



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**"CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO Y CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES UNIVERSITARIAS DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS"**

RAQUEL ANTÓN FERNÁNDEZ

20 de Mayo 2015

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

"Conocimientos y conductas frente al Virus del Papiloma Humano y Cáncer de Cérvix en mujeres universitarias del Principado de Asturias."

Trabajo Fin de Máster

Nombre de la Autora

Raquel Antón Fernández

Nombre de la Tutora

Ana Fernández Feito

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	OBJETIVOS	7
3.	MATERIAL Y MÉTODO	8
3.1.	Tipo de estudio.....	8
3.2.	Población.....	8
3.3.	Muestra.....	8
3.4.	Criterios de inclusión y exclusión	8
3.5.	Tamaño muestral.....	9
3.6.	Lugar y tiempo del estudio.....	9
3.7.	Variables a estudio.	9
3.8.	Hoja de recogida de datos	16
3.9.	Procedimiento.....	17
3.10.	Análisis de datos.	17
4.	RESULTADOS.....	18
4.1.	Estudio descriptivo de las variables.	18
4.2.	Análisis del nivel de conocimientos relacionados con VPH.	30
4.3.	Análisis del nivel de conocimientos relacionados con el cáncer de cérvix.	36
4.4.	Influencia del conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH en las conductas sexuales de riesgo.....	42
5.	DISCUSIÓN	44
6.	CONCLUSIONES.....	49
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	50
8.	ANEXOS.....	58

1.INTRODUCCIÓN

Hoy en día, se ha demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las infecciones por transmisión sexual más frecuentes (1-6). El desarrollo de este virus puede producir Cáncer de Cérvix (CC) (7,8), de vagina, vulva, cavidad orofaríngea, pene y ano (9-13), poniendo de manifiesto que esta infección puede afectar a ambos sexos. En el caso de los hombres, así como las mujeres, pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de transmisión de la infección por VPH (14).

A nivel mundial, la prevalencia de VPH en la población femenina con citologías normales es inferior al 10% en los países desarrollados, y superior al 15%, en los países en vías de desarrollo (10, 15-17).

En España, Cortés *et al.* (5), encontraron que la prevalencia en mujeres en población general es aproximadamente del 9%, descendiendo gradualmente con la edad, hasta el 4% en las mujeres peri menopáusicas. Otros estudios realizados en mujeres con citologías normales tanto en España como en Europa (18-21), ofrecen prevalencias que varían del 3-10% dependiendo del área geográfica. Oña *et al.* (22), obtuvieron una prevalencia de infección por VPH del 28,8% en Asturias y Lugo.

La prevalencia de infección por VPH está asociada a la edad (14), siendo más elevada entre mujeres jóvenes (<25 años), descendiendo a medida que se incrementa la edad (20). Así, según Delgado *et al.* (3), la prevalencia de esta infección era del 85% en mujeres entre 18 y 25 años, descendiendo estos valores al 50% en mujeres mayores de 45 años.

Se han identificado alrededor de 150 genotipos virales para el VPH (13). Dentro de ellos, existen más de 30 tipos susceptibles de transmisión sexual a través del sexo vaginal, anal u oral (3, 15, 23).

Estos genotipos se pueden clasificar en alto o bajo riesgo según su potencial oncológico. La clasificación más usada es la de Muñoz *et al.* (24), que considera como carcinógenos de alto riesgo los siguientes genotipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Los genotipos de alto riesgo incrementan el riesgo de desarrollar una infección persistente y alteraciones citológicas, estando asociados con el CC (15). A nivel mundial, se considera que los tipos VPH 16 y 18, son responsables de aproximadamente el 70% de los tumores de cérvix (3, 6-8, 12, 25).

Los VPH de bajo riesgo (VPH 6 y VPH 11 sobre todo), pueden causar condilomas acuminados, comúnmente denominados verrugas genitales y rara vez se encuentran en lesiones neoplásicas (3, 4, 9, 25).

Factores de riesgo de la infección por VPH.

Dentro de los factores de riesgo respecto a la infección por VPH se incluye la edad. Como ya se ha comentado, entre las mujeres jóvenes (<30 años) se ha detectado una mayor presencia de VPH (3, 5, 10). Algunas de las razones que pueden explicar este hecho, puede ser el cambio en la conducta sexual en comparación con generaciones anteriores en nuestro país, ya que el inicio de las relaciones es más precoz y se ha incrementado el número de parejas sexuales (14, 26, 27).

La infección por VPH está estrechamente relacionada con el patrón de actividad sexual. Se considera que aproximadamente el 75% de las mujeres activas sexualmente serán infectadas por uno o más tipos de VPH a lo largo de su vida (13, 17). Las principales conductas de riesgo podrían ser: el inicio precoz de relaciones sexuales (25, 26, 28), y tener múltiples parejas sexuales de riesgo (15, 25, 26, 28).

La coinfección de otros agentes de transmisión sexual, es un riesgo para la infección de VPH (14, 15).

En cuanto a las medidas de anticoncepción utilizadas, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales durante 5 o más años(15, 29-31), se considera un factor de riesgo de VPH, así como, no usar preservativos de barrera durante las relaciones sexuales (15, 29).

La vacuna frente al VPH

En 2006, se aprobaron en España 2 vacunas contra el VPH, Gardasil® y Cervarix®. La primera es una vacuna tetravalente, que ofrece protección frente a 4 genotipos (VPH 6, 11, 16 y 18). Cervarix® es bivalente, y únicamente incluye los genotipos 16 y 18. La mayoría de los países recomiendan que se administre entre los 10 y 14 años, antes del inicio de las relaciones sexuales y del contacto por esta vía con el VPH (8, 32). En el Principado de Asturias, comenzó a administrarse la vacunación gratuita a partir del 15 de septiembre del 2008, a todas las niñas nacidas a partir del 1 de enero de 1995. Desde el 2009 esta vacuna está incluida el calendario vacunal para todas las niñas de 13 años. Inicialmente constaba de 3 dosis administradas durante un periodo de 6 meses. Desde el 1 de enero del 2015, se incorpora al calendario de vacunación infantil asturiano un cambio en la pauta de administración de la vacuna del VPH, para las niñas a los 13 años de edad la vacuna tendrá dos dosis, separadas entre sí por 6 meses (33).

En relación con los conocimientos sobre la vacuna frente al VPH, se ha puesto de manifiesto la falta de información especialmente sobre el grado de protección y la necesidad de realizar citologías periódicas, tanto en los padres como en las chicas. Este aspecto podría influir en generar “falsa seguridad” en relación a esta vacuna y las conductas sexuales (7, 34). Al valorar los conocimientos sobre la vacuna del VPH, en estudiantes universitarios en México, se encontró un nivel de conocimientos medio, sin existir diferencias entre ambos sexos (12). En esta línea, en un

estudio realizado en madres valencianas (España), se registró un bajo nivel de conocimientos sobre la vacuna del VPH (35).

En España, Navarro-Illana et al. (36), afirmaba que el conocimiento sobre VPH y su prevención en niñas adolescentes de la Comunidad Valenciana era bueno, aunque tenían conceptos erróneos. Por el contrario, un estudio realizado en estudiantes universitarios alicantinos reportó un nivel de conocimiento bajo en relación a la infección por VPH, vacuna y CC (37). Esta realidad estaba relacionada con la materia de estudio (biosanitarios y otros), el sexo y la edad de los participantes. La realidad en otros países como Australia, ha reportado que las jóvenes universitarias tenían conceptos equivocados, si bien su conocimiento global sobre VPH y el CC fue valorado como bueno (38). De nuevo estos hallazgos contradicen los resultados en jóvenes suecos, donde tenían pocos conocimientos sobre los medios de protección contra el VPH. Esta población estudiada estaba dispuesta a usar el preservativo ante una nueva pareja, pero si el método utilizado eran anticonceptivos hormonales o estaban vacunadas, esa intención disminuía (39).

La infección por VPH está implicada en aproximadamente el 5% de todos los cánceres a nivel mundial (40). La mayoría de las lesiones (90%), suelen ser transitorias y se resuelven espontáneamente en un periodo aproximado de 2 años (17, 25, 41). Pero en ciertos casos se produce una progresión lenta hacia el CC, siendo necesario un periodo de latencia de aproximadamente 10-25 años (5, 42), desde que se produce la displasia leve hasta que aparece el cáncer invasor de cérvix (4, 15, 28).

Actualmente, se ha establecido que la infección por VPH es el principal agente causal del CC (2, 4, 10, 23, 41, 43-45). A nivel mundial, este tumor representa la cuarta neoplasia maligna más frecuente en mujeres, con un 7,9%, por detrás del cáncer de mama, colon y pulmón (46).

En España el cáncer de cérvix es el décimo tumor más frecuente entre las mujeres. Se diagnostican aproximadamente 2511 casos nuevos de cáncer de cérvix al año, con una incidencia del 2,9%, y una mortalidad del 2,2% (46). Asturias tiene una de las incidencias más altas de España (16).

Factores de riesgo del CC.

El factor de riesgo principal para desarrollar CC, como se comentó anteriormente, es la infección por VPH (10, 43, 47, 48). Existen además una serie de cofactores de riesgo, que en aquellas mujeres VPH positivas, pueden favorecer el desarrollo del carcinoma de cérvix. Estos son: iniciación a la vida sexual a edad temprana (4, 49), una paridad elevada (≥ 5 hijos) (50), coinfecciones asociadas a estados de inmunodepresión u otros virus (13, 15, 49, 51), conductas sexuales de riesgo, como la promiscuidad sexual o no usar preservativo (52), uso prolongado de anticonceptivos orales (≥ 5 años)(30, 50, 53), y tabaquismo (5, 15, 49).

Prevención del CC.

Actualmente, la prevención de la infección por VPH se puede abordar desde la prevención primaria (5), evitando el contagio e infección, por ello es importante que los jóvenes conozcan las vías de transmisión del virus, así como los métodos de protección durante las relaciones sexuales. También hay que informar sobre la vacuna del VPH, su importancia, la población diana y la protección que ofrece. La prevención secundaria se articula a través del programa de detección precoz.

En España, existen diferentes protocolos orientados al diagnóstico temprano de este tumor. Aunque existen diferencias entre las diversas comunidades autónomas, los objetivos de estos

programas son comunes. Se utiliza como prueba diagnóstica la citología cervicovaginal, o test de Papanicolaou.

En el Principado de Asturias, el programa de detección precoz del cáncer de cérvix, va dirigido a todas las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años que tienen, o han tenido, relaciones sexuales. También se recomienda a las menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años, y a las mujeres mayores de 65 que nunca se la hayan hecho. No se recomienda la citología a mujeres que no han tenido nunca relaciones sexuales ni a aquellas a las que se les ha extirpado el útero por un proceso benigno (16).

Justificación.

En los últimos años se han producido cambios en el patrón de actividad sexual en los jóvenes, coincidiendo además con la introducción de la vacuna del VPH en el calendario actual en Asturias. Por otro lado, con la implementación del programa de prevención del cáncer de cuello de útero se pretende concienciar a las mujeres jóvenes, que son quienes tienen más riesgo de contraer una infección por VPH, sobre la importancia de realizarse citologías de manera rutinaria. Por ello, resulta interesante valorar el nivel de conocimientos de las alumnas universitarias de Oviedo sobre el VPH y el CC.

2.OBJETIVOS

➤ Objetivo principal:

- Comparar los conocimientos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cérvix (CC) en alumnas de ciencias de la salud y ciencias jurídico-económicas de la Universidad de Oviedo.

➤ Objetivos secundarios:

- Describir la relación entre el grado de conocimiento sobre la infección por VPH y las conductas de riesgo en la actividad sexual (método anticonceptivo actual, método anticonceptivo usado ante nueva pareja sexual y número de parejas sexuales en el último año), en las alumnas de la Universidad de Oviedo.

3.MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

3.2. Población

La población del estudio está formada por las mujeres universitarias de la Universidad de Oviedo.

3.3. Muestra

Se seleccionó una muestra de alumnas de las titulaciones de Grado en Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Derecho, Administración y Dirección de Empresas (ADE), Contabilidad y Finanzas, Economía, y Relaciones Laborales y Recursos Humanos (RRLL y RRHH) de la Universidad de Oviedo.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres que estén matriculadas en primer o segundo curso de las titulaciones seleccionadas, durante el curso académico 2014/2015 en la Universidad de Oviedo.
- Mujeres que acepten voluntariamente participar en el estudio.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres de tercer y cuarto curso de las titulaciones a estudio.

- Mujeres cuyos cuestionarios estén incompletos.
- Mujeres matriculadas en cursos de postgrado.
- Mujeres que estén cursando el programa Erasmus en nuestro país y no comprendan el castellano.

3.5. Tamaño muestral

El tamaño muestral se calculó mediante la fórmula de estimación de una proporción en poblaciones finitas, teniendo en cuenta que el número de mujeres universitarias matriculadas en el curso 2014/2015 en la Universidad de Oviedo era de 8172 (datos proporcionados por la Universidad de Oviedo). Considerando un nivel de confianza del 0,95, una proporción del 50% y una precisión del 5%, el tamaño muestral final es de 367 mujeres.

3.6. Lugar y tiempo del estudio

El estudio se realizó en el Campus del Cristo, perteneciente a la Universidad de Oviedo, y las facultades que participaron fueron: la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Derecho y, Economía y Empresa.

La recogida de datos se realizó de forma presencial entre febrero y abril del año 2015, por la investigadora principal del presente estudio.

3.7. Variables a estudio.

3.7.1. Variables sociodemográficas:

- **Edad:** Expresada en años completos. Para su análisis, se crearon los siguientes grupos: 18-19 años, 20-24 años y ≥ 25 años.

- **Titulación universitaria:** Las titulaciones que participaron en el estudio fueron: Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Derecho, Administración y Dirección de Empresas (ADE), Contabilidad y Finanzas, Economía y, Relaciones Laborales y Recursos Humanos (RRLL y RRHH). Posteriormente, las hemos agrupado para su análisis en Ciencias de la Salud (Enfermería, Fisioterapia y Medicina), y Ciencias Jurídico - Económicas (Derecho, ADE, Contabilidad y Finanzas, Economía, RRLL y RRHH).
- **Curso académico actual:** Primero, segundo.
- **Localidad de residencia habitual:** Se registró la localidad habitual de las mujeres, y a continuación, se clasificaron en entorno rural o urbano, según los datos del INE 2014.
- **Hijos:** No, Si.
- **Número de hijos.**
- **Profesión de los padres:** Se valoraba si la profesión de los padres estaba relacionada con el campo de la salud (medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia, etc.), con las siguientes categorías: ambos, uno de ellos, ninguno de ellos.

3.7.2. Variables relacionadas con la conducta sexual:

- **Tener pareja:** Se preguntó a las mujeres si actualmente tenían pareja. Siendo sus respuestas: No, Si, No Sabe/No Contesta (NS/NC).
- **Tiempo que lleva con la misma pareja:** Expresado en años.
- **Relaciones sexuales con penetración:** Se preguntaba a las mujeres si habían mantenido relaciones sexuales con penetración: No, Si, NS/NC.
- **Edad de la primera relación sexual con penetración:** Expresado en años.
- **Método anticonceptivo en la primera relación sexual:** Se refería a si habían utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual con penetración: No, Si, NS/NC.

- **Método utilizado en la primera relación sexual:** Preservativo masculino, píldora anticonceptiva, píldora del día después, inyectable hormonal, implante subcutáneo hormonal, anillo vaginal, parche hormonal, diafragma, espuma o gel vaginal, espermicidas, preservativo femenino, DIU (dispositivo intrauterino), naturales, coitus interruptus (marcha atrás), ligadura de trompas/ pareja con vasectomía, ninguno, no sabe/no contesta. También incluimos datos sobre las mujeres que usan doble método: preservativo masculino y algún método hormonal. Posteriormente, se agrupa esta variable en 6 grupos: **barrera** (preservativo masculino y femenino), **hormonales** (píldora anticonceptiva, píldora del día después, inyectable hormonal, implante subcutáneo hormonal, anillo vaginal, parche hormonal, DIU), **resto** (diafragma, espuma o gel vaginal, espermicidas, naturales, ligadura de trompas/vasectomía), **doble método** (preservativo masculino + hormonales), *ninguno* (coitus interruptus), **NS/NC**. En último lugar, creamos una nueva clasificación con 2 categorías: uso de métodos de barrera o doble método y resto de métodos anticonceptivos incluido el no usar nada.
- **Tiempo de relaciones sexuales:** Referido al tiempo que llevan manteniendo relaciones sexuales con penetración, expresado en años.
- **Mantener relaciones sexuales en la actualidad:** Referida a valorar si las mujeres eran activas sexualmente en el momento del estudio: No, Si, NS/NC.
- **Método anticonceptivo actual:** Se valoró el método anticonceptivo que usaban las estudiantes en el momento del estudio. Al igual que en la variable sobre el método utilizado en la primera relación sexual, todos los métodos se agruparon en 6 grupos para su posterior análisis. Estos grupos era: barrera, hormonales, resto, doble método, ninguno, NS/NC. Posteriormente se realiza una nueva agrupación en barrera y resto.
- **Frecuencia de uso de método anticonceptivo de barrera (preservativo):** Se valoró la frecuencia de utilización de algún método anticonceptivo de barrera en sus relaciones

sexuales. Las respuestas son: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca. Posteriormente se agrupó en dos categorías, siempre/casi siempre y a veces/nunca/casi nunca.

- **Frecuencia con la que utilizan doble método (preservativo + otro método):** Se analizó la frecuencia de utilización del doble método anticonceptivo en sus relaciones sexuales: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca. Realizamos la misma agrupación que en la variable anterior.
- **Tiempo de anticonceptivo hormonal:** Tiempo que llevan usando un anticonceptivo hormonal, expresado en años.
- **Número de parejas sexuales:** Hace referencia al número de parejas sexuales que han tenido en el último año.
- **Método anticonceptivo ante nueva pareja sexual:** Se recoge el dato del método anticonceptivo que usan o usarían ante una nueva pareja sexual. Posteriormente, se clasificó en: barrera, hormonales, resto, doble método, ninguno, ns/nc. En último lugar se creó una nueva clasificación: barrera/doble método y resto.

3.7.3. Variables relacionadas con actividades preventivas.

- **Realización de citología vaginal:** Se recogió si habían realizado en alguna ocasión una citología vaginal: No, Si, NS/NC.
- **Edad primera citología vaginal:** Se recogió la edad que tenían cuando realizaron la primera citología vaginal. Expresado en años.
- **Criterios de screening de cáncer de cérvix:** Se valoró si la mujer cumplía los criterios de participación del programa de detección precoz del cáncer de cérvix en Asturias (16), los cuales son: realizar una citología vaginal a todas aquellas mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de 3 años, o mayores de 25 años que han

tenido o tienen actualmente relaciones sexuales. Las categorías de las variables fueron: No, Si.

- **Lugar de la primera citología vaginal:** Se recoge el lugar donde se realizaron la primera citología vaginal: centro de salud, hospital, centro de planificación familiar, consulta privada de ginecología, otros-especificar.
- **Tiempo desde la última citología vaginal:** Cuánto tiempo hace que se realizaron la última citología vaginal. Expresado en años.
- **Administración de la vacuna de VPH:** Se valoró si habían recibido la vacuna frente al VPH: No, Si, NS/NC.

3.7.4. Variables relacionadas con el VPH:

- **Información previa del VPH:** Referido a si las mujeres habían oído hablar previamente del VPH: No, Si, NS/NC.
- **Fuente de la información:** Se valoró la principal fuente de recepción de información sobre el VPH: medios audiovisuales, profesionales sanitarios, páginas web/internet, familiares, instituto/ facultad, amigas, centro de planificación familiar.
- **Información previa de la vacuna del VPH:** Se valoró si las estudiantes habían oído hablar de la vacuna frente al VPH anteriormente. No, Si, NS/NC.
- **Interés en recibir más información sobre la vacuna:** Referida al interés mostrado en recibir más información sobre la vacuna y sus indicaciones. No, Si, NS/NC.

3.7.5. Variables relacionadas con el conocimiento:

- **Factores de riesgo de infección por VPH:** Se incluyeron los siguientes factores de riesgo: toma de anticonceptivos hormonales durante 5 años o más, realización de citologías vaginales, promiscuidad sexual, utilizar preservativo masculino, tener menos de 30 años,

utilización habitual de tampones, realización de lavados vaginales. Se les solicitó identificar aquellos factores que consideraban de riesgo para la infección por VPH.

- **Nivel de conocimiento de los factores de riesgo de VPH:** Para categorizar esta variable, se realizó el cálculo valorando aquellas respuestas correctas - respuestas erróneas, resultando las siguientes categorías: Resultado negativo o 0: **Ningún conocimiento**; Resultado=1: **Conocimiento bajo**; Resultado=2: **Conocimiento medio**; Resultado=3/4: **Conocimiento alto**.
- **Factores protectores frente a la infección por VPH:** Se incluyeron los siguientes factores: realizar citologías vaginales, utilizar preservativo masculino, mantener relaciones sexuales con la misma persona, utilización de anillo vaginal, vacuna frente al VPH, no tener síntomas, tomar antibióticos, circuncisión masculina. Se les solicitó identificar aquellos factores que consideraban protectores para la infección por VPH.
- **Nivel de conocimiento de los factores protectores de VPH:** Tras efectuar el mismo procedimiento que en la variable nivel de conocimiento de los factores de riesgo de VPH, las categorías son: Resultado negativo o 0: **Ningún conocimiento**; Resultado=1: **Conocimiento bajo**; Resultado=2: **Conocimiento medio**; Resultado=3/4: **Conocimiento alto**.
- **Identificación del VPH como factor de riesgo:** Se incluyeron las siguientes enfermedades o problemas: cáncer de mama, vagina, colon, pene, orofaringe, cérvix, infecciones vaginales, infecciones de orina, infertilidad, anorgasmia, dolor en el coito, reglas dolorosas, sangrados entre reglas. Se solicitó que identificaran aquellas enfermedades en las que influye el VPH.
- **Nivel de conocimiento del VPH como factor de riesgo:** Tras efectuar el mismo procedimiento que en la variable nivel de conocimiento de los factores de riesgo de VPH, las categorías son: Resultado negativo o 0: **Ningún conocimiento**; Resultado=1: **Conocimiento bajo**; Resultado=2: **Conocimiento medio**; Resultado=3/4: **Conocimiento alto**.
- **Indicaciones sobre administración de la vacuna sólo a niñas menores de 14 años:** Se valora si la vacuna estaba indicada exclusivamente a niñas menores de 14 años. No, Si, NS/NC.

- **Utilidad de la vacuna:** Referida a las indicaciones de la vacuna del VPH: prevenir cáncer de cérvix, prevenir cáncer de ovario, prevenir algún tipo de verrugas genitales, disminuir el número de infecciones vaginales.
- **Nivel de conocimiento de la vacuna:** Tras efectuar el mismo procedimiento que en la variable nivel de conocimiento de los factores de riesgo de VPH, las categorías son: Resultado negativo o 0: **Ningún conocimiento**; Resultado=1: **Conocimiento bajo**; Resultado=2: **Conocimiento medio**; Resultado=3/4: **Conocimiento alto**.
- **Factores de riesgo del cáncer de cérvix:** Se incluyeron los siguientes factores: promiscuidad sexual, consumo habitual de alcohol, tener verrugas genitales, infección por VPH, periodos menstruales más abundantes, consumo habitual de tabaco, uso habitual de espermicidas, enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- **Nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de cérvix:** Tras efectuar el mismo procedimiento que en la variable nivel de conocimiento de los factores de riesgo de VPH, las categorías son: Resultado negativo o 0: **Ningún conocimiento**; Resultado=1: **Conocimiento bajo**; Resultado=2: **Conocimiento medio**; Resultado=3/4: **Conocimiento alto**.
- **Factores protectores del cáncer de cérvix:** Las categorías de esta variable fueron: dar lactancia materna, vacunación frente VPH, inicio tardío de relaciones sexuales, baja paridad, relaciones sexuales con la misma persona, tomar anticonceptivos hormonales durante 5 o más años, realizar mamografía cada 2 años, consumo habitual de tabaco.
- **Nivel de conocimiento de los factores protectores del cáncer de cérvix:** Tras efectuar el mismo procedimiento que en la variable nivel de conocimiento de los factores de riesgo de VPH, las categorías son: Resultado negativo o 0: **Ningún conocimiento**; Resultado=1: **Conocimiento bajo**; Resultado=2: **Conocimiento medio**; Resultado=3/4: **Conocimiento alto**.

- **Objetivo de realización de citologías vaginales:** Se valoró el motivo por el que se lleva a cabo esta prueba: estudiar problemas de esterilidad, detectar precozmente el cáncer de cérvix, tratar las ETS, descartar embarazo.
- **Periodicidad de realización de citologías en mujeres con 2 citologías normales previas:** Se valora el conocimiento que tienen sobre el Programa de detección precoz del CC, ante una mujer con 2 citologías normales.. La realización de la siguiente citología sería: anualmente, cada 3 años, cada 5 años, no precisa nuevas pruebas, NS/NC.
- **Necesidad de realizar citologías periódicamente a mujeres con misma pareja sexual desde hace 3 o más años:** Se valora el conocimiento que tienen del programa de detección precoz del CC, ante una mujer que tiene relaciones sexuales con la misma persona durante 3 o más años. No, Si, NS/NC.
- **Necesidad de realizar citologías periódicamente a mujeres con menopausia:** Se valora el conocimiento que tienen del programa de detección precoz del CC, ante una mujer con menopausia. No, Si, NS/NC.
- **Necesidad de realizar citologías de forma periódica a mujeres vacunadas frente al VPH:** Se valora el conocimiento que tienen del programa de detección precoz del CC, ante una mujer vacunada. No; Si; Si, pero con frecuencia mayor; Si, pero con frecuencia menor; NS/NC.

3.8. Hoja de recogida de datos

Se elaboraron 2 hojas de recogida de datos "ad hoc": en la primera se recogió la información relativa a los conocimientos sobre VPH y CC (Anexo 1), y la segunda, incluía la información relacionada con las conductas sexuales (Anexo 2).

3.9. Procedimiento

Antes de empezar el estudio se obtuvo el permiso del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias (Anexo 3). Posteriormente, se solicitó permiso a los decanos de las facultades incluidas en el estudio.

Antes de contactar directamente con las estudiantes, se informó del estudio al profesorado de asignaturas correspondientes a los cursos incluidos en el estudio.

Nuestra muestra fue captada directamente en las aulas de forma presencial, tras comprobar que las mujeres cumplían los criterios de inclusión, se les explicaba en qué consistía el estudio y el carácter anónimo, voluntario y confidencial de los datos incluidos en el estudio. Por último, antes de iniciar la cumplimentación de la hoja de recogida de variables, se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 4).

El tiempo necesario para el registro de los datos fue de 15 minutos aproximadamente.

3.10. Análisis de datos.

El análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó mediante el programa informático SPSS v.22.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media, desviación estándar (σ) y el rango. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes. Para comparar los principales resultados entre las alumnas agrupadas en dos ramas de conocimiento (ciencias de la salud frente a ciencias jurídico-económicas) se utilizó la prueba de χ^2 , así como para comprobar si existían diferencias entre los conocimientos estudiados entre estas dos disciplinas. En el análisis de comparación de medias en las variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de la $p < 0,05$.

4.RESULTADOS

4.1. Estudio descriptivo de las variables.

4.1.1. Datos sociodemográficos.

La muestra reclutada para el estudio fue de 373 alumnas. La edad media fue de 20,34 años, $\sigma=4,08$, donde la edad mínima fue de 18 y la máxima 51 años. En el análisis por grupos de edad (Tabla 1), se observa que el 59,8% de las mujeres tenían entre 18-19 años. Al comparar esta variable por ramas científicas, no existían diferencias significativas entre las alumnas de ciencias de la salud y ciencias jurídico-económicas.

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupos de edad y titulaciones.

Grupos de edades	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
18 - 19 años	223 (59,8)	126 (60)	97 (59,5)	0,76
20 - 24 años	121 (32,4)	66 (31,4)	55 (33,7)	
25 - 51 años	29 (7,8)	18 (8,6)	11 (6,7)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Los resultados en relación a la titulación académica se muestran en la Tabla 2. Dentro de ciencias de la salud, el mayor porcentaje correspondía a estudiantes de enfermería (30,3%). En el caso de ciencias jurídico-económicas, los grupos más numerosos pertenecían a derecho (16,9%) y ADE (11,5%).

Tabla 2. Titulaciones.

Rama científica	Titulación académica	Nº de casos (%)
Ciencias de la Salud (n = 210)	Grado en Enfermería	113 (30,3)
	Grado en Fisioterapia	50 (13,4)
	Grado en Medicina	47 (12,6)
Ciencias Jurídico-Económicas (n = 163)	Grado en Derecho	63 (16,9)
	Grado en ADE	43 (11,5)
	Grado en Economía	18 (4,8)
	Grado en Contabilidad y Finanzas	18 (4,8)
	Grado en RRLL y RRHH	21 (5,6)
Total		373 (100)

Respecto al curso académico de las alumnas, el 68,6% de la muestra eran alumnas de primer curso, como refleja la Tabla 3. Al analizar la distribución por cursos dentro de las titulaciones incluidas en el estudio, se detectaron diferencias significativas. En ambas ramas científicas, estuvieron más representadas las alumnas de primer curso, si bien en ciencias de la salud el porcentaje de estudiantes de segundo curso fue superior respecto a ciencias jurídico-económicas.

Tabla 3. Distribución según el curso académico.

Curso académico	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Primero	256 (68,6)	130 (61,9)	126 (77,3)	0,001
Segundo	117 (31,4)	80 (38,1)	37 (22,7)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de alumnas vivían en un entorno urbano (91,2%). Al comparar el entorno en el que viven las alumnas de ambas ramas científicas, no encontramos diferencias significativas. Los resultados se observan en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de alumnas por entorno de residencia.

Entorno de residencia	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Rural	33 (8,8)	14 (6,7)	19 (11,7)	0,09
Urbano	340 (91,2)	196 (93,3)	144 (88,3)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Respecto a la paridad, el 97,1% de las mujeres no tenían hijos. En la Tabla 5, comparamos las 2 ramas científicas a estudio y vemos que la muestra presenta diferencias casi estadísticamente significativas. La prevalencia de alumnas con hijos/as era superior en ciencias jurídico-económicas.

Tabla 5. Descendencia.

Hijos	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	362 (97,1)	207 (98,6)	155 (95,1)	0,048
Si	11 (2,9)	3 (1,4)	8 (4,9)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Respecto a la profesión de los padres, los resultados muestran que hay diferencias significativas. La mayoría de las mujeres (78,3%) refirieron no tener padres que trabajen en el ámbito de la sanidad. Entre las alumnas de ciencias de la salud, era más frecuente que uno de los progenitores o los dos perteneciesen a profesiones sanitarias.

Tabla 6. Profesión de los padres relacionada con la sanidad.

Profesión padres	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Ambos	12 (3,2)	11 (5,2)	1 (0,6)	0,02
Uno de ellos	69 (18,5)	42 (20,0)	27 (16,6)	
Ninguno	292 (78,3)	157 (74,8)	135 (82,8)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

4.1.2. Variables relacionadas con la conducta sexual:

En cuanto al hecho de tener pareja en el momento del estudio, se observó una distribución bastante similar, donde el 49,9% afirmaban tener pareja. No se hallaron diferencias significativas entre ramas científicas (Tabla 7).

Tabla 7. Presencia de pareja.

Presencia de pareja	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	187 (50,1)	111 (52,9)	76 (46,6)	0,23
Si	186 (49,9)	99 (47,1)	87 (53,4)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En la Tabla 8, vemos que el 79,9% de las mujeres han tenido relaciones sexuales, sin existir casi diferencias significativas entre ambas disciplinas.

Tabla 8. Relaciones sexuales.

Relaciones sexuales	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	75 (20,1)	35 (16,7)	40 (24,5)	0,06
Si	298 (79,9)	175 (83,3)	123 (75,5)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

De las 298 mujeres que tuvieron relaciones sexuales, la media de edad de la primera relación sexual fue 16,73 años, $\sigma=1,43$ y un rango de 13 a 25 años.

Al comparar la edad media de iniciación según las disciplinas a estudio no se encontraron diferencias ($p=0,28$), en ciencias de la salud la media fue de 16,7 años ($\sigma=1,32$), mientras que en ciencias jurídico-económicas la media de edad fue 16,8 años ($\sigma=1,57$).

Dentro del grupo de mujeres que habían tenido relaciones sexuales, el 94% reconocieron haber utilizado algún método anticonceptivo la primera vez. En la Tabla 9, se observan diferencias

significativas entre ambas ramas científicas. Dentro de ciencias jurídico-económicas el porcentaje que no usaban ningún método ascendió al 10,6%, mientras que en ciencias de la salud sólo fue un 2,3%.

Tabla 9. Uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Método 1ª relación sexual	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. de la Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	17 (5,70)	4 (2,3)	13 (10,6)	0,01
Si	280 (94,0)	170 (97,1)	110 (89,4)	
NS/NC	1 (0,3)	1 (0,6)	0	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

Respecto al método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual, el 90,3% usó un método de barrera (preservativo masculino o femenino), existiendo diferencias significativas entre ambas disciplinas. Se observa que el 10,6% de las alumnas de ciencias jurídico-económicas no usaba ningún método (Tabla 10).

Tabla 10. Método usado en la primera relación sexual.

Método	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Barrera	269 (90,3)	163 (93,1)	106 (86,2)	0,04
Hormonal	5 (1,7)	2 (1,1)	3 (2,4)	
Doble método	5 (1,7)	4 (2,3)	1 (0,8)	
Ninguno	18 (6)	5 (2,9)	13 (10,6)	
NS/NC	1 (0,3)	1 (0,6)	0	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

En función del tiempo que llevan manteniendo relaciones sexuales, la media fue de 3,93 años, $\sigma=4,27$ y un mínimo de 1 mes a un máximo de 33 años.

Con la comparativa entre disciplinas, vemos que no hay diferencias significativas ($p=0,41$). Ciencias de la salud lleva manteniendo relaciones sexuales una media de 4,1 años ($\sigma=4,47$), mientras que ciencias jurídico-económicas posee una media de 3,7 años ($\sigma=3,98$).

En relación a las mujeres que han mantenido relaciones sexuales, un 81,2% afirmaban ser activas sexualmente en el momento en el que realizamos el estudio, no existiendo diferencias entre las ramas científicas a estudio (Tabla 11).

Tabla 11. Mantener relaciones sexuales actualmente.

Mantener relaciones sexuales actualmente	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	53 (17,8)	33 (18,9)	20 (16,3)	0,81
Si	242 (81,2)	140 (80,0)	102 (82,9)	
NS/NC	3 (1,0)	2 (1,1)	1 (0,8)	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

Respecto al método anticonceptivo que usan actualmente, en la Tabla 12, vemos que el 57% usaba un método de barrera, seguido por el 25,2%, que usaban métodos hormonales. No se encuentran diferencias significativas entre ambas disciplinas, aunque en ciencias de la salud usaban más métodos de barrera y en ciencias jurídico-económicas métodos hormonales.

Tabla 12. Método anticonceptivo utilizado en el momento del estudio.

Método anticonceptivo	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Barrera	138 (57,0)	87 (62,1)	51 (50,0)	0,17
Hormonal	61 (25,2)	29 (20,7)	32 (31,4)	
Resto	2 (0,8)	0	2 (2,0)	
Doble método	26 (10,7)	14 (10,0)	12 (11,8)	
Ninguno	11 (4,5)	7 (5,0)	4 (3,9)	
NS/NC	4 (1,7)	3 (2,1)	1 (1,0)	
Total	242 (100)	140 (100)	102 (100)	

Respecto a la frecuencia de uso de anticoncepción de barrera, el 66,4% de las mujeres que tenían o habían tenido relaciones sexuales usaban siempre o casi siempre un método de barrera, no existiendo diferencias significativas entre ambas ramas científicas (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia de utilización de método anticonceptivo de barrera.

Frecuencia uso preservativo	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Siempre/casi siempre	198 (66,4)	123 (70,3)	75 (61,0)	0,09
Nunca/casi nunca	100 (33,6)	52 (29,7)	48 (39,0)	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

Respecto a la frecuencia de uso de doble método anticonceptivo (preservativo + otro método), en la Tabla 14, se observa que el 91,9% nunca o casi nunca usaron doble método en sus relaciones sexuales. No hay diferencias significativas entre los dos grupos.

Tabla 14. Frecuencia de uso de doble método anticonceptivo.

Frecuencia uso doble método	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Siempre/casi siempre	24 (8,1)	16 (5,4)	8 (2,7)	0,41
Nunca/casi nunca	274 (91,9)	159 (53,4)	115 (38,6)	
Total	298 (100)	175 (58,7)	123 (41,3)	

En el momento del estudio, 94 mujeres afirmaron usar un método anticonceptivo hormonal, aunque algunas de ellas no tenían relaciones sexuales en ese momento. La media de utilización de este método fueron 2,4 años, $\sigma=2,15$ y un rango entre 2 meses y 10 años. Al comparar las 2 ramas científicas, encontramos que no hay diferencias significativas ($p=0,34$). En ciencias de la salud

(n=50), la media fue 2,6 años y $\sigma=0,34$, mientras que en ciencias jurídico-económicas (n=44) la media de tiempo fue 2,16 años y $\sigma=0,27$.

Respecto al número de compañeros sexuales en el último año, la media fue de 1,38 parejas sexuales, $\sigma=1,94$, y un rango de 0 a 8 parejas sexuales. El 23,4 % de la muestra habían tenido dos o más parejas, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos a estudio (Tabla 15).

Tabla 15. Número de parejas sexuales en el último año.

Nº parejas sexuales	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
1 pareja	222 (76,6)	125 (74,4)	97 (79,5)	0,31
≥ 2 parejas	68 (23,4)	43 (25,6)	25 (20,5)	
Total	290 (100)	168 (100)	122 (100)	

En relación al método anticonceptivo que utilizan ante una nueva pareja sexual, el 80,5% usaban un método de barrera, seguido con un 12,4% con doble método (preservativo + hormonal). No se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla. 16. Método anticonceptivo ante nueva pareja sexual.

Método nueva pareja sexual	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Barrera	240 (80,5)	146 (83,4)	94 (76,4)	0,33
Hormonal	9 (3,0)	3 (1,7)	6 (4,9)	
Resto	1 (0,3)	0	1 (0,8)	
Doble método	37 (12,4)	19 (10,9)	18 (14,6)	
Ninguno	1 (0,3)	1 (0,6)	0	
NS/NC	10 (3,4)	6 (3,4)	4 (3,3)	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

4.1.3. Datos relacionados con actividades preventivas.

Respecto a la realización de citologías vaginales, el 37,6% de la muestra manifestaron haber realizado al menos una.

Esta práctica fue superior entre las estudiantes de ciencias jurídico-económicas, de forma estadísticamente significativa (Tabla 17).

Tabla 17. Realización de citologías vaginales en alguna ocasión.

Realización de citología	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	184 (61,7)	119 (68,0)	65 (52,8)	0,01
Si	112 (37,6)	56 (32,0)	56 (45,5)	
NS/NC	2 (0,7)	0	2 (1,6)	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

Según los criterios de screening del actual protocolo de detección precoz del CC en Asturias, el 57% de las mujeres podrían haber participado ya en el Programa de detección precoz del CC. Comparando ambas disciplinas, se observa que no hay diferencias significativas (Tabla 18).

Tabla 18. Valoración si cumple criterios de realización de una citología según el Programa de detección precoz del cáncer de cérvix en Asturias.

Screening para citología	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	128 (43,0)	73 (41,7)	55 (44,7)	0,61
Si	170 (57,0)	102 (58,3)	68 (55,3)	
Total	298 (100)	175 (100)	123 (100)	

De las 170 mujeres de ambas disciplinas científicas que deberían haberse realizado una citología siguiendo el "Programa de detección precoz del CC", solamente 112 (37,6%) la realizaron. La edad media fue 18,28 años, $\sigma = 2,16$ y en edades comprendidas entre los 13 y 29 años.

Comparando ambas disciplinas ($p=0,95$), vemos que en ciencias de la salud la media es de 18,27 años y $\sigma=2,29$, y en ciencias jurídico-económicas fueron 18,29 años y $\sigma=2,04$. Por lo tanto, no hay diferencias significativas, siendo la muestra homogénea en este sentido.

Respecto al lugar donde se realizaron las citologías vaginales la primera vez, el 44,6% acudió a una consulta privada de ginecología, seguido por el 22,3% que se realizaron en un centro de salud. No hay diferencias significativas entre ambas disciplinas.

Tabla 19. Centro donde se realizó la primera citología vaginal.

Centro	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Centro salud	25 (22,3)	11 (19,6)	14 (25,0)	0,26
Hospital	23 (20,5)	8 (14,3)	15 (26,8)	
C. Planificación	14 (12,5)	8 (14,3)	6 (10,7)	
Consulta privada	50 (44,6)	29 (51,8)	21 (37,5)	
Total	112 (100)	56 (100)	56 (100)	

En cuanto al tiempo transcurrido desde la última citología vaginal, la media fue de 1,01 años, $\sigma=0,84$ y un rango de 1 mes a 4 años.

Al compararlo entre disciplinas ($p=0,81$), vemos que no hay diferencias significativas entre ambos grupos. Las alumnas de ciencias de la salud hace una media de 1,01 años que se realizaron la última citología, $\sigma=0,13$. Por su parte, en ciencias jurídico-económicas la media fue de 1,04 años y $\sigma = 0,09$.

En relación a la vacunación del VPH, el 62,5% afirmaron estar vacunadas. Esta prevalencia fue menor en ciencias jurídico-económicas de forma significativa. En esta rama científica, el 12,3% respondieron NS/NC, frente al 4,3% de ciencias de la salud.

Tabla 20. Administración de la vacuna del VPH.

Administración vacuna VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	111 (29,8)	63 (30,0)	48 (29,4)	0,02
Si	233(62,5)	138 (65,7)	95 (58,3)	
NS/NC	29 (7,8)	9 (4,3)	20 (12,3)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

4.1.4. Datos relacionados con el VPH.

Respecto si las mujeres han oído hablar sobre el VPH con anterioridad, en la Tabla 21, observamos que un 92,2% tuvieron algún tipo de información previa sobre el virus. Se detectan diferencias significativas entre ambas ramas de estudio, la información previa fue más frecuente en ciencias de la salud.

Tabla 21. Información previa sobre el VPH.

Información previa del VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	27 (7,2)	8 (3,8)	19 (11,7)	0,004
Si	344 (92,2)	202 (96,2)	142(87,1)	
NS/NC	2 (0,5)	0	2 (1,2)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Respecto el sitio donde recibieron información sobre el VPH, en la Tabla 22, se observa que el 60,8% obtuvo esa información en el instituto o facultad, seguido de los profesionales sanitarios con un 53,5%. No existen diferencias significativas entre una y otra disciplina a estudio.

Tabla 22. Medio del que obtuvieron información previa sobre VPH.

Medio de información sobre el VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Medios audiovisuales	136 (39,5)	88 (43,6)	48 (33,8)	0,07
Profesionales sanitarios	184 (53,5)	115 (56,9)	69 (48,6)	0,13
Internet	51 (14,8)	34 (16,8)	17 (12,0)	0,21
Familiares	98 (28,5)	57 (28,2)	41 (28,9)	0,89
Instituto/Facultad	209 (60,8)	130 (64,4)	79 (55,6)	0,10
Amigas	32 (9,3)	18 (8,9)	14 (9,9)	0,77
Total	344 (100)	202 (100)	142 (100)	

El 92,8% de las estudiantes, habían oído hablar de la vacuna del VPH previamente, con diferencias significativas entre grupos, siendo este hecho más frecuente en ciencias de la salud. Destaca que el 11,7% de ciencias jurídico-económicas no habían oído hablar de la vacuna (Tabla 23).

Tabla 23. Información previa de la vacuna del VPH.

Oír hablar de la vacuna VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	22 (5,9)	3 (1,4)	19 (11,7)	<0,001
Si	346 (92,8)	205 (97,6)	141 (86,5)	
NS/NC	5 (1,3)	2 (1,0)	5 (1,8)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En relación al interés de las mujeres por recibir más información sobre la vacuna y sus indicaciones, en la Tabla 24, se aprecia que el 76,9% tenían interés en recibir más información sobre el tema. En comparación entre grupos, no encontramos diferencias significativas.

Tabla 24. Interés por recibir más información del VPH.

Recibir más información	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	38 (10,2)	17 (8,1)	21 (12,9)	0,29
Si	287 (76,9)	164 (78,1)	123 (75,5)	
NS/NC	48 (12,9)	29 (13,8)	19 (11,7)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Tras la descripción de las anteriores variables, se observan diferencias significativas respecto a los siguientes ítems. El curso académico, los hijos, la profesión de los padres, la utilización de un método anticonceptivo en la primera relación sexual y qué tipo de método era, la realización de citologías vaginales, administración de la vacuna del VPH, si obtuvieron información previa del VPH y de su vacuna.

4.2. Análisis del nivel de conocimientos relacionados con VPH.

A continuación se describen los factores de riesgo de la infección por VPH identificados por las alumnas (Tabla 25). El factor de riesgo que más mujeres identificaron fue la promiscuidad sexual (69,7%), seguido por el uso de anticonceptivos hormonales (18,5%). Un 11,8% pensaba que el uso de tampones era un factor de riesgo para el VPH. Al comparar ambas disciplinas, se observan que el ítem promiscuidad es estadísticamente significativo, y el ítem uso de tampones casi significativo.

Tabla 25. Identificación de factores de riesgo para el VPH.

Identificación de FR del VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Anticonceptivos hormonales > 5 años	69 (18,5)	37 (17,6)	32 (19,6)	0,62
Realizar citologías vaginales	6 (1,6)	2 (1,0)	4 (2,5)	0,25
Promiscuidad sexual	260 (69,7)	158 (75,2)	102 (62,6)	0,008
Uso preservativo masculino	1 (0,3)	1 (0,5)	0	0,38
Tener < 30 años	27 (7,2)	12 (5,7)	15 (9,2)	0,20
Uso tampones	44 (11,8)	19 (9,0)	25 (15,3)	0,06
Lavados vaginales	17 (4,6)	11 (5,2)	6 (3,7)	0,47
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Posteriormente hemos analizado el grado de conocimiento respecto a esta variable, donde hemos obtenido un conocimiento bajo en la mitad de la muestra (55,2%), seguido del grupo con ningún conocimiento. Este patrón se mantiene en ambas ramas sin diferencias significativas. En el grupo de ciencias jurídico-económicas, un 36,2% tenía un conocimiento nulo sobre factores de riesgo de la infección por VPH (Tabla 26).

Tabla 26. Nivel de conocimientos de los factores de riesgo (FR) del VPH.

Nivel de conocimientos	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Ninguno	119 (31,9)	60 (28,6)	59 (36,2)	0,09
Bajo	206 (55,2)	125 (59,5)	81 (49,7)	
Medio	45 (12,1)	22 (10,5)	23 (14,1)	
Alto	3 (0,8)	3 (1,4)	0	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Respecto los factores protectores del VPH, las mujeres identificaron la vacunación del VPH con el mayor porcentaje (76,4%), seguido con un 60,6% por el uso del preservativo masculino. El 52,8% de las mujeres, creen que realizarse citologías vaginales es un factor protector frente al VPH. Existen diferencias significativas entre ambas disciplinas, respecto a la realización de citologías, uso del preservativo masculino y tener relaciones sexuales con la misma pareja.

Tabla 27. Identificación de factores protectores frente al VPH.

Identificación de FP del VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Realizar citologías	197 (52,8)	122 (58,1)	75 (46,0)	0,02
Uso preservativo	226 (60,6)	144 (68,6)	82 (50,3)	<0,01
Relaciones sexuales misma pareja	68 (18,2)	49 (23,3)	19 (11,7)	0,004
Uso anillo vaginal	21 (5,6)	9 (4,3)	12 (7,4)	0,20
Vacuna frente VPH	285 (76,4)	167 (79,5)	118 (72,4)	0,11
No tener síntomas	44 (11,8)	19 (9,0)	25 (15,3)	0,06
Tomar antibióticos	11 (2,9)	5 (2,4)	6 (3,7)	0,46
Circuncisión masculina	3 (0,8)	2 (1,0)	1 (0,6)	0,72
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Al medir el nivel de conocimientos de los factores protectores del VPH, en general, el 42,6% tenía un conocimiento bajo, seguido del grupo sin ningún conocimiento (34,6%). También podemos observar que existía una diferencia significativa entre ambas disciplinas, la prevalencia de poseer un conocimiento alto fue mayor en ciencias de la salud (5,2 frente a 1,8%), al revés que el grupo de sin conocimiento, que fue mucho más elevado en ciencias jurídico-económicas (42,9 frente 28,1%) (Tabla 28).

Tabla 28. Nivel de conocimientos de los factores protectores del VPH.

Nivel de conocimientos	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Ninguno	129 (34,6)	59 (28,1)	70 (42,9)	0,01
Bajo	159 (42,6)	92 (43,8)	67 (41,1)	
Medio	71 (19,0)	48 (22,9)	23 (14,1)	
Alto	14 (3,8)	11 (5,2)	3 (1,8)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En la identificación de las enfermedades o problemas de salud por el VPH, 60,9% identificaron el cáncer de cérvix, seguido por el cáncer de vagina 45,8%, y el 33,2% afirmaron que este virus provocaba infecciones vaginales. Se observan diferencias significativas entre ambas disciplinas, el ítem cáncer de vagina fue identificado el 57% por ciencias jurídico-económicas frente al 36,7% en ciencias de la salud. Respecto al CC, el 74,8 de las alumnas de ciencias de la salud lo identifican frente al 42,9%. El 15,7% de ciencias de la salud identifica tener dolor durante el coito en comparación con el 8% de ciencias jurídico-económicas.

Tabla 29. Identificación del VPH como factor de riesgo para otras enfermedades.

Identificación para qué es FR el VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Cáncer de mama	41 (11,0)	18 (8,6)	23 (14,1)	0,09
Cáncer de vagina	171 (45,8)	77 (36,7)	94 (57,7)	<0,001
Cáncer de colon	14 (3,8)	7 (3,3)	7 (4,3)	0,63
Infecciones vaginales	124 (33,2)	72 (34,3)	52 (31,9)	0,63
Infecciones de orina	51 (13,7)	26 (12,4)	25 (15,3)	0,41
Infertilidad	66 (17,7)	42 (20,0)	24 (14,7)	0,19
Anorgasmia	7 (1,9)	4 (1,9)	3 (1,8)	0,96
Cáncer de pene	13 (3,5)	8 (3,8)	5 (3,1)	0,70
Cáncer de orofaringe	12 (3,2)	9 (4,3)	3 (1,8)	0,18
Cáncer de cérvix (CC)	227 (60,9)	157 (74,8)	70 (42,9)	<0,001
Dolor en el coito	46 (12,3)	33 (15,7)	13 (8,0)	0,02
Reglas dolorosas	28 (7,5)	20 (9,5)	8 (4,9)	0,09
Sangrados entre reglas	40 (10,7)	22 (10,5)	18 (11,0)	0,86
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Al analizar esta variable considerando el nivel de conocimientos (Tabla 30), casi seis de cada 10 mujeres participantes en el estudio no tenían ningún conocimiento, seguidas del grupo con un nivel de conocimientos bajo (34,6%). Este patrón se observó en ambos grupos, sin diferencias significativas.

Tabla 30. Nivel de conocimientos del VPH como factor de riesgo (FR) de problemas de salud.

Nivel de conocimientos	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Ninguno	221 (59,2)	121 (57,6)	100 (61,3)	0,71
Bajo	129 (34,6)	76 (36,2)	53 (32,5)	
Medio	22 (5,9)	12 (5,7)	10 (6,1)	
Alto	1 (0,3)	1 (0,5)	0	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En cuanto a los conocimientos de las indicaciones (objetivos) de la vacuna, el 78% identificó que se usaba como prevención del cáncer de cérvix, seguido del grupo que pensaba en la prevención del cáncer de ovario (22,3%). Encontramos diferencias significativas entre los grupos a estudio, en 3 de los 4 ítems. La prevención del CC fue identificada por el 89% de ciencias de la salud frente al 63,8% de ciencias jurídico-económicas. El 8,1% de ciencias de la salud frente al 40,5% identificaron la prevención de cáncer de ovario. Y la prevención de tipos de verrugas genitales fue identificada por 8,6% frente al 3,1%.

Tabla 31. Conocimientos de la utilidad de la vacuna del VPH.

Utilidad de la vacuna VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Prevenir CC	291 (78,0)	187 (89,0)	104 (63,8)	<0,01
Prevenir cáncer de ovario	83 (22,3)	17 (8,1)	66 (40,5)	<0,01
Prevenir tipos de verrugas genitales	23 (6,2)	18 (8,6)	5 (3,1)	0,03
Disminuir infecciones vaginales	23 (6,2)	12 (5,7)	11 (6,7)	0,68
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Al valorar el nivel de conocimiento de forma agrupada, el 64,3% tenían un conocimiento medio, si bien el 32,2% no poseía ningún conocimiento. Se detectaron diferencias entre grupos, si en ciencias de la salud predominaba el conocimiento medio, en el otro grupo, se detectó que el 50,9% no tenía ningún conocimiento (Tabla 32).

Tabla 32. Nivel de conocimientos sobre el objetivo de la vacuna del VPH.

Nivel de conocimientos	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Ninguno	120 (32,2)	37 (17,6)	83 (50,9)	<0,01
Medio	240 (64,3)	163 (77,6)	77 (47,2)	
Alto	13 (3,5)	10 (4,8)	3 (1,8)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

4.3. Análisis del nivel de conocimientos relacionados con el cáncer de cérvix.

Dentro de los factores de riesgo del cáncer de cérvix: el 76,1% de las alumnas identificó la infección por VPH, seguido por la promiscuidad sexual con el 49,6%. El 22,5% consideró que el tabaco era un factor de riesgo. La promiscuidad sexual y enfermedades de transmisión sexual (ETS) presentaron diferencias significativas entre ambos grupos a estudio, siendo identificadas en mayor medida como factor de riesgo entre las estudiantes de ciencias de la salud (Tabla 33).

Tabla 33. Identificación de factores de riesgo para el cáncer de cérvix (CC).

Factores de riesgo	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Promiscuidad sexual	185 (49,6)	123 (58,6)	62 (38,0)	<0,001
Consumo habitual de alcohol	31 (8,3)	15 (7,1)	16 (9,8)	0,35
Tener verrugas genitales	71 (19,0)	40 (19,0)	31 (19,0)	0,99
Infección por VPH	284 (76,1)	157 (74,8)	127 (77,9)	0,48
Reglas abundantes	12 (3,2)	6 (2,9)	6 (3,7)	0,66
Consumo habitual de tabaco	84 (22,5)	46 (21,9)	38 (23,3)	0,75
Uso espermicidas	35(9,4)	21 (10,0)	14 (8,6)	0,64
ETS	190 (50,9)	119 (56,7)	71 (43,6)	0,01
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En la tabla 34, se describe esta variable agrupada según el grado de conocimiento, el 34% poseía un conocimiento bajo, seguido de un conocimiento medio (31,6%). El 40,5% de ciencias jurídico-económicas tenían un conocimiento bajo frente al 29% de ciencias de la salud. Mientras que estas últimas tenían un conocimiento alto (25,7%) frente a ciencias jurídico-económicas (14,1%).

Tabla 34. Nivel de conocimientos de los factores de riesgo (FR) del cáncer de cérvix (CC).

Nivel de conocimientos	Total n(%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n(%)	C. Jurídico-Económicas n(%)	
Ninguno	51 (13,7)	27 (12,9)	24 (14,7)	0,02
Bajo	127 (34,0)	61 (29,0)	66 (40,5)	
Medio	118 (31,6)	68 (32,4)	50 (30,7)	
Alto	77 (20,6)	54 (25,7)	23 (14,1)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Respecto a la identificación de los factores protectores del CC, la mayoría (82,8%) identifican la vacuna del VPH y un 24,4% tener relaciones sexuales con la misma pareja. El 13,1% afirmaron que realizar mamografías cada 2 años era un factor protector. Encontramos diferencias significativas entre las dos disciplinas en los ítems: vacuna del VPH (ciencias de la salud 86,7% y ciencias jurídico-económicas 77,9%), relaciones sexuales con la misma persona (ciencias de la salud 29,5% frente al 17,8% de ciencias jurídico-económicas), tomar anticonceptivos hormonales durante más de 5 años (ciencias de la salud identificó 3,8% frente a 8,6%) y realizar mamografías (8,1% de ciencias de la salud y 19,6% de jurídico-económicas) (Tabla 35).

Tabla 35. Identificación de los factores protectores del cáncer de cérvix.

Identificación factores protectores del CC	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Lactancia materna	31 (8,3)	18 (8,6)	13 (8,0)	0,84
Vacuna VPH	309 (82,8)	182 (86,7)	127 (77,9)	0,03
Inicio tardío de relaciones sexuales	37 (9,9)	20 (9,5)	17 (10,4)	0,77
Baja paridad (<5)	18 (4,8)	13 (6,2)	5 (3,1)	0,16
Relaciones sexuales con misma pareja	91 (24,4)	62 (29,5)	29 (17,8)	0,009
Tomar anticonceptivos hormonales > 5 años	22 (5,9)	8 (3,8)	14 (8,6)	0,05
Realizar mamografía cada 2 años	49 (13,1)	17 (8,1)	32 (19,6)	0,001
Consumo de tabaco	3 (0,8)	2 (1,0)	1 (0,6)	0,72
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En la Tabla 36, se presenta el nivel de conocimientos de los factores protectores del CC, el 44,6% tenía un nivel bajo, seguido por el 29,5% sin ningún conocimiento. Se detectaron diferencias significativas entre ambas disciplinas a estudio.

Tabla 36. Nivel de conocimientos de los factores protectores del cáncer de cérvix (CC).

Nivel de conocimientos	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Ninguno	110 (29,5)	47 (22,4)	63 (38,7)	<0,001
Bajo	174 (46,6)	98 (46,7)	76 (46,6)	
Medio	74 (19,8)	53 (25,2)	21 (12,9)	
Alto	15 (4,0)	12 (5,7)	3 (1,8)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En relación a los motivos por los que se realizan las citologías vaginales, las mujeres identificaron sobre todo la detección precoz del CC (82%), mientras que 45%, creía que se realiza también para tratar las ETS. Existen diferencias significativas entre ambas rama a estudio en relación al ítem, detección precoz de CC.

Tabla 37. Identificación del objetivo de realización de citologías vaginales.

Objetivo de la citología	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Estudiar la esterilidad	12 (3,2)	6 (2,9)	6 (3,7)	0,66
Detectar precozmente CC	306 (82,0)	185 (88,1)	121 (74,2)	0,001
Tratar las ETS	168 (45,0)	88 (41,9)	80 (49,1)	0,17
Descartar embarazo	15 (4,0)	10 (4,8)	5 (3,1)	0,41
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En la tabla 38, se observa que el 45,3% creían que había que realizarse citologías anuales tras dos citologías normales. No se aprecian diferencias significativas entre ambas ramas científicas, predominando la afirmación de repetir la prueba anualmente.

Tabla 38. Periodicidad de la citología vaginal tras dos determinaciones normales.

Periodicidad	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
Anualmente	169 (45,3)	96 (45,7)	73 (44,8)	0,58
Cada 3 años	44 (11,8)	21 (10,0)	23 (14,1)	
Cada 5 años	12 (3,2)	6 (2,9)	6 (3,7)	
No precisa	5 (1,3)	4 (1,9)	1 (0,6)	
NS/NC	143 (38,3)	83 (39,5)	60 (36,8)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

Respecto a la necesidad de realizar citologías en el contexto de una relación estable (3 o más años con la misma pareja sexual), el 75,1% consideraba que era necesario. No hay diferencias significativas entre ambas ramas científicas a estudio (Tabla 39).

Tabla 39. Necesidad de realizar citologías ante misma pareja sexual (3 o más años).

Indicación de realización de citología	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	16 (4,3)	6 (2,9)	10 (6,1)	0,06
Si	280 (75,1)	167 (79,5)	113 (69,3)	
NS/NC	77 (20,6)	37 (17,6)	40 (24,5)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En relación a la necesidad de realizar citologías a las mujeres tras la menopausia, el 64,3% considera que esta acción continuaba siendo necesaria, sin embargo, el 33,5% no valoró este ítem. No encontramos diferencias significativas entre ambas disciplinas (Tabla 40).

Tabla 40. Necesidad de realizar citologías a las mujeres con menopausia.

Realizar citologías tras menopausia	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	8 (2,1)	2 (1,0)	6 (3,7)	0,10
Si	240 (64,3)	142 (67,6)	98 (60,1)	
NS/NC	125 (33,5)	66 (31,4)	59 (36,2)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

En la Tabla 41, se presentan los datos sobre la necesidad de realizar citologías en mujeres vacunadas del VPH, donde el 54,7% afirmó que era necesario, mientras que un 24,4% consideró que la frecuencia entre las citologías debe de ser menor. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos a estudio.

Tabla 41. Necesidad de realizar citologías a las mujeres vacunadas.

Realizar citologías a mujer vacunada del VPH	Total n (%)	Rama científica		p-valor
		C. Salud n (%)	C. Jurídico-Económicas n (%)	
No	5 (1,3)	2 (1,0)	3 (1,8)	0,13
Si	204 (54,7)	127 (60,5)	77 (47,2)	
Si, mayor frecuencia	8 (2,1)	3 (1,4)	5 (3,1)	
Si, menor frecuencia	91 (24,4)	45 (21,4)	46 (28,2)	
NS/NC	65 (17,4)	33 (15,7)	32 (19,6)	
Total	373 (100)	210 (100)	163 (100)	

4.4. Influencia del conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH en las conductas sexuales de riesgo.

En relación a la influencia del conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH frente el método anticonceptivo que usaban en el momento del estudio, se observa que no hay diferencia significativa entre las que tenían algún conocimiento o ninguno en la elección del método (Tabla 42).

Tabla 42. Influencia del conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH en el método anticonceptivo usado actualmente.

Nivel de conocimiento	Total n	Método usado actualmente		p-valor
		Barrera n (%)*	Resto n (%)	
Ninguno	71	50 (70,4)	21 (29,6)	0,55
Bajo/Medio/Alto	179	119 (66,5)	60 (33,5)	
Total	250	169 (67,6)	81 (32,4)	
Perdido*	48			

* Porcentajes sin tener en cuenta los perdidos.

Al comparar los conocimientos con el método que usaban ante nueva pareja sexual (Tabla 43), se han detectado diferencias entre ambos grupos, todos utilizaban un método de barrera en el grupo sin conocimientos frente al 95,1% cuando tenían algún grado de conocimiento.

Tabla 43. Influencia del conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH en el método anticonceptivo usado ante nueva pareja sexual.

Nivel de conocimiento	Total n	Método nueva pareja sexual		p-valor
		Barrera n (%)	Resto n (%)	
Ninguno	83	83 (100)	0	0,04
Bajo/Medio/Alto	204	194 (95,1)	10 (4,9)	
Total	287	277 (96,5)	10 (3,5)	
Perdido*	11			

* Porcentajes sin tener en cuenta los perdidos.

Respecto la influencia que pueda tener el nivel de conocimiento en el número de parejas que han tenido durante el último año, se observa que no hay diferencias significativas (Tabla 44).

Tabla 44. Influencia del conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH en el número de parejas sexuales del último año.

Nivel de conocimiento	Total n	Nº de parejas sexuales último año		p-valor
		1 pareja (%)	≥ 2 parejas (%)	
Ninguno	84 (100)	61 (72,6)	23 (27,4)	0,31
Bajo/Medio/Alto	206 (100)	161 (78,2)	45 (21,8)	
Total	290 (100)	222 (76,6)	68 (23,4)	
Perdido*	8 (2,7)			

* Porcentajes sin tener en cuenta los perdidos.

5.DISCUSIÓN

Según los hallazgos del presente estudio, las estudiantes de ciencias de la salud presentaron mayor nivel de conocimientos sobre VPH y CC respecto a las titulaciones del ámbito jurídico-económico. No obstante, el conocimiento general fue bajo.

Nuestros resultados deben ser interpretados con precaución, ya que se detectaron diferencias entre ambos grupos en ciertas variables que pueden tener influencia sobre el nivel de conocimientos, como el curso académico, el número de hijos o la profesión de los progenitores. Respecto al patrón de conducta sexual, también existían diferencias en la utilización de anticonceptivos en la primera relación y el método seleccionado (las alumnas de ciencias de la salud se protegieron en mayor medida y utilizaron más frecuentemente preservativo). Así mismo, la prevalencia de vacunación referida fue superior en ciencias de la salud, quizá por una mejor identificación de su estado vacunal y este grupo también disponía de mayor información previa. Igualmente, esta realidad puede condicionar el nivel de conocimientos obtenido.

En cuanto al patrón de actividad sexual, la edad media de inicio de relaciones sexuales tenía lugar alrededor de los 17 años, siendo similar a otros estudios (26, 54). En otras investigaciones (27, 55), se han registrado cifras más elevadas, en torno a los 20 años, aunque en el último estudio de la Sociedad Española de Contracepción (55) se reconocía un aumento de la frecuencia de relaciones sexuales a partir de los 16 años.

La protección durante la primera relación sexual podría considerarse bastante buena, incluso superior a otras fuentes (55), ya que más del 90% utilizaron algún método, sobre todo preservativo masculino, estos datos son similares a otros estudios (54, 56). No obstante, no se

debería bajar la guardia ya que un 10,6% de las alumnas de ciencias jurídico-económicas aseguraron no tomar ninguna precaución en su primer encuentro.

Al considerar el momento de realización del estudio, el preservativo seguía siendo el principal método seguido por la anticoncepción hormonal. Esta realidad puede estar condicionada por la edad y los cambios vitales, el hecho de tener pareja estable, etc., que pueden implicar cambios en el método seleccionado (55, 57).

En relación al número de parejas sexuales, la mayoría manifestó haber tenido una sola pareja sexual durante el último año. En un estudio realizado también en Asturias (58), el porcentaje de jóvenes que afirmaron esta condición (una pareja en el último año) fue inferior, en torno al 38%, si bien este trabajo fue realizado en chicos y chicas entre 13 y 19 años.

En vista a los hallazgos detectados en nuestra muestra, aunque la situación actual es razonable, sería interesante continuar con actividades informativas sobre prácticas sexuales de riesgo, anticonceptivos y ETS en los jóvenes, así como acercar esos programas al entorno de la universidad.

En relación a la vacunación frente al VPH, esta fue reconocida por un mayor porcentaje de alumnas de ciencias de la salud, si bien muchas estudiantes de ciencias jurídico-económicas, no se han pronunciado sobre su estado de vacunación. La cobertura de vacunación en Asturias, en 2011, fue del 78,6% (59), datos superiores a los de nuestro estudio (62,5%). En estos casos las campañas informativas deben ir dirigidas también a los progenitores, ya que, en muchas ocasiones, son ellos los que deciden sobre su administración.

Teniendo en cuenta la edad y características de la muestra, aproximadamente una de cada dos mujeres podría participar ya en el programa de detección precoz del CC mediante la realización de una citología, siendo así en aproximadamente el 57% de la muestra. La realización de esta prueba anualmente fue reconocida por más estudiantes no sanitarias, lo cual puede interpretarse como que desconocen en mayor medida los criterios del programa sobre cuándo realizarse una citología. Actualmente, existe información disponible sobre este programa a través de la consejería de Sanidad (60), si bien, sería deseable incluir en estas actividades informativas sobre los criterios de actuación a los profesionales sanitarios y la población en general.

En relación a la infección por VPH, el principal factor de riesgo identificado fue la promiscuidad sexual. Hemos detectado conceptos erróneos, como el riesgo de utilizar tampones vaginales, pero otros factores, como el uso de anticonceptivos hormonales o la edad (<30 años), no fueron señalados como riesgo. En cuanto a los factores protectores, a pesar de que ambas disciplinas identificaban sobre todo la vacuna y el preservativo, (especialmente en ciencias de la salud) en este último grupo también se detectaron errores, donde más de la mitad de las estudiantes afirmaron que realizarse una citología podía protegerlas. En general, el conocimiento sobre el VPH fue bajo. Otros estudios (37, 39), obtuvieron resultados similares a los de nuestro trabajo. Höglund et al. (38) han enfatizado la necesidad de que el personal sanitario esté formado en esta materia y pueda transmitir el conocimiento a los jóvenes. Sin embargo, en otros estudios el conocimiento sobre el VPH fue más elevado (36, 38).

Respecto la utilidad de la vacuna del VPH, el 78% identificaron la prevención del CC como el principal motivo, siendo superior en ciencias de la salud. Sin embargo, 4 de cada 10 alumnas de ciencias jurídico-económicas afirmó que el motivo era para la prevención del cáncer de ovario. Existen estudios en padres e hijas (7, 34, 35), donde se han detectado bajos niveles de

conocimiento, respecto a la protección ofrecida por la vacuna, y la creencia de que con la administración de esta medida se evitarían realizar citologías vaginales en el futuro.

En relación al CC, la mayoría identificaron el VPH como el principal factor de riesgo, lo que coincide con la bibliografía actual sobre que es la principal causa de desarrollo de CC (15, 47, 48). En ciencias de la salud identificaron en mayor medida que la promiscuidad sexual y las ETS eran factores implicados en el desarrollo del CC. En vista de estos resultados, el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del CC en nuestra muestra fue bajo, seguido muy de cerca del nivel medio. No obstante, en ciencias de la salud, en el 25,7% de las estudiantes presentaban un conocimiento alto. Es importante remarcar, que tanto las alumnas de primero como de segundo de ciencias de la salud no habían cursado asignaturas donde se aborden estos temas, lo que nos hace pensar que sus conocimientos pueden proceder del ámbito familiar, escolar (instituto) o de los profesionales sanitarios.

La vacuna frente al VPH fue identificada como el principal factor de protección frente al CC, seguido del hecho de mantener relaciones sexuales con sólo una pareja. Estos datos fueron registrados mayoritariamente en ciencias de la salud. Se destaca que el 19,6% de las estudiantes no sanitarias pensaba que realizar una mamografía cada 2 años otorgaba protección frente al CC. Otros estudios en poblaciones similares muestran niveles de conocimientos bajos en la prevención del CC (37, 61) que se asemejan a los de nuestro estudio. Por ello, creemos que aunque es probable que se haya producido un aumento del nivel de conocimiento de los jóvenes gracias a los programas de salud puesto en marcha los últimos años, el nivel de conocimiento sigue siendo insuficiente.

En relación al conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH, y la influencia que pudiera tener sobre conductas sexuales de riesgo, sólo existían diferencias en cuanto al método anticonceptivo ante nueva pareja. Estos resultados deben ser interpretados con precaución ya que sólo 10 mujeres afirmaban utilizar un método no barrera ante una nueva pareja sexual.

Estos hallazgos refuerzan la idea de mantener programas de concienciación sobre el uso de preservativo ante una nueva pareja o en el marco de una pareja estable, ya que el contacto sexual es la principal vía de infección por VPH.

En definitiva, el nivel de conocimientos frente al VPH y CC es bajo, con mejores resultados en ramas sanitarias. Sería recomendable analizar los conceptos erróneos detectados para incluir estas ideas en las estrategias informativas en los jóvenes.

Limitaciones

Además de las limitaciones ya referidas sobre las diferencias detectadas entre los grupos de estudio, se deben comentar otros aspectos como el tipo de muestreo realizado (por conveniencia) lo cual puede afectar a la generalización de los resultados.

Se ha diseñado una hoja de recogida de datos para el presente estudio, tras consulta con expertos y bibliografía relacionada, aún así, entendemos la importancia de utilizar cuestionarios validados.

6.CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del VPH de las mujeres universitarias de Oviedo fue bajo. No se detectaron diferencias significativas entre estudiantes de ambas ramas científicas, si bien más alumnas de ramas sanitarias tenían un conocimiento bajo mientras que no tener ningún conocimiento era más frecuente en las demás disciplinas.
2. Se han detectado diferencias en relación a los factores protectores del VPH. El porcentaje de estudiantes del ámbito jurídico-económico sin conocimientos era muy superior, mientras que tener un grado de conocimientos de tipo medio o alto predominaba en ciencias de la salud.
3. Respecto a los factores de riesgo del CC el grado de conocimiento fue bajo, si bien se han registrado diferencias significativas entre ambas disciplinas. En ciencias jurídico-económicas se detectó sobre todo un conocimiento bajo, mientras que una de cada cuatro alumnas de ciencias de la salud tenía un alto conocimiento.
4. Al comparar el grado de conocimiento de los factores protectores del CC, también existía un patrón diferente entre los grupos estudiados. La proporción de alumnas con un conocimiento medio o alto en ramas sanitarias duplicaba al grupo jurídico-económico. Por el contrario, el grupo con ningún conocimiento fue más numeroso en el entorno no sanitario.
5. No se ha confirmado la influencia del nivel de conocimiento de los factores de riesgo del VPH, sobre el método anticonceptivo utilizado en el momento del estudio ni sobre el número de parejas sexuales durante el último año. Sin embargo, si existían diferencias en cuanto al método seleccionado ante una nueva pareja, donde tener algún conocimiento influía en utilizar algún anticonceptivo no barrera.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. *Gynecol Oncol*. 2010; 117(2): 5–10. DOI 10.1016/j.ygyno.2010.01.024.
2. Diestro MD, Serrano M, Gómez-Pastrana S. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología*. 2007; 30(2): 42-59.
3. Delgado D, Marín JM, De Diego J, Guerra S, Gonzalez B, Barrios JL, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in women with abnormal cervical cytology in de Basque County, Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30(5): 230–35. DOI 10.1016/j.eimc.2011.10.021.
4. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Protocolo de detección precoz del cáncer de cérvix. Santander: Gobierno de Cantabria. 2011. [acceso 11 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CANCER%20CUELLO%20DE%20UTERO%20%2828-3-11%29.pdf>
5. Cortés J, Martín-Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol*. 2010; 53(1): 1-19
6. Abreu AL, Souza RP, Gimenes F, Consolaro ME. A review of methods for detect human papillomavirus infection. *Virol J*. 2012; 9: 262-71. DOI 10.1186/1743-422X-9-262.
7. Hendry M, Lewis R, Clements A, Damery S, Wilkinson C. “HPV? Never heard of it!”: A systematic review of girls’ and parents’ information needs, views and preferences about human papillomavirus vaccination. *Vaccine*. 2013; 31(45): 5152-67. DOI 10.1016/j.vaccine.2013.08.091.
8. Trigo-Daporta M, García-Campello M, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Fernández-Rodríguez E, Guinarte G, et al. High-risk human papillomavirus in Galicia, Spain: prevalence and evaluation of the sample representativeness. *Scand J Infect Dis*. 2014; 42(11): 737-44. DOI 10.3109/00365548.2014.930966.

9. De Sanjosé S, García AM. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Madrid: EMISA. 2006.
10. De Sanjosé S, Díaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2007; 7: 453–59.
11. Bosch FX, Broker TR, Forman D, Moscicki A, Gillison ML, Doorbar J, et al. Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases. *Vaccine.* 2013; 31(8): 1–31. DOI 10.1016/j.vaccine.2013.10.002.
12. Hidalgo J, Muñoz G. Conocimiento en estudiantes del área de salud sobre el uso de la vacuna del virus del Papiloma Humano. *ACE [revista on-line].* 2009. [acceso 15 de marzo de 2015]; 7(4):233-37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace094a.pdf>
13. Carrillo-García A, Ponce-de-León-Rosales S, Cantú-de-León D, Fragoso-Ontiveros V, Martínez-Ramírez I, Orozco-Colín A, et al. Impact of human papillomavirus coinfections on the risk of high-grade squamous intraepithelial lesion and cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2014; 134(3): 534-9. DOI 10.1016/j.ygyno.2014.06.018.
14. Grupo de trabajo de VPH. Virus del Papiloma Humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de las Comunidades Autónomas. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2007.
15. Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *J Infect.* 2013; 66(3): 207-17. DOI 10.1016/j.jinf.2012.10.024.
16. Servicio de salud del Principado de Asturias. Guía informativa del cáncer de cuello de útero y su prevención, información para la población. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. 2011. [acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Ca_C

[ervix/Guia%20Informativa%20Cancer%20de%20Cuello%20de%20Utero%20y%20su%20Prevencion%20.pdf](#)

- 17.** Asiaf A, Ahmad ST, Mohammad SO, Zargar MA. Review of the current knowledge on the epidemiology, pathogenesis, and prevention of human papillomavirus infection. *Eur J Cancer Prev.* 2014; 23: 206-24. DOI 10.1097/CEJ.0b013e328364f273.
- 18.** Gonzalez C, Ortiz M, Canals J, Muñoz L, Jarrín I, de la Hera MG, et al. Higher prevalence of human papillomavirus infection in migrant women from Latin America in Spain. *Sex Transm Infect.* 2006; 82: 260–2.
- 19.** Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions: comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005; 14(5): 1157–64.
- 20.** de Sanjosé S, Almirall R, Lloveras B, Font R, Diaz M, Muñoz N, et al. Cervical human papillomavirus infection in the female population in Barcelona, Spain. *Sex Transm Dis.* 2003; 30(10): 788–93.
- 21.** Puig F, Echavarren V, Yago T, Crespo R, Montañés P, Palacios M, et al. Prevalence of HPV in a random simple of an urban population in the city of Zaragoza (Spain). *Prog Obstet Ginecol.* 2005; 48(4): 172-8.
- 22.** de Oña M, Alvarez-Argüelles ME, Torrents M, Villa L, Rodriguez-Feijoo A, Palacio A, et al. Prevalence, evolution, and features of infection with human papillomavirus: a 15-year longitudinal study of routine screening of a women population in the north of Spain. *J Med Virol.* 2010; 82(4): 597–604. DOI 10.1002/jmv.21697.
- 23.** Consuegra CP, Molina D, Egea E, Garavito G. El virus del papiloma humano (HPV), agente viral importante precursor de la mayoría de las displasias o cáncer cervical. *Salud Uninorte.* 2005; 19(2): 3-13.

- 24.** Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003; 348(6): 518-27.
- 25.** Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Chow SN, Apter D, et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. *Gynecol Oncol.* 2012; 127(3): 440-5. DOI 10.1016/j.ygyno.2012.08.033.
- 26.** Grupo de trabajo VPH 2012. Revisión del programa de vacunación frente a virus del papiloma humano en España. Ponencia de programa y registro de vacunaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.
- 27.** Serrano I, Dueñas JL, Bermejo R, Coll C, Doval JL, Lete I, et al. Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol.* 2005; 48:283-8.
- 28.** Yetimallar H, Kasap B, Cukurova K, Yildiz A, Keklik A, Soyly F. Cofactors in human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 285(3): 805-10. DOI 10.1007/s00404-011-2034-3.
- 29.** Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, et al. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12(11): 1023–31. DOI 10.1016/S1470-2045(11)70223-6.
- 30.** Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodhill A, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet.* 2007; 370(9599): 1609-21.

- 31.** La Vecchia C, Boccia S. Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *Eur J Cancer Prev.* 2014; 23(2): 110-2. DOI 10.1097/CEJ.0000000000000000.
- 32.** World Health Organization: WHO [sede Web]. Switzerland: World Health Organization. [acceso 23 de abril de 2015]. Vaccines. Disponible en: <http://www.who.int/ith/vaccines/hpv/en>
- 33.** Servicio de salud del Principado de Asturias. Nuevo calendario de vacunación infantil, Asturias. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. 2015. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Preencion/Vacunas%202015/cartelVacunas2015_WEB.pdf
- 34.** Henderson L, Clements A, Damery S, Wilkinson C, Austoker J, Wilson S, et al. 'A false sense of security'? Understanding the role of the HPV vaccine on future cervical screening behaviour: a qualitative study of UK parents and girls of vaccination age. *J Med Screen.* 2011; 18(1): 41-5. DOI 10.1258/jms.2011.010148.
- 35.** Navarro-Illana P, Caballero P, Tuells J, Puig-Barberá J, Diez-Domingo J. Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). *An Pediatr (Barc).* 2015. DOI 10.1016/j.anpedi.2014.11.018. [Epub ahead of print].
- 36.** Navarro-Illana P, Diez-Domingo J, Navarro-Illana E, Tuells J, Alemán S, Puig-Barberá J. Knowledge and attitudes of Spanish adolescent girls towards human papillomavirus infection: where to intervene to improve vaccination coverage. *BMC Public Health.* 2014; 14: 490-8. DOI 10.1186/1471-2458-14-490.
- 37.** Caballero-Pérez P, Tuells J, Rementería J, Nolasco A, Navarro-López V, Aristegui J. Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en estudiantes universitarios españoles durante la etapa pre-vacunal: un estudio transversal. *Rev Esp Quimioter.* 2015; 28(1): 21-8.
- 38.** Shand L, Burney S, Fletcher J. Knowledge of cervical cancer, pap testing and the human papillomavirus among young Australian women. *Health Promot J Austr.* 2010; 21(3): 202-7.

- 39.** Höglund AT, Tydén T, Hannerfors AK, Larsson M. Knowledge of human papillomavirus and attitudes to vaccination among Swedish high school students. *Int J STD AIDS*. 2009; 20(2): 102-7. DOI 10.1258/ijsa.2008.008200.
- 40.** Grupo de Consenso sobre vacunas VPH de Sociedades Científicas Españolas. Vacunación frente al virus del papiloma humano. Documento de consenso 2011 de las sociedades científicas españolas. *Semergen*. 2012; 38(5): 312-26.
- 41.** Torné A, del Pino M, Cusidó M, Alameda F, Andia D, Castellsagué X, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Rev Esp Patol*. 2014; 47(1): 1-48.
- 42.** Castle PE, Cremer M. Human papillomavirus testing in cervical cancer screening. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013; 40(2): 377-90. DOI 10.1016/j.ogc.2013.03.002.
- 43.** Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007; 370(9590): 890–907.
- 44.** Goodman MT, Shvetsov YB, McDuffie K, Wilkens LR, Zhu X, Thompson PJ, et al. Prevalence, acquisition, and clearance of cervical human papillomavirus infection among women with normal cytology: Hawaii human papillomavirus cohort study. *Cancer Res*. 2008; 68(21): 8813-24. DOI 10.1158/0008-5472.CAN-08-1380.
- 45.** Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999, 189(1): 12–9.
- 46.** International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [homepage of Internet]. Lyon (France): IARC [acceso 16 de abril de 2015]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
- 47.** Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer*. 2002; 2: 342–50.

- 48.** Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol.* 2002; 55: 244–65.
- 49.** Sirera G, Videla S, Herranz P, Corzo-Delgado JE. Virus del papiloma humano y virus de la inmunodeficiencia humana/sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006; 24(2): 40-7.
- 50.** Bosch FX, de Sanjose´ S. The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Dis Markers* 2007; 23(4): 213-27.
- 51.** Chaturvedi AK, Katki HA, Hildesheim A, Rodríguez AC, Quint W, Schiffman M, et al. Human papillomavirus infection with multiple types: pattern of coinfection and risk of cervical disease. *J Infect Dis.* 2011; 203(7): 910-20. DOI 10.1093/infdis/jiq139.
- 52.** Castellsagué X, Paavonen J, Jaisamrarn U, Wheeler CM, Skineer SR, Lehtinen M, et al. Risk of first cervical HPV infection and pre-cancerous lesions after onset of sexual activity: analysis of women in the control arm of the randomized, controlled PATRICIA trial. *BMC Infect Dis.* 2014; 14(1): 551-63. DOI 10.1186/s12879-014-0551-y.
- 53.** IARC Working group on the evaluation of carcinogenic risk to humans. Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. Volume 91. Lyon (France): IARC Monogr Eval Carcinog Risk Hum. 2007.
- 54.** Luengo-Arjona P, Orts-Cortés MI, Arcángel R, Arroyo-Rubio OI. Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante. *Enferm Clin.* 2007. 17(2): 85-9.
- 55.** Sociedad Española de Contracepción (SEC). Primera encuesta de anticoncepción SEC. Madrid: Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. 2014. [acceso 24 de abril de 2015]. Disponible en: <http://sec.es/la-primera-encuesta-anticoncepcion-sec-2014-certifica-que-el-727-de-las-espanolas-usan-algun-metodo-anticonceptivo/>

- 56.** Stenhammar C, Ehrsson YT, Åkerud H, Larsson M, Tydén T. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden-repeated surveys over a 25-year period. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015; 94(3): 253-9. DOI 10.1111/aogs.12565.
- 57.** Menéndez E, Deza J, Torrents M, Tamargo A, Touris J. Uso de métodos anticonceptivos en un centro de planificación familiar. *Prog Obstet Ginecol.* 2007. 50(12): 675-681.
- 58.** Garcia-Vega E, Menendez E, Fernandez P, Cuesta M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Int J Psychol Res.* 2012; 5(1): 79-87.
- 59.** Servicio de salud del Principado de Asturias. Actualización sobre vacunas frente a VPH. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2013. Sesión DGSP. [acceso 14 de mayo de 2015]. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Sesiones%20de%20Salud%20P%C3%ABblica/Sesiones%202013/20130625%20Actualizacion%20VPH%202013.pdf
- 60.** Ministerio de Sanidad y Servicio de salud del Principado de Asturias. Prevención de cáncer de cuello de útero. Oviedo: Ministerio de Sanidad y Servicio de salud del Principado de Asturias. 2011. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Ca_Cervix/FOLLETO%20CANCER%20CERVIX.pdf
- 61.** Bastos FMS, Izumi LY, Vilela AL. Knowledge, attitude and practice in the prevention of cervical cancer and HPV in adolescents. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1): 126-34. Portuguese.

8. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VHP) Y EL CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES UNIVERSITARIAS DE OVIEDO.

Estamos realizando un estudio para conocer las diferentes conductas en relación al virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix en alumnas de la Universidad de Oviedo. Es anónimo y se garantiza la confidencialidad de los datos que en él se reflejen. Es muy importante que se cumplimenten todas las preguntas. Os agradezco de antemano vuestra participación. Muchas gracias.

Aclaraciones sobre abreviaturas en el cuestionario:

** NS/NC: No sabe/No contesta

**Cáncer de cérvix= Cáncer de cuello de útero

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Fecha de nacimiento: _____

2. ¿Tiene pareja en este momento?

No

Sí

En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto tiempo? _____ años

Si duración inferior a un año, registrar el dato en meses: _____ meses

3. ¿Tiene hijos?:

No

Sí

En caso afirmativo, ¿cuántos hijos tiene? _____ hijos

4. ¿Cuál es su localidad de residencia habitual? _____

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD SEXUAL:

5. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con penetración?

No (*Pasar a la pregunta 17*)

Sí

6. ¿Qué edad tenía la primera vez que mantuvo relaciones sexuales con penetración?

_____ años

7. ¿Utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual con penetración?

No

Sí

NS/NC

8. En caso afirmativo, ¿qué método utilizó?

- Preservativo masculino
- Píldora anticonceptiva
- Píldora del día después
- Inyectable hormonal (inyección trimestral)
- Implante subcutáneo hormonal
- Anillo vaginal
- Parche hormonal
- Diafragma
- Espuma o gel vaginal
- Espermicidas (crema u óvulos vaginales)
- Preservativo femenino
- DIU (Dispositivo intrauterino)
- Naturales (Ogino, Sintotérmico, Temperatura, Billings)
- Coitus interruptus (marcha atrás)
- Ligadura de trompas/pareja con vasectomía
- Otros. Especifica cual: _____
- NS/NC

9. ¿Desde cuándo mantiene relaciones sexuales? _____ años

Si duración inferior a un año, registrar el dato en meses: _____ meses

10. ¿Mantiene relaciones sexuales en la actualidad?

- No Sí NS/NC

11. ¿Qué método anticonceptivo usa actualmente?

- Preservativo masculino
- Píldora anticonceptiva
- Píldora del día después
- Inyectable hormonal (inyección trimestral)
- Implante subcutáneo hormonal
- Anillo vaginal
- Parche hormonal
- Diafragma
- Espuma o gel vaginal
- Espermicidas (crema u óvulos vaginales)
- Preservativo femenino
- DIU (Dispositivo intrauterino)
- Naturales (Ogino, Sintotérmico, Temperatura, Billings)
- Coitus interruptus (marcha atrás)
- Ligadura de trompas/pareja con vasectomía
- Otros. Especifica cual: _____
- NS/NC

12. ¿Con qué frecuencia utiliza algún método anticonceptivo de barrera (preservativo) en sus relaciones?

- Siempre Casi nunca
- Casi siempre Nunca
- A veces

13. ¿Con qué frecuencia utiliza doble método (preservativo + otro método) en sus relaciones sexuales?

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> A veces | |

14. Si usa un anticonceptivo hormonal (píldora, anillo, parche, implante, inyectable, etc.), ¿desde cuándo? _____ años

Si duración inferior a un año, registrar el dato en meses: _____ meses

15. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año? _____ (número de parejas)

16. ¿Qué método anticonceptivo utiliza ante una nueva pareja sexual?

- Preservativo masculino
- Píldora anticonceptiva
- Píldora del día después
- Inyectable hormonal (inyección trimestral)
- Implante subcutáneo hormonal
- Anillo vaginal
- Parche hormonal
- Diafragma
- Espuma o gel vaginal
- Espermicidas (crema u óvulos vaginales)
- Preservativo femenino
- DIU (Dispositivo intrauterino)
- Naturales (Ogino, Sintotérmico, Temperatura, Billings)
- Coitus interruptus (marcha atrás)
- Ligadura de trompas/pareja con vasectomía
- Otros. Especifica cual: _____
- NS/NC

VARIABLES RELACIONADAS CON ACTIVIDADES PREVENTIVAS

17. ¿Le han realizado en alguna ocasión una citología vaginal?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No (<i>Pasar a la pregunta 25</i>) | <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> NS/NC | |

18. ¿Cuántos años tenía cuando le realizaron la primera citología vaginal?

_____ años

19. ¿Dónde le realizaron la primera citología vaginal?

- Centro de salud
- Hospital
- Centro de planificación familiar
- Consulta privada de ginecología
- Otros. Especificar: _____

20. ¿Cuánto tiempo hace que le realizaron la última citología vaginal? _____ años

Si duración inferior a un año, registrar el dato en meses: _____ meses

21. ¿Ha recibido la vacuna del virus del papiloma humano (VPH)?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NS/NC |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

ANEXO 2. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON VPH Y EL CÁNCER DE CERVIX EN MUJERES UNIVERSITARIAS DE OVIEDO.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS :

1. Profesión del padre y/o la madre: ¿Alguno de ellos trabaja como profesional en el campo de la salud (medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia, etc.)?

- Ambos
- Uno de ellos
- Ninguno de ellos

2. Titulación universitaria que cursa actualmente:

3. Curso actual: (curso en el que tiene más créditos matriculados)

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y SU VACUNA.

4. ¿Ha oído hablar del VPH?

- No (*pasar a la pregunta 9*)
- Sí
- NS/NC

5. En caso afirmativo, ¿dónde ha recibido información sobre el VPH? (puede marcar varias opciones)

- Medios audiovisuales (TV, vídeos, etc.)
- Profesionales sanitarios
- Páginas web/internet
- Familiares
- En el Instituto, Facultad, etc.
- Amigas
- Otros. Especificar: _____

6. De las siguientes variables, ¿cuáles cree que son factores de riesgo de la infección por VPH? (puede marcar varias opciones)

- Toma de anticonceptivos hormonales (píldora) durante 5 años o más.
- Consumo habitual de tabaco.
- Realización citologías vaginales.
- Promiscuidad sexual.
- Utilizar preservativo masculino.
- Tener menos de 30 años.
- Utilización habitual de tampones.
- Realizar lavados vaginales.

7. De las siguientes variables, ¿cuáles cree que son factores protectores frente a la infección por VPH? (puede marcar varias opciones)

- Realización citologías vaginales.
- Utilizar preservativo masculino.
- Mantener relaciones sexuales con la misma persona.
- Utilización anillo vaginal (anticonceptivo hormonal vía vaginal).
- Vacuna frente VPH.
- No tener síntomas (sangrado, aumento flujo vaginal..).
- Tomar antibióticos.
- Circuncisión masculina.

8. La infección por VPH, es un factor de riesgo para: (puede marcar varias opciones)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Cáncer de pene |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de vagina | <input type="checkbox"/> Cáncer orofaringe |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Cáncer de cérvix |
| <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales | <input type="checkbox"/> Dolor en el coito |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de orina | <input type="checkbox"/> Verrugas vaginales |
| <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Reglas dolorosas |
| <input type="checkbox"/> Anorgasmia | <input type="checkbox"/> Sangrados entre reglas |

9. ¿Has oído hablar de la vacuna del VPH?

- No Sí NS/NC

10. ¿Le gustaría recibir más información sobre la misma y sus indicaciones?

- No Sí NS/NC

11. ¿Esta vacuna se administra sólo a niñas (< 14 años)?

- No Sí NS/NC

12. La vacuna frente al VPH sirve para:

- Prevenir el cáncer de cérvix.
- Prevenir el cáncer de ovario.
- Prevenir algún tipo de verrugas genitales.
- Para disminuir el número de infecciones vaginales.

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE CÉRVIX.

13. De las siguientes variables, ¿cuáles cree que son factores de riesgo del cáncer de cérvix? (puede marcar varias opciones)

- Promiscuidad sexual.
- Consumo habitual de alcohol.
- Tener verrugas genitales.
- Infección por VPH.
- Periodos menstruales más abundantes.
- Consumo habitual de tabaco.
- Uso habitual de espermicidas (cremas u óvulos vaginales).
- Enfermedades transmisión sexual (ETS).

14. De las siguientes variables, ¿cuáles cree que son factores protectores del cáncer de cérvix?

(puede marcar varias opciones)

- Dar lactancia materna.
- Vacunación frente VPH.
- Inicio tardío relaciones sexuales.
- Baja paridad (menos de 5 hijos).
- Mantener relaciones sexuales con la misma persona.
- Toma de anticonceptivos hormonales (píldora) durante 5 años o más.
- Realizar una mamografía cada 2 años.
- Consumo habitual de tabaco.

15. ¿Para qué se realiza una citología vaginal?

- Estudiar las parejas con problemas de esterilidad.
- Detectar precozmente cáncer de cérvix.
- Para tratar las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Descartar embarazo.

16. Si una mujer se realiza dos citologías y son normales, ¿Cuándo debe realizar la siguiente citología?

- Anualmente
- Cada 3 años
- Cada 5 años
- No precisa nuevas pruebas
- NS/N

17. Si una mujer tiene la misma pareja desde hace 3 o más años ¿es necesario que se realice citologías vaginales periódicamente?

- No Sí NS/NC

18. Si una mujer ya tiene la menopausia ¿es necesario que se realice citologías vaginales periódicamente?

- No Sí NS/NC

19. Las mujeres que están vacunadas frente al VPH, ¿es necesario que realicen citologías vaginales periódicamente ?

- No
- Sí
- Sí, pero con una frecuencia mayor
- Sí, pero con una frecuencia menor
- NS/NC

ANEXO 3 . APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 13 de Febrero de 2015

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 24/15, titulado: "CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES UNIVERSITARIAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS". Investigadora Principal Dña. Raquel Antón Fernández. Trabajo Fin de Master.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias

