

Evaluación de un modelo de las estrategias institucionales del autocuidado. Uso de condón y prevención en jóvenes universitarios

María Luisa Quintero Soto^a • Oscar Valdés Ambrosio^b •
María de los Ángeles Delgado Carrillo^c • *Cruz García Lirios*^d

RESUMEN

Los estudios del autocuidado de la salud advierten que se trata de una estrategia de difusión institucional centrada en el individuo sin considerar la influencia de los grupos y las instituciones con los que el individuo se relaciona. En tal sentido, el objetivo del trabajo fue la evaluación de un modelo relativo a las estrategias institucionales del autocuidado, el uso del condón y la prevención de riesgos asociados al VPH, considerando el escenario de la universidad de estudio, así como los hallazgos revisados en la literatura. Se realizó un estudio no experimental, transversal y exploratorio con una selección no probabilística de 325 estudiantes de pregrado en una universidad pública del centro de México, considerando su asistencia a cursos de salud sexual y reproductiva, así como su participación en la difusión de información y distribución de condones en la comunidad estudiantil y comunitaria. A través de un modelo estructural se encontró que el factor que refleja al autocuidado es la búsqueda de información, pero esta variable se vinculó espuriamente con el auto-reporte del uso del condón, recomendándose la inclusión de otros factores como el isomorfismo institucional, la elección de la pareja y la relación sexual con la pareja o acompañante.

PALABRAS CLAVE: Virus del Papiloma Humano, promoción de la salud, prevención de riesgos, autocuidado, modelo, especificación.

^a Doctora en Ciencia Política, Profesora de Tiempo Completo, UAEMEX, Nezahualcóyotl: quinluisa@yahoo.com.mx.

^b Maestro en Complejidad, Profesor de Asignatura, UNAM, México.

^c Doctora en Urbanismo, Profesora Investigadora, ATN, México.

^d Estudios de Doctorado en Psicología, Profesor de Asignatura, UAEMEX, Huehuetoca.

Fecha de recepción: 25 de abril de 2018.

Fecha de aprobación: 31 de mayo de 2018.

Evaluation of a model of the institutional strategies of self-care. Condom use and prevention in university students

ABSTRACT

Health self-care studies warn that this is an institutional diffusion strategy centered on the individual without considering the influence of the groups and institutions with which the individual interacts. In this sense, the objective of the work was the evaluation of a model related to the institutional strategies of self-care, the use of condoms and the prevention of risks associated with HPV, considering the scenario of the study university, as well as the findings reviewed in Literature. A non-experimental, cross-sectional and exploratory study was carried out with a non-probabilistic selection of 325 undergraduate students at a public university in central Mexico, considering their attendance at sexual and reproductive health courses, as well as their participation in the dissemination of information and distribution of condoms in the student and community community. Through a structural model, it was found that the factor that reflects self-care is the search for information, but this variable was spuriously linked to the self-report of condom use, recommending the inclusion of other factors such as institutional isomorphism, the choice of the couple and the sexual relationship with the couple or companion.

KEYWORDS: Human Papilloma Virus, health promotion, risk prevention, self-care, model, specification.

Introducción

El presente trabajo se inscribe en la disciplina de Trabajo Social de la Salud (TSS), área de estudios de la promoción de la salud, pero incluye conceptos provenientes de la administración pública como el concepto de isomorfismo y de la psicología de la salud como el autocuidado.

En el marco de la gestión y la administración de la salud pública, las instituciones se circunscriben a programas y estrategias integrales que buscan orientar los recursos financieros y humanos hacia la prevención de enfermedades con una alta prevalencia en la sociedad como la diabetes (García, 2017).

Se trata de un proceso institucional conocido como isomorfismo o similitud en el seguimiento y ejecución de objetivos y metas, el cual ha sido estudiado desde las ciencias sociales como fenó-

meno con alto impacto en las instituciones que prestan servicios públicos y con alta incidencia en los profesionistas que ahí laboran (Medina, 2017).

En las instituciones estatales de salud pública o comunitaria el isomorfismo ha determinado los procesos laborales tales como; confianza, compromiso, emprendimiento, innovación, competitividad, satisfacción y felicidad, aunque también ha influido en un proceso opuesto como la desconfianza, el estrés, el agotamiento, la despersonalización y la frustración (Concha, 2007).

En tal escenario, el autocuidado ha sido considerado como un efecto del isomorfismo derivado de las políticas de salud y los programas de prevención, así como un indicador de las estrategias de adhesión al tratamiento (O’Ryan y Valenzuela, 2008).

Por consiguiente, el autocuidado es una estrategia de prevención centrada en el individuo y los grupos a los que pertenece o desea pertenecer, más que en la enfermedad o al contexto de riesgo. Se trata de un protocolo difundido en los medios institucionales en particular y los medios de comunicación social en general con la finalidad de reducir la prevalencia de enfermedades y los eventuales casos de morbilidad y defunción (Ochoa, 2015).

No obstante que desde la administración pública se ha desarrollado el concepto del autocuidado, desde la psicología de la salud es entendido como una instancia previa e indicativa de la adhesión al tratamiento que al incluir los factores de soporte social y soporte familiar enriquecen el concepto de la prevención del contagio, principalmente el concepto del autocuidado (Concha, Urrutia y Riquelme, 2012).

Sin embargo, el autocuidado supone una concepción general de estrategias que el individuo debe desarrollar y consolidar a fin de poder evitar las enfermedades, o bien, reducir los riesgos de contagio. En el caso del Virus del Papiloma Humano (VPH), en tanto enfermedad de transmisión sexual (ETS), está incluida dentro de la agenda de salud pública de países desarrollados y emergentes, explicando la prevalencia del cáncer uterino en grupos de edad de entre 18 y 25 años, aunque si se comparan los casos entre países con economías desarrolladas y emergentes, la prevalencia del VPH está en el grupo de edad de entre 53 y 64 años en países emergentes hasta en un 90% de los casos de cáncer cérvico uterino (OPS, 2013).

Incluso, el autocuidado también supone estrategias en función del contexto de la enfermedad ya que, en el Estado de México, la tasa de natalidad es de alrededor de 15% en los grupos de jóve-

nes entre 18 y 29 años con mayor prevalencia del VPH (Rodríguez *et al.*, 2016).

De este modo, el autocuidado en torno a la prevención del contagio del VPH estaría indicado por estrategias personales y grupales para aminorar los riesgos de contagio, así como la prevalencia de la enfermedad en mujeres que verán reducida su calidad de vida y bienestar subjetivo antes de iniciar su edad adulta (Castro y Arellano, 2010).

A nivel global, tomando en cuenta las asimetrías entre economías emergentes y desarrolladas, el VPH es un indicador de pobreza que sólo las mujeres con un grado de marginalidad, vulnerabilidad y exclusión desarrollan como una enfermedad relacionada no siempre por su estilo de vida sexual sino, además, por su falta de acceso a medicamentos y atención especializada (León y Bosques, 2005).

Los estudios de los conocimientos y las prácticas de riesgo o preventivas en torno al VPH advierten que no se relacionan significativa el grado de pericia con la información procesada y manifiesta del uso del condón (Salazar *et al.*, 2017). El uso del condón como estrategia de prevención no sólo implica una práctica antecedente del coito sino, además sugiere un grado de conocimiento que determinaría la prevención del VPH. De este modo quienes tienen una mayor pericia en el uso del condón se distinguen significativamente de quienes tienen más impericia y, por consiguiente, están más expuestas al contagio (Gervas, 2008).

La tendencia de relaciones sexuales con diversas parejas supondría una mayor prevalencia de infección del VPH como es el caso de hombres menores de 30 años que tienen sexo con otros hombres, pero la prevención dependería de una norma subjetiva centrada en el uso intensivo del condón

como principal medida de prevención (Hinojosa *et al.*, 2016).

De hecho, la vacuna contra el VPH sería un factor preventivo, aunque la población más vulnerable que adquiere la enfermedad la desconoce, hasta en un 20% en regiones urbanas y hasta un 40% en zonas rurales. En el caso de los centros de salud los profesionistas de la salud como médicos y enfermeras, el 50% de los casos encuestados no recomiendan la vacuna como medida de prevención por desconocimiento (OPS, 2013).

En ese sentido, el autocuidado no dependería de símbolos, significados y sentidos de la vida sexual presente sino, más bien de las construcciones subjetivas de la vida sexual en el futuro ya que, el uso del condón supone la propensión al futuro o la prospectiva de felicidad con una pareja estable (González, 2010).

Una mayor prevalencia del VPH por la impericia de mujeres para el uso de condón supone que los factores culturales normativos y valorativos son determinantes de la prevención del contagio siempre que su interrelación con disposiciones –creencias, actitudes e intenciones– transfieran el impacto de los principios sociales, familiares o subjetivos por los indicadores del autocuidado (Santiago, 2015).

Si se considera la prevalencia del VPH por grupos de edad, entonces las trayectorias de relaciones de dependencia de los factores revisados en la literatura podrían ajustarse a las observaciones realizadas en un estudio con jóvenes universitarias del centro de México. Si se considera que el VPH es una enfermedad prevaliente entre grupos de edad de entre 18 y 25 años, entonces las trayectorias de relaciones de dependencia entre los factores enunciados en la literatura consultada se ajus-

tarán a las observaciones de los vínculos entre las variables del estudio. Si se asumen las diferencias entre la prevalencia de grupos de edad a partir de las distinciones entre los tipos de economías, entonces las trayectorias de relaciones establecidas en la literatura serán diferentes a las observaciones en el contexto local ya que, la literatura reporta tendencias promedio en países desarrollados y emergentes que distan de la prevalencia del VPH en el contexto local.

Estudios cualitativos del autocuidado

Los estudios cualitativos del autocuidado se han centrado en la interpretación de los discursos para develar el significado de las narrativas en torno a higiene, enfermedades, prevención, protección, condón, fidelidad, contagio y/o anticonceptivos (Palacios, Méndez, Galarza y Torres, 2016).

Antes de un diagnóstico, las mujeres no distinguen entre displasias, VPH y CACU (Cáncer Cervicouterino), pero una vez diagnósticas, el significado del VPH se asocia a las displasias y al Cáncer Cervicouterino como enfermedades fatales y trágicas para la salud personal y la afectación familiar, así como el desarrollo de un autoconcepto de culpa y la justificación de la infidelidad de su pareja masculina (Castro y Arellano, 2010).

La vacunación contra el VPH ha sido simbolizada por padres de adolescentes como un permiso para la sexualidad. La desinhibición sexual que los padres construyen en torno a las ETS, VPH, verrugas genitales y vacunación sugiere una perspectiva de denotación sexual luego de que el adolescente ha iniciado la vacunación (Ochoa, 2015).

La sexualidad ha sido construida desde las ETS en general y desde el VPH en particular y su

significado ha sido asociado a la prevención de padres de adolescentes mediante la vacunación, aunque esta ha sido asumida como poco eficaz ante el incremento de la primera relación sexual a una menor edad (Wiesner, Piñeros, Trujillo, Cortés y Ardila, 2010).

En el caso del significado de la fidelidad de las parejas no sólo significa la prevención del contagio sino, además simboliza el respeto a la pareja socialmente reconocida en noviazgo o matrimonio. La ruptura del estatus socialmente adquirido antecede a la infidelidad y el contagio del VPH como una consecuencia de una falta de confianza en la relación (Luna y Sánchez, 2014).

Los estudios cualitativos del autocuidado en relación con el VPH, uso de condón y vacunación han develado los significados de una sexualidad aversiva a los riesgos por parte de los padres en relación con la iniciación y práctica sexual de sus hijos; así como una propensión a los riesgos en los casos en que la vacunación contra el VPH ha sido simbolizada como detonantes sexual y conductas de riesgo, contagio y enfermedad que, en el caso de las mujeres han sido indistintamente resignificadas como una instancia fatal, terminal y trágica para la salud personal.

Por consiguiente, en el proceso de formación académica y profesional-laboral, las ETS, el VPH y las verrugas genitales han sido simbolizados y resignificados como efectos de la sexualidad y la infidelidad que se inicia en la universidad y proseguiría en las prácticas profesionales, así como en el ejercicio de la profesión en el ámbito laboral.

Esto es así porque el proceso de iniciación sexual estaría marcado por el estigma de la detonación sexual transferida de padres a hijos y el significado de la sexualidad que supone el contagio de una

ETS o el VPH como una consecuencia de dicha práctica.

Por lo tanto, la aversión a la prevención de enfermedades, la propensión a los riesgos sexuales laborales y la aversión al futuro saludable o libre de ETS-VPH supone un ciclo negativo en el que los símbolos u significados heredados de los padres a los hijos y adquiridos en su experiencia sexual universitaria propiciarían una predicción autocumplida:

Si la vacuna contra una ETS-VPH activa la vida sexual, entonces la sexualidad será la causa de la aparición de verrugas genitales y el inminente deceso que supone este tipo de enfermedades, justificando la infidelidad.

En tal proceso simbólico de mitos y creencias, los padres y los hijos adolescentes parecen entrar en una espiral de miedo, indignación y zozobra que edifica la aversión a la prevención de enfermedades por considerarlas ineludibles ante la vida sexual; así como la propensión a los riesgos sexuales laborales por asumirlos como inevitables ante el estigma de la sexualidad y la aversión a un futuro saludable por considerarlo inalcanzable ante la no abstinencia sexual.

Método

Se llevó a cabo un estudio no experimental, transversal y exploratorio de corte cuantitativo, asumiendo que los hallazgos cualitativos que reporta la literatura consultada permiten el contraste del ciclo simbólico de la aversión a la prevención, la propensión a los riesgos y la aversión al futuro saludable.

¿Existirán diferencias significativas entre el proceso simbólico de aversión a la prevención,

propensión a los riesgos y aversión al futuro saludable con respecto a la observación de estas dimensiones?

Hipótesis nula: Existirán diferencias significativas entre las dimensiones cualitativas teóricas con respecto a las dimensiones empíricas a ser observadas en el estudio.

Hipótesis alterna: No existirán diferencias significativas entre las dimensiones simbólicas de la aversión a la prevención, a la propensión a los riesgos y la aversión al futuro saludable con respecto a la observación de sus indicadores.

El escenario de la investigación fue una universidad pública de reciente creación en un contexto en el que la tasa de natalidad y la densidad poblacional son significativas. Se realizó una selección no probabilística de 325 estudiantes de una universidad pública, considerando su localidad de residencia. El 45% son hombres y el restante 55% son mujeres. El 67% tiene menos de 18 años ($M = 17.24$ $DE = 0.39$), el 28% tiene entre 18 y 22 años ($M = 19.4$ $DE = 0.92$) y el 5% más de 22 años ($M = 24.7$ $DE = 0.81$). El 41% reportó un ingreso familiar mensual menor a 3500 pesos ($M = 3.342$ $DE = 234.12$), el 36% mencionó un ingreso familiar entre 3500 y 7000 pesos mensuales ($M = 4.562$ $DE = 123.45$) y el restante 33% declaró un ingreso mensual superior a 7500 pesos ($M = 7621.34$ $DE = 235.35$). El 70% señaló vivir en soltería, el 22% en unión libre y el restante 8% en matrimonio.

Se utilizó la Escala de Intención de Autocuidado de García (2017) el cual incluye 16 auto-reportes en torno a 1) búsqueda de información médica, 2) auto-revisiones exploratorias, 3) uso de aplicaciones médicas, 4) solicitud de consultas y condones, 5) asistencia a consultas y talleres, 6)

adquisición de medicamentos y condones, 7) uso de medicamentos y condones. Cada pregunta se responde con alguna de cinco opciones: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = moderadamente, 3 = casi siempre y 4 = siempre.

Se encuestaron a los participantes en las instalaciones de la universidad con la garantía de anonimato y confidencialidad por escrito. Se les informó que los resultados de la investigación no afectarían ni positiva ni negativamente su situación escolar. Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (IBM-SPSS-AMOS por sus siglas en inglés, versión 25). Se utilizaron los parámetros de curtosis o concentración de valores con respecto al promedio, alfa de Cronbach o consistencia del instrumento, coeficientes KMO o adecuación de la muestra y la pertinencia del instrumento para el análisis de sus dimensiones, prueba de Bartlett o prueba de k muestras que provienen de poblaciones con la misma varianza, pesos factoriales o correlaciones entre las variables y los factores, correlaciones de Pearson o relación lineal entre dos variables aleatorias, covarianzas “phi” o medida de asociación entre dos variables binarias, pesos “beta” o medida de activo y su influencia sobre una variable y “gama” o reducción proporcional del error cometido en la predicción, así como índices de ajuste o variabilidad explicada por el modelo y residuales o mecanismos de ajuste al tamaño de la muestra a fin de contrastar el modelo de relaciones especificadas con los datos observados.

El valor curtosis cercano a la unidad fue asumido como evidencia de distribución normal de las respuestas de encuestados con respecto a las aseveraciones que miden las variables del estudio en un instrumento con opciones de respuesta y niveles de medición intervalos. Los valores r de Pearson cercanos a la unidad y al cero fueron

descartados de posteriores análisis ya que significan relaciones colineales o espurias. En cambio, aquellos valores superiores a 0.30 e inferiores a 0.90 fueron asumidos como evidencias de relaciones de dependencia. Los valores “phi” entre 0.30 y 0.90 fueron identificados como evidencias de relaciones de dependencia para el caso de variables categóricas o en combinación con variables continuas. Los valores “beta” entre variables exógenas y endógenas entre 0.30 y 0.90 fueron asumidas como evidencia de relaciones de dependencia. Del mismo modo, los valores “gamma” entre variables endógenas cercanos a cero o a la unidad fueron descartados de posteriores análisis. El Índice de Bondad de Ajuste (GFI por sus siglas en inglés) cercano a la unidad fue asumido como evidencia de ajuste y aceptación de la hipótesis nula. Por el contrario, los valores inferiores a 0.975 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis alterna. Los valores cercanos a cero fueron asumidos como evidencia de ajuste entre las relaciones especificadas y los datos obtenidos, por consiguiente, se aceptó la hipótesis nula de ajuste entre ambos modelos. En contraste, los valores superiores a 0.007 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula.

Resultados

La Tabla 1 muestra las propiedades estadísticas del instrumento en el que es posible apreciar una distribución normal dentro de los límites del sesgo y la curtosis menor a la unidad, así como la consistencia del instrumento apenas superior a la mínima requerida.

Respecto al autocuidado, tres factores resultaron del análisis de ejes principales y rotación promax, aunque sólo explicaron 52% de la varianza total explicada. Una vez establecidos los datos des-

criptivos se procedió a estimar sus correlaciones a fin de poder anticipar relaciones de dependencia entre las dimensiones del autocuidado (véase Tabla 2).

A partir de estos hallazgos se procedió a modelar una estructura de relaciones de dependencia entre los indicadores y las dimensiones esgrimidas del autocuidado (véase Figura 1).

Discusión

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión radica en la especificación de un modelo para el estudio del autocuidado en torno a la prevención del contagio del VPH, el cual, está indicado por factores en los que la búsqueda de información es la dimensión reflejante, pero el tipo de investigación exploratoria, el tipo de muestreo intencional y el tipo de análisis estadístico limitan los resultados al contexto del estudio.

Es recomendable contrastar el modelo especificado en muestras y escenarios diferentes al de la presente investigación, con la finalidad de establecer las dimensiones del autocuidado en torno a la prevención del VPH en la población en general y en la población juvenil en particular, ya que es en esta etapa de la vida donde se adquiere el virus y se desarrolla en Cáncer Cervicouterino en la siguiente etapa adulta.

En relación con el estado de la cuestión donde se destaca la inconsistencia estadística entre la información, las decisiones y comportamientos relativos a los riesgos del VPH, el presente trabajo ha especificado aquellos elementos del autocuidado que estarían asociados a las conductas de riesgo como es el caso de que el factor más reflejante sea la búsqueda de información, pero el factor menos reflejante sea el uso del condón, principal

Tabla 1. Descriptivos del instrumento.

R	M	D	S	C	A	F1	F2	F3
R1	1.92	.39	.30	.02	.721	.403		
R2	1.24	.24	.39	.03	.730	.504		
R3	1.50	.49	.10	.08	.725	.383		
R4	1.44	.62	.27	.07	.783	.491		
R5	1.28	.95	.32	.06	.792	.305		
R6	1.38	.71	.45	.03	.704	.401		
R7	1.01	.30	.81	.02	.751	.591		
R8	1.04	.20	.31	.03	.725	.405		
R9	1.28	.54	.95	.04	.748	.496		
R10	1.32	.82	.78	.08	.752		.503	
R11	1.45	.17	.30	.09	.744		.542	
R12	1.62	.39	.32	.06	.705		.305	
R13	1.03	.46	.36	.05	.783		.491	
R14	1.94	.40	.38	.06	.741		.406	
R15	1.90	.75	.29	.04	.783		.418	
R16	1.04	.39	.31	.03	.773		.367	
R17	1.24	.40	.38	.02	.771		.301	
R18	1.46	.52	.45	.03	.725			.301
R19	1.36	.37	.52	.05	.755			.491
R20	1.01	.83	.40	.06	.705			.482
R21	1.02	.75	.38	.07	.781			.407
R22	1.06	.26	.56	.08	.793			.501
R23	1.02	.30	.27	.09	.785			.376
R24	1.57	.46	.36	.06	.762			.496
R25	1.25	.36	.48	.05	.732			.493

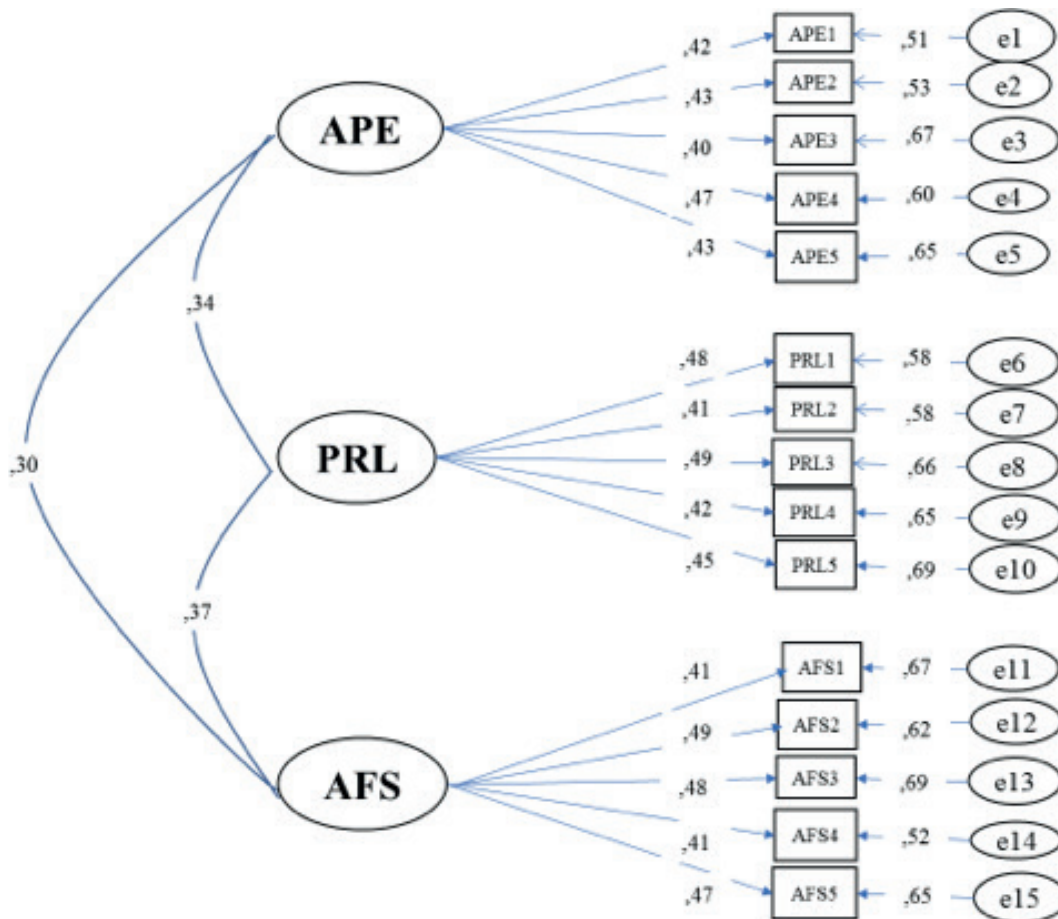
R = Reactivo, **M** = Media, **D** = Desviación Estándar, **S** = Sesgo, **C** = Curtosis. **A** = Alfa quitando el valor del ítem, **F1** = Aversión a la Prevención de Enfermedades (23% de la varianza total explicada), **F2** = Propensión a los Riesgos Laborales (16% de la varianza total explicada), **F3** = Aversión al Futuro Saludable (12% de la varianza total explicada). Todos los auto-registros incluyeron cinco opciones de respuestas que van desde **0** = “nada probable”, hasta **5** = “bastante probable”.

Tabla 2. Correlaciones entre las dimensiones del autocuidado.

	F1	F2	F3	F1	F2	F3
F1	1.00			1.925		
F2	.221**	1.00		.782	1.784	
F3	.229*	.203*	1.00	.654	.501	1.832

F1 = Aversión a la Prevención de Enfermedades, F2 = Propensión a los Riesgos Laborales, F3 = Aversión al Futuro Saludable
 al Futuro Saludable *p < 0,01; ** p < 0,001***p < 0,0001.

Figura 1. Modelo estructural de trayectorias reflejantes.



F1 = Aversión a la Prevención de Enfermedades, F2 = Propensión a los Riesgos Laborales, F3 = Aversión al Futuro Saludable.
 Los parámetros de ajuste [$\chi^2 = 268.40$ (46gl) $p = 0.012$; GFI = 0.995; CFI = 0.990; RMSEA = 0.004] sugieren la aceptación de la hipótesis nula relativa al ajuste de las relaciones teóricas con respecto a las observaciones realizadas en el estudio.

estrategia de prevención del contagio del VPH en particular y de las enfermedades de transmisión sexual en general.

Respecto a la asociación espuria entre la búsqueda de información y el uso del condón encontrada en el presente estudio, la literatura especializada asume que se trata de dos variables que deberían explicar un proceso deliberado, planificado y sistemático del autocuidado y la prevención de riesgos, aunque en el presente trabajo y en otros más llevados a cabo por Luna y Sánchez (2014), Palavios *et al.*, (2016) se ha demostrado que estos factores no están significativamente vinculados.

En relación con los estudios sobre prevención de riesgos asociados al contagio del VPH en jóvenes universitarios con acceso a internet y manejo intensivo de tecnologías, dispositivos y redes electrónicas, el presente trabajo ha descubierto que son estos indicadores de autocuidado insuficientes para anticipar la adquisición y el uso del condón.

Los resultados parecen corroborar el supuesto de que las nuevas generaciones *millennials* tienen acceso y manejo de información que parecen no ser determinantes del uso del condón en torno a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y por consiguiente el VPH.

Empero, los resultados del presente trabajo no han incluido las conductas sexuales que explicarían la asociación espuria entre la búsqueda de información, la adquisición del condón y el uso del preservativo ya que, el tipo de relación sexual con la pareja o compañía provisional determinarían el uso del condón.

En tal sentido es que los estudios de la salud sexual y reproductiva han demostrado que en las

relaciones de pareja la confianza es un factor que incide en delegar el uso del condón en la pareja y, en consecuencia, la prevención de una ETS. En tal situación, el autocuidado podría estar indicado por la elección de la pareja, la relación con la pareja y la práctica sexual con la pareja (Squiquera, 2006).

Respecto a los acompañamientos ocasionales o provisionales, la literatura ha encontrado que entre la pericia del uso del condón determina los encuentros sexuales del mismo sexo, pero la impericia también incide sobre la adquisición de ETS. Ello quiere decir que el autocuidado está siendo determinado por percepciones de riesgo que activan la pericia en el uso de preservativos como el condón, pero también las conductas de riesgo preceden a percepciones de inmunidad en donde la población adolescente o juvenil parece asumir que su condición física o su edad son suficientes para contrarrestar los riesgos o enfrentar a las ETS (Urritía, Riquelme y Padilla, 2012).

El autocuidado también ha sido determinado por la percepción de desesperanza o indefensión aprendida que el adolescente o joven desarrollan ante la proliferación de embarazos no deseados al asumir que la sexualidad en general y las relaciones coitales en particular irremediablemente culminarán con el embarazo y la unión marital o libre de las parejas, aunque estas se clasifiquen en el rubro de acompañamientos provisionales.

Empero, en el caso de la universidad de estudio, la entidad federativa con una alta tasa de embarazos y nacimientos no sólo explica la prevalencia de conductas de riesgo que eventualmente se traducen en ETS sino, además en términos culturales una ideología académica que consiste asumir a la sexualidad, al matrimonio o a la paternidad como parte de un ciclo de vida que se asociaría a la au-

sencia de logros académicos como la titulación, la continuidad al posgrado o la práctica profesional.

Se trata de una ideología que promueve la elección indiscriminada de una pareja, la relación sexual inmediata, el embarazo consecutivo, la unión o matrimonio y la paternidad en un lapso corto de tiempo una vez que se han concluido los estudios o bien se está por concluirlos, pero sin la intención de graduarse.

Pues bien, todos estos factores culturales, económicos, sociales, culturales, académicos y también políticos dado el efecto opuesto que el isomorfismo genera en la proliferación de conductas de riesgo más que del autocuidado, hace suponer un replanteamiento de los programas y estrategias de difusión de la salud y la prevención de ETS, centrados en el uso del condón.

Conclusión

El objetivo del presente trabajo ha sido medir la relación entre el autocuidado, el uso del condón y la prevención de riesgos asociados al VPH, aunque los límites del trabajo están en el diseño de la investigación, pero la inclusión de los determinantes del autocuidado podría contribuir al estado de la cuestión.

En tal sentido, la estructura de intención de autocuidado observada en tres factores relativos a la aversión a la prevención de enfermedades, la propensión a los riesgos laborales y la aversión al futuro saludable contribuirán al diseño de políticas,

estrategias y programas institucionales orientados desde las expectativas de la población vulnerada ante las ETS y el VPH.

El efecto de las políticas, estrategias y programas institucionales centrados en el autocuidado de corte informativo se complementaría con la influencia social, grupal o familiar en la toma de decisiones y conductas del individuo, ambas prevenirían los riesgos asociados a las ETS y VPH, así como reducirían su alto costo de tratamiento.

El institucionalismo del autocuidado informativo y su promoción en tres dimensiones de aversión a la prevención, propensión a los riesgos y aversión al futuro saludable estarían dirigidos a la población vulnerable a las ETS y el VPH al integrar su salud ocupacional con su salud reproductiva y sexualidad, reduciendo sus posibilidades de contagio e incrementando su desempeño y capacidades laborales.

Por consiguiente, será pertinente el diseño de instrumentos que ponderen la influencia del autocuidado tanto como estrategia de prevención como estilo de vida emergente en grupos que convergen en la salud ocupacional, reproductiva y sexual libre de riesgos. Esta línea de investigación permitirá establecer los indicadores sobre los que se evalúen las políticas institucionales en materia de programas de prevención de contagio de ETS y VPH, así como el impacto de dichas estrategias institucionales en los derechohabientes o en los usuarios de los servicios de salud pública y comunitaria.

Referencias bibliográficas

- Castro, M. C. y Arellano, M. C. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*. 52: 207-212
- Concha, M. (2007). Diagnóstico y terapia del Virus del Papiloma Humano. *Revista Chilena de Infectología*. 24: 209-214
- Concha, X., Urrutia, T. y Riquelme, G. (2012). Creencias y Virus del papiloma Humano. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 77: 87-92
- García, C. (2017). Política de salud comunitaria y la adhesión al tratamiento del cáncer cervical en una comunidad del centro de México. *Empsys*. 21: 1-10
- Gérvás, J. (2008). La vacuna del Virus del Papiloma Humano desde el punto de vista de la atención primaria en España. *Revista Brasileña de Epidemiología*. 11: 505-525
- González, M. A. (2010). ¿Es el momento de vacunar contra el Virus del Papiloma Humano en Colombia?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 61: 136-145
- Hinojosa, D. A., Palma, L. E., Moreno, V., Licón, A., Lora, N. A., Carrera, N. C., Santana, V. M., Duque, J. y Leal, I. (2016). Prevalencia el virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres en Chihuahua, México. *Acta Universitaria*. 26: 62-69
- León, G. y Bosques, O. J. (2005). Infección por virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer del cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 1: 1-8
- Luna, M. A. y Sánchez, G. (2014). Posibilidades sociales de prevención en la por Virus de Papiloma Humano y de Cáncer Cervicouterino en San Cristobal de las Casas, Chiapas, México. *Luminar*, 8 (2), 67-80
- Medina, I. A., Gallegos, R. M., Cervera, M. E., Cob, R. A., Jiménez, J. y Ibarra, O. (2017). Conocimiento del Virus del Papiloma Humano y su vacuna por parte de mujeres de una zona rural de Querétaro, México. *Enfermería Actual*. 32: 1-14
- O’Ryan, M. y Valenzuela, M. T. (2008). Virus del Papiloma Humano y cáncer cérvico uterino. *Revista Médica de Chile*. 136: 1367-1370
- Ochoa, F. J. (2015). Mitos y realidades de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14 (4), 214-221
- Ochoa, F. J. (2015). Mitos y realidades de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 14: 214-221
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Prevención y control integrales del Cáncer Cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washintong: OPS
- Palacios, O. A., Méndez, S. L., Galarza, D. L. y Torres, T. M. (2016). Dominios culturales de salud sexual y Virus del Papiloma Humano en adolescentes mexicanos. *CES Psicología*, 9 (2), 152-166
- Rodríguez, B., Holzmann, A. P., Santos, A., Lima, C., Goncalves, R. P. y Santos, S. (2016). Infección del Virus del papiloma Humano en mujeres con VIH / SIDA. *Enfermería Global*. 44: 1-12
- Salazar, L. J., Benavides, M. R., Boogaard, S. y Marin, Y. (2017). Estrategias latinoamericanas para la vacunación contra el virus del papiloma humano. Una revisión temática. *Hacia la Promoción de la Salud*. 22: 129-143
- Santiago, S. (2015). Aceptabilidad de las enfermeras de la vacuna contra el virus del papiloma humano. *Revista de Enfermería*. 9: 1-10
- Squiquera, L. (2006). Virus del Papiloma Humano. Revisión e indicaciones terapéuticas. *Revista Argentina de Dermatología*. 87: 28-41
- Urrutía, M. T., Riquelme, G. y Padilla, O. (2012). Conocimientos y conductas preventivas sobre Cáncer Cervicouterino y virus del papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Revista Chilena de*

Infectología. 29: 600-606
Wiesner, C., Piñeros, M., Trujillo, L., Cortés, C. y Ardila, A. (2010). Aceptabilidad de la vacuna contra

el Virus del Papiloma Humano en padres de adolescentes en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12 (6), 961-973