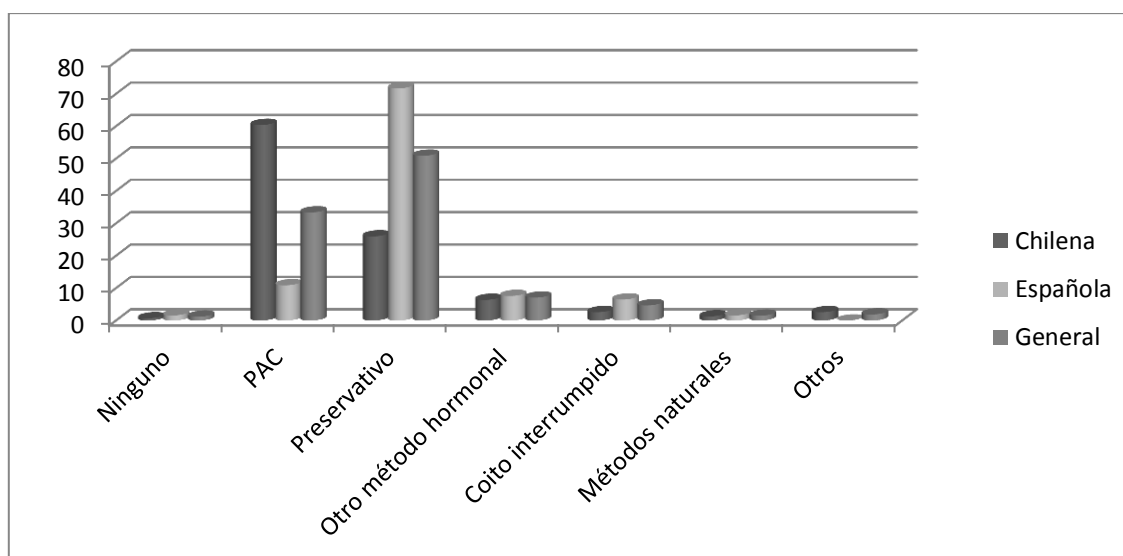
Un alto porcentaje, 29%, está en conocimiento de lo que es una citología, pero nunca se la han realizado; de estas mujeres, la gran mayoría pertenece al rango etario menor, por lo que no habérselo realizado se corresponde con las recomendaciones de organismos internacionales al respecto.

El 20,7% de la muestra reconoce que solo se la ha hecho una vez, y una parte importante correspondería al rango etario menor. Mientras que aquellas que se lo realizan cada tres años –el 2,7% de la muestra total: un 3,2% de las chilenas y un 2,2% de las españolas- o una vez por año, están en su mayoría conformadas por el rango etario mayor, lo que nuevamente se corresponde con las recomendaciones internacionales al respecto. Llama la atención que las mujeres que se inclinaron por esta opción –el 28,7% de la muestra general-, son mayoritariamente chilenas, representando un 37,7% del total de las mismas, en cambio en España, la suma asciende solamente al 21,2%. A pesar de que las recomendaciones internacionales mencionan que la citología debe realizarse cada tres años en la medida en que no presente problemas, también es cierto que queda al criterio del médico tratante la frecuencia con que se realizan las citologías, y muchos médicos prefieren pedirlo una vez por año. De hecho en Chile, muchas personas piensan que es la frecuencia necesaria según lo que le indica el médico, y como la salud es privada, es una práctica habitual la sobre solicitud de exámenes en la medida que hay doctores que mantienen acuerdos con ciertos laboratorios; mientras que en España, al ser pública la salud, se tiende a pedir con menos frecuencia, en la medida en que no es necesario realizarlo una vez por año, y que pedirlo en exceso significaría una sobrecarga al sistema.

Con el fin de poder aplicar el test estadístico χ^2 , esta variable se agrupó en 3 categorías: no sabe, nunca, y periódicamente; se logró establecer que hay diferencias estadísticamente significativas respecto de la periodicidad y conocimiento de la examinación: las chilenas tienen mayor conocimiento y se realizarían la citología más frecuentemente que las españolas ($p < 0,001$).

MÉTODO DE PROTECCIÓN/PREVENCIÓN UTILIZADO REGULARMENTE

Gráfico 6: Método protección/prevencción utilizado regularmente por nacionalidad



Fuente: elaboración propia.

A propósito de la pregunta *¿Qué método de prevención (profiláctico o anticonceptivo) utilizas regularmente?* se lograron establecer las siguientes inferencias: tanto las chilenas como las españolas prefieren la utilización de preservativos y PAC por sobre el resto de los métodos presentados, concentrando el 84,3% del total de las encuestadas. A pesar de esta tendencia, se puede observar diferentes patrones respecto de la preferencia del método dependiendo de la nacionalidad; mientras el 60,4% de las chilenas preferirían la PAC por sobre el preservativo, solamente el 10,9% de las españolas preferiría este método. La gran mayoría de las españolas, el 71,7% utilizaría regularmente preservativos, mientras que el 26% de las chilenas utilizaría este método. El tercer método más utilizado, con un 7,1% de la población total encuestada, serían otros métodos hormonales, tales como el anillo vaginal, parches o inyecciones.

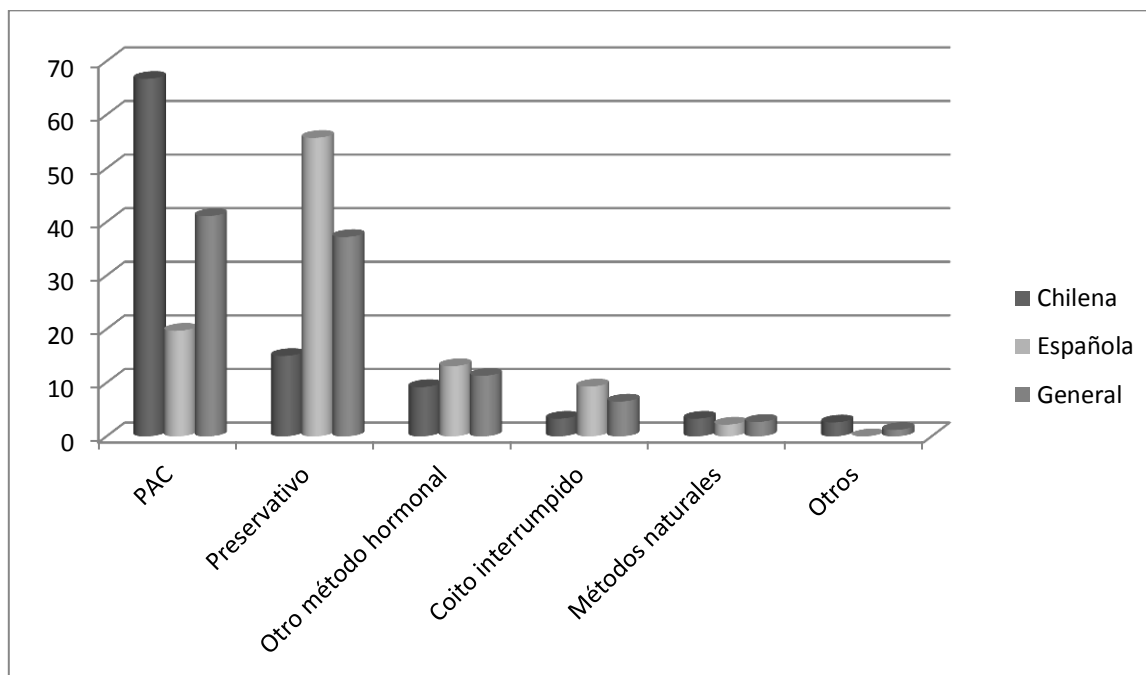
Con un 4,7%, el cuarto método más utilizado es el coito interrumpido, el cual es más utilizado en España con un 6,5% de las mujeres encuestadas, mientras que solo un 2,6% de las chilenas lo reconocen como un método de protección.

Solamente un 1,2% de la población total reconoció que no utilizaba ningún método regularmente, de las cuales un 1,6% son españolas (mientras que solo un 0,7% son chilenas) y todas correspondientes al rango etario menor. Se dio la coincidencia que la totalidad de mujeres encuestadas que respondieron otros, utilizaban el dispositivo intrauterino.

En general, se puede establecer que existen diferentes patrones de utilización de métodos protectores al momento de tener relaciones sexuales, las chilenas preferirían los métodos hormonales, mientras que la mayoría de las españolas preferirían el preservativo, esto independiente de la edad y del nivel educacional al que se accede. Dada la gran cantidad de opciones no se pueden realizar test estadísticos que entreguen respuestas certeras.

MÉTODO DE PROTECCIÓN/PREVENCIÓN UTILIZADO CON PAREJA ESTABLE

Gráfico 7: Método protección/prevenición utilizado con pareja estable por nacionalidad



Fuente: elaboración propia.

Al aplicar una pregunta similar, pero en el contexto de una relación estable, se puede establecer una correspondencia con los patrones señalados respecto de los métodos utilizados regularmente; la PAC con el preservativo siguen siendo la preferencia general de las encuestadas, aunque el porcentaje de su utilización en conjunto, desciende de un 84,3% a un 78,3%, lo que determina el aumento en otros métodos de protección. Si a ambos porcentajes se les suma también las respuestas de “otros métodos hormonales”, se puede observar que 91,4% del total de las mujeres encuestadas, regularmente utilizarían métodos hormonales –incluida la PAC- y preservativos, mientras que un 89,6% lo haría al estar en relaciones estables, lo que representa una tendencia bastante estable, donde evidentemente lo que aumenta es la utilización de otros métodos, en su mayoría naturales.

Las chilenas siguen prefiriendo la PAC con un 66,7% de las encuestadas inclinándose por esta opción, lo que representa un aumento porcentual de 6 puntos respecto de la pregunta anterior; en cambio solamente el 19,7% de las españolas lo preferirían, lo que supone un aumento de aproximadamente nueve puntos porcentuales respecto de la pregunta anterior. Al sumar estos porcentajes con otros métodos hormonales, se puede observar que del total de las encuestadas, un 52,4% preferiría utilizar métodos hormonales (ya sea la píldora, anillo, etc.), de las cuales las chilenas toman la delantera con un 75,9%, mientras que la misma cifra en las españolas correspondería a la mitad, con un 32,8%.

En contraposición a la tendencia chilena, la mayor parte de las encuestadas españolas preferirían el preservativo, incluso cuando se está en una relación estable, dato interesante para indagar en una próxima investigación. Un 55,7% utilizaría el condón para cuidarse con su pareja, mientras que solamente un 15% de las chilenas preferirían este método al momento de estar comprometidas en una relación. Se desprende además que, proporcionalmente, es el rango etario menor el que más comúnmente prefiere este método, aunque no se podría afirmar que son las mujeres mayores las que prefieren la PAC u otro métodos hormonales, ya que no hay una diferencia significativa que incline el consumo de la misma hacia cierto perfil tipológico. Respecto de la pregunta anterior – métodos utilizados regularmente- se puede observar un descenso de los porcentajes de preferencia del preservativo, de un 50,9% a un 37,2% del total de las encuestadas. Tendencia atribuible al hecho de estar en una relación estable, que en conjunto con la connotación negativa del preservativo⁶⁴, inclina las preferencias hacia la utilización de otros métodos, principalmente hormonales, los que aumentan respecto de la pregunta inicial de un 40,5% a un 52,4% del total de la población encuestada.

También se observa un incremento –a menor nivel- de las otras opciones expuestas, tales como el coito interrumpido que asciende a un 6,5% (casi 2 puntos porcentuales respecto de la pregunta anterior) y métodos naturales, que asciende de un 1,5% a un 2,7%.

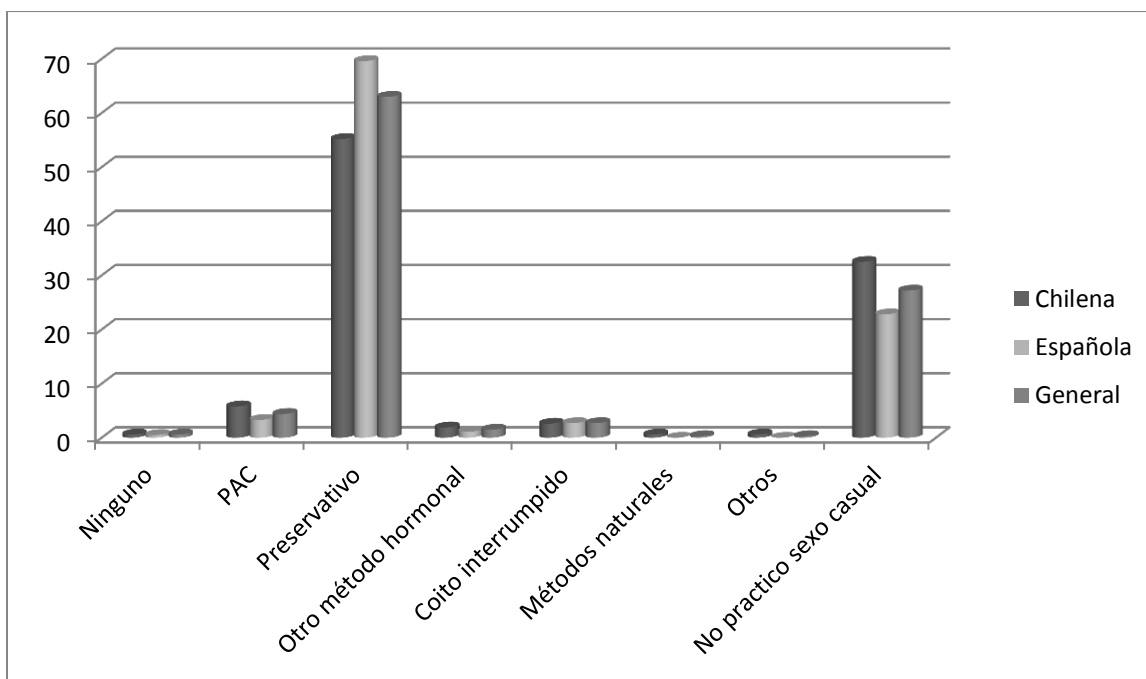
En definitiva, se podría concluir que en correspondencia con las recomendaciones asociadas a una salud sexual y reproductiva responsable, al estar en una relación estable se tendería a dejar de

⁶⁴ En muchos estudios de opinión a nivel global, se asocia el preservativo con incomodidad, como una molestia al momento de tener relaciones sexuales, que corta la inspiración, etc. Los cuales se convertirían en el principal argumento para evitar su uso (Guereña; 2004).

utilizar preservativo para comenzar a utilizar otros métodos, suponiendo que la fidelidad protegería a la pareja del contagio con otras enfermedades de transmisión sexual; aun así, llama la atención la notoria preferencia de la utilización de preservativos por españolas respecto de las chilenas, quienes, estando o no en una relación estable, preferirían la utilización de métodos hormonales. El tamaño de la muestra y número de categorías de la variable, no permite realizar test estadísticos en la medida en que las frecuencias son muy bajas.

MÉTODO DE PROTECCIÓN/PREVENCIÓN UTILIZADO AL TENER SEXO CASUAL

Gráfico 8: Método protección/prevencción utilizado con sexo casual por nacionalidad



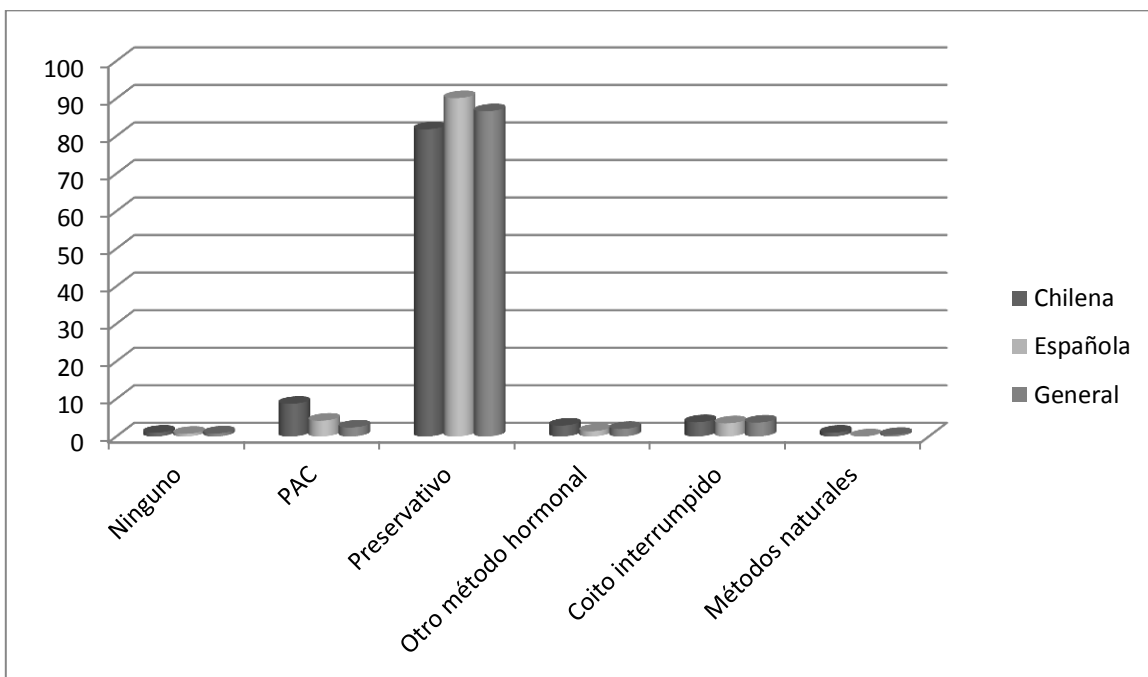
Fuente: elaboración propia.

En un tercer momento, se decidió aplicar la misma pregunta para descubrir qué métodos se utiliza cuando se practica sexo casual. De las 338 encuestadas 92 mujeres, el 27,2%, declaró que no practicaba sexo casual, aunque se observó que una mayor cantidad de chilenas, el 32,5% que no incurrierán en esta práctica, respecto de un 22,8% de españolas que declaró no hacerlo; estos 10 puntos de diferencia porcentual se podrían interpretar como un mayor conservadurismo de las chilenas respecto de las españolas. De las chilenas se puede evidenciar que un 51,8% de las mujeres del rango etario entre 18 y 23, respondieron no practicar sexo casual, mientras que del rango etario mayor, solo un 21,42% afirma lo mismo, por lo que se podría concluir que las más jóvenes, ya sea por juventud –recién estar iniciándose sexualmente o descubriendo la sexualidad-

o por conservadurismo, reniegan en mayor medida del sexo casual. Al hacer la misma correlación en las españolas, se logró establecer que no existían diferencias significativas respecto del rango etario: el 22,6% de las menores declara no practicar sexo casual, mientras que el 19,2% de las mayores declaraba lo mismo.

Para continuar el análisis, se decidió reajustar las cifras excluyendo a las que no practicaban sexo casual, de lo que se obtiene el siguiente gráfico:

Gráfico 9: Método protección/prevención utilizado con sexo casual, ajustado.



Fuente: elaboración propia.

Nuevamente se observa la tendencia en que la gran mayoría, el 91% de las encuestadas, prefiere la utilización de métodos hormonales –ya sea PAC u otro- o preservativos, aunque queda en evidencia que al momento de practicar sexo casual, tanto las chilenas como las españolas dicen preferir preservativos, alcanzando el 86,6% del total de las jóvenes que incurren en esta práctica. Con una diferencia porcentual de casi 10 puntos, hay una supremacía española respecto de las chilenas al momento de usar condón: mientras el 90,1% de las españolas utilizan preservativo, solamente el 81,8% de las chilenas lo harían en el mismo contexto, lo que representa una correspondencia con las tendencias observadas en las preguntas anteriores. Es importante señalar que la utilización de preservativos al tener relaciones sexuales de carácter casual, es una recomendación importante para la prevención de la infección tanto de VPH como de otras ETS, en

conjunto con el embarazo no deseado. Es por ello, que al observar la alta tendencia asociada a la utilización de preservativos, se podría inferir que las mujeres están en conocimiento de los riesgos a los que se expone e intenta prevenirlos, utilizando responsablemente el condón en estos contextos.

De los otros métodos, nuevamente se observa que las chilenas son las que más utilizan la PAC, alcanzando el 8,7% de las chilenas que practican sexo casual, lo que representa un descenso muy pequeño respecto de las mujeres que utilizan este método al estar con una pareja estable; solo un 4,2% de las españolas se fían de este método, lo que representa un tercio de las mujeres que lo utilizan con sus parejas estables.

En las chilenas se observa que aumenta el porcentaje de mujeres que utilizan el coito interrumpido en estas circunstancias respecto de la misma pregunta tanto en general, como con parejas estable, lo que es una tendencia preocupante, ya que se podría interpretar como que las mujeres no se preparan para la posibilidad de practicar sexo casual y una vez en esa circunstancia, utilicen cualquier método que prevenga la consecuencia más evidente y notoria: el embarazo. Mientras que si se hace una comparación en paralelo, se podría observar que las españolas descienden esta cifra respecto de la misma pregunta en diferentes contextos, a un 3,5%.

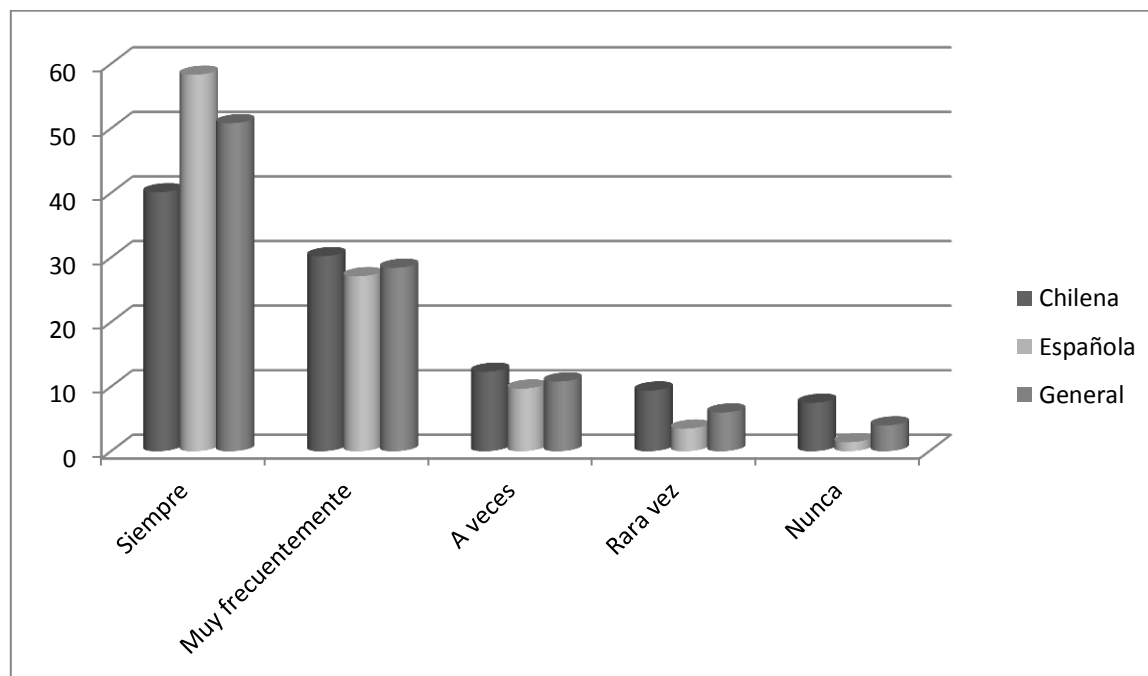
Llama la atención que ninguna española utilice métodos naturales, que previenen específicamente el embarazo, pero si hay una joven que acepta que no utiliza ningún tipo de protección, lo que evidentemente no se corresponde a las tendencias observadas hasta este momento.

En definitiva, se puede observar que las mujeres españolas son más propensas a utilizar el preservativo al momento de tener relaciones sexuales, ya sea de forma casual o con una pareja estable; mientras que las chilenas prefieren los métodos hormonales. Se podría afirmar que hay diferentes enfoques para enfrentarse a la sexualidad, mientras las españolas se preocupan no solo de la planificación familiar, sino que también de la exposición a infecciones de carácter sexual, las chilenas estarían mucho más enfocadas hacia la prevención de un embarazo no deseado. Ambas realidades se podrían interpretar desde un prisma social: en España el aborto es legal y en Chile es ilegal y con ello, penalizado tanto judicial, como socialmente. En un contexto donde recientemente se permitió la venta ultra restringida de la píldora del día después, y donde las mujeres que son encontradas culpables de practicar aborto, son encarceladas –una vez que lo han logrado, ya que al ser ilegal, es muy difícil poder hacerlo- la mayor preocupación de las mujeres

jóvenes sería prevenir el embarazo, ya que si presentan un embarazo no deseado, no tendrán otra opción que tenerlo; en cambio en España se lograría mayor consciencia sobre el uso responsable del preservativo para la prevención de embarazos no deseados y de la transmisión de ITS, enfocándose en la segunda, en la medida en que la primera sí tendría otras soluciones.

FRECUENCIA DEL USO DE PRESERVATIVO AL TENER SEXO CASUAL

Gráfico 10: Frecuencia preservativo sexo casual, arreglado



Fuente: elaboración propia.

Una vez recopilados los datos respecto de la preferencia de métodos preventivos, se estableció la necesidad de conocer la frecuencia con que se utilizaba, principalmente el condón, al momento de tener relaciones sexuales de carácter casual. Para lograr este análisis, nuevamente se reajustó la tabla de datos, para excluir a quienes declaraban no practicar sexo casual, que aunque varió un poco de la cifra obtenida en la pregunta anterior, se presentaron diferencias que no se pueden explicar, dado el carácter autoaplicado del instrumento (en la pregunta anterior 92 mujeres declararon no practicar sexo casual, mientras que en esta pregunta fueron 88 las que mantuvieron la opinión).

Con la nueva tabla ajustada se puede observar que el 79,2% de las mujeres que practican sexo casual, utilizan preservativo siempre o muy frecuentemente, lo que es un índice bastante positivo,

aunque imposible de saber si es cierto o no. A pesar de que esta cifra es medianamente alentadora a nivel de salud sexual y reproductiva, al desglosarlo en nacionalidades cambia levemente el panorama. Solo un 40,1% de las chilenas asegura utilizar siempre el condón al momento de incurrir en prácticas sexuales casuales; en cambio el 58,3% de las españolas aseguran lo mismo, es decir que se evidencia una diferencia por sobre el 18%, lo que es bastante alarmante. Esta diferencia comienza a homogenizarse al momento de analizar las otras respuestas, se observa que el 30,2% de las chilenas asegura utilizar el preservativo muy frecuentemente, y el 27,1% de las españolas aseguran lo mismo, estableciéndose una diferencia de solo 3 puntos porcentuales.

El 10,8% de las mujeres que practican sexo casual, utilizarían a veces el preservativo: las chilenas con 12,3%, en cambio las españolas con un 9,7%.

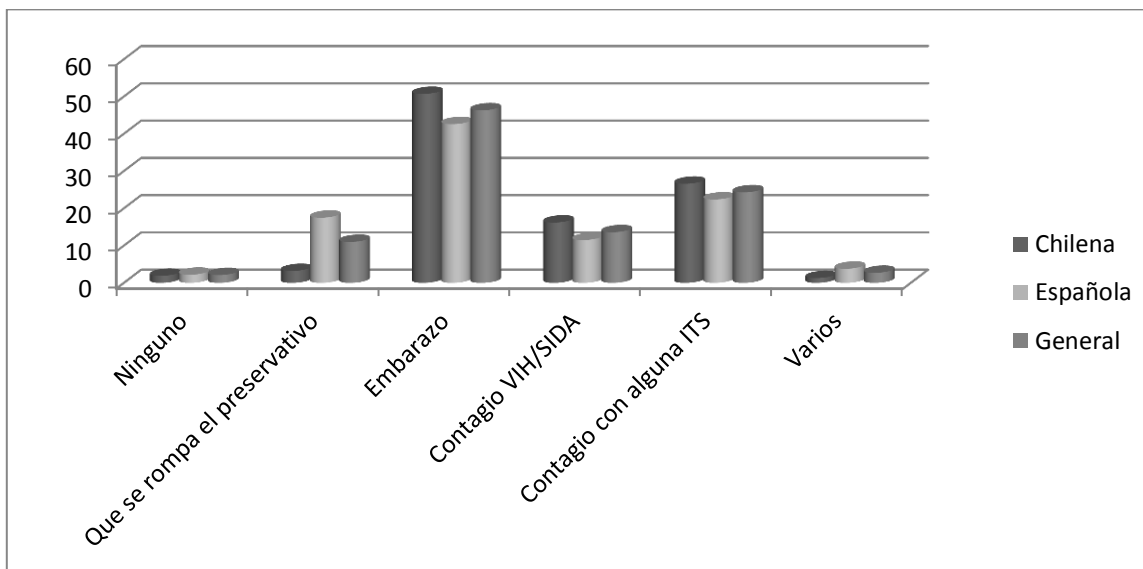
El 10% de las mujeres utilizaría el preservativo rara vez o nunca al momento de tener relaciones sexuales; en Chile esta cifra asciende al 16,9%, en contraposición en España solamente el 4,9% de las mujeres encuestadas que practican sexo casual, utilizan el condón rara vez o nunca. Es preocupante la diferencia de 12 puntos porcentuales en este ítem; nuevamente se establece una tendencia por parte de las españolas, de adoptar conductas más responsables y protectoras al momento de practicar sexo de carácter casual, rectificando lo que se habría planteado hasta ahora.

Las españolas que declaran siempre utilizar condón al incurrir en prácticas sexuales casuales, representan un porcentaje más frecuente respecto de las chilenas frente a la misma opción, alcanzando casi el doble porcentual las primeras respecto de las segundas; en cambio en el resto de las opciones (no practico sexo casual, nunca utilizo condón al tener relaciones sexuales casuales, rara vez utilizo condón al tener relaciones sexuales casuales y a veces utilizo condón al tener relaciones sexuales casuales) la mayoría serían chilenas. Esta tendencia diferenciada es estadísticamente significativa ($p=0,004$), por lo que se podría afirmar que las españolas son más responsables al tener relaciones sexuales de carácter casual, mientras que las chilenas serían más conservadoras (dado el porcentaje que no practica sexo casual); y en la medida en que lo practiquen, son más irresponsables.

D. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

MAYOR TEMOR FRENTE A UNA RELACIÓN SEXUAL

Gráfico 11: Mayor temor al tener relaciones sexuales



Fuente: elaboración propia.

La primera pregunta asociada a la percepción de riesgo, consultaba respecto del mayor temor al tener relaciones sexuales, en la medida en que se había establecido en la fase cualitativa la hipótesis que planteaba una correspondencia entre los temores de las mujeres y los métodos preventivos/protectores que utilizarían.

Del análisis descriptivo se desprende que solamente un 2,1% de las encuestadas no siente temores al momento de tener relaciones sexuales.

Es interesante observar que la gran mayoría de las encuestadas le teme a quedar embarazadas por sobre la ponderación del contagio con VIH/Sida y el contagio con alguna ITS. Si se analiza la misma cifra por países, se evidencia que el 50,7% de las chilenas le teme al embarazo, en cambio el 42,6% de las españolas sienten el mismo temor; lo que representa una diferencia de casi 7 puntos porcentuales.

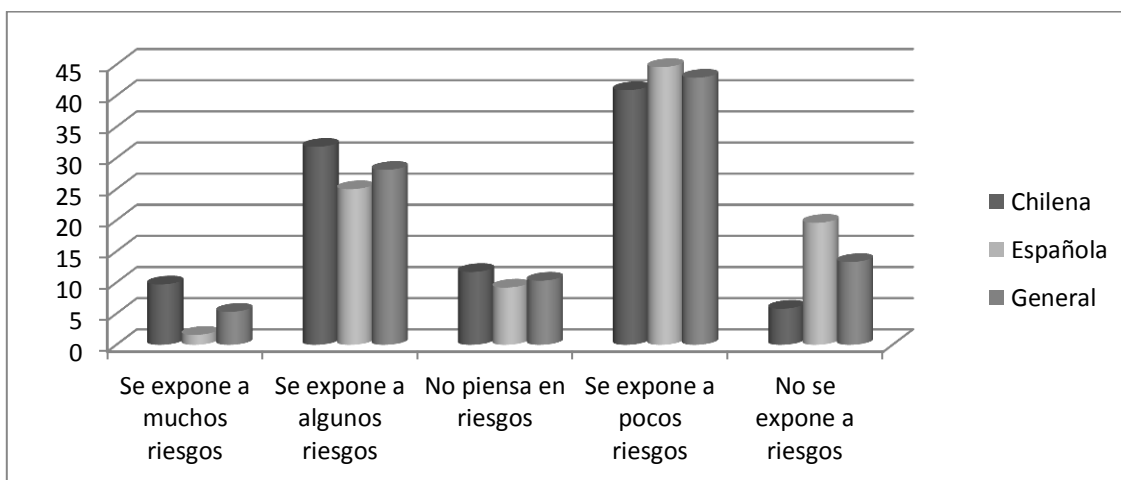
Si se trabaja con ambas opciones de contagio ponderadas, se observa que un 42,8% de las chilenas tienen temor a contagiarse de algún tipo de ITS, frente a un 33,9% de las españolas que sienten los mismos reparos.

Se consideró el miedo a la rotura del condón, como un miedo generalizado tanto al contagio con alguna ITS, como al embarazo y por ello se ponderó con aquellas que respondieron la opción “otras”, que al ser analizadas una a una, siempre se asociaba a temores compuestos (tanto al embarazo como al contagio de ITS). Así, se podría decir que del total de encuestadas un 13,7% asume que tiene el mismo temor al embarazo como al contagio de alguna ITS: las chilenas en un 4,5%, y las españolas en un 21,3%. Este dato se correlaciona con el discurso observado en las entrevistas cualitativas; las españolas siempre hablaban de la posibilidad de la rotura del preservativo y de los peligros asociados, discurso que jamás emergió en las chilenas, por lo que se podría concluir que en España se ha hecho una mayor campaña respecto del uso correcto del condón y las desventajas asociadas a su utilización, temas que han sido tratados muy ligeramente en Chile, debido al tabú impuesto desde ciertos sectores influyentes para hablar de estos temas, e incluso el tabú de los medios de comunicación que tienen una ideología asociada a la doctrina eclesiástica.

En definitiva, se podría establecer que las chilenas temen más al embarazo en primer lugar y después al contagio con alguna ITS, en cambio las españolas en su mayoría tendría el temor compuesto tanto de quedar embarazada como de contagiarse con una ITS, sin valorar una por sobre la otra; este dato sería estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

PERCEPCIÓN DE EXPOSICIÓN A RIESGOS AL TENER RELACIONES SEXUALES

Gráfico 12: **Percepción de exposición a riesgos al tener relaciones sexuales**



Fuente: elaboración propia.

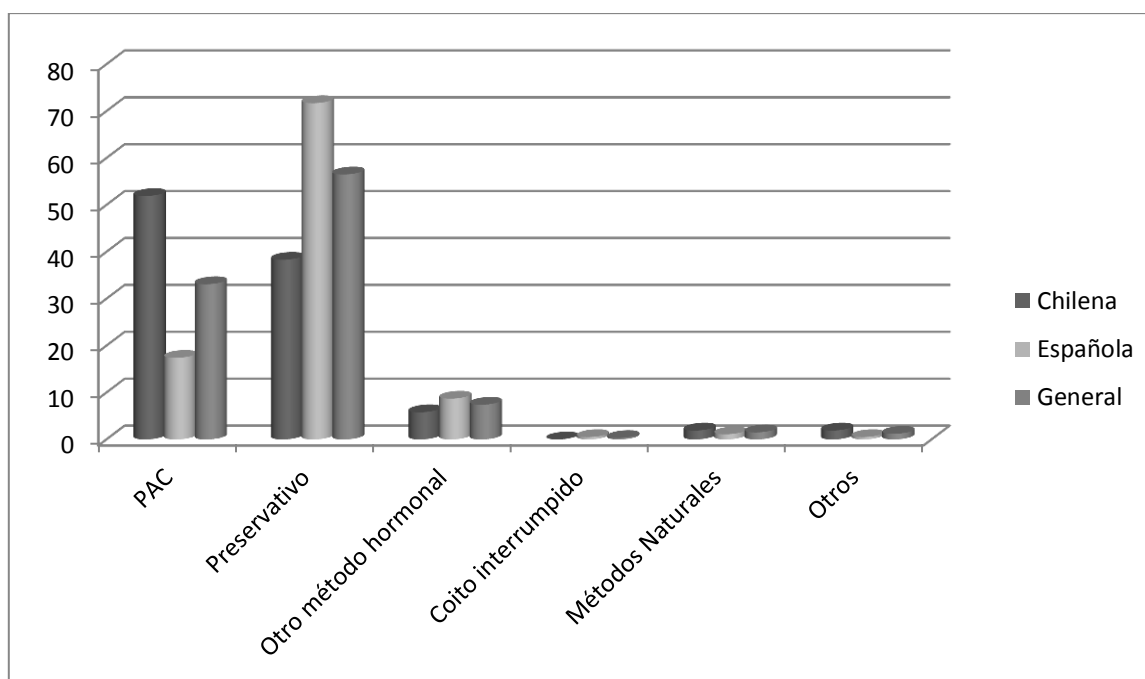
Se decidió que era oportuno describir el grado de riesgo percibido al momento de tener relaciones sexuales, independiente del contexto en que se establecen. Así, se observa que la gran mayoría de las entrevistadas, el 42,9%, considera que se expone a pocos riesgos, lo que se corresponde a la positiva tendencia de una conducta sexual responsable en la mayoría de la muestra. Se desprende que el 40,9% de las chilenas siente que se expone a pocos riesgos, en cambio el 44,6% de las españolas piensa lo mismo.

Resulta interesante que el 9,7% de las chilenas piensen que se exponen a muchos riesgos cuando tiene relaciones sexuales, mientras que solo 1,6% de las españolas asegura lo mismo. Esto se podría asociar a la apertura cultural asociada a la sexualidad en España respecto de Chile, lo que se corresponde con una conducta más responsable y menor percepción del riesgo, en la medida que efectivamente se está incurriendo en menos conductas riesgosas. Mientras que las chilenas sí estarían expuestas a más riesgos, dado que prefieren métodos anticonceptivos por sobre los profilácticos; por ello, se podría asegurar que esta tendencia se asocia directamente a la realidad, ya que las chilenas sienten mayor riesgo, y efectivamente lo están.

La segunda opción más respondida, es la percepción de estar expuesta a algunos riesgos. El 31,8% de las chilenas se inclinaron por esta opción, en cambio un 25% de las españolas se sintieron representadas con ella. En definitiva, si se pondera la opción de exposición a algunos riesgos, con la exposición a pocos riesgos, se puede evidenciar que representa al 71% de las entrevistadas, la gran mayoría de ellas. Y dado que la valoración es una atribución personal, asociada a la percepción individual para las mujeres que participaron de la muestra, que pueden tener diferentes interpretaciones asociados a estos términos, se podría considerar, para un fin analítico como un solo ítem, y que en definitiva refleja la realidad de las cosas: en la medida que se presentan conductas responsables para enfrentarse a la sexualidad, los riesgos a los que se exponen son bastantes bajos. Se puede establecer que hay diferencias estadísticamente significativas: las españolas se sienten más seguras en la medida en que responden principalmente las opciones “me expongo a pocos riesgos al tener relaciones” y “no me expongo a riesgos”, respecto de las chilenas, que en su mayoría contestan más las otras opciones. ($p < 0,001$).

MÉTODO PROTECCIÓN/PREVENCIÓN MÁS SEGURO

Gráfico 13: Método protección/prevencción más seguro



Fuente: elaboración propia.

Se estableció la necesidad de incluir una pregunta en que se evidenciara la opinión respecto del método más protector al momento de tener relaciones sexuales, dado que en la parte cualitativa se había observado una confusión al momento de hablar de métodos anticonceptivos y profilácticos. Es interesante esta pregunta en cuanto se puede asociar indirectamente a qué se busca “prevenir” al momento de tener relaciones sexuales.

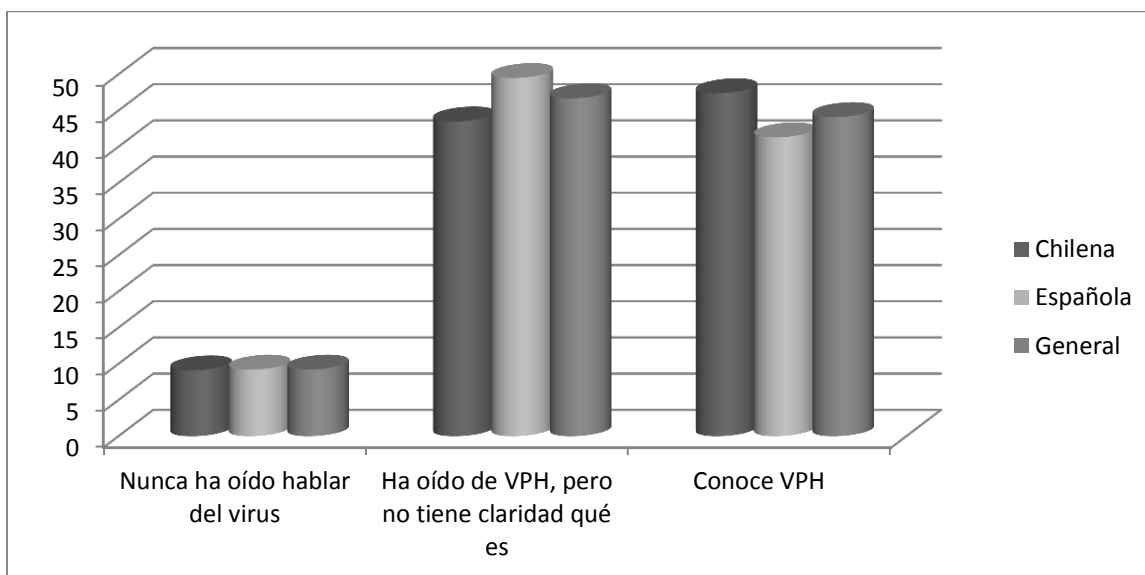
A grandes rasgos, se observa que la mayoría, el 56,5% de las encuestadas contestan correctamente que el preservativo es el método más seguro, en la medida que prevendría tanto del embarazo como del contagio con alguna ITS. Esta cifra se vuelve preocupante al momento de desglosarlo por nacionalidades, ya que se evidencia que solo el 38,3% de las chilenas lo consideran el método más seguro, mientras que en un 51,9% consideran que las PAC son más seguras. Si a esta cifra se le suma las que contestan “otros métodos hormonales”, se evidencia que el 57,7% de las chilenas, considera que los métodos hormonales son más seguros que los preservativos. En definitiva, a través de este dato, se podría desprender o inferir lo que efectivamente buscan prevenir las jóvenes, ya que los métodos hormonales, usados correctamente, son más efectivos para prevenir el embarazo que el condón.

Cuando se observa la realidad española, la que se corresponde con los datos entregados hasta ahora, se evidencia que el 71,7% de las encuestadas considera que el preservativo es más seguro que el resto de los métodos entregados por el mercado. Y solamente un 26,1% considera que los métodos hormonales serían más seguro.

E. CONOCIMIENTO VPH

CONOCE O HA OÍDO HABLAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO

Gráfico 14: Conoce o ha oído hablar de Virus Papiloma Humano



Fuente: elaboración propia.

Menos del 10% de las encuestadas reconoce no haber oído nunca del VPH, con cifras equivalentes tanto en Chile, como en España. Un 46,7% de las mujeres, en su mayoría españolas —aunque con una diferencia poco significativa respecto de las chilenas-, ha oído hablar de este virus, pero no tiene claridad respecto de lo que es; mientras que un 44,1%, en su mayoría chilenas —aunque con una diferencia poco significativa respecto de las españolas-, dice que está en conocimiento de lo que se trata este virus. No se logra establecer diferencias significativas respecto de las nacionalidades ($p=0,511$).

AFIRMACIONES RESPECTO DE VPH

Con el objetivo de establecer el grado de conocimiento respecto de VPH, se preparó una batería de seis afirmaciones que debían ser respondidas con las opciones de: verdadero, falso o no

sabe/no responde, las que finalmente fueron ponderadas, estableciendo una calificación que se utilizó para cruzar con otras variables.

Tabla 21: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 19

	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	48,1	53,3	50,9
Contesta correctamente	51,9	46,7	49,1
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

La primera afirmaba que el VPH es un virus poco común, a lo que prácticamente la mitad respondió correctamente, con un 49,1% de las mujeres encuestadas; el 51,9% de las chilenas lo respondió correctamente, mientras que el 46,7 de las españolas acertaron. No hay diferencias estadísticamente significativas entre nacionalidades ($p=0,34$).

Tabla 22: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 20

	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	59,1	66,8	63,3
Contesta correctamente	40,1	22,2	36,7
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

Al afirmar que hay muchos tipos de VPH y que la mayoría de ellos serían inocuos, gran parte de las encuestadas respondió incorrectamente y solamente el 36,7% acertó. El 40,1% de las chilenas acertó, mientras que solo 22,2% de las españolas estaba en conocimiento de este dato, muy poco publicitado en las campañas de vacunación y los medios de comunicación, a pesar de esta diferencia, no se establecerían diferencias estadísticamente significativas entre nacionalidades ($p=0,141$).

Tabla 23: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 21

	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	58,4	58,7	58,5
Contesta correctamente	41,6	41,3	41,4
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

Cuando se presenta la afirmación: el VPH se asocia a condilomas, el 41,4% de la muestra responde correctamente, evidenciando tasas similares tanto en Chile como en España, donde se establece que no hay diferencias significativas ($p=0,062$). Así como se ha evidenciado en otros estudios, la tasa de asociación de VPH con condilomas no suele ser tan alta como la asociación de VPH con CaCu, afirmación que configuró la pregunta 22.

Tabla 24 Porcentaje de respuestas correctas pregunta 22

	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	29,9	32,1	31,1
Contesta correctamente	70,1	67,9	68,9
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

A diferencia de la asociación con condilomas, casi el 70% de la población encuestada reconoció la relación entre VPH y CaCu; el 70,1% de las chilenas respondieron correctamente, y el 67,9% de las españolas también lo hicieron. Esto nuevamente se asocia a la campaña de las farmacéuticas a propósito de la vacunación masiva para prevenir el virus. No hay diferencias significativas en este punto respecto de chilenas y españolas ($p=0,064$).

Tabla 25: Porcentaje de respuestas correctas pregunta 23

	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	78,6	77,7	78,1
Contesta correctamente	21,4	22,3	21,9
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

Un gran mito por omisión que queda en evidencia en esta encuesta, es la asociación al VPH a la mujer, dejando al hombre como reservorio o simple portador del virus, que no manifestaría sintomatologías o manifestaciones clínicas. Solamente el 21,9% de la población contesta correctamente esta pregunta y no se evidencia diferencias significativas entre nacionalidades ($p=0,85$).

Tabla 26: **Porcentaje de respuestas correctas pregunta 24**

	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	72,7	70,7	71,6
Contesta correctamente	27,3	29,3	28,4
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

Otro mito por omisión que rodea a la infección por VPH, es que el condón sería 100% efectivo para prevenir su contagio, aunque es un método que reduce en aproximadamente un 70% la exposición, se ha establecido que no es infalible para prevenir el contagio de VPH; aun así son muchas las que creen que lo es, y solamente el 28,4% de las encuestadas estableció esta realidad: las chilenas en un 27,3%, y las españolas en un porcentaje un poco mayor: 29,3%. Nuevamente no se logran establecer diferencias significativas entre chilenas y españolas ($p=0,674$).

Tabla 27: **Puntaje ponderado de las preguntas 19-24**

	Chilena	Española	General
0	23,4	19,6	21,3
1	5,8	13,6	10,1
2	19,5	17,4	18,3
3	18,2	21,2	19,8
4	16,9	14,7	15,7
5	11	11,4	11,2
6	5,2	2,1	3,6
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

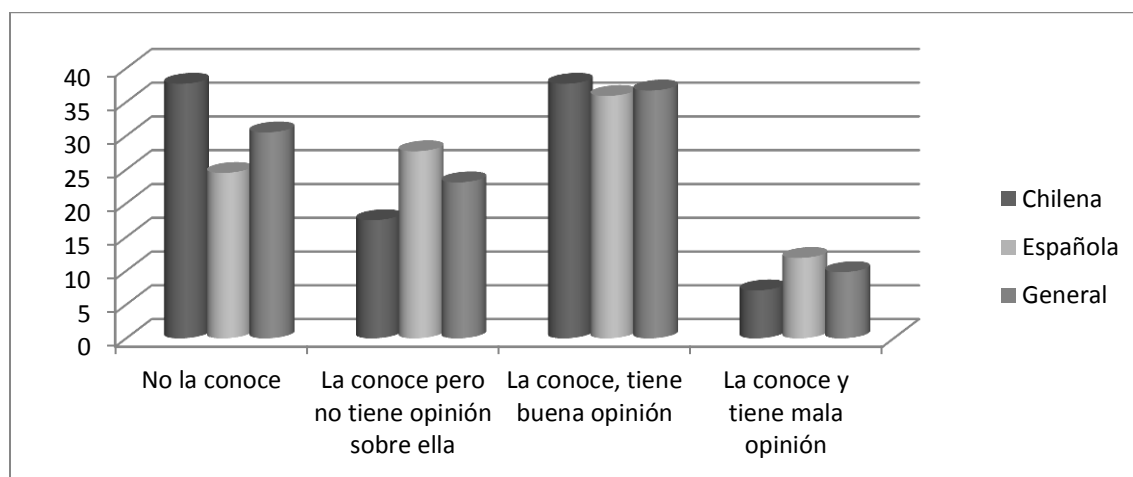
Al ponderar las respuestas, otorgarles puntaje, y si se considera que se “aprueba” con 3 puntos, se podría decir que si fuera un examen, solamente el 50,3% de las mujeres entrevistadas aprobaron contestando la mitad de las respuestas correctamente; un 51,3% de las chilenas habría aprobado y un 49,4% de las españolas; datos que se corresponderían con la tendencia observada.

Aunque cabe destacar que un 21,3% de las encuestadas no habría acertado a ninguna. De las chilenas un 23,4%, mientras que un 19,6% de las españolas no sabe qué es el VPH ni sus principales características.

Se aplica el test T de Student y resulta que no hay diferencias significativas entre chilenas españolas ($p=0,52$).

CONOCE VACUNA PARA PREVENIR VPH

Gráfico 15: **Conoce vacuna para prevenir VPH**



Fuente: elaboración propia.

Un 30,5% de las mujeres encuestadas nunca había oído hablar de la vacuna para prevenir el VPH, lo que es un número bastante alto. Un 37,7% de las chilenas asegura no conocerla, en contraposición un 24,5% de las españolas aseveran lo mismo, lo que correspondería a una cifra bastante alta si se considera que la vacuna tiene un carácter obligatorio en este país, además no se establece una correlación con la edad o con el nivel de estudio, que sea significativo. Mientras que en Chile se podría justificar las altas cifras, al hecho de que la vacuna no tiene un carácter obligatorio y por su alto precio, su promoción ha sido relegada a medios con alta capacidad adquisitiva.

Del resto de las encuestadas que la conocen, se desprendían tres posibles respuestas: las que habían oído hablar de ella, pero que en realidad se sentían ignorantes frente al tema, las que la conocían y la valoraban positivamente, y aquellas que la conocían, pero tenían una mala opinión de ella. Un 23,1% de la muestra aseguró no tener opinión al respecto, un 17,5% de las chilenas y un 27,7% de las españolas, lo que deja entrever un problema de información en España, en la medida que la vacuna tiene un carácter de obligatoriedad, las mujeres que acceden a ella deberían conocer cómo funciona, en qué consiste, las ventajas y desventajas asociadas, especialmente si se

considera que es aplicada a adolescentes que ya están en condiciones para comprender, y que se corresponde con una agenda de educación sexual integral.

La mayoría de las encuestadas, un 36,7% tiene una buena valoración de la vacuna, ya que la identifica como una solución al problema del VPH. A pesar de que la diferencia es mínima, se observa que las chilenas tienen mayor aprobación de esta, alcanzando un 37,7%, respecto de las españolas que alcanzan un 35,9%, aunque esta diferencia no logra ser significativa.

En el menor porcentaje se halla la opción donde se expresa una baja valoración de la vacuna, la que alcanza un 9,8% de la población general, específicamente con un 7,1% de las chilenas y un 11,9% de las españolas.

Al aplicar el test estadístico, se pudo determinar diferencias significativas respecto del conocimiento de la vacuna entre chilenas y españolas ($p=0,014$), hecho que evidentemente se puede atribuir a la integración de la vacuna en el calendario vacunal de las españolas, mientras que aún no se integra como parte del programa preventivo de Salud Pública del Ministerio de Salud chileno.

A continuación, se realizará una reflexión donde se integrarán aspectos recogidos tanto del análisis de contenido cualitativo, como del análisis descriptivo cuantitativo y de la bibliografía. Además se establecerán cruces y asociaciones entre variables para enriquecer el análisis general, poder extraer las principales conclusiones y responder tanto a la pregunta de investigación como a los objetivos planteados en la presente investigación.

3. RESULTADOS

Hasta el momento, se han determinado tres grandes categorías de análisis que han sido utilizadas tanto en el análisis descriptivo cualitativo como cuantitativo, las cuales corresponderían a:

- Nociones asociadas a salud sexual y reproductiva
- Percepción del riesgo
- Conocimiento sobre VPH

Durante este apartado se continuará trabajando sobre estas tres líneas analíticas, intentando hacer converger tanto los análisis descriptivos –cualitativos y cuantitativos- y el Marco Teórico, para finalmente llegar a las conclusiones integradas.

A. NOCIONES ASOCIADAS A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

-Se desprende del análisis cualitativo que las chilenas indicarían espontáneamente más enfermedades que las españolas. Enfocándolo desde el nivel educativo, las mujeres universitarias mencionarían mayor cantidad de ITS, respecto de las que no poseen estudios universitarios. Como en la fase cuantitativa no se pregunta respecto del conocimiento de ITS, no se puede realizar un análisis conclusivo, aunque sí se pregunta si han padecido alguna ITS, donde un porcentaje menor había presentado alguna infección, estableciéndose este ítem sin diferencias significativas entre chilenas y españolas.

-Respecto de las visitas regulares al ginecólogo y las citologías inherentes, se observa en la fase cualitativa un alto nivel de conocimiento del procedimiento citológico, aunque sin poder declarar aseveraciones conclusivas, se observó que las chilenas visitaban más al ginecólogo y se realizaban más citologías. Una vez recopilados los datos cuantitativos, fue posible observar que esta relación no solo se confirmó, sino que se exacerbó; así, se estableció que un 21,2% de las españolas no sabía qué era una citología, en cambio solo un 1,9% de las chilenas afirmaron lo mismo. Esta cifra sería preocupante en la medida que, hasta ahora, se considera la citología como la principal herramienta de diagnóstico de lesiones pre cancerígenas causadas por VPH. A pesar de esta cifra, las chilenas se realizarían citologías prácticamente en la misma medida que las españolas; mientras un 69,5% se practicaría citologías, el 58,7% de las españolas también lo haría, lo que demuestra una diferencia a nivel de medidas preventivas de salud sexual y reproductiva, las cuales no se corresponderían con las cifras manejadas de VPH y CaCu.

- En la fase cualitativa se estableció que todas las jóvenes entrevistadas conocen el PAP, y solo una de las españolas no logra describirlo. Las chicas universitarias se lo realizan más frecuentemente que las mujeres que no tienen estudios. Mientras que en la fase cuantitativa se logró una diferencia estadísticamente significativa respecto de este punto. Mientras que un 1,9% de las chilenas declaraba no conocer una citología o PAP, el 21,2% de las españolas afirma lo mismo. Según el procedimiento cuantitativo, se logró establecer que las chilenas se realizaban más

frecuentemente el PAP y tenían mayor conocimiento al respecto, hecho que se comprobó a través del test estadístico χ^2 ($p < 0,001$).

-Pareció relevante intentar determinar cuáles mujeres se realizarían más citologías, y se logró establecer que hay una tendencia clara: las mujeres que han tenido una ITS se realizan periódicamente el PAP representando un 97,3% (de las mujeres que han tenido ITS), mientras que aquellas que no han tenido una ITS, se realizan periódicamente el PAP en un 53,8%, convirtiéndose en la principal determinante, aunque en la entrevista cualitativa también se estableció que el nivel educativo sería un factor importante, teoría que no se pudo comprobar a través de los datos cuantitativos, dada la baja representatividad de la población sin estudios en la muestra obtenida.

-Las mujeres chilenas serían más reticentes a practicar sexo casual que las españolas: el 31,2% de las chilenas declara no practicar sexo casual, mientras que el 21,7% de las españolas afirman lo mismo. Este dato se podría relacionar con los datos recopilados respecto de la religiosidad, donde se estableció que las chilenas eran significativamente más creyentes que las españolas, lo que podría explicar la postura que se tiene frente al sexo casual.

-PAC y preservativos serían los métodos de protección más mencionados y utilizados, tanto en las entrevistas cualitativas como en las encuestas cuantitativas. Se logra identificar que en general las mujeres preferirían el preservativo con un 50,9% del total de la muestra, mientras que un 33,4% preferiría consumir PAC, que al ser sumado con otros métodos hormonales, alcanza el 40,5% de la muestra total. Esta tendencia se observa independientemente de los contextos específicos, es decir si trata de relaciones sexuales con una pareja estable o si se trata de sexo casual. Al analizar este dato por nacionalidades, se observó en las entrevistas cualitativas una inclinación de las españolas hacia la utilización de preservativos por sobre la PAC, en cambio las chilenas utilizarían la píldora con mayor frecuencia; dato comprobado en la fase cuantitativa, donde se establece que el 60,4% de las chilenas utilizan regularmente la PAC, mientras que un 71,7% de las españolas se inclinarían hacia el uso del preservativo. La relevancia de este dato, es que efectivamente podría ser uno de los factores que incidan directamente en las cifras de VPH y CaCu, en la medida que el preservativo protege en un 70% la infección por VPH, mientras que la PAC no ofrece ningún tipo de protección para este virus, ni otras ITS.

-A pesar de que se establecen claramente las diferencias entre métodos anticonceptivos y profilácticos al momento de preguntar directamente a las mujeres entrevistadas, cuando se habla de ellos en otros contextos, tienden a confundirlos y a hablar indistintamente de una u otra, denotando una confusión respecto del método barrera y anticonceptivo. Este desplazamiento ocurrió más en las entrevistadas chilenas que en las españolas, lo que se corresponde con las tendencias observadas en la encuesta cuantitativa, a propósito del ítem donde se pregunta por el método preventivo que mayor sensación de protección entregaba. Mientras que el 51,9% de las chilenas responden que la PAC (cifra que al ser sumada con otros métodos hormonales alcanza el 57,7%), el 71,7% de las españolas responden que se sienten más protegidas utilizando preservativo, estableciéndose una diferencia significativa. Lo que se observa es una tendencia de la utilización y preferencia de un método respecto del otro, dato que también se ha asociado a los temores, ya que ¿qué motivaría la preferencia de un método anticonceptivo, respecto de un método barrera?

Se sabe que la PAC es más segura al momento de prevenir el embarazo respecto del preservativo - aunque las diferencias porcentuales son mínimas- pero el método barrera tendría la ventaja comparativa de además disminuir la probabilidad de contagio con alguna ITS. Según la información producida en la encuesta cuantitativa, se observó que las chilenas sentían mayor temor a quedar embarazadas cuando tenían una relación sexual, alcanzando esta opción el 50,7%, mientras que las españolas reconocían que sus mayores temores se asociaban al embarazo y contagio al mismo tiempo (ambas por igual). Por lo que tendría sentido que aquellas mujeres que perciben un mayor riesgo del embarazo que de la infección, prefieran utilizar la PAC por sobre el preservativo.

Tabla 28: **Cruce de temores con preservativos**

	Varios	Contagio	Embarazo	Total
Métodos hormonales	7,5	31,3	61,2	100
Preservativos	21,4	42,3	36,3	100
Métodos naturales	0	45	55	100

Fuente: elaboración propia

Hipótesis que efectivamente se comprueba a través de la información producida, donde se establece una relación directa entre quienes utilizan métodos hormonales y el temor a quedar embarazada al tener relaciones sexuales, mientras que aquellas que utilizan preservativo, sentirían en su mayoría más temor al contagio, que al embarazo. Se logra establecer que de las encuestadas

que prefieren métodos hormonales sobre el método barrera, el 82% asegura que su mayor temor al tener relaciones sexuales correspondería al embarazo, mientras que de las encuestadas que utilizan y prefieren los preservativos, el 42,3% asegura tener miedo al contagio con ITS; el 21,4% asegura tener miedo combinado (tanto al embarazo como al contagio con una ITS). Cuando se habla de la generalidad se puede determinar a través del test estadístico χ^2 , que existe una diferencia significativa entre las mujeres que preferirían utilizar métodos hormonales, respecto de las que usan métodos barrera ($p < 0,001$).

Cabe señalar que se establece una tendencia en que las mujeres chilenas, mientras más parejas sexuales tienen, mayor tendencia a utilizar el profiláctico respecto de la PAC; a diferencia de las españolas que siempre tienden a utilizar el profiláctico.

- En el contexto específico del sexo casual, se logró establecer que la mayoría de las mujeres que mantienen relaciones sexuales casuales utilizaría siempre o frecuentemente el preservativo, alcanzando el 79,2% de la muestra total; aunque al observarlo por nacionalidades nuevamente se deja en evidencia que las españolas utilizan preservativo con mayor frecuencia que las chilenas (un 58,3% versus un 40,1% respectivamente). En el resto de las opciones (no practico sexo casual, nunca utilizo condón al tener relaciones sexuales casuales, rara vez utilizo condón al tener relaciones sexuales casuales, y a veces utilizo condón al tener relaciones sexuales casuales) la mayoría serían chilenas. Esta tendencia diferenciada es estadísticamente significativa ($p = 0,004$), por lo que se podría afirmar que las españolas son mucho más responsables que las chilenas, quienes incurrirían en prácticas más riesgosas cuando tienen relaciones sexuales de carácter casual. Y dado que se ha comprobado que el preservativo, a pesar de que no representa una barrera del 100% para VPH, sí reduce ampliamente la probabilidad de contagio, por lo que esta práctica podría venir a explicar las diferentes tendencias epidemiológicas frente a VPH y CaCu.

En definitiva, a pesar de que no hay grandes diferencias de conductas y conocimientos que respondan a la pregunta de investigación, se observan algunas diferencias para afrontar la sexualidad entre chilenas y españolas que podrían incidir en las tasas de prevalencia e incidencia de VPH y CaCu: mientras que las chilenas tienden a ir más al ginecólogo, y estar en mayor conocimiento respecto de la importancia del procedimiento citológico, respecto de las españolas; las españolas serían mucho más propensas a utilizar preservativos, independiente del contexto (pareja estable o sexo casual) a diferencia de las chilenas, que salvo frente a relaciones sexuales casuales, preferiría la utilización de la píldora.

B. PERCEPCIÓN DE RIESGO

El apartado de percepción de riesgo pareció una interesante línea analítica en la medida en que se puede identificar cuán importante es la temática de la responsabilidad al momento de tener relaciones sexuales, además que deja entrever el grado de información respecto de la sexualidad y podría asociarse a prácticas sexuales más seguras o riesgosas, en este ámbito se logró establecer que:

-En las entrevistas cualitativas se evidenció que el mayor temor estaría asociado con el contagio de una ITS, y en segundo lugar el embarazo tanto en las chilenas como en las españolas, dato que no se corrobora en la fase cuantitativa, donde se establece que las chilenas –como ya se mencionó– sentirían mayor temor a quedar embarazadas, en cambio las españolas pondrían en un mismo lugar el temor al embarazo que a contagiarse de una ITS, dato que fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Si se cruza este dato con la cantidad de parejas sexuales que tienen las mujeres, se logra establecer que aquellas mujeres con menos parejas sexuales a lo que más temen es al embarazo con un 55,9%, mientras que el resto lo que más temen es al contagio. Del mismo modo, el temor por el embarazo se reduce en la medida en que aumenta el número de parejas, desde el 55,9% hasta el 16,7%; a diferencia del contagio que aumenta progresivamente el temor en relación a las parejas sexuales que se tiene.

A nivel descriptivo, en las chilenas el temor por el embarazo va del 68,8% en las que tienen menos parejas, al 0% en las que tienen más parejas sexuales. Por el contrario el temor por el contagio va del 28,7% en aquellas que tienen menos parejas, al 100% cuando se tiene sobre 17 parejas sexuales. En las españolas, el temor por el embarazo va del 47% al 20% en la medida que aumentan el número de parejas sexuales: el temor por el contagio tiene una doble fluctuación de 27% al 50% en la medida que aumenta la cantidad de parejas sexuales. Por ello, se podría concluir que mientras más parejas sexuales se tienen, habría mayor temor al contagio y a la vez un menor temor al embarazo. Si se compara por nacionalidades, se podría establecer que las chilenas tienden a ser mucho más temerosas en todo sentido que las españolas.

-Respecto de la percepción de riesgo al que las mujeres se sienten expuestas al momento de tener relaciones sexuales, se observa una diferencia importante por nacionalidad: mientras el 9,7% de las chilenas percibe muchos riesgos y un 5,8% asevera que no se expone a ningún riesgo, las españolas en un 1,6% sienten que se exponen a muchos riesgos y un 19,6% afirmaría que no se

expone a ningún tipo de riesgo. Se puede establecer que hay diferencias estadísticamente significativas: las españolas se sienten más seguras en la medida en que responden principalmente las opciones “me expongo a pocos riesgos al tener relaciones” y “no me expongo a riesgos”, respecto de las chilenas, que en su mayoría contestan más las otras opciones. ($p < 0,001$). Hecho que se podría atribuir al carácter tradicional de la población chilena.

-Se estableció en la fase cualitativa una relación entre edad y percepción de riesgo, que decidió ser evaluada con los datos cuantitativos. Así se logró establecer que según la muestra obtenida, al parecer no habría diferencias significativas entre edad y percepción de riesgo ($p = 0,08$); cifra que al ser cruzada con nacionalidad no cambió. Hay diferentes autores que han hablado sobre la percepción de riesgo, que coinciden en la relación directa que se establece entre la edad y practicar relaciones sexuales de carácter riesgoso (Calero & Santana; 2001), donde se establece que a menor edad, mayores riesgos.

En definitiva, se puede establecer que mientras más parejas sexuales se tiene, hay una mayor percepción del riesgo a contraer alguna ITS (mientras disminuye el temor al embarazo), las chilenas tendrían una mayor sensación de inseguridad y temores al momento de tener relaciones sexuales, en cambio las españolas se sentirían menos expuestas a riesgos.

C. CONOCIMIENTO SOBRE VPH

-Todas las entrevistadas, ya sea espontáneamente o por insistencia, conocen el VPH, aunque se evidencian diferentes grados de conocimiento. En la fase cuantitativa se logró establecer que menos del 10% de las encuestadas reconoce no haber oído nunca del VPH, con cifras equivalentes en Chile y España, lo que a su vez se corresponde con las cifras manejadas en estudios similares (Klug, et.al.; 2008). Un 46,7% de las mujeres, en su mayoría españolas –aunque con una diferencia poco significativa respecto de las chilenas- ha oído hablar de este virus, pero no tiene claridad respecto de lo que es; mientras que un 44,1%, en su mayoría chilenas –aunque con una diferencia poco significativa respecto de las españolas- dice que está en conocimiento de lo que se trata este virus. En definitiva, a pesar de no tener un amplio conocimiento respecto de su etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento, muchas mujeres están en conocimiento de este virus.

Se puede también afirmar que habría una relación directamente proporcional entre las mujeres que han tenido una ITS y el grado de conocimiento de VPH; al aplicar el test T de Student, se logra

determinar que en su conjunto la puntuación es significativamente mayor en las mujeres que han tenido infección respecto de las que no han tenido ($p < 0,001$). Cuando se aplica en función de la nacionalidad, se observa que esas diferencias significativas se mantienen, para las chilenas con un $p = 0,017$, mientras que para las españolas, $p = 0,011$. Así, también se determinó que a mayor cantidad de parejas sexuales, habría un mayor grado de conocimiento de VPH. Para establecer esta relación se aplicó un test de ANOVA de un factor, que arrojó que hay diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,31$), tendencia que se mantiene por nacionalidad.

-Tanto del análisis cualitativo como del cuantitativo se puede establecer que no hay un conocimiento determinado respecto de la prevalencia de este virus, en la medida en que no hay una tendencia determinante que pueda permitir la formulación clara de teorías al respecto. Al afirmar, en el instrumento cuantitativo, que el VPH es un virus poco común, la mitad responde correctamente, sin hallar diferencias significativas entre países, dato que también se relaciona con investigaciones similares (Klug, et.al.; 2008).

-En la fase cuantitativa se observa una correlación entre edad y conocimiento de VPH, la que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$) al realizar el test de la T de student, tendencia que se mantiene tanto para chilenas como para españolas; es decir, a mayor edad se maneja más conocimientos sobre VPH.

-En las entrevistas cualitativas se observa una asociación directa entre VPH y la vacuna, incluso, una de las mujeres al ser consultada respecto de VPH responde: *es la vacuna que están poniendo a las jóvenes de 14 años en la escuela* (Lourdes). Por ello se sometió a test estadístico ANOVA de un factor, para poner en evidencia si existía esta relación; específicamente se cruzó la puntuación ponderada que se obtuvo en las seis afirmaciones en que se debía responder verdadero o falso, con el ítem de la vacuna, estableciendo que hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$): la gente que está en conocimiento de la vacuna tiene un mayor grado de conocimiento respecto de VPH.

-Además, en la entrevista cualitativa se observó que había un consenso respecto de la asociación de VPH con CaCu, pero no así con condilomas (solo una de las entrevistadas en la fase cualitativa, española, logra establecer esta correlación). En la fase cuantitativa esta noción se corrobora, estableciendo que un 68,9% de la muestra sí establece la relación entre VPH y CaCu, mientras que solo un 41,4% de las mujeres establece la asociación entre VPH y condilomas, sin observarse

diferencias significativas entre nacionalidades. Desde el estudio llevado a cabo por Almeida et.al. (2012) este hecho se podría asociar a los medios utilizados para informarse respecto del tema; en su estudio se evidenció que la mayoría de las personas obtenían su conocimiento a través de avisos comerciales de la vacuna, lo que determinaría la alta asociación de VPH con CaCu, pero no con los condilomas u otros tipos de cánceres.

-Hay una correspondencia entre la fase cualitativa y la cuantitativa donde se determina la creencia de que el preservativo sería 100% efectivo en la prevención del contagio, lo que finalmente denota la desinformación al respecto, ya sea por omisión o por que efectivamente los canales encargados de informar entregan los conocimientos parcializados, sin establecer claramente las características del virus y su forma de contagio, hecho que también se podría atribuir a la información sesgada de las farmacéuticas y las vacunas, también establecido en otros estudios (Klug, et.al.; 2008).

-En la fase cualitativa, se observa una tendencia donde se asocia el VPH a la mujer, delegando al hombre a ser reservorio del virus, que prácticamente no se enferma, ni presenta manifestaciones clínicas, o que en el caso de presentarlas, solo sería en forma de verrugas. Al cruzarlo con la afirmación realizada, se comprueba esta tendencia cuantitativamente, estableciendo que solamente un 21,9% de la población reconoce que el hombre es portador, al igual que la mujer, y en cierto porcentaje desarrolla sintomatologías asociadas a la infección, sin que se pudiese establecer diferencias significativas entre chilenas y españolas.

-Se logró establecer que las españolas estaban en mayor cantidad al tanto de la existencia de una vacuna que vendría a prevenir la infección por el virus. Al aplicar el test estadístico, se pudo determinar diferencias significativas respecto del conocimiento de la vacuna entre chilenas y españolas ($p=0,014$), hecho atribuible a la integración de la vacuna en el calendario vacunal de las españolas, lo que no ha sucedido en Chile. Además se determinó que independientemente de la nacionalidad, existe asociación entre haber padecido una ITS y conocer la vacuna ($p=0,001$), así las mujeres que han tenido ITS, tienen mayor información que las que no la han tenido. Al cruzarlo con la nacionalidad se establece que esta tendencia se sigue observando, aunque el porcentaje es mayor en las chilenas respecto de las españolas. Al parecer, en las españolas el grado de conocimiento de la vacuna es independiente de haber sufrido una ITS (Pero dada las pocas frecuencias no se puede determinar estadísticamente).

En definitiva, se observa que el conocimiento de VPH está condicionado por diferentes factores: la cantidad de parejas sexuales, haber sufrido una ITS, realizarse PAPs regularmente, conocer la vacuna, la edad y el nivel educativo, lo que se corresponde con estudios similares revisados para la presente investigación (*Ibidem*). Además se observa que no se maneja mucha información al respecto, sino que solamente en un grado medio, lo que ayuda a la proliferación de asociaciones erradas, como que por ejemplo el hombre solo sería portador del virus, que el VPH produce siempre y solamente CaCu o que el preservativo es altamente efectivo en la prevención del contagio. Aunque también es necesario mencionar que no existen diferencias significativas asociadas a la nacionalidad de las mujeres.

Si se retoma la pregunta de investigación: ¿cuáles son las conductas y conocimientos que influyen en las diferentes tendencias epidemiológicas de VPH y CaCu de Chile y España?, a grandes rasgos se debería responder que no existen diferencias significativas en ambas poblaciones estudiadas.

Si se hace un recuento general del conocimiento asociado a VPH se podría establecer las siguientes conclusiones:

- Las españolas estarían menos conscientes de lo que es un PAP, especialmente las menores (se recomendaría al Estado instruir al respecto) respecto de las chilenas: 21,2% de españolas no sabe qué es una citología, versus 1,9% de las chilenas.
- Mientras más parejas sexuales, mayor temor al contagio respecto del embarazo. Se hipotetiza que las mujeres más activas sexualmente, estarían más informadas respecto de conductas seguras en salud sexual y reproductivas.
- Sobre el 90% de la población encuestada conoce o ha oído hablar de VPH, sin evidenciar diferencias significativas entre Chile y España.
- Las mujeres que han tenido una ITS, tienen más información sobre VPH, respecto de las que no (sin evidenciar diferencias significativas entre nacionalidades)
- Las mujeres con más parejas sexuales, manejan más información sobre VPH respecto de las que no (sin evidenciar diferencias significativas entre nacionalidades)
- A mayor edad mayor conocimiento de VPH (sin evidenciar diferencias significativas entre nacionalidades)

- Las mujeres que conocen la vacuna tienen más conocimiento sobre VPH (sin evidenciar diferencias significativas entre nacionalidades)
- En general las mujeres identifican la relación entre VPH y CaCu, y en mucho menor grado la relación entre VPH y condilomas (con un 68,9% versus un 41,4% respectivamente, sin evidenciar diferencias significativas entre nacionalidades)
- En general, las mujeres piensan que el preservativo sería 100% efectivo en la prevención del contagio.
- Un 78,1% de las encuestadas creen que el hombre solo sería portador del virus, sin manifestar sintomatología clínica (sin evidenciar diferencias significativas entre nacionalidades)
- Las españolas tienen mayor conocimiento de la vacuna que las chilenas.

Mientras que a nivel de conductas se establece que:

- PAC y preservativo son los métodos más mencionados y utilizados: mientras las chilenas – con un 60,4%- prefieren en general la PAC, las españolas se inclinarían por el preservativo –con un 71,7%.
- Las mujeres que practican sexo casual tienden a usar preservativo siempre o frecuentemente; aunque las españolas utilizarían siempre el preservativo con mayor frecuencia que las chilenas (58,3% versus un 40,1% respectivamente). En general se observa conductas más seguras en las españolas que en las chilenas.
- Las chilenas tienen mayor conocimiento sobre el PAP, pero se lo realizan en frecuencias similares que las españolas (chilenas se lo realizarían un 69,5%, españolas en un 58,7%)
- Las mujeres que más citologías se realizan, son aquellas que han tenido alguna ITS (97,3% de las que han sufrido ITS, versus 53,8% de las que no lo han estado)
- Las chilenas serían más conservadoras en la medida que aseveran practicar menos sexo casual (chilenas que declaran no practicar sexo casual asciende al 31,2% de la muestra, mientras que las españolas ascenderían a un 21,7%), lo que se corresponde con la religiosidad, que es mayor respecto de las españolas.
- Se establece una correlación entre temores y métodos utilizados: mientras las chilenas temen en su mayoría al embarazo, las españolas declaran sentir temor tanto al contagio de una ITS como al embarazo. Así, las chilenas prefieren utilizar PAC, mientras que las españolas preferirían los preservativos.

VI. CONCLUSIÓN

Según los resultados descritos y establecidos en el apartado anterior, salvo ciertas excepciones, no habría diferencias significativas entre conocimiento y conductas asociadas a salud sexual responsable entre chilenas y españolas, que expliquen las diferencias epidemiológicas asociadas a VPH y CaCu.

Teniendo en cuenta lo observado en la fase cualitativa –hipótesis imposible de comprobar en la fase cuantitativa en cuanto no se alcanzó representatividad de mujeres que no fueran universitarias- las jóvenes con menor nivel de estudio presentaban nociones y conductas más riesgosas que aquellas que eran universitarias. Es decir, en la fase cualitativa se logró establecer que la diferencia entre niveles educativos era más significativa que la diferencia asociada a las nacionalidades, tendencia que además ha sido corroborada en diferentes estudios revisados que alimentaron la revisión bibliográfica del presente proyecto. Así, se podría inferir que el principal factor social que influye en las diferentes tendencias epidemiológicas, sería precisamente el nivel socioeconómico al cual se pertenece.

Esto se asocia a diferentes variables, tanto al acceso a la información necesaria para tener una noción integral de los diferentes aspectos que atañen a la sexualidad responsable, pero también se podría asociar a la inequidad en salud. La OMS (2008) define la equidad en salud como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos o poblaciones que presentan diferentes características socioeconómicas, demográficas o geográficas, estableciendo una crítica al modo en que la atención de salud se organiza, financia y entrega prestaciones en el mundo –tanto en países ricos como pobres- en la medida en que presenta importantes desequilibrios, fomentado la inestabilidad e inseguridad del mundo.

Unos 5600 millones de personas de países de ingresos bajos y medianos tienen que pagar directamente de sus bolsillos más de la mitad de la atención de salud que reciben. Dado el aumento de los costos de la atención de salud y el desbaratamiento de los sistemas de protección financiera, el gasto personal en salud hunde cada año a más de 100 millones de personas por debajo de la línea de pobreza (OMS; 2008; p 26).

Así, en el mundo actual, la población más acomodada y por ende más saludable, tiene mayor acceso a la atención sanitaria, que es de mejor calidad, a diferencia de los sectores más empobrecidos.

Las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social de una sociedad y, por lo tanto, están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad. Las inequidades de salud derivan fundamentalmente de la asignación diferencial del poder y la riqueza de acuerdo con las posiciones sociales (Vega, Solar, Irwin; 2005; p.9)

En Latinoamérica en general, y particularmente en Chile, desde la década de los ochenta se adoptaron políticas de descentralización como estrategia de largo plazo para aumentar la tasa de crecimiento económico con la intención de mejorar las condiciones sociales en general. Esta transformación del sistema público, que inherentemente significó la reducción del poder estatal, establece las condiciones para un proceso de cambio en el sector de la salud, que afecta tanto a los proveedores de servicios sanitarios, como a los demandantes de atención médica. Esta transformación ha generado la emergencia de servicios privados para solucionar los problemas de salud, en la medida en que la accesibilidad de los pacientes a acciones de salud está condicionada por una gran diversidad de factores; entre ellos se destaca la ineficiencia del sistema público para resolver las necesidades de la población, prevaleciendo un modelo que tiende a condicionar el acceso a la salud a la capacidad adquisitiva del individuo, proceso denominado mercantilización de la salud. Así, solamente aquellos que no tienen los medios para atenderse en el sector privado, quedan remitidos al sistema público, el cual vive décadas de decadencia, las cuales quedan evidenciadas en la baja calidad de la infraestructura y falta de insumos. Además la municipalización del sistema de atención primaria, conlleva a que estos centros sean estratificados dependiendo a los ingresos de la comuna; es decir, en las comunas pobres (por ende donde hay mayores necesidades y demandas) los centros de atención primaria tienen menos recursos (lo que se refleja tanto a nivel de infraestructura, de administración y de insumos necesarios para una atención integral).

Las actuales brechas entre los que más tienen y los que menos poseen no sólo se observan en términos económicos, sino que representan enormes niveles desiguales de acceso a los bienes sociales (como la salud) y determinan desiguales condiciones de ciudadanía [...] en salud, la inequidad genera deterioro, enfermedad, sufrimiento y muertes injustas, prevenibles, evitables (Lareo en Barten et.al.; 2008; p.108)

En España hasta ahora, se ha evidenciado un sistema sanitario sólido, universal, igualitario, integral e integrador, que dista mucho de la realidad chilena. En España se evidencia una mayor calidad de vida y menores tasas de pobreza, lo que sería determinante del perfil epidemiológico del país en general, y también se asociaría a las tasas presentadas de VPH y CaCu. Por ello, se podría inferir que la principal determinante social que influiría en las diferentes tendencias epidemiológicas de los países en cuestión, es la pobreza y los aspectos inherentes que conlleva

(mala calidad nutricional, acceso restringido a servicios sanitarios, acceso restringido a la educación). Pobreza que se potencia en países donde se ha desmantelado el Estado de Bienestar, en la medida en que se restringe el acceso a servicios básicos y a las condiciones mínimas para mantener una calidad de vida que se acerque al estado de completo bienestar, que la OMS considera como salud.

La segunda gran conclusión que se ha establecido en la presente investigación, está asociada al conocimiento del virus y su asociación a la vacuna. Al plantear el problema de investigación, se evidenció la necesidad de describir las conductas y conocimientos en general para afrontar su vida sexual, en la medida que había emergido una vacuna que prometía revolucionar el mundo de la prevención de la infección por VPH; así, alrededor del mundo se han planteado estudios similares al presente, para determinar los contextos específicos donde se integraría esta vacuna al calendario vacunal.

Con la revisión general de bibliografía para la presente investigación, se evidenció una gran cantidad de estudios que han sido financiados por las farmacéuticas en cuestión; sin ir más lejos, el estudio de Castellsagué et.al. (2012) llevado a cabo en España, fue financiado por una de estas empresas.

La aprobación de la vacuna por la FDA vino acompañada por grandes campañas de *lobby* con diferentes gobiernos, para ser integrada a las políticas públicas de salud en diferentes países, en conjunto con una alta publicidad del producto. Época donde coincidentemente emerge en el tapete público este virus, que hasta el momento era desconocido para gran parte de la población.

La publicidad que acompañó la vacuna, estaba directamente asociada al nuevo enfoque de reducción de CaCu a través del control de la incidencia por VPH, y por ende, su estrategia se basó en hacer notar el aspecto oncogénico de la infección, especialmente su asociación al CaCu, dejando de lado otros aspectos característicos de la infección, como su alta prevalencia, la existencia de muchos tipos, de los cuales la gran mayoría serían inocuos y desaparecerían sin tratamiento, y su asociación a otras sintomatologías clínicas, tales como los condilomas y cánceres anogenitales y orofaríngeos.

A través del presente estudio se logró establecer relaciones significativas entre el conocimiento de VPH y el conocimiento de la vacuna. Se estableció que las mujeres que conocían la vacuna, estaban enteradas de la existencia del virus, y que estas mujeres manejaban más información

respecto de las otras que no la conocían. Así también, se logró establecer que en general las mujeres asocian el VPH al CaCu, pero no así a los condilomas, hecho atribuible a la campaña de vacunación.

Otro punto interesante es que está instalado en la población de que el VPH es una enfermedad remitida a las mujeres, lo que también se podría asociar a las campañas publicitarias de las farmacéuticas que han desarrollado este producto para la población femenina.

En definitiva, es cierto que la vacuna de ser efectiva, podría representar un gran avance a nivel de prevención de la infección –y por ende, la incidencia- por VPH, pero hay una serie de problemas que rodearían la vacuna, la principal:

In terms of clinical efficacy, neither the incidence of invasive cervical cancer nor the rate of death due to cervical cancer has been assessed as a trial end point for either vaccine. Although the prevention of such outcomes is of course the ultimate purpose of HPV vaccination, they are infrequent enough that a very large, long term trial would be necessary to establish such a benefit. Such studies are ongoing. Furthermore, treatment for precancerous lesions would not be ethical to allow the development of advanced disease without intervention in a trial participant with a known precursor. (Kahn; 2009; pp. 272-273)

Es decir, a pesar de que los estudios han mostrado evidencias positivas, también es cierto que no existen estudios a largo plazo que realmente determinen su efectividad para reducir las incidencias de VPH y de CaCu, por lo que pasarán largos años antes de saber si realmente la vacuna logra reducir la incidencia de la infección por VPH. Por ello, es importante que las campañas asociadas tanto a la vacunación, como a la promoción de la salud sexual y reproductiva, se preocupen de tratar la información de una manera más integral, que hable de los diferentes aspectos de la enfermedad y no solo se enfoque en aquellos que hacen que sea más rentable o faciliten su entrada a los mercados locales, estigmatizando un virus, que queda relegado exclusivamente al CaCu, e indirectamente instalándose como una enfermedad que padecerían solo las mujeres.

Finalmente se estableció una gran carga moral del tema sexualidad, la cual fue hallada tanto en juicios de valor en la bibliografía revisada, como en los testimonios de la fase cualitativa.

Es sabido que en todas las sociedades se han construido una serie de dispositivos de control social que vendrían a determinar tanto las costumbres, los conocimientos y las conductas en que se desarrollan las relaciones sociales de una población. Estas normas decantarían en lo que

posteriormente se comprendería por moral, las que se basarían en diferentes consensos sociales determinados por prohibiciones, constituidas en reglas sociales.

En cada cultura existen sin duda una serie coherente de líneas divisorias: la prohibición del incesto, la delimitación de la locura y posiblemente algunas exclusiones religiosas, no son más que casos concretos. La función de estos actos de demarcación es ambigua en el sentido estricto del término: desde el momento en que señalan los límites, abren el espacio a una transgresión siempre posible. Este espacio, así circunscrito y a la vez abierto, posee su propia configuración y sus leyes de tal forma que conforma para cada época lo que podría denominarse el 'sistema de la transgresión' (Foucault; 1992; p.13).

Los consensos sociales y las prohibiciones que rodean la sexualidad han sido transformadas a lo largo de la historia, por ejemplo antes del s.xvii, la sexualidad se vivía de una forma liberal en Europa, pero con la creciente influencia de la iglesia católica, que afecta incluso las normas y conductas sociales, se comienza a construir una noción del sexo restrictiva, destinada a la procreación y bajo ninguna circunstancia asociable al placer, lo que Foucault (1991) denominó el dispositivo represivo de la sexualidad. *En torno al sexo, silencio. Dicta la ley la pareja legítima y procreadora. Se impone como modelo, hace valer la norma, detenta la verdad, retiene el derecho de hablar –reservándose el principio del secreto-* (Foucault; 1991; p.9). Así en la actualidad el sexo queda remitido al lugar de lo secreto, pero además es funcional y orientado a la reproducción, por lo que también es eminentemente heterosexista. Esta noción de sexo administrado sería lo que Foucault (1991) denominó como biopolítica, que hace referencia al control del cuerpo para un fin intrínsecamente social, que beneficiaría principalmente a las personas que están ocupado roles de dominación. La moralidad sería un dispositivo que funcionaría a través de mecanismos discursivos, que vendrían principalmente a controlar las conductas, costumbres y conocimientos de la población. Y es precisamente a través de diferentes y sutiles aspectos discursivos, donde se estableció una relación intrínseca entre la moralidad y la sexualidad, la que se evidencia específicamente en los puntos explicitados a continuación.

Cuando se habla de VPH, hay un consenso absoluto respecto de que el principal factor de riesgo son la cantidad de parejas sexuales que se tiene (Ferraccio, et.al.; 2008), cuando en estricto rigor, es una cuestión de probabilidades, que al entremezclarse con la sexualidad, hace emerger un discurso moral que indica que la abstinencia, la fidelidad y la monogamia serían las mejores estrategias de control de la incidencia de esta enfermedad. Así también se evidencia al leer el reporte de la CDC (2004) que trata sobre la prevención de VPH, donde se asevera que el cáncer

anal es prevalente en la población masculina homosexual, lo que representa un juicio de valor y un desconocimiento respecto de las prácticas específicas en que las mujeres incurrirían.

También se hizo evidente la relación entre lo sexual y lo moral al tocar la temática de pedir un examen a la pareja al momento de dejar de usar preservativos y comenzar a utilizar solamente métodos hormonales. Las mujeres de la muestra cualitativa aseguran que no lo hacen ya que representa una suerte de desconfianza.

Y esta relación se hace más evidente aun, cuando se observa la campaña de prevención de VIH/SIDA realizadas por el Gobierno de Chile hacia el año 2010, donde la estrategia se focalizó en la realización del test ELISA, censurando la palabra preservativo, solo hablando de abstinencia y fidelidad, lógica contraproducente al observar los estudios realizados en Chile respecto de las tendencias en las conductas sexuales de los jóvenes en la actualidad.

Es evidente que al afrontarse a la temática de la sexualidad, es imposible abordarlo desde la neutralidad valórica, pero es necesario dejar de lado ciertas normativas morales que finalmente van en desmedro de una vida sexual y reproductiva saludable y responsable, para intentar abordar el tema de una forma integral y que se enfoque hacia el bienestar.

APLICABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Como se señaló desde el principio, la presente investigación se enmarca dentro de la Antropología Aplicada; desde los inicios de la presente, se estableció que la principal aplicabilidad del proyecto, era la posibilidad de constituirse en un insumo importante para la generación de políticas públicas que directamente previnieran el contagio de VPH, o promovieran la salud sexual y reproductiva en su totalidad, en este contexto es que se generan las siguientes recomendaciones para las entidades públicas de los países involucrados. Primero se harán las recomendaciones generales, aplicables a ambos países y posteriormente se establecerán recomendaciones específicas para Chile y España, que se corresponden a los resultados investigativos.

GENERAL:

- Según estimaciones de la OMS (2008) al mejorar las políticas preventivas y de promoción de la salud, podría reducirse la carga de morbilidad en el mundo hasta en un 70%. Cabe señalar que la gran mayoría de los CaCu de carácter invasivo, se hallan en mujeres que jamás se han realizado un PAP (Cortés; 2006), lo que se asocia tanto a la inequidad en el

acceso a la atención, como a la incomodidad asociada a la examinación pélvica inherente al procedimiento ginecológico. Para esto hay quienes recomiendan la instauración de citologías autoaplicadas, que además permiten la examinación por VPH (Herrero, et.al.; 2008). Por ello, y dadas las cifras asociadas al desconocimiento de la citología, se recomendaría a los países promocionar la citología autoaplicada.

- Dado que el principal detonante de CaCu sería la infección por VPH, se recomendaría a los gobiernos y políticas públicas de salud, acoger los lineamientos de la ACOG (2003) asociados a la combinación de la examinación por VPH con el PAP. Incluso en la actualidad hay estudios que plantean que sería beneficioso tanto para la economía de la salud pública, como para las tasas de incidencia de VPH y CaCu, instaurar el test de VPH como de primera línea, para en una segunda instancia, y solo en la medida que el test de VPH sea positivo, aplicar la citología (Cortés; 2006).
- Generar campañas que estén enfocadas hacia la petición de exámenes al momento de establecer una relación estable con alguien. Durante la presente investigación se estableció que las mujeres prefieren métodos de barrera frente a parejas casuales, los que se cambian por métodos hormonales en la medida en que se tiene pareja estable. Aunque se estableció en la fase cualitativa que las mujeres no valoran positivamente tanto la petición del examen, como que se lo pidan a ellas. Dado este antecedente sería interesante generar campañas que integren y valoren positivamente la petición de exámenes asociados a la detección de ITS al momento de establecer una relación de pareja.
- Fomentar y promocionar el uso del preservativo femenino, que protegería más que el preservativo tradicional.
- Integrar en las campañas de educación sexual información acabada sobre el VPH, para que se trascienda la noción de que es una enfermedad de mujeres y que su exclusiva manifestación clínica sería el CaCu. Así, integrar la noción de otros cánceres asociados, como los orofaríngeos y anogenitales, podría ayudar a tomar medidas preventivas cuando se incurra en prácticas sexuales no tradicionales.
- Se estableció que tanto el conocimiento, la actitud responsable aumenta en la medida en que aumentan las parejas sexuales, así como los temores descienden, se podría afirmar que las mujeres más activas, también manejan más información, la que deben haber buscado por iniciativa propia debido a su estilo de vida. Por ello, se motiva a realizar

campañas informativas en adolescentes donde se exponga claramente sobre educación sexual y conductas seguras para afrontar la vida sexual, especialmente en aquellas poblaciones que estarían más resguardadas o conservadoras, ya que al manejarse menos información, se incurre en más conductas de riesgo.

CHILE:

- El mayor problema observado es la preferencia de la PAC por sobre el preservativo en cualquier contexto, preferencia relacionada con la noción de que la PAC es más segura que el preservativo. Por ello se recomienda fomentar el uso del preservativo en diferentes campañas, ya no necesariamente de prevención, sino de promoción de salud sexual responsable. En conjunto con un desplazamiento de la estrategia de las campañas de prevención de VIH/SIDA, actualmente enfocadas hacia la realización del test de ELISA, para hablar abiertamente del uso correcto del preservativo y sus ventajas comparativas respecto de los otros métodos.

ESPAÑA:

- Uno de los aspectos donde mayor diferencia se evidenció respecto de las chilenas, fue sobre el conocimiento del examen citológico, por ello se recomienda la realización de campañas informativas sobre citologías y la importancia de realizarlos una vez cumplidos los 21 años.
- Las campañas de vacunación no solo deberían enfocarse en la asociación de VPH con CaCu, sino que deberían entregar información completa relativa al virus, a su alto porcentaje de inocuidad, a que se evidencia también en hombres, y su asociación a condilomas y otros cánceres orofaríngeos y anogenitales. Además, considerando la edad en que las adolescentes son vacunadas, en que comprenden la importancia de la vacuna y que además se están iniciando sexualmente (o prontamente lo harán) es necesario establecer campañas con información detallada y precisa.

INVESTIGACIONES EMERGENTES

En este punto se esbozaran a grandes rasgos las investigaciones emergentes a propósito de la presente:

- En primer lugar, esta investigación ha servido como primera aproximación al campo, y la experiencia obtenida ha ayudado a la investigadora a plantear un proyecto de Tesis Doctoral donde se consideran variables marginadas en esta ocasión, como la homosexualidad (que evidentemente se asocia a diferentes estrategias de afrontamiento de la sexualidad), la inclusión de hombres en la muestra (para evaluar comparativamente el grado de conocimiento sobre VPH y las conductas de salud sexual y reproductivas responsables), entre otras. Además de reparos respecto de la metodología empleada, especialmente en la fase cualitativa, donde se remplazaría la entrevista semi-estructurada, por la construcción de una etnografía de la enfermedad, es decir, estudios de casos e historias de vidas, tanto de mujeres como varones que hayan sido infectados por VPH, lo que además se acompañaría de talleres de educación sexual en poblaciones marginadas, donde se aprovechará de formar grupos de discusión en que se puedan evidenciar tanto los conocimientos como las conductas asociadas, pero que además se establezca como un método dentro de lo que se conoce como Investigación Acción Participativa. Se agregarían enfoques teóricos, y se agregaría revisiones asociados a aspectos económicos tanto de los sistemas de salud públicos, a los costes beneficios de la vacuna, etc.
- Se podría realizar una investigación que buscara los conocimientos y conductas de los varones jóvenes respecto de VPH y los cánceres asociados. Sería una investigación similar a la presente, pero aplicada solo a hombres.
- También se podría plantear una investigación que tenga por objetivo analizar la relación entre principales temores al tener relaciones sexuales y los métodos que se utilizan, la que sería de gran ayuda para las instituciones de salud pública.
- Se podría plantear un estudio que tenga por objetivo dilucidar conductas y conocimientos asociados a VPH y salud sexual y reproductiva que esté basado en una comparación entre niveles socioeconómicos. Así se podrá establecer si efectivamente hay una mayor diferencia entre clases, respecto de las diferencias entre poblaciones.
- Se podría plantear un estudio dedicado a describir las conductas sexuales de las mujeres homosexuales, en la medida que pareciesen pensar estar más protegidas respecto de las mujeres heterosexuales. Así, se podría ayudar a poner sobre el tapete la integración y consideración de las estrategias de afrontamiento que las mujeres homosexuales tienen frente a la sexualidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, A.; Viterbo, A.; Lombardi, J.; Reyes, E.; Dellepiane, V. (2007) *El desarrollo de centros quirúrgicos descentralizados y su impacto en la accesibilidad a la cirugía herniaria*. Rev. Chilena de Cirugía. 59(2) 161-163, Abril 2007.
- Almeida, C.; Tiro, J.; Rodriguez, M.; Diamant, A.: (2012) Evaluating associations between sources of information, knowledge of human papillomavirus, and human papillomavirus vaccine uptake for adult women in California; *Vaccine Journal*. 30 (19) 3003-3008; abril 19, 2012; DOI: 10.1016/j.vaccine.2012.01.079
- Almonte, M; Murillo, R.; Sánchez, G.; Jerónimo, J.; Salmerón, J.; Ferreccio, C.; Lazcano-Ponce, E.; Herrero, R.; (2010) *Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina*; Rev. Salud Pública de México; 52(6): 544-559. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Noviembre%20Diciembre/9-prevencion.pdf
- Álvarez, G. (2008) *Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural*; Revista Región y Sociedad, 30(2) 51-75
- American College of Obstetricians and Gynecologists –ACOG- (2003) *Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists*. Practice Bulletin No. 45, August 2003 (Cervical cytology screening). *Obstet Gynecol* 2003; 102 (45): 417-427
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Akal, Barcelona
- Barten, F; Flores W. y Hardoy, A (comp) (2008) *La inequidad en la salud. Hacia un abordaje integral*. IIED América Latina Publicaciones. Buenos Aires.
- Bergeron, C. (2003) *The 2001 Bethesda System*; *Salud Pública Mez.* 2003; 45 (3):S340-S344; Disponible en: <http://www.insp.Mx/salud/index.html>
- Briceño León, R. (2003) *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico*; *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 33-45; Brasil.
- Briones, G. (2002) *Metodologías de investigación cuantitativa en las ciencias sociales*; Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior –ICFES-; Bogotá, Colombia.
- Brown; P. (1998) *Understanding and Applying Medical Anthropology*; Library of Congress Cataloging-in-Publication Data; California; EEUU.
- Calero, J; Santana, F. (2001) *Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto*. *Rev. Cubana de Salud Pública*, 27(1):20-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662001000100007&script=sci_arttext
- Canales, M [Ed.] (2006). *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios*; LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- Castellsagué, X.; Sanjosé, S.; Aguado, T.; Louie, K.; Bruni, L.; Muñoz, J.; Díaz, M.; Irwin, K; Gacic, M.; Beauvais, O.; Albero, G.; Ferrer, E.; Byrne, s.; Bosch, F. (2007) *HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report: Volume 25, Supplement 3, 1 November 2007, ISSN 0264-410X*

- Castellsagué, X.; Iftner, T.; Roura, E.; Vidart, JA.; Kjaer, S.; Bosh, X.; Muñoz, N.; Palacios, S.; San Martín, M.; Serradell, L.; Torcel-Pagnon, L.; Cortés. (2012) *Prevalence and Genotype Distribution of Human Papillomavirus Infection of the Cervix in Spain: The CLEOPATRE Study*; Journal of Medical Virology 84:947-956 (2012), DOI: 10.1002/jmv.23282
- Castillo Sánchez, Gile Extremera, Naranjo Rodríguez, Espinoza de los Monteros, Cruz de Benayas (2001) *Sexualidad y SIDA: grado de conocimiento y actitud de los escolares*; Rev. Medicina de Familia (AND) 2 (3): 223-230
- Centers for Disease Control [CDC] (2004) *Report to Congress: Prevention of Genital Human Papillomavirus Infection*; Centers for Disease Control and Prevention Department of Health and Human Services.
- Chaturvedi, A.; Engels, E.; Pfeiffer, R.; Hernández, B.; Xiao, W.; Kim, E.; Jiang, B.; Goodman, M.; Sibug-Saber, M.; Cozen, W.; Liu, L.; Lynch, F.; Wentzensen, N.; Jordan, R.; Altekruze, S.; Anderson, W.; Rosenberg, P.; Gillison, M.; (2011) *Human Papillomavirus and Rising Oropharyngeal Cancer Incidence in the United States*. The Journal of Clinical Oncology; published online October 3, 2011 DOI: 10.1200/JCO.2011.36.4596. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2011/10/03/JCO.2011.36.4596>.
- Cortés, J.; (2006) *Cribado del Cáncer de Cuello Uterino Definiciones y Estrategias*: XVIII Congreso de la AECC⁶⁵- GRANADA, 22-24 de noviembre 2006. Resúmenes. Sesión I: Epidemiología y cribado del cáncer de cuello uterino.
- Concha, M.; (2007) *Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano*: Revista Chilena de Infectología 2007; 24(3): 209-214
- Dahlström, L; Sundström, K.; Young, C.; Lundholm, C.; Sparén, P.; Tran, TN.: (2012) *Awareness and Knowledge of Human Papillomavirus in the Swedish Adult Population*, Journal of Adolescent Health 50 (2012) 204-206. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X11001753>
- Diestro, M.; Serrano, M.; Gómez-Pastrana, F. (2007) *Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano*; Oncología, 2007; 30 (2):42-59.
- El-Deiry, W.; Tokino, T.; Velculescu, V.; Levy, D.; Parsons, R.; Trent, J.; David, L.; Mercer, E.; Kinzler, K.; Vogelstein, B.: (1993) *WAF1, a potential mediator of p53 tumor suppression*; Journal Cell; 75(4): 817-825, DOI 10.1016/0092-8674(93)90500-P. ISSN: 0092-8674
- Estrategia Nacional de Salud (2011) *Metas 2011-2020: para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la Década 2011-2020*. Publicaciones Ministerio de Salud Chile.
- Franceschi, S.; Plummer, M.; Clifford, G.; Sanjosé, S.; Bosh, X.; Herrero, R.; Muñoz, N.; Vaccarella, S.; (2009) *Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level*; Br J Cancer ;101(5): 865-870, DOI: 10.1038/sj.bcj.6605224 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736843/?tool=pmcentrez>

⁶⁵ Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.

- Ferreccio, C.; Prado, R.; Luzoro, A.; Ampuera, S.; Snijders, P.; Meijers C.; Vaccarella, S.; Jara, A.; Puschel, K.; Robles, S.; Herreros, R.; Franceschi, S.; Ojeda, J. (2005) *Prevalencia Poblacional y distribución por edad del VPH entre mujeres en Santiago, Chile*: Boletín de la Escuela de Medicina, 30(1): 34-39
- Ferreccio C.; Corvalán A.; Margozzini P.; Viviani P.; González C.; Aguilera X.; Gravitt P.: (2008) *Baseline assessment of prevalence and geographical distribution of HPV types in Chile using self-collected vaginal samples*: BMC Public Health 2008, 8(1):78-99. DOI: 10.1186/1471-2458-8-78 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-78.pdf>
- Fleurence, R.; Dixon, J.; Milanova, T.; Beusterien, K. (2007) *Review of the economic and quality-of-life burden of cervical human papillomavirus disease*; American Journal of Obstetrics & Gynecology, 196(3): 206-212. DOI: 10.1016/j.ajog.2007.01.028. Disponible en: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2807%2900136-6/abstract>
- Foucault, M (1991). *La Historia de la Sexualidad; La voluntad de Saber*. Editorial Siglo Veintiuno, España.
- Foucault, M. (1992). *La Vida de los Hombres Infames*. Ediciones Caronte Ensayos; Argentina.
- Gerend, M.; Magloire, Z.: (2008) *Awareness, Knowledge, and Beliefs about Human Papillomavirus in a Racially Diverse Sample of Young Adults*; Journal of Adolescent Health 42 (2008): 237-242. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.022
- Guereña JL. (2004) *Elementos para una historia del preservativo en la España contemporánea*; Rev. Hispania, LXIV/3(218):869-896
- Haro, JA. (2010) *Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas*; Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinaredad, UABC, Mexicali, 16 de Marzo, 2010
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (1997) *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill; México.
- Herrero, R.; Ferreccio, C.; Salmerón, J.; Almonte, M.; Sánchez, G.; Lazcano-Ponce, E.; Jerónimo, J. (2008) *New Approaches to Cervical Cancer Screening in Latin America and the Caribbean*; Vaccine 265 (2008): 49-58
- Herrero, R.; Castle, P.; Schiffman, M.; Bratti, M.; Hildesheim, A.; Morales, J.; Alfaro, M.; Sherman, M.; Wacholder, S.; Chen, S; Rodríguez, A; Burk, R.: (2005) *Epidemiologic Profile of Type-Specific Human Papillomavirus infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste, Costa Rica*; The Journal of Infectious Diseases ; 191(2005):1796-1807
- Hersch, P.; Haro, JA. (2007) *¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica?, Algunos ejes para un debate interdisciplinar*; conferencia de clausura presentada en el III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria: un debate pendiente. Tarragona, 6 de junio, 2007.

- Jiménez, J.; Rojas, P. (s/f) *Organización de la Atención Sanitaria Chilena*; Publicaciones digitales Pontificia Universidad Católica de Chile: Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/organizacionsanitaria.html>
- Johnson, T.; Sargent, C. (1990) *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*; Greenwood Press, USA.
- Kahn, J. (2009) *HPV Vaccination for the Prevention of Cervical Intraepithelial Neoplasia*; *The New England Journal of Medicine* 361(3): 271-278.
- Krieger, N. (2001) *A glossary for social epidemiology*; *Journal Epidemiology & Community Health* 55(2001):693-700
- Klug, S.; Hukelmann, M; Blettner, M; (2008) *Knowledge about infection with human papillomavirus: A systematic review*; *Preventive Medicine* 46 (2008): 87-98. DOI: 10.1016/j.ypmed.2007.09.003
- Krippendorff, K. (1980) *Content Analysis, an introduction to its Methodology*. SAGE publications; U.S.A.
- Marco Hernández, M.; Benítez, R.; Medranda, I.; Pizarro, C.; Méndez, M.J.; (2008) *Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad del inicio puberal, edad de la menarquía y talla*; *Rev. Anales de Pediatría*; 69 (2): 147-153; DOI: 10.1157/13124894
- Martín-Crespo, M.; Salamanca, A. (2007) *El muestreo en la investigación cualitativa*; *Nure Investigación*, n°27, Marzo Abril 07.
- Martinez, P.; Morláns, M.; Mozo, E. (2010) *Vacuna del virus del papiloma humano: perspectivas, población diana, ensayos y resultados*: *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas*. 2 (4): 12-19, ISSN: 1989-5305
- Mayrand, M.; Duarte-Franco, E.; Rodrigues, I.; Walter, S.; Hanley, J.; Ferenczy, A.; Ratnam, S.; Coutlée, F.; Franco, E. (2007) *Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer*; *The New England Journal of Medicine*; 357(16): 1579-1588.
- Meijer, C.; Berkhof, J.; Castle, P.; Hesselink, A.; Franco, E.; Ronco, G.; Arbyn, M.; Bosch, FX.; Cuzick, J.; Dillner, J.; Heideman, D.; Snijders, P. (2009) *Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women of 30 years and older*; *Int J Cancer*. 2009 February, 1; 124(3): 526-520 DOI: 10.1002/ijc.24010
- Menéndez, E. (1985) *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*; *Rev. Nueva Antropología*, VII(28): 11-27, México, 1985. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/28/cnt/cnt4.pdf>
- Menéndez, E. (2008) *Epidemiología Sociocultural: propuestas y posibilidades*; *Revista Región y Sociedad*; XX(2): 5-50.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria (2010) *Sistema Nacional de Salud de España 2010*; [Monografía en Internet] Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

- MINSAL (2008) *Dossier Nacional Donación de Órganos: Marco y documentación (Características Salud Pública Chilena)*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- MINSAL (2010) *Guía Clínica: Cáncer Cérvico Uterino*; Serie guías clínicas MINSAL 2010; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Montes, L.; Mullins, MJ.; Urrutia, M. (2006) Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino; *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 71(2): 129-134
- Navas-Martin, M.; Albornos, L.; Escandell, C.; (2012) *Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la infoxicación*; disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112000484#FCANote>
- Nøhr, B.; Munk, C.; Tryggvadottir, L.; Sparén, P.; Tran, T.; Nygard, M.; Skare, G.; Dasbach, E.; Liaw, K.; Kjaer, S.; (2008) *Awareness of human papillomavirus in a cohort of nearly 70.000 women from Nordic countries*; *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 2008(87): 1048-1054; DOI: 10.1080/00016340802326373
- OPS (2011) *Salud en Chile 2010: panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*; Biblioteca de la Oficina de OPS en Chile; Santiago. Disponible en: <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
- OMS (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca*; Biblioteca digital de la Organización Mundial de Salud. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Palacios, V. (2001) *Problemática actual del VPH y su prevención*; *Revista Cad. Aten. Primaria*, 4(4):243- 247
- Perdiguero, E.; Comelles, J. [Eds.](2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*; Ediciones Bellaterra; Barcelona.
- Pita, S.; Pértegas, S. (2002) *Investigación cuantitativa y cualitativa en salud*. *Revista Cad. Aten. Primaria* 9(2002):76-78.
- Raphaelidis, L. (2006) *Making sense of HPV*; *The Journal for Nurse Practitioners –JNP*; 2 (5); 329-332. DOI: 10.1016/j.nurpra.2006.04.012. Disponible en: <http://www.npjournals.org/article/S1555-4155%2806%2900368-0/abstract>
- Romaní, O. (2002): *La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la antropología*, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*; 9 (7): 498-504, SEMFYC- Doyma, Barcelona.
- Schiffman, M.; Castle, P. (2005) *The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention*: *N. ENGL. J. MED.* 353(20): 2101-2104
- Schiffman, M.; Castle, P.; Jeronimo J.; Rodriguez, A.; Wacholder, S. (2007) *Human papillomavirus and cervical cancer*: *Lancet*; 370(2007): 890-907
- Serman, F. (2002) *Cáncer cérvicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento*; *Rev. Chilena Obstetricia y ginecología* 2002; 67 (4): 318-323

- SEGO (2005): *Cáncer de Cérvix: Diagnóstico y Tratamiento*; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Madrid.
- SEGO (2005) *Protocolo de Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital Femenino*; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Madrid
- Stanley, M. (2008) *Human Paillomavirus Vaccines versus Cervical Cancer Screening*; Clinical Oncology 20:388-394; DOI: 10.1016/j.clon.2008.04.006
- Starfield, B.; Hyde, J.; Gérvas, J.; Heath, I.: (2008) *The concept of prevention: a good idea gone astray?*: Journal Epidemiology and Community Health: 2008; 62:580-583. DOI: 10.1136/jech.2007.071027
- Taylor, S.J; Bogdan, R.: (1987) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*; Editorial Paidós, Barcelona.
- Tristram, A. (2006) *HPV information needs*; Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 20(2): 267-277
- Todd, J.; Bell, J.; McDevitt, H. (1987) *HLA-DQ gene contributes to susceptibility and resistance to insulin-dependent diabetes mellitus*; Nature Journal, 329(6140): 599-604. DOI: 10.1038/329599a0
- Trostle, J. (2005) *Epidemiology and Culture*; Cambridge University Press, USA
- Vaccarella, S.; Herrero, R.; Dai, M.; Snijders, P.; Meijer, C.; Thomas, J.; Hoang, P.; Ferreccio, C.; Matos, E.; Posso, H.; Sanjosé, S.; Shin, H.; Sukvirach, S.; Lazcano-Ponde, E.; Ronco, G.; Rajkumar, R.; Qiao, Y; Muñoz, N.; Franceschi; IARC; (2006) *Reproductive Factors, Oral Contraceptive Use, and Human Papillomavirus Infection: pooled Analysis of the IARC HPV Prevalence Survey*; Cancer Epidemiology Biomarkers Prev 2006; 15(11):2148-2153
- Valdivieso, V. (2000) *La reforma de salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina*. Revista Médica de Chile 128(10) 47-52. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001000013&script=sci_arttext
- Valle, M.; (1999) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Editorial Síntesis: España.
- Vega, J.; Solar, O.; Irwin, A.; (2005) *Equidad y determinantes sociales de la salud*, en: Jadue, L.; Marín, F.(Ed.); *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*; ICES, Santiago de Chile
- Vela Peón, F. (2001) *Observar, Escuchar y Comprender sobre la Tradición Cualitativa en la Investigación Social*; Editorial FLACSO: México.
- Vergara, M; (2011) *Inversiones en el sector de la salud*; Revista Chilena de Salud Pública; 15 (1): 44-45
- Verhoeven, V.; Baay, M.; Baay, P.; Lardon, F.; Van Royen, P. (2009) *Patient Perception, Preferences and Participation: Everything you always wanted to know about HPV (but could not ask your doctor)*; Patient Education and Counseling 81 (1): 101-105.

ANEXOS

ANEXO 1: Tabla descriptiva cualitativa

	LAUREN	ANA MARÍA	MANUELA	JANET	SILVANA	MAITE	EDITH	LOURDES
EDAD	19	21	28	29	21	22	24	29
ESTADO CIVIL	Soltera con compromiso	Soltera sin compromiso	Soltera con compromiso	Soltera con compromiso	Soltera con compromiso	Soltera con compromiso	Soltera sin compromiso	Soltera con compromiso
HIJOS	No	No	No	No	No	No	No	No
RELIGIÓN	No	No	No	“creo en los ovnis...jajaja”	No	Católica No practicante	No	Católica no practicante
ACTIVIDAD/ OFICIO	Estudiante de derecho	Busca trabajo mesera	Prácticas de derecho	Coordinadora de empaques supermercado	Estudiante de criminología	Terminando secundaria	Estudiante de postgrado	administrativa
EDAD INICIACIÓN SEXUAL	14	18	16	21	16	15	14	16
N° PAREJAS SEXUALES	5 aprox.	5 aprox	5 o 6	5	6 o 7	2	Sobre 40	3
NIVEL EDUCACIONAL	Estudiante de grado (colegio y universidad privada)	Enseñanza básica y media completa (colegio subvencionado)	Estudiante de grado (colegio y universidad privada)	Enseñanza básica y media completa (escuela pública)	Estudiante de grado	Secundaria incompleta	Postgrado	Instituto profesional
SISTEMA PREVISIONAL	Privado	Público	Privado	Público	Padres Funcionarios	Público	público	Público
EDAD MENARQUIA	11	11	13	16	12	11	13	12
EDUCACIÓN SEXUAL: Escuela	En biología se habló de reproducción, ITS, prevención.	Colegio católico, educación sexual es tabú	En biología se habló de reproducción, ITS, prevención	Se habla de ITS, pero no formalmente, en biología.	Sí, métodos de prevención, ETS, uso correcto del preservativo	Charlas sobre métodos anticonceptivos, preservativos	No, colegio de curas donde no se habla del tema.	Poco, métodos preventivos, ets, etc. “debería haber más”
EDUCACIÓN SEXUAL: familia	La madre es una persona abierta que siempre ha	Familia promedio, no se habla	Madre: Prevención de embarazo, uso	No se habla en la familia (tradicional, se	Sí, familia abierta, abuelo activista de	se habla solo de preservativos, de la necesidad de	Sí, lo básico, cuándo es normal tener o	No, se habla poco, principalmente con las hermanas

	hablado de sexualidad	abiertamente de sexo	de PAC y profilaxis.	cría con la abuela)	planificación familiar en los 60. Se habla de ETS, prevención, MAC, etc.	usarlo, y usar PAC correctamente	no relaciones, métodos AC, preservativos, etc.	
EDUCACIÓN SEXUAL: otros	colegio, madre, amigos internet.	amigos, mass media, internet, experiencia.	familia, tv, internet, amigos y experiencia	Se habla con amigos e internet	Amigos. No menciona otras fuentes	Amigos son fuente de prácticas no ed.sex.	Amigos, televisión, internet	Amigos, la vida
MÉTODOS MENCIONADOS ESPONTÁNEA%	Abstinencia, pastillas, condón, la T, el condón vaginal, la abstinencia	Condón, T de Cobre, parches, PAC, Pastilla del día después.	Abstinencia, PAC, condones, preservativo femenino, la inyección, la T	Condomes, PAC, no conoce el preservativo femenino.	Anillo vaginal, PAC, preservativos, diafragma, espermicidas	Preservativo PAC, DIU	DIU, PAC, preservativo, el anillo, la esponja, espermicidas, preservativo femenino, método natural	Preservativos, PAC, DIU
MÉTODOS UTILIZADOS	Condón con sexo casual y al principio de la relación, posteriormente solo con PAC	PAC debido a ovarios poliúísticos.	Condón. Usó por muchos años la PAC, pero la dejó por provocarle: "falta de apetito sexual"	Dice que por su condición homosexual no utiliza (no sabe de la existencia del condón femenino)	Solamente condón, nunca ha tomado PAC, se interesa por anillo vaginal	Ninguno	Toma la píldora hace 8 años y con parejas casuales usa preservativo también.	Solamente condón, nunca ha tomado PAC.
REGULARIDAD GINECÓLOGO	Fue hace un par de años	Visita al ginecólogo cada 6 meses, tiene ovarios poliúísticos.	Va una vez por año y cuando presenta problemas	Solo fue una vez hace 7 años	Ha ido, solo una vez a los 19	Nunca ha ido	Cada uno o dos años	Ha ido una vez
SABE LO QUE ES EL PAP	Sí. "sé que con el papanicolau, es como una muestra del interior de la vagina y sale ahí si se tiene lesiones o no"	Si "para ver como están las paredes vaginales.. para ver como están las paredes vaginales para descartar posibilidades de cáncer"	Sí, "es para ver si se tiene CaCu (...) te sacan un raspado del cuello uterino y le mandan a hacer un cultivo"	Si, es para prevenir el CaCu. (denota confusión entre examinación y prevención) Luego explica en qué consiste casi correctamente.	Sí, a grandes rasgos que te sacan una muestra del cuello del útero, se manda a laboratorio para ver si hay alguna infección.	Sí, es un examen que te raspa el útero, te saca una muestra y la lleva a laboratorio	Sí, sacan flujo del cuello uterino y lo envían a laboratorio para buscar bacterias	Dice que sí, pero luego no es capaz de decir que es. Cuando le pregunto qué busca, dice que bacterias o cosas así.
REGULARIDAD	Se lo ha hecho	Nunca lo ha	Se hace el pap	Se lo hizo una	Se lo hizo una	nunca	Cada vez que va	No se lo hace,

CON QUE LO HACE	una vez, pero comprende que no tiene que volver a hacerlo hasta 3 años después	hecho, el ginecólogo no se lo ha recomendado	todos los años	vez hace 7 años cuando visitó al ginecólogo.	vez hace un año.		al ginecólogo	sabe que se lo ha hecho alguna vez, no recuerda cuándo ni nada
REGULARIDAD CON QUE CREE QUE HAY QUE HACERLO	Cada 3 años y después de los 25 una vez al año	No lo pregunté.	Su ginecólogo recomienda hacerlo cada 6 meses (por los 30 años)	Cada 3 o 4 años	Una vez al año, si no sale nada malo	Cada 6 meses	Una vez al año	No sabe
ITS QUE MENCIONA	VPH y VIH; sífilis, gonorrea, ladillas	VIH/SIDA; gonorrea, Herpes.	VIH; hongos, sífilis, gonorrea, ladillas, "CaCu" (identifica una enfermedad que podría provocar CaCu), hongos	VIH, gonorrea sífilis, condilomas, papilomas, infecciones urinarias, hongos, herpes	SIDA, papiloma, Sífilis, gonorrea, cándida	SIDA	SIDA, sífilis, gonorrea, papiloma, cándida, hepatitis	SIDA y hepatitis
MAYOR TEMOR FRENTE A UNA RELACIÓN SEXUAL	Quedar embarazada.	Contagiarse de VIH/SIDA. Cree que los amigos se preocupan más de prevenir embarazos no deseados, que ITS	Quedar embarazada es secundario "por la edad", principal preocupación es una ITS. Luego se contradice y dice que primero tener un hijo, después VIH y finalmente el resto de las ETS.	Tener condilomas; luego se contradice y dice que es tener VIH.	Que se rompa el condón, tanto por embarazo como por ets (menciona primero embarazo)	Ninguna, tiene reticencias de su cuerpo	Contagiarse de una ITS	Primero una ITS, luego quedarse embarazada.
SABE LO QUE ES HPV	Dice que sí (pero tiene conocimiento medio)	"Le suena un montón VPH" (es decir, no lo conoce, pero ha oído hablar de él)	Sabe que existe una ETS que potencialmente puede provocar cáncer. No sabe cómo se llama.	No, pero menciona papiloma y condiloma como cosas diferentes.	"Sí, una ETS que podría provocar CaCu"	Dice que sí, pero no es capaz de decir nada al respecto.	Sí, tuvo VPH a los 17, siguió las recomendaciones médicas, y se mejoró. Lesiones leves.	No, cuando le pregunto por VPH, responde que es la vacuna que le ponen a las niñas.
QUÉ SABE	Que el virus	Hace referencia	Sabe que el VPH	Sabe que los	al parecer se	nada	Que es un virus	Que hay una

	causa lesiones que eventualmente podrían convertirse en Cáncer. Menciona que es permanente y que se puede prevenir con condón.	a la campaña de vacunación, para prevenir el CaCu.	es contagiado por hombres, y condiciona la función reproductora, ya que puede producir cáncer. dice que las chicas menores saben más por el acceso a la vacuna	condilomas son verrugas que aparecen en la zona genital, que se transmite por relaciones sexuales y que puede darle tanto a hombres como mujeres	transmite fácilmente, y que te salen verruguitas en los genitales, especialmente en hombres. Que se diagnostica con citologías. hay diferentes tipos de VPH		que se contagia vía sexual, que puede provocar cáncer. Que tiene carácter crónico, que a los hombres casi no les pasa nada. Sabe que hay diferentes tipos y que dos son los más mortales	vacuna para esto; le suena que se relaciona con cáncer, no sabe cómo se transmite. No sabe que es una ITS.
CONOCE LA VACUNA	Sí, identifica que es más de una dosis y maneja un poco los tiempos de vacunación.	Sí, pero no recuerda bien, piensa que la población que se tiene que vacunar son mujeres entre 20 y 40.	Sí, sabe que se pone antes de iniciación sexual. Sabe que se aplica solo a mujeres	No	Conoce la vacuna,; solo evita ciertos tipos de VPH que serían más prevalentes en EEUU que en España. Sabe que se vacuna niñas de 14, pero piensa que cualquiera se puede vacunar.	Ha oído hablar de ella, pero no sabe nada	Sí, se comentó entre amigos, pero no tiene claridad respecto de la población vacunable.	Sí: que se pone a las niñas en el cole, de aproximadamente 12 años.
CONOCE RELACIÓN HPV Y CaCu	Sí, de hecho solo sabe de VPH que provoca CaCu. No sabe sobre sintomatología ni pronóstico de CaCu.	Cuando habla de la vacuna establece una relación, pero no domina el tema	No tiene claridad, todo el tiempo confunde CaCu con VPH, habla de ambas indistintamente.	No relaciona el CaCu con ITS	Sí, establece la relación y sabe que PODRÍA causar CaCu.	no	Sí, comprende que tener HPV puede potencialmente provocar cáncer	Sí, cuando se le habla de VPH piensa en Cáncer, a pesar de que no sabe qué es el VPH. No sabe qué tipo de cáncer.
PRESENTA CONFUSIÓN PAC VS PROFILAXIS	Si, pero al preguntar la diferencia, la conoce	Si, pero al preguntar la diferencia, la conoce	Levemente, al hablar de la adolescencia de métodos profilácticos me habla de PAC y coito interruptus	Sabe la diferencia, pero en el uso cotidiano lo confunde ⁶⁶	No, no los confunde.	No se logra apreciar, al preguntarle cuál es más seguro identifica las características pero no se inclina	Casi nada, pero al final al hablarle de protección me habla de espermicidas.	No, al parecer no, pero fue una entrevista difícil donde no se entregaron muchos datos.

⁶⁶ No se había considerado la homosexualidad como variable relevante.

ANEXO 2: Tablas descriptivas cuantitativas

Muestra por nacionalidad	CHILENA	ESPAÑOLA	TOTAL	Muestra por nacionalidad	CHILENA	ESPAÑOLA	TOTAL
18-23	56	137	193	18-23	16,6%	40,5%	57,1%
24-29	98	47	145	24-29	29%	13,9%	42,9%
TOTAL	154	184	338	TOTAL	45,6%	53,4%	100%

MUESTRA	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios		TOTAL
	Chilena	Española	Chilena	Española	
18-23	53	129	3	8	193
24-29	92	39	6	8	145
TOTAL	145	168	9	16	338

% MUESTRA	Con estudios Universitarios		Sin estudios Universitarios		TOTAL
	Chilena	Española	Chilena	Española	
18-23	15,7	38,2	0,9	2,4	57,1%
24-29	27,2	11,5	1,8	2,4	42,9%
TOTAL	42,9%	49,7%	2,7%	4,7%	100%

RELIGIÓN		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	NO		
Ateo/Agnóstico	18-23	23	1	81	2	107	199
	24-29	52	3	31	6	92	
Creyente no practicante	18-23	22	1	41	4	68	118
	24-29	37	3	8	2	50	
Creyente practicante	18-23	8	1	7	2	18	21
	24-29	3	0	0	0	3	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% RELIGIÓN	CHILENAS	ESPAÑOLAS	GENERAL
Ateo/Agnóstico	51,3	64,2	58,9
Creyente no practicante	40,9	29,9	34,9
Creyente practicante	7,8	4,9	6,2
TOTAL	100%	100%	100%

EDAD INICIACIÓN	Chilena		Española	
	Univers.	No	Univers.	No
18-23	17	17	16	16
24-29	18	17	17	16

CANTIDAD PAREJAS SEXUALES		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Entre 1 y 4	18-23	43	2	96	5	146	201
	24-29	34	3	15	3	55	
Entre 5 y 8	18-23	5	1	24	0	30	73
	24-29	32	1	9	1	43	
Entre 9 y 16	18-23	5	0	6	0	11	46
	24-29	23	2	9	1	35	
17 y más	18-23	0	0	3	3	6	18
	24-29	3	0	6	3	12	
TOTAL		145	9	168	16	338	

PAREJAS SEXUALES	CHILENAS	ESPAÑOLAS	GENERAL
Entre 1 y 4	53,3	64,7	59,5
Entre 5 y 8	25,3	18,5	21,6
Entre 9 y 16	19,5	8,7	13,6
17 y más	1,9	8,1	5,3

TOTAL	100	100	100
--------------	-----	-----	-----

HA TENIDO ITS		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Si	18-23	4	0	3	0	7	37
	24-29	16	0	12	2	30	
No	18-23	49	3	126	8	186	301
	24-29	76	6	27	6	115	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% ITS	CHILENAS	ESPAÑOLAS	GENERAL
Si	13	9,2	10,9
No	87	90,8	89,1
TOTAL	100%	100%	100%

VPH	Chilena		Española		TOTAL
	Univers.	No	Univers.	No	
18-23	0	0	2	0	2
24-29	8	0	6	1	15
TOTAL	8	0	8	1	17

PAPANICOLAU/ CITOLOGÍA		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
No sabe lo que es un PAP	18-23	2	1	33	4	40	42
	24-29	0	0	1	1	2	
Nunca se ha realizado un PAP	18-23	29	1	46	3	79	98
	24-29	13	1	3	2	19	
Solo una vez	18-23	12	0	30	1	43	70
	24-29	19	1	5	2	27	
Una cada tres años	18-23	0	0	3	0	3	9

	24-29	5	0	1	0	6	
Una vez por año	18-23	8	0	13	0	21	97
	24-29	46	4	25	1	76	
Se realiza, sin recordar frecuencia	18-23	2	0	2	0	4	14
	24-29	6	0	3	1	10	
Otra	18-23	0	1	2	0	3	8
	24-29	3	0	1	1	5	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% CITOLOGÍA	Chilena	Española	General
No sabe lo que es un PAP	1,9	21,2	12,4
Nunca se ha realizado un PAP	28,6	29,3	29
Solo una vez	20,8	20,7	20,7
Una cada tres años	3,2	2,2	2,7
Una vez por año	37,7	21,2	28,7
Se realiza, sin recordar frecuencia	5,2	3,3	4,1
Otra	2,6	2,2	2,4
TOTAL	100%	100%	100%

11. MÉTODO PROTECCIÓN UTILIZADO REGULARMENTE		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Ninguno	18-23	0	0	3	0	3	4
	24-29	1	0	0	0	1	
PAC	18-23	38	1	13	1	53	113
	24-29	52	2	5	1	60	
Preservativo	18-23	10	1	99	5	115	172
	24-29	26	3	23	5	57	
Otro medio	18-23	2	0	6	0	8	24

hormonal	24-29	7	1	7	1	16	
Coito interrumpido	18-23	1	0	7	1	9	16
	24-29	3	0	3	1	7	
Métodos Naturales	18-23	1	0	1	1	3	5
	24-29	1	0	1	0	2	
Otros	18-23	1	1	0	0	2	4
	24-29	2	0	0	0	2	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 11.PROTECCIÓN REGULAR	Chilena	Española	General
Ninguno	0,7	1,6	1,2
PAC	60,4	10,9	33,4
Preservativo	26	71,7	50,9
Otro método hormonal	6,4	7,6	7,1
Coito interrumpido	2,6	6,5	4,7
Métodos naturales	1,3	1,6	1,5
Otros	2,6	0	1,2
TOTAL	100	100	100

12. MÉTODO PROTECCIÓN RELACIÓN ESTABLE		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
PAC	18-23	38	1	25	1	65	138
	24-29	60	3	9	1	73	
Preservativo	18-23	10	1	81	4	96	125
	24-29	11	1	13	4	29	
Otro medio hormonal	18-23	2	0	14	0	16	38
	24-29	11	1	9	1	22	
Coito interrumpido	18-23	1	0	9	1	11	22
	24-29	4	0	6	1	11	
Métodos	18-23	1	0	0	2	3	9

Naturales	24-29	3	1	1	1	6	
Otros	18-23	1	1	0	0	2	4
	24-29	2	0	0	0	2	
TOTAL		144	9	167	16	336	

% ESTABLE	12.PROTECCIÓN PAREJA	Chilena	Española	General
PAC		66,7	19,7	41,1
Preservativo		15	55,7	37,2
Otro método hormonal		9,2	13,1	11,3
Coito interrumpido		3,3	9,3	6,5
Métodos naturales		3,3	2,2	2,7
Otros		2,6	0	1,2
TOTAL		100	100	100

13. MÉTODO PROTECCIÓN SEXO CASUAL		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Ninguno	18-23	0	0	1	0	1	2
	24-29	1	0	0	0	1	
PAC	18-23	3	0	4	0	7	15
	24-29	6	0	2	0	8	
Preservativo	18-23	17	2	90	4	113	213
	24-29	62	4	28	6	100	
Otro medio hormonal	18-23	1	0	2	0	3	5
	24-29	2	0	0	0	2	
Coito interrumpido	18-23	2	0	4	1	7	9
	24-29	2	0	0	0	2	
Métodos Naturales	18-23	1	0	0	0	1	1
	24-29	0	0	0	0	0	
Otros	18-23	1	0	0	0	1	1

	24-29	0	0	0	0	0	
No practico	18-23	28	1	28	3	60	92
	24-29	19	2	9	2	32	
TOTAL		145	9	168	16	338	

%13.PROTECCIÓN PAREJA CASUAL	Chilena	Española	General
Ninguno	0,6	0,5	0,6
PAC	5,8	3,3	4,4
Preservativo	55,2	69,6	63
Otro método hormonal	1,9	1,1	1,5
Coito interrumpido	2,6	2,7	2,7
Métodos naturales	0,6	0	0,3
Otros	0,6	0	0,3
No practico sexo casual	32,5	22,8	27,2
TOTAL	100	100	100

% 13.PROTECCIÓN PAREJA CASUAL REAJUSTADO	Chilena	Española	General
Ninguno	1	0,7	0,8
PAC	8,7	4,2	2,4
Preservativo	81,8	90,1	86,6
Otro método hormonal	2,9	1,4	2
Coito interrumpido	3,8	3,5	3,7
Métodos naturales	1	0	0,4
Otros	1	0	0,4
TOTAL	100 (104)	100 (142)	100 (246)

14. FRECUENCIA CONDÓN		Chilena		Española		TOTAL	
SEXO CASUAL		Univers.	No	Univers.	No		
Siempre	18-23	6	1	66	0	73	127

	24-29	35	1	16	2	54	
Muy frecuentemente	18-23	10	0	24	3	37	71
	24-29	21	1	10	2	34	
A veces	18-23	3	0	8	1	12	27
	24-29	9	1	3	2	15	
Rara vez	18-23	3	1	3	1	8	15
	24-29	6	0	1	0	7	
Nunca	18-23	4	1	2	0	7	10
	24-29	3	0	0	0	3	
No practico sexo casual	18-23	27	0	26	3	56	88
	24-29	18	3	9	2	32	
TOTAL		145	9	168	16	338	

14.FRECUENCIA CONDÓN	Chilena	Española	General
Siempre	27,9	45,7	37,6
Muy frecuentemente	20,8	21,2	21
A veces	8,4	7,6	8
Rara vez	6,5	2,7	4,4
Nunca	5,2	1,1	3
No practico sexo casual	31,2	21,7	26
TOTAL	100	100	100

%14.FRECUENCIA REAJUSTADA	CONDÓN	Chilena	Española	General
Siempre		40,1	58,3	50,8
Muy frecuentemente		30,2	27,1	28,4
A veces		12,3	9,7	10,8
Rara vez		9,4	3,5	6
Nunca		7,5	1,4	4
TOTAL		100 (106)	100 (144)	100 (250)

15. MAYOR TEMOR FRENTE RELACIONES SEXUALES		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Ninguno	18-23	1	0	1	1	3	7
	24-29	2	0	1	1	4	
Que se rompa el preservativo	18-23	1	0	22	2	25	37
	24-29	4	0	5	3	12	
Embarazo	18-23	40	1	59	2	102	156
	24-29	36	1	14	3	54	
Contagio con VIH/SIDA	18-23	3	0	15	3	21	46
	24-29	21	1	3	0	25	
Contagio con una ITS	18-23	7	2	28	0	37	82
	24-29	28	4	12	1	45	
VARIOS	18-23	1	0	4	0	5	9
	24-29	1	0	3	0	4	
TOTAL		145	9	167	16	337	

% 15. TEMOR	Chilena	Española	General
Ninguno	1,9	2,2	2,1
Que se rompa el preservativo	3,2	17,5	11
Embarazo	50,7	42,6	46,3
Contagio VIH/SIDA	16,2	11,5	13,6
Contagio con alguna ITS	26,6	22,4	24,3
Varios	1,3	3,8	2,7
TOTAL	100	100	100

16. PERCEPCIÓN DE RIESGO		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Se expone a muchos riesgos	18-23	6	0	1	0	7	18
	24-29	8	1	2	0	11	

Se expone a algunos riesgos	18-23	19	1	29	0	49	95
	24-29	28	1	15	2	46	
No piensa en riesgos	18-23	4	0	12	1	17	35
	24-29	13	1	2	2	18	
Se expone a pocos riesgos	18-23	20	2	63	4	89	145
	24-29	39	2	13	2	56	
No se expone a riesgos	18-23	4	0	24	3	31	45
	24-29	4	1	7	2	14	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 16. PERCEPCIÓN DE RIESGO	Chilena	Española	General
Se expone a muchos riesgos	9,7	1,6	5,3
Se expone a algunos riesgos	31,8	25	28,1
No piensa en riesgos	11,7	9,2	10,3
Se expone a pocos riesgos	40,9	44,6	42,9
No se expone a riesgos	5,8	19,6	13,3
TOTAL	100	100	100

17. MÉTODO MÁS PROTECTOR		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
PAC	18-23	36	1	21	1	59	112
	24-29	41	2	8	2	53	
Preservativo	18-23	13	1	99	5	118	191
	24-29	43	2	23	5	73	
Otro medio hormonal	18-23	2	0	8	0	10	25
	24-29	6	1	7	1	15	
Coito interrumpido	18-23	0	0	0	1	1	1
	24-29	0	0	0	0	0	
Métodos Naturales	18-23	1	0	0	1	2	5
	24-29	1	1	1	0	3	

Otros	18-23	1	1	1	0	3	4
	24-29	1	0	0	0	1	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 17. MÉTODO MÁS PROTECTOR	Chilena	Española	General
PAC	51,9	17,4	33,1
Preservativo	38,3	71,7	56,5
Otro método hormonal	5,8	8,7	7,4
Coito interrumpido	0	0,5	0,3
Métodos Naturales	1,9	1,1	1,5
Otros	1,9	0,5	1,2
TOTAL	100	100	100

18. conoce VPH		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Nunca ha oído hablar del virus	18-23	9	1	11	4	25	31
	24-29	4	0	1	1	6	
Ha oído de VPH, pero no tiene claridad qué es	18-23	28	1	65	3	97	158
	24-29	34	4	19	4	61	
Conoce VPH	18-23	16	1	53	1	71	149
	24-29	54	2	19	3	78	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 18. CONOCE VPH	Chilena	Española	General
Nunca ha oído hablar del virus	9,1	9,2	9,2
Ha oído de VPH, pero no tiene claridad qué es	43,5	49,5	46,7
Conoce VPH	47,4	41,3	44,1
TOTAL	100	100	100

19. VPH es poco común		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Verdadero	18-23	2	0	24	0	26	51
	24-29	15	3	6	1	25	
Falso	18-23	23	1	54	1	79	168
	24-29	55	1	27	4	87	
No sabe / No responde	18-23	28	2	51	7	88	121
	24-29	22	2	6	3	33	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 19. VPH es poco común	Chilena	Española	General
Verdadero	13	16,8	15,1
Falso	51,9	46,7	49,7
No sabe, no responde	35,1	36,4	35,8
TOTAL	100	100	100

19. VPH es poco común		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Contesta incorrectamente	18-23	30	2	75	7	114	172
	24-29	37	5	12	4	58	
Contesta correctamente	18-23	23	1	54	1	79	166
	24-29	55	1	27	4	87	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 19. CONOCE VPH	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	48,1	53,3	50,9
Contesta correctamente	51,9	46,7	49,1
TOTAL	100	100	100

20. Existen muchos tipos de VPH en su mayoría inocuos		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Contesta incorrectamente	18-23	38	3	94	7	142	214
	24-29	47	3	16	6	72	
Contesta correctamente	18-23	15	0	35	1	51	124
	24-29	45	3	23	2	73	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 20. Existen muchos tipos de VPH en su mayoría inocuos	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	59,1	66,8	63,3
Contesta correctamente	40,1	22,2	36,7
TOTAL	100	100	100

21. VPH se asocia a condilomas		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Contesta incorrectamente	18-23	34	2	82	5	123	198
	24-29	50	4	17	4	75	
Contesta correctamente	18-23	19	1	47	3	70	140
	24-29	42	2	22	4	70	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 21. VPH se asocia a condilomas	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	58,4	58,7	58,5
Contesta correctamente	41,6	41,3	41,4
TOTAL	100	100	100

22. VPH se asocia a CaCu		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Contesta incorrectamente	18-23	28	2	48	4	82	105
	24-29	14	2	5	2	23	
Contesta correctamente	18-23	25	1	81	4	111	233
	24-29	78	4	34	6	122	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 22. VPH se asocia a CaCu	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	29,9	32,1	31,1
Contesta correctamente	70,1	67,9	68,9
TOTAL	100	100	100

23. Hombre es solo portador de VPH		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
Contesta incorrectamente	18-23	43	2	104	7	156	264
	24-29	72	4	25	7	108	
Contesta correctamente	18-23	10	1	25	1	37	74
	24-29	20	2	14	1	37	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 23. Hombre es solo portador de VPH	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	78,6	77,7	78,1
Contesta correctamente	21,4	22,3	21,9
TOTAL	100	100	100

24. Preservativo previene 100% el contagio		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		

Contesta incorrectamente	18-23	41	2	94	8	145	242
	24-29	64	5	21	7	97	
Contesta correctamente	18-23	12	1	35	0	48	96
	24-29	28	1	18	1	48	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 24. Preservativo previene 100% el contagio	Chilena	Española	General
Contesta incorrectamente	72,7	70,7	71,6
Contesta correctamente	27,3	29,3	28,4
TOTAL	100	100	100

PUNTAJE PONDERADO 19-24		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
0	18-23	21	2	28	4	55	72
	24-29	11	2	3	1	17	
1	18-23	2	0	22	1	25	34
	24-29	7	0	0	2	9	
2	18-23	7	0	20	2	29	62
	24-29	21	2	8	2	33	
3	18-23	9	0	33	0	42	67
	24-29	19	0	6	0	25	
4	18-23	10	0	16	0	26	53
	24-29	15	1	8	3	27	
5	18-23	3	1	8	1	13	38
	24-29	12	1	12	0	25	
6	18-23	1	0	2	0	3	12
	24-29	7	0	2	0	9	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% PUNTAJE PONDERADO 19-24	Chilena	Española	General
0	23,4	19,6	21,3
1	5,8	13,6	10,1
2	19,5	17,4	18,3
3	18,2	21,2	19,8
4	16,9	14,7	15,7
5	11	11,4	11,2
6	5,2	2,1	3,6
TOTAL	100	100	100

25. Conoce la vacuna		Chilena		Española		TOTAL	
		Univers.	No	Univers.	No		
No la conoce	18-23	26	2	33	3	64	103
	24-29	26	4	9	0	39	
La conoce pero no tiene opinión sobre ella	18-23	10	0	30	3	43	78
	24-29	17	0	13	5	35	
La conoce, tiene buena opinión	18-23	15	1	49	1	66	124
	24-29	41	1	14	2	58	
La conoce y tiene mala opinión	18-23	2	0	17	1	20	33
	24-29	8	1	3	1	13	
TOTAL		145	9	168	16	338	

% 25. CONOCE VPH	Chilena	Española	General
No la conoce	37,7	24,5	30,5
La conoce pero no tiene opinión sobre ella	17,5	27,7	23,1
La conoce, tiene buena opinión	37,7	35,9	36,7
La conoce y tiene mala opinión	7,1	11,9	9,8
TOTAL	100	100	100

