



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN Y
APOYO DE LAS MUJERES MEXICANAS AL REALIZARSE
LA PRUEBA DEL VPH**

DIRECTOR DE TESIS
Dr. Eduardo César Lazcano Ponce

ASESORAS
Dra. Betania Allen Leigh
Dra. Olga Georgina Martínez Montañez
Dr. James Thrasher

ALUMNA
Leith Soledad León Maldonado

Morelia, Michoacán, Septiembre 2010

El cáncer cervical, considerada una enfermedad de la pobreza, acentúa la importancia de esta neoplasia como problema de salud pública prioritario, así mismo, la trascendencia de organizar e integrar los programas de prevención primaria y secundaria de este cáncer, como determinantes para disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa.

El presente documento expone la necesidad actual de los servicios de salud en la ejecución del programa de acción del cáncer cérvico uterino en México, el planteamiento de las alternativas de solución basadas en evidencia epidemiológica y su factibilidad operativa, así como los beneficios para la población y el sector salud que pueden derivarse, persiguiendo el objetivo esencial de la salud pública, la salud de la población.

MARCO DE REFERENCIA

Abordar actualmente el cáncer cervical como tema de estudio, significa la contribución de conocimiento básico y su aplicación a lo largo de más de un siglo de investigación alrededor del mundo, aportando extensa evidencia para la toma de decisiones, generación de políticas públicas y como base para el desarrollo de programas de acción. ^{1,2}

Los grandes esfuerzos realizados en sincronía con la toma de decisiones basadas en evidencia, han permitido alcanzar importantes avances en materia de cáncer cervical como problema de salud pública, indicado en el descenso en las tasas de mortalidad e incidencia, principalmente en países desarrollados donde la enfermedad es ya infrecuente. ³



El escenario es distinto en países en desarrollo, donde el impacto y frecuencia de muerte por esta neoplasia, en adición a las altas tasas de incidencia entre la población de mujeres, coloca al cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública prioritario.

Las estadísticas globales de cáncer para el año 1990, muestran un aumento del 37% de nuevos casos de cáncer en todo el mundo comparado con la primera evaluación realizada en el año 1975. En el año 1990 se estimaron 8.1 millones de casos nuevos de cáncer a nivel global y 10.9 millones para el año 2002. Las muertes por cáncer estimadas para el año 1990 fueron 5.2 millones en relación a 6.7 millones en el año 2002.⁴⁻⁶

El cáncer cervical, en términos de frecuencia global, es el séptimo cáncer más común entre todos los tipos de cáncer — estadísticas globales año 1990 y 2002 — es el tercer cáncer más común entre las mujeres durante los años noventa y el segundo para el año 2002, prevaleciendo en países en desarrollo.⁴⁻⁶

Para el año 1990 se estimaron 371,200 casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el mundo, lo que representa el 9.8% respecto al total de cánceres, comparado con 493,243 casos (16.2% del total) durante el año 2002. Para estos mismos años, se estimaron 190 muertes (8.5% del total de fallecimientos año 1990) y 273,505 (9% del total de muertes, año 2002).⁴⁻⁶

El cáncer cervical es mucho más frecuente en países en desarrollo, aproximadamente el 83% de los casos nuevos han ocurrido en estas regiones durante los años 90's y 2002, frecuencia relacionada con la mortalidad y su significativa disparidad entre regiones. Se estima que durante el año 2002 el 85% de las defunciones ocurrieron en países en desarrollo.⁴⁻⁶



Las estimaciones anteriores evidencian la frecuencia del cáncer cervical en países pobres del mundo, destacando regiones del continente Americano, primordialmente países latinoamericanos, donde las altas tasas de incidencia y mortalidad son recurrentemente altas.⁴⁻⁷

La morbilidad y mortalidad para el año 2000, correspondiente a los 21 países integrantes de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela) se estima en 76,000 casos nuevos de cáncer cervical —16% respecto al total mundial— y 30,000 muertes por la misma causa —13% del total—, lo que cataloga esta región como el área con las tasas de incidencia más altas del mundo junto con países de Asia y África.⁷

El cáncer cervical en las regiones empobrecidas de América, significa la segunda causa de muerte y enfermedad entre mujeres que ahí radican, sin embargo, las estimaciones entre los países latinoamericanos presentan grandes diferencias entre sí. Haití, Nicaragua y Bolivia son los países con las tasas de incidencia más altas, por el contrario, las tasas en Argentina, Uruguay y Puerto Rico fueron similares a las observadas en países Europeos.⁷

El país con mayor riesgo fue Haití y el menor Puerto Rico con relación a las tasas de incidencia estimadas en el año 2000 (93.9 y 10.3 por 100 mil personas) respectivamente. Para este mismo año, Haití fue la región con la tasa de incidencia más alta del mundo, opuesto a la posición de Puerto Rico, como el país con el menor riesgo en la región.⁷

El panorama de las Américas no es reciente, los cambios observados han sido graduales en la mayor parte de los países desde los primeros estudios en los años ochenta, década en la cual las



tendencias descendían en los países en desarrollo, marcando contradictoriamente cambios importantes entre estos países. ⁷

Los hallazgos señalan que las diferencias entre países desarrollados y países en desarrollo, específicamente latinoamericanos, son atribuibles a la prevención secundaria con base en el tamizaje, la frecuencia y difusión de la prueba, la toma y lectura de muestras citológicas, el seguimiento de las mujeres después de realizar la prueba, entre otros factores que en suma, indican limitaciones en la organización e integración de los programas preventivos en la mayoría de los países de Latino América. Es evidente que la disminución de la mortalidad no se atribuye al uso de la prueba de tamizaje *per se*. Lo que reduce el número de fallecimientos de mujeres por esta causa es la identificación oportuna de las lesiones precancerosas en combinación con la intervención para tratarlas. ⁷⁻⁸

En el contexto de un país en desarrollo y región de Latinoamérica, el cáncer cervical en México persiste como problema de salud pública, su distribución y frecuencia está determinada por factores asociados a la marginación y la pobreza. La brecha de la desigualdad define la disparidad de la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical entre zonas urbanas y rurales en México, equivalente a la distribución mundial del cáncer cérvico uterino entre países desarrollados y en desarrollo o los acentuados contrastes entre países latinos. ⁷

Durante los años 1990 a 2000 se registraron 48,761 muertes por cáncer cervical en México, en promedio, 12 mujeres fallecidas por día. Para el mismo periodo se observó un aumento del 0.76% de muertes por cáncer cérvico uterino en el país, estimando en tres veces más el riesgo de morir en zonas rurales que en zonas urbanas del país. ⁹



El elevado número de casos nuevos de cáncer cervical en zonas rurales y urbano marginadas vinculado al mayor riesgo de morir por esta causa, destacan la importancia de identificar los factores asociados a las condiciones de pobreza y marginación que limitan la organización e integración de los programas preventivos, con la finalidad de establecer estrategias para mejorar el estado de salud de las mujeres y evitar más muertes por una causa prevenible.

Además, se suma a lo anterior factores exógenos como, la mayor presencia del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo en regiones pobres; programas de detección oportuna deficientes o su baja cobertura y uso; acceso limitado a los servicios de salud; inadecuada o nula infraestructura de las unidades de salud; recursos financieros insuficientes y la escasez de personal de salud en áreas empobrecidas y marginadas. ^{3,7,9}

Un estudio realizado en México por Palacio-Mejía y colaboradores analizó las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino en las poblaciones urbanas y rurales de las entidades federativas de México y su relación con factores relacionados con la pobreza durante el periodo de 1990 a 2000. Los autores encontraron que las mujeres que viven en el área rural tienen 3.07 veces mayor riesgo de mortalidad por este cáncer en comparación con las mujeres residentes en el área urbana. ⁹

Se observó que los riesgos de mortalidad en las entidades con mayor predominio rural aumentan considerablemente respecto al Distrito Federal, el cual posee el menor porcentaje de población rural en el país. Los resultados del estudio permitieron concluir que en los años del estudio la mortalidad por cáncer cérvico uterino se encontraba relacionada con los factores presentes en la pobreza como son la falta de escolaridad, el desempleo, el bajo nivel socioeconómico, la residencia en áreas rurales y la falta de acceso efectivo a los servicios de salud. ⁹



Con la finalidad de explicar las diferencias en la mortalidad entre poblaciones urbanas y rurales en la investigación, se estudiaron características sociodemográficas como es el número de años de educación formal de las mujeres que murieron de cáncer de cuello uterino, encontrando que el 44% de ellas viven en áreas rurales y de estas, el 94% tenían un año de escuela primaria o menos. ⁹

El estado de Oaxaca tuvo la mayor proporción de mujeres que murieron de cáncer de cuello uterino y el mayor porcentaje de mujeres sin cobertura de la seguridad social, incluyendo el acceso al sistema de atención y seguridad social de salud, en un 65,7%. Estos datos indican el alto nivel de exclusión o marginación de la población de Oaxaca en términos de desarrollo social y la calidad de vida de la mujer. Dichas características podrían contribuir a la tendencia creciente en las muertes por cáncer de cuello uterino. ⁹

La pobreza es un asunto complejo que incluye elementos tales como el desempleo y los bajos niveles de educación formal. Por ende, las altas tasas de cánceres prevenibles en grupos que viven en la pobreza deben ser entendidas en este ambiente de complejidad. Muchos factores determinan el estatus socioeconómico y estos a su vez están asociados con el riesgo de cáncer de cuello uterino. Es decir, el riesgo de cáncer cervical puede estar asociado con las enormes diferencias sociales que existen entre las zonas urbanas y rurales en México. ⁹

Las conclusiones de este estudio, así como las interpretaciones de otras investigaciones, permiten explicar la relación de cáncer cervical con la pobreza:

- Las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino afectan principalmente a las mujeres que viven en pobres países, que frecuentemente tienen programas deficientes de la detección temprana y tratamiento del cáncer. ²
- El grupo étnico (marginado) y la pobreza han sido fuertemente asociados a la alta mortalidad por cáncer, y especialmente cáncer cervical. Esta asociación ha sido atribuida a la falta de acceso a la



atención médica, el no pertenecer a un sistema de salud (seguridad social o seguro privado) y recibir el diagnóstico o el tratamiento hasta etapas avanzadas de la enfermedad. ¹⁰⁻¹¹

- Homologas a las diferencias encontradas en México, en Estados Unidos un elevado número de muertes por cáncer se producen en las minorías étnicas, especialmente entre las mujeres afroamericanas comparadas con las mujeres blancas. ¹²
- Los bajos niveles de educación formal constituyen un riesgo para el cáncer cervical, probablemente porque esto impide acceso de las mujeres a la información relacionada con la salud al respecto de la detección precoz de cáncer de cuello uterino mediante la prueba de Pap y por ende recibir el tratamiento cuando la enfermedad está en las primeras etapas. ¹³
- El número de hijos o de partes fue uno de los principales factores relacionados con el cáncer de cuello uterino anterior al descubrimiento del papel del VPH en la etiología de esta neoplasia (el mecanismo biológico funcionaría a través del trauma cervical), siendo las mujeres que viven en zonas rurales las que tienen el mayor número de hijos comparado con las mujeres de zonas urbanas. ¹⁴
- Algunos estudios indican que la edad promedio de iniciación sexual en las zonas rurales es un año menor que la media de edad entre las mujeres en las zonas urbanas, lo cual es un factor de riesgo para la infección del virus del papiloma humano (mayor tiempo de exposición al virus), causante del cervical cáncer. ¹⁵

Otro estudio realizado en México tuvo como objetivo explorar las diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cervical, dado que en el resto del mundo se ha documentado las desigualdades vinculadas con estos dos cánceres ginecológicos incluyendo el lugar de residencia, grupo étnico, estado socioeconómico y acceso a la seguridad social, entre otros factores. ¹⁶⁻¹⁷



Entre las principales conclusiones del segundo estudio podemos mencionar:

- La distribución regional de la mortalidad por estos cánceres tienen un comportamiento inverso: mientras que el cáncer de mama muestra tendencias ascendentes y es mayor en la región norte y el Distrito Federal, la mortalidad por cáncer cervical tiende a disminuir y es mayor en las regiones centro y sur del país.
- La tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer de mama podría deberse a la ausencia de infraestructura para el tamizaje y en consecuencia, la imposibilidad de reconocer de manera oportuna esta neoplasia en México, mientras que la mortalidad por cáncer cervical es significativamente mayor en la región sur, donde existe un predominio de áreas marginadas, lo que indicaría que la accesibilidad geográfica y cultural a los servicios de detección oportuna sea mayor en las áreas marginadas, así como también una calidad menor de dichos servicios.

Existe extensa evidencia epidemiológica sobre los efectos protectores de los programas organizados con base en el tamizaje, potencialmente pueden reducir la incidencia y mortalidad hasta en un 90%. La contundencia y relevancia de los estudios llevan a recomendar, la organización de los programas de detección oportuna dirigidos a zonas rurales y urbano marginadas, dados los factores que las adjetivan como zonas de alto riesgo donde se concentra el mayor número de casos incidentes y fallecimientos de mujeres por esta neoplasia, toda vez que se enfrenta un problema prevenible y tratable, determinado por el riesgo del lugar donde se vive y la inequidad en salud. ^{7,9,18}

Los programas de prevención y control del cáncer cervical, se establecieron entre los años 60's y 70's, obteniendo a partir de ello, experiencias exitosas en países europeos, de América del Norte y el caso de Puerto Rico en Latinoamérica. ^{3,7,9}

Los precedentes del programa nacional de prevención y control del cáncer cérvico uterino en México, comienzan en el año de 1962 en el Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salud, con



el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, en el mismo año, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició el programa de detección oportuna, Institución que instauró una red de laboratorios de citología exfoliativa ubicados en diferentes delegaciones del Distrito Federal y comenzó la capacitación con su personal en técnicas de microscopía para la detección del cáncer cervical (año 1975).^{1,2}

Durante 1974, el programa nacional comenzó a esparcirse y para 1976 el programa ya se había extendido a todo el país. En 1980 se creó la primer clínica de displasias en la unidad de oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en la cual años más tarde (1993) se capacitara formalmente a médicos, ginecólogos y oncólogos. ^{1,2}

En el marco jurídico, la Norma Oficial Mexicana, decretada en la década de los noventa, ha sido revisada y modificada con fines de actualización al ir incorporando nuevas tecnologías y hallazgos, con el objetivo de llegar a reducir la morbilidad y mortalidad por este cáncer, adicionalmente los manuales de organización y procedimientos de las clínicas de colposcopia son actualizados con el mismo objetivo. En complemento, en 1997, la Secretaría de Salud denomina el programa como prioritario con observancia nacional. ^{1-2,19}

Una sucinta revisión histórica del programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino en México, refleja sin duda el gran esfuerzo de diferentes actores por preservar la salud de las mujeres ante un problema prevenible y tratable, no obstante, las tendencias en la incidencia y la mortalidad, no muestran cambios importantes comparado su comportamiento constante en México con reducciones significativas hasta del 50% en países desarrollados, lo que supone dificultades en la organización del programa en el país, reincidentes en estadísticas mundiales, estudios en la región de América Latina e investigaciones nacionales. ^{3-7,9,20}



En 1999 un estudio realizado en México, señala la baja efectividad del programa en términos de calidad y cobertura, subrayando la deficiente calidad de Papanicolaou (Pap), el alto porcentaje de muestras falsas negativas en centros de lectura, la mayor demanda de atención curativa en fases avanzadas de la enfermedad, la baja cobertura de la prueba de Pap en zonas rurales y el desconocimiento para su uso. ²⁰

Tomando en cuenta: a) la utilización de la citología cervical desde aproximadamente 67 años atrás, como principal prueba para la detección de cambios premalignos o invasión temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres con signos clínicos aparentemente normales b) las tendencias en la incidencia y esencialmente en la mortalidad por cáncer cervical c) la insuficiencia de recursos e infraestructura para organizar la prevención secundaria d) evidencia suficiente sobre los programas no organizados en países en desarrollo basados en el tamizaje, los antecedentes sugieren la búsqueda de nuevas alternativas para la prevención de cáncer cervical como medida necesaria para evitar más muertes. ²⁰

Bajo la perspectiva de la salud pública y considerando los elementos anteriores una parte del escenario en México, las recomendaciones basadas en la evidencia, parten de la reorganización del programa de detección. Apoyado en la premisa del costo-efectividad de la prueba de Pap y la factibilidad para su uso, se recomienda su práctica paralela a alternativas tecnológicas que potencialmente lleven a prevenir más casos y fallecimientos por cáncer cervical. ²⁰

La propuesta de los expertos para reorganizar el programa de detección de México incluye cinco estrategias principales, a) aumento de la cobertura de detección del cáncer cervical (a través de Pap o pruebas de VPH) b) mejor control de calidad en la toma del frotis del cuello uterino c) mejorar la interpretación de las pruebas de Pap d) garantizar el tratamiento de las mujeres con resultados



anormales en pruebas de detección e) mejorar el seguimiento; Lo anterior basado en los hallazgos encontrados en las investigaciones realizadas en nuestro país. ²⁰

Las debilidades del programa identificadas en México, son correspondientes con un estudio realizado en el año 2005, en el cual se enfatizan las dificultades en la organización e integración de los programas tradicionales basados en la citología de tamizaje, para la detección del cáncer cervical en países pobres, dadas las limitaciones en infraestructura, recursos financieros y humanos. El estudio recomienda buscar nuevos enfoques, como alternativa para la prevención del cáncer cervical, como un objetivo de la investigación en desarrollo. ³

Partir de objetivo medular, evitar más casos incidentes y sobretodo muertes por cáncer cervical, implica vencer las limitaciones organizacionales del programa preventivo y de control del cáncer cervical, sí ello sugiere la reingeniería del programa y la búsqueda de alternativas factibles en un escenario de desigualdad como el de México, significa un gran desafío.

Actualmente en el país, como en otras regiones pobres del mundo, se coadyuvan esfuerzos para lograr los retos implicados en la organización e integración del programa de acción contra el cáncer cervical, basados en la evidencia epidemiológica y nuevas tecnologías. Usufructuando el momento histórico y de avances tecnológicos en esta materia, en México se han planteado retos y estrategias orientadas a prevenir esta neoplasia. ¹⁶

Los puntos que dan dirección a las estrategias se plantean en un estudio realizado en México en el año 2006, entre ellos, a) la demostración de la asociación causal entre infección persistente por VPH y cáncer cervical b) las tasas de natalidad y el nivel de cobertura como factores contribuyentes en el descenso en la mortalidad por cáncer cervical c) el efecto sinérgico del uso de la prueba de Pap en conjunto con alguna prueba para detectar VPH dentro del programa de detección d) dado el origen



viral del cáncer cervical es factible la prevención primaria y secundaria, previniendo la infección por VPH así como la detección y tratamiento de las lesiones precursoras respectivamente. ¹⁶

Las ventajas de implementar estrategias con base en las innovaciones tecnológicas, parten del incremento de intervalo entre pruebas de tamizaje, el uso de la prueba para detectar VPH como alternativa de tamizaje en mujeres con anomalías detectadas, el uso de la prueba de VPH en combinación con la prueba de Pap tiene potencial para mejorar el valor predictivo negativo de la prueba de citología cervical así como de dirigir los recursos limitados para la detección hacia las mujeres con infecciones persistentes por VPH como mujeres que están en riesgo de desarrollar cáncer cervical, lo que permitiría incrementar los intervalos de periodicidad y disminuir los costos del programa. ¹⁶

Los adelantos tecnológicos actuales ofrecen una variedad de herramientas para la reorganización del programa de prevención y control del cáncer cervical, como resultado de décadas de esfuerzos y trabajo en busca de respuestas y alternativas de solución. Tanto la aplicación de la vacuna contra el VPH como hallazgo en la prevención primaria del cáncer cervical y el uso combinado de la prueba de Pap con la prueba de VPH para la identificación de mujeres con citologías cervical anormal en la prevención secundaria, se sustentan en la relación causal entre el cáncer cervical y una infección persistente por VPH. ¹⁷

En el marco de las alternativas disponibles, se exponen trabajos recientes realizados en México, mostrando la utilidad de las innovaciones tecnológicas, entre las más nuevas, la prueba de ADN de VPH y las vacunas contra VPH, haciendo un análisis de las ventajas que ofrece su implementación en la prevención primaria y secundaria del cáncer cérvico uterino, reiterando el evitar gastos innecesarios, reducir la desigualdad en salud y principalmente evitar más muertes por una causa prevenible que afecta mayormente a mujeres que viven en la pobreza. ²¹



Los hallazgos en investigación señalan la combinación de pruebas de VPH y Pap con control de calidad, como la mejor opción para la prevención del cáncer de cuello uterino, dado que la prueba de VPH es muy sensible y la prueba de Pap es muy específica, la combinación de ambas pruebas incrementa el valor predictivo negativo y amplía el intervalo de escaneo en 5 años cuando el resultado en las dos pruebas es negativo. ²¹

Las principales ventajas técnicas de la prueba de VPH son: tiene mayor sensibilidad para identificar lesiones de NIC 3 + y mayor; el análisis de la prueba de VPH es menos subjetivo y hay mayores posibilidades de control de calidad que con la prueba de Pap. Asimismo, es óptima la combinación de la prueba de VPH con la prueba de Pap, porque mientras la prueba de Pap es una prueba altamente específica, la prueba de VPH es altamente sensible. Así, cuando se combina a las pruebas, mejora el valor predictivo negativo de la detección de neoplasia cervical, y por esta razón cuando ambas pruebas son negativas, se puede incrementar el intervalo de tamizaje a 5 años. ²²⁻²⁵

La pertinencia de la aplicación de la prueba de VPH sumado a los atributos de la misma representa importantes mejoras para el programa. La sensibilidad de la prueba de VPH es de 95% frente al 58% de la citología convencional en México. La prueba de VPH tiene la potencial para incrementar los niveles de cobertura así como la accesibilidad, en parte porque se reduce el número de visitas necesarias de parte de las usuarias y por lo tanto un mejor uso de los recursos. ^{21,26}

La recolección de muestra para realizar la prueba de VPH ofrece también alternativas para su desarrollo. En este sentido, la muestra vaginal puede ser recolectada por la misma mujer o por un prestador de atención, pero sin necesidad de recolectar la muestra de la zona de transformación (es una muestra vaginal en lugar de cervical). La opción de autotoma es una alternativa que permite incrementar rápidamente el tamizaje para cáncer cervical en áreas con bajos niveles de cobertura de



la prueba de Pap e infraestructura limitada además de tener un nivel aceptable de seguridad para las mujeres que utilicen esta estrategia de tamizaje. ^{8,27}

Las experiencias en el uso de la prueba de VPH automatada en diversos países, entre ellos México, señala la preferencia de muchas mujeres por esta alternativa en relación con la toma dirigida (recolectada por profesionales de la salud). Las razones para su elección varían según la cultura y el sistema de salud de cada país. ^{10-13,28}

La experiencia en la práctica de esta estrategia con mujeres mexicanas habitantes de zonas rurales, indígenas y no indígenas, de cuatro estados del país, evidencia la preferencia de la mujer por la autorecolección de muestra para realizar la prueba de VPH, entre las razones condensadas se manifiesta el deseo por conocer el diagnóstico de la prueba, que la prueba es menos dolorosa y más cómoda que la prueba de Pap, el tiempo para la entrega de resultados es más corto, no requiere de la compra de espéculo desechable además de ser una oportunidad para el autocuidado, la importancia de cada una de las razones de mujeres indígenas y no indígenas. ¹⁴

Los datos de este estudio son trascendentales, dado que presentan la opinión y parámetros de elección de mujeres mexicanas en el escenario más extremo, mujeres indígenas, pobres, residentes de zonas rurales y su aceptación y preferencia por la autorecolección de muestra para la prueba de VPH. Lo cual representa la oportunidad de prevenir y controlar el cáncer cérvico uterino en las regiones donde las mujeres enferman y mueren por esta causa, permitiendo superar las limitaciones del programa de detección como la accesibilidad y cobertura. ¹⁴

En México se han introducido las nuevas estrategias con base en la innovación tecnológica y parte de la integración del programa con el objetivo de prevenir y controlar el cáncer cervical según las acciones correspondientes por grupo de edad, lo que incluye la prevención primaria aplicando



vacunas contra el VPH para niñas sin inicio de vida sexual entre los 12 y 16 años, la prueba de Pap con excelente control de calidad, dirigida a mujeres entre 24 y 34 años y la prueba de ADN de VPH de alto riesgo para mujeres mayores de 35 años. ²¹

Los beneficios de la implementación de las nuevas tecnologías son evidentes, no obstante paralelamente, la mujer debe cuidar su salud sexual a través de la abstinencia, la monogamia, la limitación del número de parejas sexuales o el uso del condón, entre otros factores de riesgo como el hábito de fumar. Lo anterior, significa un reto y esfuerzo mayor para el sector salud, dado que la educación de la población es el medio que eventualmente puede conducir a la mujer a concientizarse sobre la importancia del VPH como principal causa del cáncer cervical y los factores que lo determinan. ^{15,29}

Innovación científica- base teórica

En la última década se ha demostrado de manera concluyente, que la infección de transmisión sexual con tipos de VPH cancerígenos denominados tipos de alto riesgo de VPH, es necesario para el desarrollo de cáncer cervical. ³⁰

Basado en lo anterior, actualmente las pruebas de ADN del VPH se incluyen en los programas de detección del cáncer cérvico uterino como un complemento de la citología cervical simultaneo a la educación dirigida a las pacientes que se realizan está prueba, con el fin de prevenir la ansiedad y la angustia psicológica que a menudo pueden experimentar las mujeres durante la realización de la prueba, espera y entrega de su resultado. ³¹⁻³³

Recientemente se han secuenciado 80 tipos de VPH, aunque probablemente existen en bases de datos 200 tipos de secuencias de ADN parcialmente fragmentadas. Aproximadamente 30 tipos específicos de VPH infectan el tracto genital masculino y femenino y dos tercios de éstos se



clasifican como de alto riesgo debido a su asociación causal con el cáncer de cuello uterino. En la mayoría de los países, el VPH-16 representa entre el 50% y 60% de los casos de cáncer de cuello uterino seguido por VPH-18 (10%-12%) y el VPH 31 y 45 (4%-5% cada uno).³⁴⁻³⁵

Los tipos de VPH asociados con verrugas genitales, son el VPH-6 y VPH-11, conocidos como de bajo riesgo, ya que rara vez son asociados con enfermedades malignas. La infección del epitelio cervical con tipos de VPH de alto riesgo tiene un papel clave en la patogénesis de cáncer cervical y sus lesiones precursoras, aunque muy pocas mujeres infectadas con el VPH en última instancia, desarrollar cáncer cervical.³⁶

La infección causada por el VPH en mujeres jóvenes es frecuente pero transitoria en la gran mayoría de ellas, dado que la persistencia del VPH de alto riesgo es un requisito previo para el desarrollo de neoplasia intraepitelial cervical III (NIC) y las lesiones de cuello uterino invasivo.³⁷⁻³⁸

Las razones biológicas individuales que determinan la persistencia de la infección en las mujeres, son cofactores que aumentan aún más el riesgo de cáncer invasivo, generalmente mujeres de edad avanzada, con uso prolongado de anticonceptivos orales (cinco o más años), con paridad elevada (cinco o más embarazos a término completo), con hábito de fumar y con infección por VPH.³⁷⁻³⁸

La duración media de la infección por VPH de alto riesgo es de un año y un tiempo más corto para la infección por VPH de bajo riesgo. Muchas de las mujeres con infecciones por VPH transitorias desarrollarán anomalías citológicas NIC I, aunque las lesiones tienen una alta tasa de regresión espontánea en ausencia de tratamiento, las lesiones NIC III y carcinoma *in situ* han tenido menores tasas de regresión espontánea, mientras que la progresión y regresión de las lesiones NIC II están entre las lesiones NIC I y NIC III.^{33,36}



Al mismo tiempo de haber logrado avances importantes en el conocimiento de la historia natural del cáncer cervical, en las últimas décadas también se han tenido logros importantes para su prevención y tratamiento, aumentando la supervivencia de las pacientes con enfermedad temprana o avanzada.²⁹

Las tasas de supervivencia para el cáncer de cuello uterino son más del 90%, si se detecta a tiempo y se trata rápidamente. Lo anterior puede verse reflejado en las tasas de incidencia de cáncer cervical en países desarrollados como Canadá o Estados o algunos países europeos, donde hay un aumento durante los últimos años en la población de mujeres blancas, asociado al aumento de pruebas de detección de cáncer realizadas después de introducir las nuevas las técnicas de diagnóstico, como la prueba de VPH.¹⁵

Sin duda, las tasas de supervivencia han mejorado notablemente desde la década de los setentas, ganancia que no se ha mantenido en los últimos años para toda la población, dado que las tasas de supervivencia son diferentes entre mujeres blancas y mujeres de color, lo que indica que la brecha de la desigualdad por cuestiones de raza se está ampliando. Esta desigualdad en la supervivencia, debería ser una lección a aprender en países donde recientemente se han comenzado a introducir las innovaciones científicas, con la visión de garantizar los principios éticos básicos de respeto, justicia y beneficencia, ya que la supervivencia podría estar condicionada por la capacidad de pago para el cuidado de la salud, factores como el acceso a la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, correlacionados con el nivel socioeconómico, una mujer con menor capacidad de pago — principalmente mujeres de color — tendrá un retraso en el diagnóstico, lo que puede conducir a una enfermedad más avanzada en el momento del tratamiento y como consecuencia una menor supervivencia aún en tiempos donde las innovaciones están disponibles.^{15,39}

Recapitulando, podemos reincidir en la magnitud del riesgo relativo para la asociación entre la infección por el VPH y la neoplasia de cuello uterino, por lo general entre un rango de 20-70, las relaciones causales son indiscutibles. Recientemente se han realizado pruebas por Reacción en



Cadena de la Polimerasa (PCR) en un gran número de muestras recolectadas alrededor del mundo, encontrando que el ADN del VPH está presente en el 99.7% de los casos. Este hallazgo indica que la infección por VPH puede ser una causa necesaria de la neoplasia cervical —siendo el primer caso donde se demuestra una asociación causal en epidemiología del cáncer— con implicaciones en la prevención primaria y secundaria y la investigación futura sobre el tema. ⁴⁰⁻⁴⁴

¿Qué se ha hecho en otros países? - Revisión bibliográfica de la evidencia

Alrededor del mundo, especialmente en países desarrollados donde las innovaciones científicas han sido introducidas años atrás, se reconoce la pertinencia de impulsar simultáneamente con las nuevas tecnologías, procesos de información y sensibilización dirigidos a mujeres usuarias de los servicios de prevención y control del cáncer cérvico uterino.

Países como Estados Unidos o del Reino Unido, han generado evidencia en el estudio de sus poblaciones, resaltando el impacto psicosocial negativo que experimentan las mujeres al practicarse la prueba de VPH, recibir información sobre el tema o sus resultados, resaltando la ansiedad, vergüenza, depresión, angustia, aislamiento, ira, culpabilidad, disminución de la autoestima, problemas sexuales, hostilidad hacia su pareja como posible fuente de infección, preocupación sobre la pérdida de funciones reproductivas, temor sobre el cáncer, temor a la reacción negativa de los amigos, familiares y su pareja sexual, cambios en su imagen corporal como emociones que pueden vivir las mujeres.

Los estudios realizados alrededor del mundo son escasos, sin embargo los hallazgos encontrados son relevantes y coincidentes entre sí, en el cuadro 1 se describen resultados y aspectos sustanciales de algunos de los estudios sobre el tema.



Cuadro 1. Revisión bibliográfica

REFER.	NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	AUTOR(ES)	AÑO DE LA PUBLIC.	LUGAR DEL ESTUDIO	OBJETIVO DEL ESTUDIO	POBLACIÓN/OBJETO DE ESTUDIO	HALLAZGOS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO
45	Awareness of human papillomavirus among women attending a well woman clinic. Sex Transm Infect	Waller J, McCaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Wardle	2003	Inglaterra	Evaluar el nivel de conocimiento y entendimiento sobre el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres que asistían a una clínica de atención primaria de Londres.	1032 mujeres con un alto nivel educativo	El 30% había oído hablar del VPH, las mujeres con conocimiento del tema fueron mujeres que tuvieron alguna ITS o un resultado anormal de citología, resaltando la confusión sobre la protección de los condones o anticonceptivos orales contra la infección por VPH.	Introducir canales de información que mantengan a las mujeres advertidas sobre el VPH, necesariamente si la prueba de VPH está a punto de introducirse.
46	Answering Frequently Asked Questions About HPV	Gilbert LK, Alexander L, Grosshans JF, Jolley L.	2003	USA	Recolectar las preguntas más frecuentes sobre el VPH y desarrollar respuestas sencillas y claras.	Llamadas telefónicas, mensajes de correo electrónico, cartas y preguntas hechas en conferencias en un período de 9 meses.	El análisis de la información, permitió identificar 10 preguntas frecuentes y consensar las respuestas más sencillas y claras.	La consejería debe responder las preguntas más frecuentes de la población, brindando a las pacientes respuestas adecuadas, completas y comprensibles, que puede ayudar a aliviar molestias y ansiedad.
47	Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus	Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royer P, Denekens J, Avonts D.	2003	Inglaterra	Identificar y cuantificar las barreras entre los médicos y pacientes al discutir sobre ITS.	200 cuestionarios autoaplicados por médicos generales registrados en Antwerp Belgium, menores de 65 años de edad.	a. El 79.5% de los médicos dijeron dar consejos sobre métodos anticonceptivos y sólo el 24% de ellos discutía sobre ITS. b. Las barreras identificadas fueron el idioma (74.2%), diferencias étnicas (68.4%), diferencia de edad (31.4%) y sexo entre médico paciente, la presencia del padre o madre del paciente así como tener una amistad cercana con el médico tratante. c. Entre las barreras de los médicos: no tener el entrenamiento para brindar consejería sobre ITS y no tener tiempo para brindar consejería sobre ITS durante su consulta.	Con base en los resultados y dado que la mayoría de los médicos tienen dificultad para brindar consejería sobre ITS, la educación de los profesionales de la salud es un tema prioritario.
33	HPV Communication: Review of existing research and recommendations for patient education	Anhang R, Goodman A, Goldie SJ	2004	USA	Revisión de investigaciones existentes sobre comunicación del VPH y recomendaciones para la educación del paciente con el objetivo de evitar la ansiedad y otros trastornos psicológicos que pueda experimentar la mujer durante el diagnóstico de VPH	Publicaciones estadounidenses e inglesas	a. Mujeres con poca o nula información sobre VPH, quienes han presentado ansiedad, temor sobre el cáncer, problemas sexuales, cambios su imagen corporal y preocupación sobre la pérdida de las funciones reproductivas. b. Más de la mitad de las mujeres universitarias encuestadas en USA, no saben cómo se transmite el VPH, ni los signos, síntomas o tratamientos de la infección.	Para responder a las necesidades de información de las mujeres, la educación y consejería deben abordar los vacíos identificados, recomendando brindar a la mujer, información personalizada de acuerdo a su edad, tipo de diagnóstico de VPH (de bajo o alto riesgo), casos sintomáticos o asintomáticos y escolaridad.

48	Women's Desired Information about Human	Anhang R, Wright TC, Smock L, Goldie SJ.	2004	USA	Explora las necesidades de información de las mujeres acerca del VPH con la finalidad de atenuar las reacciones psicosociales relativas al tema.	48 mujeres de distintas entre los 18 a 81 años de edad, de bajos recursos económicos, provenientes de centros comunitarios, clínicas de planificación familiar, atención primaria y de centros de rehabilitación por abuso de sustancias.	a. Disposición de las mujeres para discutir sobre el VPH en grupos focales b. El 27% del total de participantes había escuchado sobre el VPH antes de participar en el estudio y el 85% de ellas había recibido una prueba de Papanicolaou (Pap) en los últimos 2 años.	a. Garantizar que las mujeres queden completamente informadas y dar respuesta a todas sus preguntas durante el estudio b. Los temas encontrados deben dar dirección a los programas de educación sobre el VPH y sean base de los contenidos que deben prepararse para informar a las mujeres, tanto para la toma de decisiones sobre las pruebas de tamizaje como para enfrentar un diagnóstico positivo de VPH. c. Los resultados del estudio no pueden ser generalizados en todas las poblaciones, pero si aplicables.
49	El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica*	Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso-De Ruiz P.	2004	México	Evaluar y cuantificar el nivel de conocimientos que diversos tipos de profesionales de la salud tienen en relación con el impacto, la etiología, el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento del CaCu.	520 profesionales de la salud del estado de Morelos durante 1998.	a. La media de conocimiento total fue de 4.74 puntos en una escala máxima de 10. b. Menos del 55% de los profesionales de la salud del estado de Morelos, consideró el CaCu como un problema de salud pública en México. c. Los médicos especialistas y los familiares identificaron al menos una nomenclatura diagnóstica, en comparación con las trabajadoras sociales (0%), enfermeras generales (40%), enfermeras especialistas (58%) y médicos residentes (56%). d. El nivel de conocimientos fue menor al identificar aspectos etiológicos y perspectivas de tratamiento. e. El 40% de los especialistas en medicina familiar no saben de la asociación entre el VPH y el CaCu, en comparación con las trabajadoras sociales, quienes la desconocen hasta en 94%.	a. Mejorar la concepción pedagógica de los programas académicos de formación de pregrado, incrementar las intervenciones educativas entre los profesionales de la salud. b. Adaptar la educación continua y el entrenamiento de los profesionales de la salud a las necesidades nacionales y regionales de educación médica en todos sus niveles. c. Es necesario desarrollar intervenciones educativas entre los profesionales de la salud es necesaria para promover un incremento en la cobertura de las mujeres en riesgo. d. Los profesionales de la salud del estado de Morelos requieren de conocer los avances que ha tenido la medicina preventiva en la detección oportuna de cáncer cervical.
50	Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening	McCaffery K, Irwig L.	2005	Australia	Explorar las necesidades de información y preferencias de comunicación sobre el VPH, de mujeres australianas con resultado positivo de VPH a través de entrevistas individuales a profundidad.	20 mujeres diagnosticadas con infección por VPH durante sus exámenes rutinarios de escaneo cervical, captadas en clínicas de planificación familiar, medicina general y en consultorios ginecológicos en Sydney, Australia.	a. Identificaron áreas de interés b. Ninguna de las mujeres entrevistadas tenía conciencia sobre el VPH antes de recibir su resultado c. Las mujeres no comprendieron la razón por la cual no sabían sobre el VPH, c. Todas las mujeres sabían de las verrugas genitales, pero sólo algunas de ellas las asociaron con CaCu d. La entrega de resultados durante la consulta fue elegida por la mayoría como satisfactoria e. Las mujeres esperan que el médico les brinde tiempo suficiente durante su visita, les hable y explique claramente y sin rodeos su condición, sin evadir preguntas como las relativas a la transmisión de virus. f. Se identificaron reacciones que experimentan las mujeres como ansiedad, confusión, incertidumbre, angustia y preocupación.	a. Es necesario identificar los factores que limitan la comprensión del tema en las mujeres, si se quiere prevenir el cáncer cervical reduciendo al mínimo la confusión y daño psicológico, lo cual tiene implicaciones en los procesos de entrega de resultados de los programas ya establecidos. b. Se recomienda brindar a las mujeres información clara y coherente sobre el VPH antes de recibir un diagnóstico positivo, reduciendo el pánico y ansiedad; el personal clínico debe desempeñar el papel de moderador ante los posibles efectos y buscar los canales adecuados para emitir los resultados. c. Las limitaciones del estudio son las mismas que en otras investigaciones cualitativas, la muestra no es estadísticamente representativa, la selección de la muestra fue intencionada, no obstante los datos señalan las necesidades y experiencias de las mujeres, útiles direccionar la información que se brinda en los programas actuales.



51	Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study	Waller J, McCaffery K, Nazroo J, Wardle J.	2005	Reino Unido	Exploran las percepciones sobre el VPH en mujeres usuarias de clínicas de atención primaria y colposcopia.	74 mujeres con educación universitaria, captadas después de haberse practicado la prueba del VPH en clínicas de atención primaria y colposcopia.	<p>a. Las mujeres se mostraron más tranquilas al saber que el VPH es común, puede cursar asintomático, el grado de riesgo en la transmisión a sus parejas y la capacidad del organismo para autolimitar la infección. b. Las entrevistas a profundidad permitieron explorar creencias, conocimientos y experiencias sobre la prueba del VPH, donde las mujeres sabían muy poco sobre el cáncer cervical y tenían poca conciencia del VPH, escaso conocimiento en mujeres con resultados negativos en la prueba del VPH y también en mujeres con lesiones graves. c. La difusión de información sobre el VPH, debe acompañar la introducción de la prueba del VPH para atenuar reacciones de angustia e incertidumbre en las mujeres.</p>	<p>a. Es necesario brindar información clara, coherente y homogénea sobre el VPH, ya que con frecuencia las mujeres encuentran información en revistas u otros medios que es diferente entre sí, lo que amplía las dudas y confusión en la mujer. b. Se recomienda el estudio de grupos minoritarios o marginados, entre mujeres con niveles bajos de educación. c. Sensibilizar a los médicos, como principales actores en la comunicación con las usuarias. d. Se deben abordar las necesidades de información de las mujeres, de lo contrario, se corre el grave riesgo de reducir la participación de las mujeres en los programas de tamizaje actuales y causar daños psicológicos.</p>
52	Psychological, Behavioral, and Interpersonal Impact of Human Papillomavirus and Pap Test Results.	Kahn JA, Gail B, Slap GB, Bernstein DI, Kollar LM, Tissot AM, Hillard PA, Rosenthal SL.	2005	USA	Explorar el impacto psicológico, conductual y personal a corto plazo al conocer los resultados de las pruebas de Pap y del VPH, así como identificar los factores individuales y contextuales que influyen en esos resultados.	Mujeres adolescentes y adultas jóvenes, entre 14 y 21 años, sexualmente activas, con resultados de las pruebas de Pap y del VPH.	<p>a. Algunos participantes percibieron la prueba de VPH como positiva, sentían que estaban haciendo algo adecuado por su salud, además de identificar oportunamente alguna anomalía en su cuerpo y atenderla a tiempo. b. Los participantes con resultado negativo experimentaron ansiedad, angustia, negación o baja autoestima. Los participantes con resultados de Pap negativos y VPH positivo reaccionaron con tranquilidad. c. Los participantes mostraron interés y confianza por prevenir el CaCu y la ITS en el futuro, intenciones de cambiar su comportamiento en su conducta sexual, limitar el número de parejas sexuales actuales o futuras, seguir realizando sus pruebas de Pap, modificar el hábito de fumar, uso de condón con la pareja ocasional o formal así como seguir los consejos de sus padres.</p>	<p>Los resultados obtenidos en este estudio deben orientar el desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a comunicar a los adolescentes, sus resultados de pruebas de Pap y VPH, con la finalidad de reducir consecuencias psicosociales en los jóvenes.</p>
53	Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study.	McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J.	2006	Reino Unido	Explorar a profundidad el impacto social y psicológico después de la implementación de la prueba de VPH.	74 mujeres inglesas a quienes se les realizó la prueba de VPH entre los años 2001 y 2003.	<p>a. De las 74 mujeres entrevistadas, 57 fueron positivas a la prueba de VPH, quienes mostraron angustia, ansiedad y malestar, sobre el resultado de la prueba y el riesgo de CaCu. b. Las mujeres también expresaron tener vergüenza, culpa por la posibilidad de haber transmitido el virus a otra persona, sentimiento de ira por el contagio a través de sus parejas suponiendo infidelidad, miedo de la divulgación de resultados a sus parejas, amigos o familiares, en ocasiones prefieren mentir acerca del resultado. c. Los conocimientos sobre el VPH, asociación con cáncer cervical o con ITS, fue escaso. d. Las participantes sugieren que la información sea coherente y clara.</p>	<p>Comunicar a las mujeres información sobre la prevalencia de la enfermedad puede aminorar el impacto psicosocial.</p>



15	Exploring the knowledge, attitudes, beliefs and communication preferences of the general public regarding HPV: findings from CDC focus group research and implications for practice.	Friedman A, Shepeard H.	2006	USA	Explorar los conocimientos, actitudes, creencias y preferencias de comunicación del público en general sobre el VPH y una futura vacuna profiláctica.	314 participantes entre los 25 y 45 años de edad, ambos sexos, área rural y urbana, sin distinción por etnias/razas, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación, organizados en 36 grupos focales.	a. La conciencia y conocimiento sobre el VPH fueron bajas en todos los grupos. b. Con excepción del VIH/SIDA, las ITS no parecen ser una grave amenaza sanitaria o de interés para los participantes por género, grupos raciales/étnicos o geográficos. c. Al escuchar la palabra ITS los participantes pensaron en promiscuidad, infidelidad, vergüenza, culpa y divorcio. d. Las ITS nombradas fueron gonorrea, sífilis, herpes genital, hepatitis B, VIH, ladillas y la clamidia, todos los grupos habían oído hablar de las verrugas genitales y explicaron que eran benignas, tratables y no de gran preocupación para la salud, la infección por VPH no fue mencionado como una ITS y la mayoría señaló nunca haber escuchado sobre él y su relación con el CaCu.	a. Para llevar la información al público y lograr elevar su conocimiento y cambiar su comportamiento, se debe captar su atención y atender a sus preguntas y preocupaciones sobre el VPH. b. Los canales de comunicación deben basarse en la comprensión en el nivel de conocimientos de la audiencia, las actitudes, percepciones y creencias sobre el VPH, así como sus necesidades de información y preferencias de comunicación, por ello la investigación cualitativa es útil y debe fomentarse debido a que es escasa. c. Los grupos focales es un método eficaz para explorar a profundidad de los conocimientos, actitudes y creencias en la población, aun cuando la muestra por conveniencia limita la generalización y la aplicabilidad de los resultados y la toma de decisiones, los hallazgos encontrados direccionan los futuros esfuerzos de comunicación.
54	Cervical cancer and the HPV link: Identifying areas for education in Mexico City's public hospitals.	Aldrich T, Landis S, Garcia SG, Becker D, Sanhueza P, Higuera A.	2006	México	Evaluar el conocimiento y las prácticas de los proveedores de servicios de salud en la ciudad de México sobre el CaCu y el virus del papiloma humano (VPH), comparar a este respecto a ginecoobstetras y médicos generales.	187 ginecoobstetras y médicos generales empleados en 15 hospitales afiliados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	a. La mayoría dijo no saber que tenían que leer la NOM b. El 93% identificaron el VPH como causa principal del CaCu pero sus conocimientos sobre la historia natural sobre este cáncer fue menor. c. En relación a la actualización sobre avances del en la prevención y tratamiento del CaCu, el 92% es a través de entrenamiento médico, conferencias 83%, revistas científicas 78%, internet 68% y colegas 27% d. El 44% respondió que el sector público no brinda orientación sobre el CaCu de manera regular aunque sabían que temas se deben discutir con las pacientes y el 70% respondió que en la práctica privada se brinda esta información e. Las barreras para brindar la información en el sector público fueron la falta de tiempo, interés, asumen que la mujer ya tiene la información y no saben que información deben dar.	El desarrollo de intervenciones educativas sobre el VPH es un tema prioritario en el sistema de salud del D.F. dirigido a todos los profesionales de la salud involucrados con la prevención y control del CaCu, como actores principales en el tema.
55	How to manage and communicate with patients about HPV?	Garland SM, Quinn MA.	2006	Inglaterra	Brindar puntos clave en el abordaje de comunicación sobre el VPH	Publicaciones sobre experiencias en la comunicación sobre el VPH	Se identificaron las preguntas más frecuentes algunas de ellas: ¿Qué es el VPH y cómo puedo contraerlo? ¿Cuánto tiempo voy a tener esta infección y si conduce al cáncer? ¿Cómo se detecta el VPH? ¿Deberíamos tener tratamiento para este virus a pesar de que mi prueba de Pap es normal? ¿Debería haber una prueba de ADN del VPH? ¿Cuándo? ¿Tipos de VPH que pueden causar cáncer? ¿Debo dejar de tomar anticonceptivos orales? Ante una relación de pareja estable y un resultado positivo a la prueba de VPH ¿significa que mi pareja ha estado teniendo relaciones sexuales con alguien más? ¿Hay diferencia entre el VPH de bajo riesgo y alto riesgo? y acerca de su relación en pareja.	a. La forma en que se brinde la información, es crucial para reducir al mínimo el impacto negativo a pruebas positivas y garantizar que las mujeres continúen en los programas de detección. b. Se debe estar consciente de las emociones que se generan ante resultados positivos a la prueba de VPH, igual que otra ITS. c. Las mujeres tienen un mayor nivel de confianza en los profesionales de la salud como fuentes de información y asesoramiento sobre el VPH y las vacunas, lo que sugiere que los proveedores de atención de la salud serán los principales comunicadores d. Las mujeres necesitan información acerca de los modos de transmisión, los métodos de prevención y detección, probabilidad de progresión con y sin tratamiento, infectividad a los socios, el periodo de progresión de con el cáncer y los posibles efectos sobre el embarazo y el parto.



56	The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety	Waller J, Marlow L A V, Wardle J.	2007	Reino Unido	Probar la hipótesis: las mujeres que saben que el VPH se transmite sexualmente experimentan mayores niveles de estigma, vergüenza y ansiedad cuando su resultado a la prueba de VPH es positivo comparado con menores niveles de las mujeres que saben que la prevalencia de la infección por VPH es alta.	811 estudiantes de sexo femenino de una universidad de Londres captadas por la web a través de correo electrónico.	<p>a. Con base en el supuesto de tener resultados positivos a la prueba de VPH, las estudiantes recibieron información variable sobre el VPH a fin de dividir en función de sus conocimientos 4 grupos diferentes, tanto en la prevalencia y el modo de transmisión. b. La conciencia de que el VPH es de transmisión sexual se asoció con mayores niveles de estigma y vergüenza, lo que indica que las mujeres responden al VPH en una forma similar que a otras ITS, lo que es coherente con anteriores hallazgos. c. Un mayor conocimiento se asocia con disminución de la ansiedad: las mujeres que eran conscientes de la prevalencia y la causa de VPH presentaron menor ansiedad. d. Las mujeres que reciben menos información, se centran más en la relación entre el VPH y el CaCu, por lo que su ansiedad y preocupación fue mayor, más que el VPH o el mecanismo sexual de transmisión.</p>	<p>a. Informar sobre la alta prevalencia de la infección por VPH es importante para mitigar efectos psicosociales negativos en las mujeres sometidas a pruebas del VPH. b. Se debe garantizar que las mujeres son conscientes de la alta prevalencia de VPH, dado que probablemente serán informadas acerca de su modo de transmisión. c. Se sugiere investigar formas de comunicar la información sobre el VPH de manera eficaz.</p>
57	Women's experiences of repeated HPV testing in the context of cervical cancer screening: A qualitative study.	Waller J, McCaffery K, Kitchener H, Nazroo J, Wardle J.	2007	Reino Unido	Evaluar el impacto psicosocial al someterse a pruebas repetidas del VPH, en el contexto de la detección del cáncer de cuello uterino.	30 mujeres con resultado positivo a la prueba de VPH, con citología normal al inicio del estudio y prueba de VPH repetida a los 12 meses.	<p>a. Las entrevistas a profundidad permitieron identificar temas emergentes. b. Las mujeres experimentan frecuentemente consecuencias emocionales negativas al recibir su primer resultado positivo a la prueba de VPH, lo cual se mitiga una vez que se informa y explica a la mujer información sobre el VPH. c. El impacto emocional de dar positivo por segunda vez a la prueba de VPH es aún mayor que la primera vez para muchas mujeres, dado que se había superado la vergüenza por tener una ITS con el fin de divulgar sus resultados y buscar apoyo. d. Las mujeres entrevistadas preferían la colposcopia inmediata en vez una vigilancia permanente para detectar el VPH persistente, asociado con el deseo de una pronta resolución a los temores sobre la progresión a cáncer.</p>	<p>Proporcionar información a las mujeres en el momento de realizar la primera prueba del VPH, podría ayudar a disminuir la confusión más rápidamente, pero esta hipótesis debe ser probada empíricamente.</p>



58	Personal Meaning of Human Papillomavirus and Pap Test Results in Adolescent and Young Adult Women	Kahn J A, Slap G B, Bernstein D I, Tissot A M, Kollar L M, Hillard P A, Rosenthal S L.	2007	USA	Explorar el significado del VPH y los resultados de la prueba de Pap en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.	100 adolescentes entre 14 y 21 años de edad, sexualmente activas, que se practicaron la prueba de Pap y VPH, reclutadas en un centro de salud urbano.	<p>a. El 26% de las participantes interpretó un resultado de la prueba de Pap anormal como indicativo de cáncer y como una ITS el 32%. Una prueba de VPH positiva fue interpretada como cáncer en un 25% y como ITS en 36%. El 21% identificó Pap anormal con ITS y cáncer y el 32% indicó que un resultado positivo a la prueba de VPH significaba ambas. b. Aproximadamente la mitad de los participantes describieron un Pap anormal como grave debido a su relación con el cáncer, la infertilidad o muerte. c. Las participantes consideraron grave el contagio de verrugas genitales y lo asociaron con el VPH, la historia familiar fue considerada importante para desarrollar CaCu. d.El estigma y la vergüenza surgen como dos de los componentes más destacados de significado personal para los adolescentes. e.Las mujeres con ITS son estigmatizadas por sus parejas como promiscuas y la falta de higiene personal.</p>	<p>a. Conocer los factores individuales y contextuales que influyen en el significado personal, permitirán identificar canales de interpretación entre los resultados de la prueba e impacto psicosocial. b. Corrección de los conceptos erróneos acerca del significado de los resultados que lleven a enfrentar posibles consecuencias psicosociales, como la vergüenza interior y prevé la tensión social externa. c. La complejidad de la infección por VPH y de la doble naturaleza de sus consecuencias, son retos actuales de los médicos y educadores que atienden a los adolescentes y se sugiere desarrollar programas apropiados para la educación de adolescentes. d. En la investigación cualitativa se observa la representatividad de la muestra o la generalización de los resultados a otras poblaciones, sin embargo, la selección de una muestra a propósito es útil para construir un marco conceptual que ayude a explicar el significado personal de VPH y los resultados de Pap, en contraste con un muestreo al azar y representativo. Contribuyendo a comprender significados personales más que generar resultados que puede ser generalizado a una población.</p>
59	Public awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer.	Marlow LAV, Waller J, Wardle J.	2007	Ingllaterra	Evaluar el conocimiento sobre el VPH y los factores de riesgo para el CaCu en el hogar.	Mujeres que radicaban en Inglaterra, Gales, Escocia entre 16-97 años de edad, identificadas a través de su dirección postal.	<p>a. Acerca de la conciencia sobre el VPH, el 24,2% dijeron que estar conscientes. b. Sobre los factores de riesgo, la mitad de los encuestados respondió no saber, el 2.5% mencionó el VPH. c. El 28% de los encuestados asoció el VPH con la actividad sexual: múltiples parejas sexuales (14%) sin especificar de transmisión sexual, infección por virus (7%), relaciones sexuales a edad temprana (7%), frecuencia de relaciones sexuales (3%) y el no uso de condones 3%. d. El conocimiento era menor en los participantes con menos educación formal, similar a las disparidades observadas en los conocimientos sobre el riesgo de los factores para otros cánceres prevenibles como el pulmón y la piel. e. A pesar del reconocimiento del VPH relativamente alto nombre, sólo el 2.5% de los encuestados pudo identificar el VPH como causa de CaCu, lo que representa casi tres veces más que los resultados obtenidos en el año 2002.</p>	<p>a. Los resultados sugieren que la información acerca de la etiología viral del CaCu se han difundido entre la población desde el 2002, pero la comprensión de cómo se transmite el virus no ha mejorado. Lo que significa que a pesar de toda la publicidad sobre el VPH, el porcentaje de la población que puede recordar que una infección viral está asociada con el CaCu y mucho menos que la infección sigue siendo baja. b. La comprensión pública de VPH es necesaria para garantizar el consentimiento informado para la vacunación y las pruebas de detección. c. Es urgente implementar programas educativos dirigidos principalmente a grupos minoritarios.</p>
60	Linking Cervical Cancer to the Human Papillomavirus: Findings from a Qualitative Study with Mexican Women	Garcia S G, Becker D, Tatum C, Aldrich T, Fernandez-C A	2007	México	Identificar las consecuencias negativas asociadas con el CaCu y el VPH.	Mujeres mexicanas radicadas en el D.F. entre 16-25 o 45 a 65 años de edad.	<p>Las participantes del estudio no tienen información sobre el VPH y el CaCu, como una barrera potencial de la prevención y tratamiento del cáncer.</p>	<p>Se sugiere llevar a cabo campañas masivas de información para la percepción del riesgo.</p>



61	HPV testing versus repeat Pap testing for the management of a minor abnormal Pap smear: Evaluation of a decision aid to support informed choice.	McCaffery K J, Irwig L, Foong-Chan S, Macaskill P, Barratt A, Lewicka M, Clarke J, Weisberg E.	2008	Australia	Examinar el impacto de la intervención en la toma de decisión de mujeres con resultados anormales de la prueba de Pap.	106 mujeres a quienes se les ofreció apoyo en la toma de decisión ante un resultado anormal en la prueba de Pap.	a. El 89% de las mujeres aceptó apoyo antes de tomar su decisión, la información fue calificada como clara, adecuada y útil. b. De las mujeres que aceptaron el apoyo, el 65% eligió practicarse la prueba del VPH y el 35% restante eligió seguir el tratamiento convencional, 12 mujeres abandonaron el estudio. c. Más de dos tercios de las mujeres del estudio hizo una elección informada y el 65% de ellas eligió la prueba del VPH, se esperaba una mayor participación de las mujeres dado que es una nueva prueba y un ahorro económico por la gratuidad de la prueba.	Se sugiere que al ofrecer la nueva prueba, las mujeres reciban información que les permita elegir la opción que mejor se adapte a ellas.
62	Human papillomavirus (HPV) information needs: a theoretical framework	Marlow L A V, Wardle J, Grant N, Waller J.	2008	Reino Unido	Identificar las preguntas que las mujeres británicas tienen sobre el VPH.	21 mujeres entre 18 y 53 años de edad que aceptaron realizar una entrevista individual y recibir información sobre el VPH.	a. Todas las participantes eran blancas, excepto una mujer asiática-británica. b. Los conocimientos de las mujeres sobre las causas del CaCu fueron heterogéneos, se identificó el ser sexualmente activo, tener un virus, el VPH también se mencionó por dos participantes. c. Los participantes mostraron interés sobre el VPH, el número de preguntas sobre el tema fue de 5 a 28, entre las 21 mujeres se generaron 300 preguntas sobre el VPH, muchas de ellas fueron similares y pudieron clasificarse en temas.	a. Se sugieren realizar más estudios para asegurar que los contenidos son apropiados para todas las mujeres. b. No existe a la fecha, un marco teórico que sea útil para estructurar las necesidades de información de las mujeres sobre el VPH, este estudio proporciona un marco de referencia para los profesionales de la salud al brindar información sobre el VPH a las mujeres, sugiriendo realizar estudios como éste que proporcionan una estructura eficaz para apoyar a los educadores de la salud a cubrir las necesidades de información de la población.
63	Do cervical cancer screening patient information leaflets meet the HPV information needs of women?	Hall B, Howard K, McCaffery K.	2008	Australia	Evaluar los contenidos de folletos informativos sobre CaCu entregados a pacientes de clínicas de planificación familiar y tratamiento de cáncer en Australia.	75 folletos informativos recibidos de 24 clínicas de planificación familiar y tratamiento de cáncer de Australia.	a. Los folletos fueron recogidos durante el año 2005 y 2006, las fechas de publicación de los folletos estuvieron en el intervalo de los años 1995 a 2006 y muchos otros no tenían fechas, debían estar escritos en idioma inglés, tratar sobre CaCu, frotis y prueba de Pap, resultados anormales de la prueba de Pap, el procedimiento ante resultados anormales. b. Se excluyeron 34 folletos sin fecha y con terminología médica, no era accesible para las mujeres. Se identificaron 16 folletos duplicados pero se hizo un análisis individual. c. El enfoque de los folletos fue de tratamiento médico del VPH y la pregunta más frecuente fue el tema de tratamiento ante cambios celulares anormales, mientras que estudios anteriores muestran que las mujeres quieren saber acerca de los tratamientos porque el VPH rara vez es sintomático y muy probablemente de regresión espontánea.	Establecida la asociación del VPH con el CaCu, el problema de salud no es de la comunidad, es un asunto de salud de la mujer, asumiendo responsabilidad sexual y reproductiva de hombres y mujeres. El estudio proporciona una evaluación de cómo diseñar material escrito en el futuro que sirva de brinde información sencilla, clara y coherente a la población. Se revela evidencia para el desarrollo de directrices en el abordaje del VPH, permitiendo a los editores producir información de calidad y centrada en el paciente.



64	Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes.	Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M, Segnan N, Austoker J.	2008	Reino Unido	Proporcionar a los profesionales de la salud involucrados en la detección del cáncer de cuello uterino, una visión completa de las cuestiones relativas a la comunicación de resultados y herramientas más eficaces.	Grupo multidisciplinario de profesionales de la salud y personal involucrado con los programas de tamizaje europeos en sesiones de discusión y consenso.	a. Los profesionales de la salud deben informar a las personas sobre el CaCu, sus causas y factores de riesgo y conocer sus necesidades de información, lo cual lo que puede representar un problemas de la comunicación. b. El personal debe proporcionar información que permita a las mujeres "con conocimiento de causa" decidir si desean o no someterse a los exámenes de cuello uterino, teniendo en cuenta las alternativas disponibles, los riesgos potenciales y los resultados previsibles, de lo contrario, las mujeres no están tomando una decisión informada y puede tener conceptos erróneos sobre el cáncer que den lugar a altos niveles de ansiedad. c. La heterogeneidad de la población complica más los procesos de comunicación, frente a individuos de diferentes edades, culturas, valores y creencias.	a. Una estrategia de comunicación eficaz en los programas de tamizaje debe considerar los conocimientos de los profesionales de la salud, habilidades de alfabetización de las usuario y grupos marginados, tomar en cuenta grupos defensores de la mujer, medios de comunicación, el desarrollo de información centrada en la población y comunicación escrita de alta calidad. Se sugiere que las estrategias de comunicación deben estar respaldados por un fuerte contenido ético, garantizando que la información que se entrega permita a las mujeres tomar decisiones informadas. b. El documento es una herramienta para evaluar el diseño y desarrollo de estrategias de comunicación de buena calidad y eficaces.
65	The Impact of Human Papillomavirus Information on Perceived Risk of Cervical Cancer	Marlow L A V, Waller J, Wardle J.	2009	Reino Unido	Identificar la percepción del riesgo de CaCu relacionada con la información sobre el VPH.	Mujeres británicas de 16 a 75 años de edad contratadas por el Centro Nacional de Encuestas de Investigación Social.	a. La información sobre el VPH cambia la percepción de riesgo de CaCu dependiendo de la edad e historia de detección. b. La percepción de riesgo de CaCu aumentó en las mujeres jóvenes de 16 a 24 años, después de leer información sobre la transmisión sexual del VPH y la importancia de la detección cervical. c. Las mujeres entre los 65-75 años, mostraron una ligera disminución en la percepción del riesgo de CaCu después de leer información sobre el VPH, la mayoría de las mujeres sexualmente activas en este grupo de edad se encuentran en relaciones de largo plazo y son invitadas a realizarse exámenes del cuello uterino con más frecuencia que las mujeres jóvenes en los últimos 10 años, en este grupo de edad, la información debe hacer hincapié en la importancia de vigilar síntomas.	a. Se debe tener cuidado de no aumentar la percepción del riesgo en mujeres jóvenes con más actividad sexual y número de parejas sexuales, sin ofrecer opciones para control y cambio de conducta, de lo contrario podría crear ansiedad. b. La información destinada a aumentar la conciencia del VPH y CaCu en mujeres jóvenes debe limitar el aumento de la ansiedad y dar tranquilizar explicando por ejemplo que sólo pocas infecciones por VPH persisten y progresan a CaCu, garantizando que las mujeres comprendan la información que se les brinda. c. La posibilidad de elevar la percepción del riesgo presentando información sobre el VPH y el CaCu puede beneficiar la captura de mujeres para identificación oportuna de CaCu.
66	Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: The impact of information about HPV.	Waller J, Marlow L A V, Wardle J. 415-419.	2009	Reino Unido	Evaluar si el papel causal del VPH en las anomalías del cuello uterino podría aumentar los sentimientos de vergüenza y preocupación, añadiendo la carga psicológica de un resultado de Papanicolaou anormal.	Mujeres entre 25-64 años con domicilio en Inglaterra, Escocia o Gales.	a. El 89% de las mujeres informó asistir regularmente a sus pruebas de tamizaje, el 30% dijo haber oído sobre el VPH, solo el 3% pudo identificar el VPH como la causa principal del CaCu. b. Al inicio del estudio el 90% de las mujeres dijo no sentir vergüenza si tuvieran un resultado anormal, mientras que 89% dijeron que sí se sentirían preocupadas. Conforme se fue informando a las mujeres sobre la prevalencia del VPH el sentimiento de vergüenza subió al 5%, llegando al 14% al saber de la infección de origen sexual.	La generalización de la prueba de VPH y la vacunación debe ir acompañada de información que permita comprender la asociación del VPH con el CaCu, para evitar que las mujeres se sientan avergonzadas y preocupadas.



67	An Experimental Investigation of the Emotional and Motivational Impact of HPV Information in Adolescents.	Lloyd G P, Phil M, Marlow L A V, Waller J, Miles A, Wardle J.	2009	Reino Unido	Evaluar las respuestas psicológicas generadas al brindar información sobre el VPH, en mujeres jóvenes entre 13 y 16 años de edad, del Reino Unido.	174 estudiantes de dos escuelas de Londres seleccionados aleatoriamente.	a. Los estudiantes seleccionados recibieron aleatoriamente folletos sobre VPH, clamidia o el medio ambiente en clases supervisadas. Los folletos sobre clamidia el medio ambiente actuaron como controles. b. El folleto sobre VPH trataba sobre su prevalencia, detección, prevención, tratamiento sintomas. c. Después de leer los folletos, se evaluó el conocimiento utilizando declaraciones verdaderas o falsas sobre el VPH, se evaluó también la ansiedad y sus intenciones de participar en pruebas de detección.	Se sugiere que las investigaciones futuras deberían abordar predictores de comportamiento como discutir el tema con los padres o la exposición previa de información sobre VPH. Se debe obtener consentimiento informado en este rango de edad. Informar a este grupo de edad podría ser una posibilidad razonable que no afecta negativamente la cobertura.
68	Everything you always wanted to know about HPV (but could not ask your doctor).	Verhoeven V, Baay MFD, Baay PE, Lardon F, Royen PV, Vermorken JB.	2009	Reino Unido	Identificar las preguntas más recurrentemente buscadas en internet.	713 preguntas captadas en una página web.	Las preguntas más frecuentes fueron las relacionadas con la transmisión del VPH y la vacuna profiláctica, la historia natural, la reinfección entre la pareja, dudas de la transmisión por infidelidad y síntomas de la infección por VPH.	Los hombres y mujeres buscan información sobre el VPH en internet después de haber sido asesorados por un médico.
69	HPV information needs, educational messages and channel of delivery preferences: views from developing country with multiethnic populations.	Wong L P	2009	Malasia	Evaluar la información que se brinda sobre el VPH y la vacuna contra el virus en medios masivos de comunicación	40 mujeres jóvenes, 47 madres de familia y 27 hombres, radicando en zona urbana y periférica de Malasia	Los participantes prefirieron los mensajes sobre las ITS, la vacuna contra el VPH, información sobre la transmisión de la infección	Los resultados son una base para la planeación de estrategias e intervenciones de comunicación sobre el VPH en el futuro.
70	Providing high quality information about human papillomavirus for women after treatment for high-grade cervical dysplasia.	Dyson S, Pitts M, Lyons A, Mullins R.	2009	Australia	Identificar las experiencias de mujeres con displasia cervical de alto grado y su seguimiento.	28 mujeres con displasia cervical de alto grado cautivas en una clínica ginecológica australiana.	a. Todas las mujeres recibieron información sobre el VPH y CaCu y muchas de ellas siguieron experimentando altos niveles de ansiedad y estrés sobre el CaCu y la transmisión sexual del VPH. b. Se identificaron necesidades de información sin resolver	Se recomienda identificar las necesidades de información y con base en ello plantear las estrategias de comunicación de manera clara y sencilla para el fácil entendimiento de las mujeres.



Los resultados de los estudios concurren en la necesidad de asesorar y apoyar a la mujer al realizarse la prueba de VPH y al entregar resultados de la prueba, que potencialmente lleven a reducir el impacto psicológico negativo, mantener el nivel de cobertura de detección y garantiza la continuidad en el seguimiento, brindando al mismo tiempo, herramientas en la toma de decisiones informadas sobre su cuerpo, su relación en pareja y procesos subsecuentes respecto al programa preventivo.

La búsqueda de mecanismos para el asesoramiento y apoyo de las mujeres, en el afán de responder a sus necesidades de información, ha sido también motivo de múltiples investigaciones, coincidiendo en la importancia de establecer vínculos de comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud alrededor al VPH y el CaCu.

Asesoramiento y apoyo – un acercamiento de los profesionales de la salud a la mujer

El planteamiento anterior no es una tarea sencilla dada la complejidad que implica exponer la relación causal del VPH con el CaCu y su entendimiento entre poblaciones heterogéneas, explorando elementos adecuados que eviten confundir e inducir un impacto psicosocial negativo en la población, respetando a cada paso la autonomía de la mujer. De ahí, el reto para los profesionales de la salud involucrados en el tema como principales actores en la comunicación médico paciente y la estructura del sistema de salud que responda a estas necesidades.

El término *consejería* como un enfoque profesional en la promoción del cuidado a la salud, es utilizado recurrentemente en la bibliografía, incluso la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, entre otras Normas Oficiales Mexicanas utilizan la expresión y la definen como un proceso de comunicación de información y apoyo psicológico entre el prestador de servicios y la usuaria. ^{19,71}

La palabra consejería proviene de *counseling*, palabra en inglés que significa asesoramiento u orientación, usualmente con un elemento de manejo o apoyo psicológico. En salud, la consejería es un

PROMOVER EL CUIDADO A LA SALUD, A TRAVÉS DE LA CONSEJERÍA



Nupponen R. What is counseling all about... *Patient Education and Counseling*, 1998.

proceso de diálogo e interacción entre las (los) usuarias y los profesionales de la salud como facilitadores en la toma de conciencia y decisión, que busca promover cambios de actitudes y comportamientos para mejorar la salud. 19,72

La consejería es un proceso cotidiano, aplicable y funcional en el cuidado a la salud, la figura 1 sintetiza los principios de esta interacción personal entre el profesional de la salud y la mujer. 71

La práctica de la consejería puede ser basada en información y asesoramiento, en testimonios o sesiones periódicas de consejería. 71

La figura 2 ilustra la meta que perseguimos con la consejería, proceso que inicia reconociendo las necesidades de la mujer y etapas subsecuentes que permitan alcanzar el objetivo final que es contestar o responder a esas necesidades identificadas. 71



Nupponen R. What is counseling all about... *Patient Education and Counseling*, 1998.



Las tareas de los profesionales de la salud que brindan consejería es el manejo de procesos individuales, la planeación de sesiones, proceder o avanzar por etapas, es decir: asesoramiento, definir el objetivo, planificación e implementación y evaluación y reformulación de la consejería. ⁷¹

La consejería se considera parte importante del proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria, por lo que toda consulta derivada del Programa de Cáncer Cérvico Uterino debe ir acompañada de la consejería como una acción primordial que logre mitigar la ansiedad o angustia psicológica que pueda generarse al recibir un diagnóstico de VPH positivo o durante el proceso para dictaminarlo. ¹⁹

Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a la mujer y sus familiares, tomando como referencia lo establecido en esta Norma en materia de prevención, pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado y del cáncer cérvico uterino. ¹⁹

La consejería que ofrece el personal de salud debe ofrecer la información necesaria para empoderar a la usuaria a la vez que explora el impacto psicosocial de los procedimientos y abrir un espacio para la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, como parte de la atención médica integral que toma en cuenta no sólo la salud física sino la emocional así como aspectos sociales. ¹⁹

Como parte de los servicios de salud, la consejería es impartida por profesionales del área. La persona responsable de propiciar el proceso de acercamiento y comunicación dependerá del tipo de unidad médica y los recursos humanos capacitados para esta actividad con los que cuente. Por ejemplo, una



unidad de salud pequeña contará con un médico y una enfermera, siendo uno de ellos el responsable de la consejería mientras que en unidades de mayor tamaño donde se cuenta con una plantilla de personal más numerosa, podrá ser un médico/a, enfermero/a, trabajador/a social, psicólogo/a, promotor/a de salud, etc.

¿Cuál es la experiencia vivida en México?

La prueba de VPH *Digene* que utiliza la tecnología Hybrid Capture® 2 (HC2) patentada por QIAGEN identifica de manera directa la presencia de los tipos de VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68). Esta prueba es la que se ha utilizado en México; se trata del híbrido de Digene Captura 2 Probe B, prueba de microtitulación. En México se ha introducido la prueba del VPH de manera inicial en los servicios tanto privados como públicos de salud. Varios estudios, que reseñaremos a continuación, indican que hay altos niveles de aceptación de la prueba VPH en su modalidad autotomada (auto-recolección de la muestra) entre las mujeres usuarias de los servicios de salud. ⁷³⁻⁷⁴

Inicialmente (en el año 1999) en México, la prueba de ADN del VPH se utilizó en investigaciones científicas. Uno de los primeros estudios realizados fue con mujeres usuarias de los programas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Morelos. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de dos diferentes métodos para obtener muestras de ADN de VPH, muestra vaginal autotomada y muestra tomada por personal médico a través de un examen cervical, con el objeto de identificar lesiones cervicales preinvasoras y cáncer cervical, comparado con la prueba de Pap, los hallazgos encontrados fueron fundamentales para el desarrollo de investigaciones posteriores, relativas a la historia natural de las infecciones por VPH o el estudio de la prueba del VPH como alternativa rentable de tamizaje y el hallazgo de la aceptabilidad de la prueba. ⁷⁵



La aceptabilidad de la prueba es uno de los beneficios más importantes que brinda esta nueva tecnología, sumado a las ventajas técnicas que ofrece la prueba. A continuación, se citan tres investigaciones en las cuales se evaluó el uso de la prueba del ADN del VPH.

1. En secuencia con el estudio realizado en Morelos en el año de 1999, referido anteriormente, los resultados indican una gran aceptación de la prueba de ADN del VPH por parte de mujeres, especialmente de las más jóvenes que se negaban a realizarse la prueba de Pap. Este estudio se llevo a cabo en un hospital teniendo un contexto médico pero no se brindó consejería. ⁷⁶

Una de las explicaciones de la baja cobertura del programa de detección oportuna de cáncer en México, es la limitada utilización y aceptabilidad de la prueba de Pap, debido a barreras culturales e institucionales. Los hallazgos encontrados en Morelos indican que muchas mujeres no se realizan la prueba de Pap porque el examen pélvico es incómodo, sus parejas sexuales no las dejan, debido a una experiencia negativa, porque no saben acerca de la prueba o porque perciben gastos para realizarla así como un prolongado tiempo de espera para obtener la prueba en la clínica y posteriormente sus resultados. ⁷⁷

Para medir el componente de aceptabilidad, el estudio exploró la percepción de las mujeres sobre el nivel de dolor, incomodidad, vergüenza e intimidad experimentada con la prueba de Pap y VPH autotomada, sus respuestas fueron calificadas mediante una escala Likert. ⁷⁷

Las mujeres mostraron una marcada preferencia por la técnica de autotoma en comparación con la prueba de Pap, las mujeres encuestadas también indicaron sentir más dolor, vergüenza y malestar



asociado con la prueba de Pap en comparación con la prueba de VPH autotomada, reportando mayor privacidad.⁷⁸

2. Un estudio realizado en el año 2007, tuvo como objetivo evaluar la aceptabilidad de estrategias de detección del VPH y de prevención secundaria del cáncer cervical entre usuarias de los servicios de la Secretaría de Salud en el estado de Morelos quienes tenían residencia rural y mayores de 50 años. Dentro del estudio, a las mujeres participantes se les invitó a una sesión en un lugar céntrico en la comunidad donde recibirían una prueba de VPH de manera gratuita. En un contexto grupal se les dio una plática introductoria a las participantes en la cual se les explicó cómo debían tomarse la prueba. Cada participante se tomó la prueba dentro de un baño privado. Se les entregaron los resultados de la prueba un máximo de seis semanas después, con el ofrecimiento de una prueba de Pap para confirmación diagnóstica a las que tenían un resultado positivo al VPH y con canalización a tratamiento en caso de necesitarlo.⁷³

Entre los hallazgos encontrados, identificaron una gran aceptación de la prueba del VPH por parte de las usuarias entrevistadas. El estudio atribuye la aceptación de la prueba a las opciones de recolección autotomada de la muestra. El estudio revela que las mujeres prefirieron la prueba de VPH autorecolectada porque deseaban saber su diagnóstico de VPH, percibieron mayor privacidad al practicarla y les resultó menos dolorosa comparada con el Pap. Percibieron también un mayor ahorro económico con la prueba de VPH autotomada y mayor rapidez.⁷³

3. Recientemente se realizó un estudio cualitativo que tuvo como objetivo identificar los elementos socioculturales de la aceptabilidad de la prueba de VPH entre mujeres mexicanas, especialmente mujeres pobres de 4 estados del país y de 4 grupos culturales diferentes.⁷⁹



A las mujeres se les ofrecieron pruebas autotomadas de VPH en su casa o un centro comunitario, además, se brindó consejería, pruebas de Pap de seguimiento para mujeres con resultados positivos al VPH y tratamiento de manera gratuita. ⁷⁹

El estudio concluye que la prueba autotomada de VPH es altamente aceptable entre mujeres mexicanas, incluyendo mujeres de bajos recursos, un bajo nivel de educación formal, de áreas rurales e indígenas. ⁷⁹

Sin embargo el estudio recomienda considerar el impacto negativo psicológico en mujeres y sus relaciones con sus parejas masculinas, señalando la consejería como una clave para resolver muchos de los problemas que pudieran sucitarse. ⁷⁹

En México se ha introducido la prueba del VPH en los servicios de salud de varios estados del país a partir del año 2008. La toma de muestra se lleva a cabo por personal médico o de enfermería en las unidades de salud urbanas y rurales. Tanto los estudios realizados en el país como la experiencia del personal de salud indican que hay altos niveles de aceptación de las mujeres usuarias de los servicios de salud para realizarse la prueba, especialmente en su modalidad autorecolectada, lo que se suma a los testimonios de los prestadores de servicios quienes refieren una respuesta favorable a la introducción de la prueba y la aceptación de las mujeres. ^{73,80}

Los hallazgos sobre la aceptabilidad de la prueba de VPH entre las mujeres mexicanas constituyen evidencia científica que sustenta el proceso de reorganización del programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino en México. Los resultados encontrados en los estudios referidos confirman el acierto de la introducción de la prueba de VPH como una de las estrategias de prevención secundaria



del cáncer cervical en México, al menos en cuanto a la aceptabilidad y por extrapolación la posibilidad de lograr una mayor cobertura con la detección. Los autores de estos estudios resaltan la aceptación de las mujeres mexicanas a la prueba de VPH basada en sus percepciones y vivencias respecto a la prueba autotomada y la experiencia vivida en México después de incorporar esta prueba como prueba de detección en combinación con la prueba de Pap. ^{73,80}

No obstante el hecho de la implementación de la prueba de VPH dentro de los servicios de salud en México, no se han identificado las necesidades de información y apoyo que las mujeres mexicanas tienen al realizarse la prueba de VPH ni hay recomendaciones ni lineamientos en cuanto a cómo brindar consejería en este contexto.

JUSTIFICACIÓN

En 22 años, la comunidad médica y científica han aumentado considerablemente el conocimiento de la historia natural del VPH y la neoplasia de cuello uterino, desde que el VPH16 fue descrito por primera vez en el cáncer cervical. ⁸¹

Cuenta de ello es el descubrimiento de la etiología viral del cáncer de cuello uterino y el desarrollo de pruebas para detectar el ADN del VPH en células cervicales, lo cual tiene y ha tenido importantes implicaciones para las estrategias de prevención del CaCu, en la educación para la salud y calidad de vida. ⁸²

La inclusión de la prueba en los programas de tamizaje sumado a la alta prevalencia de la infección por el VPH, significa que un gran número de mujeres recibirán resultados positivos de la prueba y ello no



debería causar ansiedad u otra emoción negativa innecesaria, puesto que la mujer deberá comprender el papel de la infección por VPH y posee antecedentes que le permitirán tomar decisiones en materia de detección y tratamiento, por lo tanto, la mujer necesitará asesoramiento y apoyo, lo que significa un gran desafío para los profesionales de la salud y los servicios de salud que se ofrecen convencionalmente.⁸²

Es necesario asesorar y apoyar a las mujeres al momento de realizar una prueba diagnóstica, ya sea de una infección de transmisión sexual (ITS) o una prueba diagnóstica para cáncer (y quizá aún más en el caso del VPH que es una ITS y a la vez indica la posibilidad del desarrollo posterior del cáncer). Dicha necesidad es congruente con los hallazgos encontrados en países donde los avances científicos como la prueba del VPH o la vacuna contra este virus han sido introducidos años atrás (ver cuadro 1). Al respecto de la consejería, entre los hallazgos más relevantes de los estudios están los siguientes:

45-70

- La mayoría de los grupos de mujeres estudiadas, ya sean captadas en los programas de tamizaje o mujeres universitarias, adolescentes o mujeres que se realizan la prueba por segunda ocasión, no habían escuchado hablar del VPH.
- Las preguntas más frecuentes se relacionan con la transmisión, prevención y tratamiento del VPH.
- Los médicos tratantes no hablan con las mujeres sobre VPH, existiendo múltiples barreras para comunicar información sobre el VPH.
- La angustia, vergüenza, confusión, incertidumbre o preocupación son las emociones que pueden experimentar las mujeres cuando no tienen la información adecuada ni suficiente para enfrentar resultados positivos a la prueba de VPH o tomar la decisión de practicarse la prueba.
- La difusión de información sobre el virus, debe acompañar la introducción de la prueba del VPH para atenuar reacciones de angustia e incertidumbre en las mujeres.



- Las mujeres tienen un mayor nivel de confianza en los profesionales de la salud como fuentes de información y asesoramiento sobre el VPH y las vacunas, sobre el internet, televisión o revistas, lo que sugiere que los profesionales de la salud serán los principales comunicadores.

Asimismo con base en los hallazgos de los estudios existentes, algunas de las principales recomendaciones para la consejería al momento de la implementación de una prueba de VPH son:

- La generalización de la prueba de VPH y la vacunación debe ir acompañada de información que permita comprender la asociación del VPH con el CaCu.
- A través de la consejería se debe responder las preguntas más frecuentes de la población, brindando a las pacientes respuestas sencillas, claras y coherentes.
- La educación y consejería debe responder a las necesidades de información de las mujeres, identificando primeramente los vacíos de información.
- La forma en que se brinde la información es crucial para reducir al mínimo el impacto psicosocial negativo, ante resultados de pruebas positivas y garantizar que las mujeres continúen en los programas de detección.
- Se recomienda identificar las necesidades de información y con base en ello plantear las estrategias de comunicación de manera clara y sencilla para el fácil entendimiento de las mujeres.

La metodología utilizada para llevar a cabo los estudios presentados anteriormente es cualitativa, lo que limita la representatividad y generalización de los resultados a otros grupos. No obstante los resultados son útiles en cuanto constituyen un acercamiento general a las preferencias de las mujeres y sus necesidades de información, aunque se requiera de estudios sobre las especificidades culturales y del sistema de salud en México. ⁴⁸



La disminución de la mortalidad por cáncer cervical en México ha sido moderada pero sostenida, atribuible en gran parte a las acciones del programa de tamizaje. Es decir, una mayor cobertura de la población en riesgo con la detección temprana a través de la prueba de Pap (en combinación con el tratamiento de las neoplasias detectadas, y una contribución menor de la disminución en la tasa de natalidad en el país). Sin embargo, la disminución en las tasas de mortalidad ha sido menor de la esperada, según algunos autores debido a la falta de control de calidad, por lo cual el cáncer cervical sigue siendo un problema de salud pública prioritario. ⁸³

Con base en la evidencia y experiencias de otros países así como estudios realizados en México, la introducción de la prueba del VPH y la vacuna contra el virus en México son estrategias que se espera que eventualmente llevaran a reducir la carga de la enfermedad en nuestro país, con un impacto en la mortalidad y morbilidad. La introducción de dichas innovaciones tecnológicas significa un reto no sólo en cuanto a la reestructuración del programa de tamizaje sino en la formulación de estrategias que logren mitigar un posible impacto psicosocial negativo en la mujer, generadas principalmente por la falta de información y/o confusión en relación al VPH entre la población mexicana. ¹⁶

Por todo lo anterior, es un desafío mayor el poner en marcha las nuevas estrategias —basadas en las innovaciones tecnológicas— brindando simultáneamente herramientas que lleven a la mujer a comprender información básica sobre la enfermedad que le permitan conducir de la mejor manera sus emociones y en caso de tener un resultado positivo a la prueba de VPH, tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y su cuerpo desde que entra en contacto con el programa preventivo. Siendo la consejería una interacción personal entre el profesional de la salud y la mujer, cuyo proceso de diálogo permite contestar a las preguntas y brindar asesoría, se aportarán elementos que permitan reforzar la



consejería que se brinda actualmente en México, conociendo primeramente las necesidades de información y apoyo como base de futuras estrategias.

Además de identificar las necesidades de información y apoyo que lleven a fortalecer la consejería que se brinda actualmente en los programas de tamizaje en México, se respeta el principio de autonomía de las pacientes y su derecho a tomar decisiones informadas en un marco desarrollado para comunicar información de salud.⁶⁴

La información que se brinde a la mujer, específicamente sobre la prueba del VPH, deberá evitar la estigmatización, el sufrimiento psicológico que pueda generarse por la vergüenza, ansiedad o angustia en las mujeres con resultado positivo y al mismo tiempo propiciar un ambiente amable y positivo que garantice la permanencia en el programa de las mujeres que ya utilizaron alguna vez la prueba así como la asistencia de otras mujeres al programa de detección (quienes habrán escuchado sobre las buenas experiencias de las usuarias de la prueba).

Con base en la evidencia y la justificación expuesta, el presente documento propone un estudio que permita identificar las necesidades de información y apoyo psicológico de las mujeres mexicanas al realizarse la prueba del VPH, desde un abordaje cualitativo de un problema de salud pública prioritario que reconoce la necesidad de tomar en cuenta aspectos sociales y culturales del contexto específico (áreas rurales y urbanas de México).

El estudio que se propone no tiene precedentes en el país y no se sabe de estudios similares en otros países de Latinoamérica. La investigación permitirá identificar a tiempo las necesidades de información y apoyo existentes, lo que ofrecerá la oportunidad para fortalecer los procesos actuales a medida que



se introducen las innovaciones tecnológicas en México. Se trata de una necesidad actual del programa nacional de detección oportuna y control del cáncer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervical es un problema de salud pública prioritario en nuestro país, el cual actualmente puede enfrentarse a través de la introducción de las nuevas herramientas tecnológicas con la posibilidad de un mayor impacto sobre la mortalidad y morbilidad por esta neoplasia. No obstante el potencial que tiene la incorporación de la prueba de VPH dentro del programa de detección oportuna y control del cáncer cervical, hay que tomar en cuenta la posibilidad de que dicha intervención en salud también puede tener efectos negativos en la población. ⁴⁵⁻⁷⁰

El brindar asesoría completa a las mujeres y dar respuesta a sus necesidades de información así como las psicológicas es esencial para lograr el respeto a la autonomía de la mujer, para que de manera empoderada ella tome decisiones informadas sobre su cuerpo y tratamiento médico, especialmente cuando tienen un resultado positivo a la prueba.

Para mitigar el impacto social negativo, la evidencia recomienda fomentar y fortalecer la consejería como proceso de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, es decir, brindar información y apoyo a medida y óptimamente a la par, de la introducción de la prueba del VPH.

Para lograrlo, es necesario identificar primeramente cuáles son las necesidades de información y apoyo de nuestra población, como fundamento de estrategias de comunicación eficaz, accesible para la población, garantizando que todas las mujeres se están beneficiando de los avances científicos —



principio de beneficencia y justicia — que en última instancia, contribuirá en el control del cáncer de cuello uterino. ³⁹

OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de información y apoyo de las mujeres usuarias del programa de prevención y control del CaCu al realizarse una prueba de VPH, así como de las usuarias potenciales de la detección a través de dicha prueba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades de información de las mujeres usuarias del programa, al realizarse la prueba del VPH.
- Identificar las necesidades de información de las usuarias potenciales de la prueba del VPH dentro del programa de detección.
- Conocer la percepción de las mujeres sobre la consejería actual que se brinda dentro del programa de prevención y control del CaCu al realizarse la prueba del VPH.
- Explorar el impacto psicosocial de la prueba de VPH en las mujeres usuarias del programa para conocer sus necesidades de apoyo.
- Explorar el impacto psicosocial hipotético de la prueba de VPH en las usuarias potenciales de la prueba del VPH dentro del programa de detección.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las necesidades de información y apoyo de las mujeres que son usuarias y usuarias potenciales del programa de prevención y control del CaCu al realizarse una prueba del VPH?



Marco teórico-conceptual

Realizar una investigación cualitativa desde un marco teórico-conceptual claramente definido permite delimitar con más claridad el objeto de estudio, guiar el diseño de la investigación y eventualmente ofrecer resultados de mayor aplicabilidad. Con base en esta concepción, en este estudio se empleará una teoría de etapas en el cambio del comportamiento relacionada con la salud como marco teórico-conceptual, que es la teoría de la difusión de las innovaciones.⁸⁴

Teoría de la difusión de las innovaciones

Se trata de una antigua teoría del cambio social útil para entender la difusión de nuevas ideas, creencias, conocimientos, prácticas, programas y tecnologías colectivamente denominadas innovaciones. La teoría de la difusión, cuando se utiliza en programas de salud pública, se centra en la adecuación de mensajes correspondientes con la etapa en la que cada individuo se encuentra, comúnmente denominado como el grado de preparación de cada persona.⁸⁵

La teoría de la difusión de las innovaciones será útil para explicar la adopción de la prueba del VPH (una innovación) por parte de las usuarias así como del personal de salud que ofrece la prueba. Esta teoría permite pensar la decisión de usar la prueba de VPH como un proceso con diferentes etapas. Así, al aplicar la teoría de la difusión de las innovaciones a la adopción de la prueba de VPH por las usuarias (y su implementación por parte del personal de salud dentro del programa de detección y control del cáncer cervical), se puede dividir el objeto de estudio –el proceso de adopción de la prueba de VPH- en las siguientes etapas:



- Conocimiento sobre la existencia de la prueba del VPH, cuándo y para qué se utiliza, cuál es el significado de tener un resultado positivo o negativo a la prueba y cuál es el procedimiento a seguir al recibir cualquier resultado.
- Formación de una opinión sobre la prueba del VPH o persuasión sobre su utilidad y sus ventajas o desventajas.
- La decisión de utilizar o no la prueba del VPH.
- La implementación de la decisión o la acción de usar la prueba del VPH.
- La confirmación de la opinión formada sobre la prueba del VPH y el uso de la misma.

La consejería puede tener impacto en cada una de estas etapas, y cada etapa se puede concebir a su vez como un proceso:

- El proceso de adquirir el conocimiento sobre el VPH y la prueba del VPH.
- El proceso de formar una opinión sobre la prueba del VPH.
- El proceso de tomar la decisión de realizarse la prueba del VPH.
- El proceso de poner en práctica la decisión y en efecto realizarse la prueba del VPH.
- El proceso de confirmar o cambiar de opinión sobre la prueba del VPH.

Se utilizará la teoría de la difusión de las innovaciones para comprender el proceso de uso de la prueba de VPH por parte de mujeres mexicanas en áreas rurales y urbanas de México, tomando en cuenta los diferentes elementos o etapas que plantea el marco teórico. Es decir, esta teoría permite tomar en cuenta si algunas mujeres ni siquiera conocen de la existencia de la prueba de VPH o el que se ofrece dentro de los servicios públicos de salud en México (etapa de conocimiento). También permite analizar el comportamiento de las mujeres que saben que se ofrece la prueba de VPH pero que aún no se han convencido que les será de utilidad (persuasión). Finalmente, permite explorar el proceso de tomar la



decisión de usar la prueba de VPH, implementar esa decisión y luego –dependiendo de si tuvieron una experiencia buena o mala de uso de la prueba- confirmar su decisión. Especialmente dentro de las últimas tres etapas (decisión, implementación y confirmación), es posible que la consejería podrá tener un impacto benéfico, llevando a la usuaria de la prueba de VPH a tener una buena experiencia y por ende a usar de manera continua y periódica el programa de detección oportuna y control del cáncer cervical. Por ejemplo, un uso continuo del programa sería realizarse una prueba de Pap de confirmación y acudir a las citas de tratamiento en la clínica de displasias en caso de necesitarlo, mientras un uso periódico sería el que ella acuda a realizarse su próxima prueba de VPH en la periodicidad recomendada (figura 1).



Figura 1. Marco teórico de la teoría de la difusión de las innovaciones



Los métodos cualitativos son cada vez más utilizados en la investigación en salud pública, un abordaje cualitativo permite explorar y comprender significados, el por qué, cómo y en qué circunstancias suceden las cosas, además de disponer de criterios que dan rigurosidad científica al método. ^{84,86-87}

Muestreo

Se utilizará un muestreo intencional o a propósito, para seleccionar los lugares de estudio y las personas a entrevistar. ⁸⁸

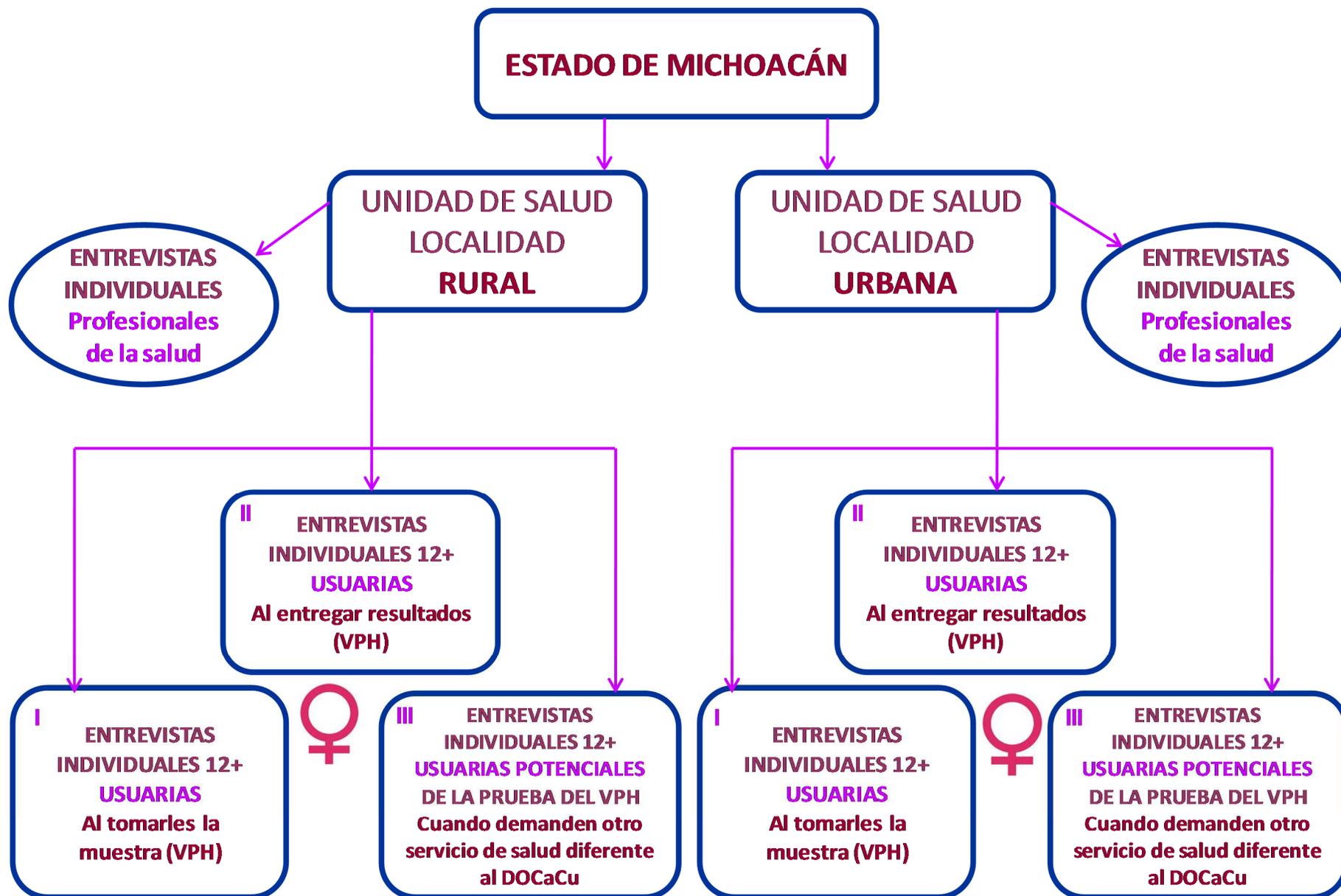
Lugar de estudio

Se seleccionarán dos centros de salud:

- Un centro de una comunidad rural
- Un centro de una comunidad urbana

El muestreo de los centros de salud donde se levantarán los datos será intencional o a propósito dado que se buscarán unidades de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud de Michoacán que ofrezcan pruebas del VPH a las usuarias, como uno de los componentes en la detección oportuna del cáncer cervical ubicados en zonas rural y urbana respectivamente.

Diseño del estudio



Entrevistas individuales semiestructuradas

Reclutamiento

Para abarcar un mayor número de experiencias, las mujeres entrevistadas serán mujeres diferentes, mujeres captadas al momento de la toma de la muestra y otras mujeres distintas al momento de entregar resultados de la prueba del VPH, así mismo, un grupo distinto de usuarias potenciales.

GRUPO I. Mujeres usuarias del programa de prevención y control del cáncer cervical captadas después de la toma de muestra para la prueba del VPH.

En cada centro de salud, se reclutará una muestra intencional de mujeres captadas después de acudir a la unidad de salud para la toma de muestra de la prueba del VPH, las usuarias serán reclutadas de manera no aleatoria a la salida de la consulta.

GRUPO II. Mujeres usuarias del programa de prevención y control del cáncer cervical captadas al momento de la entrega de sus resultados de la prueba del VPH.

En cada centro de salud, se reclutará una muestra intencional de mujeres captadas después de acudir a la unidad de salud para la entrega de resultado de la prueba del VPH, las usuarias serán reclutadas de manera no aleatoria a la salida de la consulta.

GRUPO III. Mujeres usuarias de los servicios de salud captadas al momento de demandar un servicio diferente a la detección oportuna de cáncer cervical.

En cada centro de salud, se reclutará una muestra intencional de mujeres captadas al acudir a la unidad de salud para solicitar el servicio de atención por otra causa distinta a la detección de cáncer cervical, las usuarias serán reclutadas de manera no aleatoria a la salida de la consulta. Se podrán aprovechar espacios como ferias de la salud o eventos masivos para realizar mamografías.

Cuando se identifica una mujer positiva a la prueba del VPH, se localiza a la paciente hasta antes de los 21 días considerados para esta entrega de resultados, como se indica en el diagrama de atención para la detección de cáncer cervical. La comunicación del resultados a las mujeres puede variar según las estrategias o mecanismos internos de los programas establecidos en las entidades federativas. Por ejemplo en Michoacán, los resultados son entregados por un médico o una enfermera exclusivamente, quienes los comunican a las mujeres vía telefónica, acuden a sus domicilios o los entregan durante la consulta que se tenía previamente contemplada.⁸⁹

En este estudio, las mujeres del grupo II que se recluten, serán captadas sin considerar el resultado positivo o negativo de la prueba del VPH y se reclutarán mujeres a quienes se les hará entrega de resultado en la unidad de salud durante la consulta.

Es importante considerar que las mujeres positivas a la prueba del VPH, reciben en un segundo momento resultados de la prueba de Pap y un tercer momento de comunicación medico paciente, si prueba de Pap es positiva, ya que en su seguimiento la mujer estará en contacto con el personal de la clínica de colposcopia. De acuerdo al objetivo de este estudio, se entrevistará a la mujer con resultados positivos o negativos a la prueba de Pap únicamente al recibir el resultado de la prueba del VPH.

Para el reclutamiento de las mujeres, una trabajadora de campo invitará a las usuarias a participar en las entrevistas individuales a su salida de consulta y hará las siguientes preguntas:

¿Asistió a consulta para realizarse la prueba del VPH o para recibir sus resultados de esta prueba?

¿Tienen 35 a 64 años?

¿Tiene interés en proporcionar una entrevista individual?



De recibir una respuesta positiva a las tres preguntas, la trabajadora de campo aplicará el formato de consentimiento informado oral, sí las mujeres aceptan participar, se le entregará la tarjeta de información ética y se le realizará la entrevista.

Tamaño de muestra

En cada centro de salud rural y urbano, se reclutarán 12 usuarias después de la toma de la muestra, 12 más después de la entrega de sus resultados de la prueba del VPH y 12 mujeres más que buscan atención por otra causa diferente a la detección oportuna de cáncer cervical. Se realizarán entrevistas a usuarias de 35 a 64 años, dado que la prueba del VPH es más útil para la detección temprana de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en este grupo de edad.²¹

- Se reclutará una muestra completa de las y los profesionales de la salud en cada centro de salud, es decir, se reclutarán todos los prestadores de servicio involucrados en el programa de prevención y control del cáncer cervical en cada centro de salud.
- Se revisarán las entrevistas individuales realizadas a las usuarias para determinar si se ha logrado la saturación de los datos y se utilizará el muestreo teórico para definir el tamaño de la muestra de los dos tipos de usuarias. Esto implica que se seguirá reclutando usuarias (de dos tipos, las que salen de una cita para la toma de la muestra de la prueba del VPH así como las que acaban de recibir los resultados de la misma) hasta que se logre la saturación de los datos.⁹⁰⁻⁹³
- Se reclutará a los profesionales de la salud en su jornada laboral, a través de invitaciones orales por parte de las trabajadoras de campo, durante la visita del equipo de trabajo de campo al centro de salud en estudio.



Criterios de inclusión

I. Servicios de salud

Se seleccionarán dos centros de salud que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

1. Unidades de salud competencia de la Secretaría de Salud de Michoacán.
2. Unidades que ofrezcan pruebas del VPH a las usuarias como elemento de la detección oportuna de cáncer cervical.
3. Directivos acepten que el servicio participe en el estudio y uno de los cuales se ubique en una zona rural y otro en una zona urbana.

II. Usuarias y usuarias potenciales

1. Mujeres que asisten al centro de salud de estudio donde se practica la prueba del VPH, ya sea que se les haya tomado la muestra para realizar la prueba del VPH, que se les entregue su resultado a la prueba de VPH o que acuden al centro de salud por otro motivo el día en que se realice la entrevista.
2. En el caso de las mujeres que no buscaban una prueba de VPH, que no se hayan realizado una prueba de VPH previamente.
3. Mujeres que tengan 35-64 años.
4. Mujeres que acepten de manera voluntaria conceder la entrevista y proporcionen el consentimiento informado.
5. Mujeres sin derechohabiencia de otro tipo, que sean usuarias de los servicios de la Secretaría de Salud o derechohabientes del Seguro Popular.

III. Profesionales de la salud

1. Prestadores de servicio que trabajen actualmente en el centro de salud seleccionado para el estudio, involucrados con el programa de prevención y control del cáncer cervical.



2. Prestadores de servicio que acepten de manera voluntaria conceder la entrevista y proporcionen el consentimiento informado.

Recolección de datos

En los centros de salud urbano y rural incluidos en el estudio, se realizarán entrevistas individuales a usuarias y prestadores de atención. ^{90-91,94-98}

- 1.** Entrevistas cualitativas individuales de salida (semiestructuradas), aplicadas a mujeres al salir de la cita médica en la cual se les haya tomado una muestra para la prueba del VPH.
- 2.** Entrevistas cualitativas individuales de salida (semiestructuradas), aplicadas a mujeres al salir de la cita médica en la cual se les haya entregado el resultado de la prueba de VPH.
- 3.** Entrevistas cualitativas individuales de salida (semiestructuradas), aplicadas a mujeres al salir de la cita médica solicitada diferente a la detección oportuna de cáncer cervical.

Al final de las entrevistas cualitativas con usuarias, se aplicará un cuestionario corto de datos sociodemográficos básicos, datos mínimos relativos a conocimientos sobre el VPH, así como algunos datos acerca de su historial de uso del programa de prevención y control del cáncer cervical.

- 4.** Entrevistas cualitativas individuales (semiestructuradas) a profesionales de la salud quienes trabajan en el programa de prevención y control del cáncer cervical.

Al final de las entrevistas cualitativas con prestadores de servicios, se aplicará un cuestionario corto de datos sociodemográficos básicos así como algunos datos sobre su historial de trabajo relativo al programa.



Triangulación

Se utilizará la triangulación dentro del presente estudio con el fin de aumentar el rigor y la validez de los hallazgos finales. El término triangulación es el nombre que se le da a una estrategia utilizada en la investigación cualitativa para aumentar la validez. La triangulación implica que:

- Se utilizan más de una herramienta para recolectar los datos (por ejemplo, observación y grupos focales);
- Se recolectan datos de más de una fuente (por ejemplo, datos que proporcionan usuarias, prestadores de atención o tomadores de decisiones, o si se trata de documentos, datos recopilados de lineamientos, manuales y expedientes médicos);
- Se aplican múltiples perspectivas teóricas al diseñar el estudio y luego analizar los datos (combinar la teoría de las creencias en salud con la perspectiva de género, etc.) o finalmente, más de un investigador realiza un análisis sistemático de los mismos datos (pero de manera independiente), para verificar que se producen datos similares. ⁹⁰⁻⁹³

El tipo de triangulación que se aplicará en este estudio es la triangulación de las fuentes de datos, ya que se recolectarán datos de prestadores de atención y de usuarias de la prueba de VPH en dos momentos diferentes de la atención así como de usuarias potenciales de la prueba de VPH pero quienes no hayan optado por usar la prueba en el momento de la entrevista. Utilizar la triangulación aumenta la validez de los estudios cualitativos, permite la comprensión multidimensional de un tema complejo y hace posible explorar la convergencia y disonancia de los hallazgos arrojados. ⁹²⁻⁹³

Desarrollo de instrumentos de recolección de datos

Para contestar la pregunta de investigación y dado lo delicado o incomodo que puede resultar para algunas personas hablar sobre el VPH dado que es una ITS, se utilizará la entrevista individual



semiestructurada como técnica o método cualitativo de investigación, lo que garantizará la privacidad y confidencialidad de la información. ⁸⁷

De los tres tipos de entrevista: estructurada; semiestructurada y a profundidad, la semiestructurada tiene una constitución maleable donde el entrevistador hace preguntas concretas sobre el tema de interés y el entrevistado las desarrolla, el entrevistador guía la conversación para centrarla en las aéreas a estudiar pero puede cambiar el orden o detenerse en un tema, con el fin de obtener más detalles de una idea dada. La recolección de información a través de la entrevista individual semiestructurada, permitirá identificar las necesidades de información y apoyo de las mujeres al realizarse la prueba del VPH. ⁸⁷

Se desarrollarán cuatro guías de entrevista: 1) para los prestadores de atención; 2) para las usuarias que acuden para la toma de muestra de una prueba de VPH; 3) para las usuarias que acuden para recibir los resultados de una prueba de VPH; 4) para las usuarias que no buscaban una prueba de VPH sino otro tipo de atención.

1. Se desarrollarán las primeras versiones de los instrumentos de recolección de datos, guías de entrevista individual para los profesionales de la salud y las usuarias en cada uno de los momentos — toma de la muestra y entrega de resultados de la prueba de VPH — con base en una revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre estudios científicos similares y especialmente en el marco teórico conceptual utilizado para el estudio (la teoría de la difusión).

2. Se realizará un estudio piloto con los instrumentos diseñados, en un centro de salud no seleccionado para el estudio.



3. Se reformularán los instrumentos con fundamento en los datos arrojados por el estudio piloto.

Procesamiento y análisis de datos

1. El audio de las entrevistas individuales semiestructuradas con prestadores y usuarias, serán grabadas utilizando equipo de grabación digital y se harán respaldos de los archivos.

2. Se mantendrán todas las copias de los archivos digitales bajo llave, en dos lugares físicos y sólo tendrán acceso a tales grabaciones la investigadora principal del estudio (la doctorante) y un miembro del comité de tesis.

3. No se registrarán los nombres de los y las entrevistados (ni de las localidades o comunidades) en los archivos digitales ni posteriormente en las transcripciones de estas entrevistas.

4. Se iniciará el proceso de transcripción de las grabaciones digitales durante el trabajo de campo y se revisarán las transcripciones para asegurarse de la profundidad o densidad de los datos (que los temas de interés estén cubiertos con suficiente profundidad para una comprensión cabal).

5. Antes de la codificación de estos datos, las transcripciones se cargarán en un programa de análisis cualitativos y se capturarán los datos sociodemográficos y otra información básica sobre los y las entrevistados/as en este mismo programa. ⁹⁴⁻⁹⁸

6. Las transcripciones de entrevistas individuales se analizarán con las técnicas del análisis cualitativo emanadas de las prácticas de la teoría fundamentada y la etnografía. Este método, llamado de comparación constante, involucra la codificación del material transcrito (clasificación en categorías *a priori* definidas con base en el marco teórico y la revisión de la literatura, así como categorías *en vivo* surgidas del material de las mismas entrevistas), para sistematizar la información y buscar patrones, similitudes y diferencias. ^{94,97-98}

7. Se llevará a cabo el análisis temático del material cualitativo a través de la lectura de las



transcripciones (inmersión en el material cualitativo generado), la codificación y anotación de apuntes.

8. En una primera etapa se realizarán las siguientes actividades durante la lectura y codificación: Anotar los temas, ideas, preguntas que surgen durante la lectura (en una bitácora de codificación dentro del programa de análisis cualitativo elegido) empezar a determinar cómo clasificar en categorías los discursos transcritos, es decir, cómo aplicar códigos definidos *a priori* con base en la revisión de la literatura teórica y sobre el tema, así como generar códigos *en vivo* basados en el discurso de los/as participantes, generar una lista de códigos con definiciones conceptuales (teóricas) y operativas (cómo aplicarlos).

9. En una segunda etapa se harán anotaciones sobre la calidad de los datos, el contenido, los procedimientos de codificación, los patrones y diferencias que se observan (archivados en “memos” en NVIVO) y aplicación de los códigos para clasificar de manera sistemática los datos. Se revisará periódicamente la codificación para verificar el rigor del análisis, se podrán generar nuevos códigos (*in vivo*) cuando sea necesario, durante cualquiera de las dos etapas.

10. Posterior a la codificación de los datos, se realizará la interpretación, presentando (agrupando) la información pertinente para cada categoría (discursos codificados con cada código), resumiendo la información para reducirlo a una expresión de los puntos esenciales y buscando el significado de los discursos. A lo largo del proceso de codificación e interpretación, se buscará la manera de tomar en cuenta tanto los datos indicativos de normas sociales dominantes (hegemónicas) que se manifiestan dentro de los discursos de los y las entrevistados/as como también normas minoritarias, no dominantes o de resistencia. Es decir, se buscará conocer los consensos que hay entre las poblaciones de estudio, pero también las controversias o diferencias en las opiniones o perspectivas. ^{94,97-98}



Implicaciones éticas

- I. Anterior a la realización del estudio, el protocolo y los instrumentos iniciales se someterán a las comisiones de investigación y ética del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- II. Se solicitará consentimiento informado, firmado por los y las participantes en el estudio.
- III. Cada trabajadora de campo (serán mujeres en todos los casos) invitará los/las potenciales entrevistados/as a quien ella entrevistará, las entrevistas se llevarán a cabo en un espacio que garantice privacidad, comodidad y silencio.
- IV. En las entrevistas individuales estarán presentes únicamente la trabajadora de campo y él o la entrevistado/a.
- V. Al invitar a las personas a participar en el estudio, se hará énfasis en los siguientes puntos:
 - Su participación es voluntaria.
 - Aceptar o no aceptar participar en el estudio, no tendrá ninguna consecuencia o efecto negativo en la atención que recibirá.
 - Al final de las entrevistas, se preguntará a cada entrevistada si ella siente que necesita atención psicológica. En caso de responder afirmativamente será referida a una psicóloga de la Secretaría de Salud quien la atenderá de manera gratuita.
 - Se mantendrá la privacidad y confidencialidad de la información compartida.
 - Los beneficios que podrá obtener al participar en el estudio.
 - Los posibles riesgos al participar en el estudio.
 - No se calificarán o juzgarán sus respuestas, opiniones o puntos de vista.
 - La entrega de un folleto al finalizar la entrevista, como material de apoyo ante dudas que pudieran surgir después de la entrevista.
 - El papel del consentimiento informado.



- Los objetivos y justificación de la investigación.
- El procedimiento a seguir.
- La libertad de detener o retirarse de la entrevista.
- La grabación de la entrevista.

REFERENCIAS

1. Manual de Procedimientos y Organización de la Clínica de Colposcopia. Secretaría de Salud. 2007.
2. Juárez P, Meza S, Cáncer Cérvico Uterino Histología normal y citología exfoliativa. IMSS.
3. Denny L. The prevention of cervical cancer in developing countries. *BJOG* 2005;112:1204-1212.
4. Parkin M, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics, *C A Cancer J Clin* 1999 ; 49:33-64.
5. Parkin M, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:74-108.
6. Parkin M, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827-841.
7. Arrossi S, Sankaranayaranan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica Mex* 2003;45(Suppl 3):S306-S314.
8. Ogilvie GS, Patrick DM, Schulzer M, et al. Diagnostic accuracy of self collected vaginal specimens for human papillomavirus compared to clinician collected human papillomavirus specimens: a meta-analysis. *Sex Transm Infect* 2005;81:207-212.
9. Palacio-Mejia LS, Rangel-Gomez G, Hernandez-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003;45:S315-S325.



10. Dzuba IG, Díaz EY, Allen B, et al. The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the pap test as alternatives in cervical cancer screening. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11:265-275.
11. Waller J, McCaffery K, Forrest S, et al. Acceptability of unsupervised HPV self-sampling using written instructions. *J Med Screen* 2006;13:208-213.
12. Anhang R, Nelson JA, Telerant R, et al. Acceptability of selfcollection of specimens for HPV DNA testing in an urban population. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14:721-728.
13. Wikström I, Stenvall H, Wilander E. Attitudes to self-sampling of vaginal smear for human papilloma virus analysis among women not attending organized cytological screening. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:720-725.
14. Allen-Leigh B, Palacio-Mejía LS, Vázquez-Mellado RM, Cruz-Valdéz A, Lorincz A, Lazcano-Ponce E. Acceptability of HPV testing and stages-of-change in Papanicolaou test use among disadvantaged, indigenous and non-indigenous women in Mexico: Policy recommendations for adherence to screening. Ponencia Oral. Public Health Without Borders, APHA 136th Annual Meeting and Expo. Oct 28,2008, San Diego, California, EEUU. (Abstract #179901).
15. Friedman A, Sheppard H. Exploring the knowledge, attitudes, beliefs and communication preferences of the general public regarding HPV: findings from CDC focus group research and implications for practice. *Health Education & Behavior*, Vol. 34 (3): 471-485 (June 2007).
16. Lazcano-Ponce E, Allen B, Palacio-Mejía L, Hernández-Avila M. Retos en la implementación de estrategias de prevención primaria y secundaria del cáncer cervical en México. *Gac Méd Méx* Vol. 142 Supl 2,2006.
17. Lazcano-Ponce E. Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. *Salud Publica Mex* 2007;49:32-34.



18. Parkin DM. Screening for cervix cancer in developing countries. In: Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M Prorok PC, ed Cancer screening. Cambridge: UICC, 1991;184-198.
19. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
20. Lazcano-Ponce E, Moss S, Alonso de Ruíz P, Salmerón-Castro J, Hernández-Avila M. Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Why Is It Ineffective? The Case of Mexico. Archives of Medical Research 30 (1999) 240–250.
21. Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B. Innovation in Cervical Cancer Prevention and Control in Mexico. Review Article Archives of Medical Research 2009.
22. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Womack SM, Jacobson D, Yi B, Hwang YT *et al.* Benefits and costs of using HPV testing to screen for cervical cancer. JAMA 2002;287(18):2372-2381.
23. Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Alonso-de Ruiz P, Buiatti E, Hernández-Avila M. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México: Diagnóstico situacional. Cancerología 1996;42:123-140.
24. Lazcano-Ponce EC, Buiatti E, Nájera-Aguilar P, Alonso-de Ruiz P, Hernández-Avila M. Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach. Cancer Causes Control 1998;9:1-11.
25. Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce EC, Alonso-de Ruiz P, López-Carrillo L, Rojas-Martínez. Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer del cuello uterino en la Ciudad de México: Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional. Gac Med Mex 1994;130:201-209.



26. Salmeron J, Lazcano-Ponce E, Lorincz A, et al. Comparison of HPV based assays with Papanicolaou smears for cervical cancer screening in Morelos State, Mexico. *Cancer Causes Control* 2003;14:505-512.
27. Cuzick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine* 2008; 26(suppl 10):K29-K41.
28. Barata PC, Mai V, Howlett R, et al. Discussions about self-obtained samples for HPV testing as an alternative for cervical cancer prevention. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:251-257.
29. Franco E, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Canadian Medical Association or its licensors CMAJ* APR. 3, 2001; 164(7)1017.
30. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244–265.
31. Wright TC, Schiffman M, Solomon D, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *Obstet Gynecol* 2004;103:304–308.
32. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52:342–362.
33. Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV Communication: Review of existing research and recommendations for patient education. *CA Cancer J Clin* 2004;54:248-259.
34. Bioscience Division, Los Alamos National Laboratory, the Regents of the University of California. HPV sequence database: PV types and hosts _database online_. Available at: http://hpv-web.lanl.gov/stdgen/virus/cgi-bin/hpv_organisms.cgi?dbname_hpv. Accessed August 23, 2004.
35. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:3–13.



36. Schiffman M, Kjaer SK. Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31: 14–19.
37. Castellsague X, Munoz N. Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis—role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:20–28.
38. Palefsky JM, Holly EA. Immunosuppression and co-infection with HIV. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:41–46.
39. Informe Belmont
40. Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796-802.
41. Franco EL. Cancer causes revisited: human papillomavirus and cervical neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:779-80.
42. Walboomers JMM, Meijer CJLM. Do HPV-negative cervical carcinomas exist? *J Pathol* 1997;181:253-4.
43. Walboomers JMM, 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;189:12-9.
44. Franco EL, Rohan TE, Villa LL. Epidemiologic evidence and human papillomavirus infection as a necessary cause of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:506-11.
45. Waller J, McCaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Wardle J. Awareness of human papillomavirus among women attending a well woman clinic. *Sex Transm Infect* 2003;79:320–322.
46. Gilbert LK, Alexander L, Grosshans JF, Jolley L. Answering Frequently Asked Questions About HPV. *Sexually Transmitted Diseases* March 2003.
47. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royer P, Denekens J, Avonts D. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Family Practice* 2003; Vol. 20, No. 1.



48. Anhang R, Wright TC, Smock L, Goldie SJ. Women's Desired Information about Human Papillomavirus. *Cancer* 2004;100:315–20.
49. Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso-De Ruiz P. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. *Alternativas de educación médica**. *Salud Publica Mex* 2000;42:34-42.
50. McCaffery K, Irwig L. Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *J Med Screen* 2005;12:134–141.
51. Waller J, McCaffery K, Nazroo J, Wardle J. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *British Journal of Cancer* 2005; 92(2), 265–270.
52. Kahn JA, Gail B, Slap GB, Bernstein DI, Kollar LM, Tissot AM, Hillard PA, Rosenthal SL. Psychological, Behavioral, and Interpersonal Impact of Human Papillomavirus and Pap Test Results. *Journal of women's health* 2005; Vol 14, Num 7.
53. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect* 2006;82:169–174.
54. Aldrich T, Landis S, García SG, Becker D, Sanhueza P, Higuera A. Cervical cancer and the HPV link: Identifying areas for education in Mexico City's public hospitals. *Salud Publica Mex* 2006; 48:236-243.
55. Garland SM, Quinn MA. How to manage and communicate with patients about HPV? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94 (Supplement 1), S106-S112.
56. Waller J, Marlow L A V, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect* 2007;83:155–159.
57. Waller J, McCaffery K, Kitchener H, Nazroo J, Wardle J. Women's experiences of repeated HPV testing in the context of cervical cancer screening: A qualitative study. *Psycho-Oncology* 2007;16: 196–204.



58. Kahn J A, Slap G B, Bernstein D I, Tissot A M, Kollar L M, Hillard P A, Rosenthal S L. Personal Meaning of Human Papillomavirus and Pap Test Results in Adolescent and Young Adult Women. *Health Psychology* 2007; Vol. 26, No. 2, 192–200.
59. Marlow LAV, Waller J, Wardle J. Public awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 2007; 97, 691 – 694.
60. Garcia S G, Becker D, Tatum C, Aldrich T, Fernandez-C A. Linking Cervical Cancer to the Human Papillomavirus: Findings from a Qualitative Study with Mexican Women. *Health Care for Women International*, 2007; 28:192–205.
61. McCaffery K J, Irwig L, Foong-Chan S, Macaskill P, Barratt A, Lewicka M, Clarke J, Weisberg E. HPV testing versus repeat Pap testing for the management of a minor abnormal Pap smear: Evaluation of a decision aid to support informed choice. *Patient Education and Counseling* 2008; 73, 473–481.
62. Marlow L A V, Wardle J, Grant N, Waller J. Human papillomavirus (HPV) information needs: a theoretical framework. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009; 35(1): 29–33.
63. Hall B, Howard K, McCaffery K. Do cervical cancer screening patient information leaflets meet the HPV information needs of women? *Patient Education and Counseling* 2008.
64. Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M, Segnan N, Austoker J. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. *Patient Education and Counseling* 2008; 72, 130–136.
65. Marlow L A V, Waller J, Wardle J. The Impact of Human Papillomavirus Information on Perceived Risk of Cervical Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(2).
66. Waller J, Marlow L A V, Wardle J. Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: The impact of information about HPV. *Preventive Medicine* 2009; 48, 415–419.



67. Lloyd G P, Phil M, Marlow L A V, Waller J, Miles A, Wardle J. An Experimental Investigation of the Emotional and Motivational Impact of HPV Information in Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2009; 45, 532–534.
68. Verhoeven V, Baay M F D, Baay P E, Lardon F, Royen P V, Vermorken J B. Everything you always wanted to know about HPV (but could not ask your doctor). *Patient Education and Counseling* 2009.
69. Wong L P. HPV information needs, educational messages and channel of delivery preferences: views from developing country with multiethnic populations. *Vaccine* 2009; 27,1410–1415.
70. Dyson S, Pitts M, Lyons A, Mullins R. Providing high quality information about human papillomavirus for women after treatment for high-grade cervical dysplasia. *Sexual Health* 2010; 7,49–54.
71. Ritva Nupponen. What is counseling all about—Basics in the counseling of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling* 1998; 33, S61–S67.
72. Diccionario de la Real Academia Española.
73. 1er Informe del proyecto de investigación: Instrumentación y evaluación de la estrategia de detección del virus del papiloma humano (VPH) para la prevención y control del cáncer cérvico uterino en el estado de Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2007.
74. U.S. Food and Drug Administration.
75. Flores Y, Shah K, Lazcano E, Hernández M, Bishai D, Ferris DG, Lörincz A, Hernández P, Salmerón J. Design and methods of the evaluation of an HPV-based cervical cancer screening strategy in Mexico: The Morelos HPV Study. *Salud Publica Mex* 2002; 44:335-344.
76. Flores Y, Bishai D, Lazcano E, Shah K, Lörincz A, Hernández M, Salmerón J. Improving cervical cancer screening in Mexico: Results from the Morelos HPV Study. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S388-S398.
77. Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Nájera-Aguilar P, Alonso-de Ruiz P, Hernández-Avila M. Barriers to early detection of cervicaluterine cancer in Mexico. *J Womens Health* 1999; 8(3):399-408.



78. Dzuba I, Yunes-Díaz E, Allen B, Flores Y, Lazcano-Ponce EC, Shah K *et al.* The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the pap test as alternatives in cervical cancer screening. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11(3):265-275.
79. Allen-Leigh B, Vázquez-Mellado R M, Cruz-Valdéz A, Lorincz A, Lazcano-Ponce E. Acceptability of HPV testing and stages-of-change in Papanicolaou test use among poor women in Mexico: Policy recommendations for adherence to screening. Center for Population Health Research, National Institute of Public Health, Mexico. Dr. Lorincz, Digene Corporation.
80. Conferencia con personal responsable de programa nacional y estatal.
81. Tristram A. HPV information needs. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006; Vol. 20, No. 2, pp. 267–277.
82. Cuzick J, Mayrand M H, Ronco G, Snijders P, Wardle J. Chapter 10: New dimensions in cervical cancer screening. *Vaccine* 2006; 24S3, S3/90–S3/97.
83. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejia L, Allen-Leigh B, Yunes-Diaz E, Alonso P, Schiavon R, Hernandez-Avila M. Decreasing Cervical Cancer Mortality in Mexico: Effect of Papanicolaou Coverage, Birthrate, and the Importance of Diagnostic Validity of Cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17(10). October 2008.
84. Ulin P R, Robinson E T, Tolley E E. *Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos.* OPS 2006.
85. Dearing J W. Evolution of Diffusion and Dissemination Theory. *J Public Health Management Practice*, 2008, 14(2), 99–108.
86. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320;50-52.
87. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-253.
88. Teddlie C, Yu F. Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods*



Research 2007;1(1):77-100.

89. Diagrama de atención para la detección del cáncer cérvico uterino. Programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino. Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva.

90. Morse JM. Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. Nurs Res. 1991;40(2):120-3.

91. Begley CM. Using Triangulation in Nursing Research. J Adv Nurs. 1996;24(1):122-8.

92. Bryman A. Triangulation. United Kingdom.

93. Mathison S. Why Triangulate?. Educational Researcher, March 1988. Washington, DC.

94. Bernard, H. Russell. Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Walnut Creek, CA, Alta Mira Press, 2002.

95. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: Métodos De Investigación. Barcelona: Paidós, 1994.

96. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative Methods for Assessing Health Care. Quality in Health Care, 1994;3(2):107-13.

97. Strauss AL, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures And Techniques. Newbury Park, CA: Sage, 1990.

98. Bazeley P. The Bricoleur With a Computer, Piecing Together Qualitative and Quantitative Data. Qualitative Health Research, 1999;9:279-87.

