

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**DETERMINAR NECESIDADES DE INFORMACIÓN
Y CONSEJERÍA DE LAS MUJERES AL UTILIZAR
LA PRUEBA DEL VPH EN MÉXICO**

**Tesis para obtener el grado de
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

Leith Soledad León Maldonado

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Eduardo César Lazcano Ponce

Director del Centro de Investigación en Salud Poblacional
Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, Morelos Enero 2013

ASESORES

Dra. Betania Allen Leigh

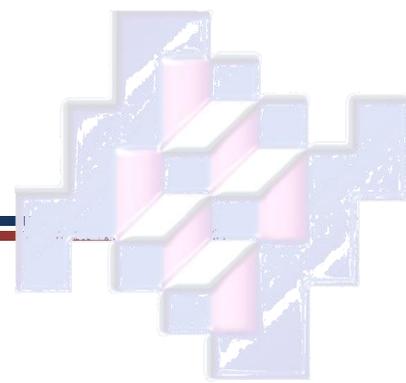
Investigadora en Ciencias Médicas “D”
Dirección de Salud Reproductiva
Centro de Investigaciones en Salud Poblacional
Instituto Nacional de Salud Pública

Dra. Olga Georgina Martínez Montañez

Directora de Área
Secretaría de Salud

Dr. James Francis Thrasher LaFontaine

Profesor Escuela de Salud Pública, Carolina del Sur, USA
Investigador y Profesor Visitante del Instituto Nacional de Salud Pública



ÍNDICE

Introducción	4
--------------	---

Artículo 1

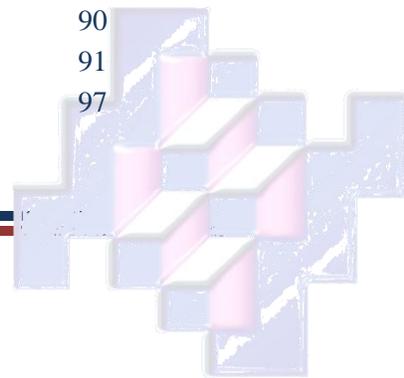
Contenidos de la consejería que acompaña la prueba del VPH: necesidades de información de mujeres michoacanas de bajos ingresos

• Resumen	6
• Introducción	7
• Métodos	10
- <i>Enfoque metodológico</i>	10
- <i>Marco teórico</i>	10
- <i>Muestra y reclutamiento</i>	13
- <i>Instrumentos y levantamiento de datos</i>	15
- <i>Procesamiento y análisis de datos</i>	16
• Resultados	16
• Discusión	37
• Limitaciones	43
• Conclusiones	44
• Figuras y tablas	47
• Referencias	55

Artículo 2

Percepciones sobre susceptibilidad y severidad del virus del papiloma humano y el cáncer cervical vinculado con el uso de la prueba del VPH entre mujeres michoacanas

• Resumen	59
• Introducción	60
• Métodos	63
- <i>Enfoque metodológico</i>	63
- <i>Marco teórico</i>	63
- <i>Muestra y reclutamiento</i>	67
- <i>Instrumentos y levantamiento de datos</i>	68
- <i>Procesamiento y análisis de datos</i>	69
• Resultados	69
• Discusión	82
• Limitaciones	89
• Conclusiones	90
• Figuras y tablas	91
• Referencias	97



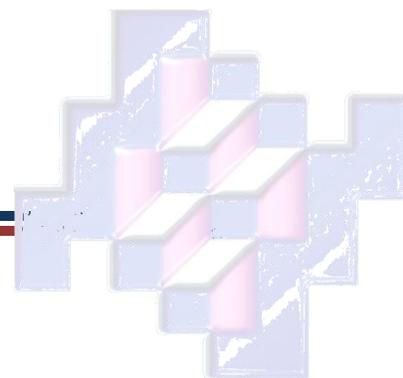
INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical (CaCu) es considerado un problema de salud asociado a la pobreza y su atención es prioritaria en México y otros países en desarrollo. La carga de la enfermedad en estas regiones, sumado a las innovaciones científicas y tecnológicas para su prevención, sugieren la reorganización de los programas para la detección de esta neoplasia.

La evidencia científica ha demostrado que la prueba del Virus del Papiloma Humano (VPH) es una alternativa para la detección secundaria del CaCu que podrá tener un mayor impacto, reduciendo el sufrimiento y la mortalidad entre las mujeres. No obstante también se ha mostrado que las mujeres pueden experimentar angustia, ansiedad y otros efectos emocionales al realizarse la prueba del VPH. Esto se vincula a que el uso de la prueba implica enterarlas sobre la etiología de la infección por VPH y su relación con el CaCu. Además, de manera importante se ven afectadas en su vida personal, familiar o social por el estigma asociado al contagio de infecciones de transmisión sexual.

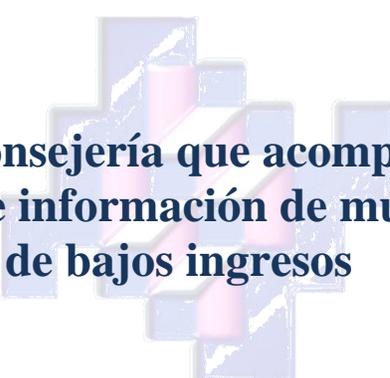
La implementación de la prueba del VPH a nivel poblacional debe incluir la formulación de estrategias que logren atenuar estos posibles efectos. La consejería es una herramienta útil para brindar asesoramiento, información y apoyo emocional a las mujeres.

La investigación desarrollada tuvo como objetivo determinar las necesidades de información y consejería de las mujeres mexicanas al utilizar la prueba del VPH. De la información obtenida se muestra una parte de los resultados y su análisis, de donde derivan dos documentos en forma de artículo con fines de presentación de resultados.



Artículo 1

Contenidos de la consejería que acompaña la prueba del VPH: necesidades de información de mujeres michoacanas de bajos ingresos



Contenidos de la consejería que acompaña la prueba del VPH: necesidades de información de mujeres michoacanas de bajos ingresos.

Resumen

Introducción: En 2008 se introdujo en México la prueba de ADN del virus del papiloma humano de alto riesgo (prueba del VPH) como alternativa para la detección primaria del cáncer cérvico uterino (CaCu). No obstante los beneficios de la prueba se han detectado consecuencias psicológicas y sociales a partir de su utilización. La consejería es una estrategia útil para responder a las necesidades de información y atenuar el impacto psicosocial negativo alrededor de la prueba. Se realizó un estudio cualitativo para explorar las necesidades de información y consejería de las mujeres que se realizan la prueba del VPH.

Métodos: Entre los meses de junio y julio del 2011 se realizaron 24 entrevistas individuales semiestructuradas de salida de los servicios de salud, a usuarias captadas después de la recepción de resultados. Las entrevistadas se reclutaron en dos unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud del estado de Michoacán. El enfoque metodológico del estudio fue fenomenológico y la interpretación de los datos se hizo bajo la visión del Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de la Acción Razonada y perspectiva de género.

Resultados: Las mujeres michoacanas no tienen suficiente conocimiento sobre el virus del papiloma humano (VPH) y la prueba para detectarlo. Durante su trayecto por el tamizaje recibieron escasa información y consejería. Además de los efectos e impacto de la información sobre el VPH y su relación con el CaCu, las mujeres experimentaron angustia, ansiedad e incertidumbre en distintos momentos del tamizaje. El impacto fue mayor durante la entrega de resultados, dijeron sentir temor, desconcierto, falta de apoyo y confusión. Las usuarias se mostraron interesadas en saber sobre el VPH y recibir asesoría.

Conclusiones: El impacto generado por la información sobre el VPH y el CaCu así como la insuficiente consejería acerca de la prueba, derivó en vivencias adversas para las mujeres y posiblemente para su pareja y familia. Los conocimientos que las mujeres tienen sobre el VPH están basados en apreciaciones individuales y de grupo. Las creencias de las mujeres actuaron directamente sobre sus percepciones de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y la norma subjetiva; lo que podría afectar su actitud y comportamiento hacia la prueba y la detección del CaCu. Se plantea la pertinencia de analizar la política nacional sobre la detección primaria del CaCu mediante la prueba del VPH, asegurando la orientación proporcional entre la organización e instrumentación de la prueba y la implementación de estrategias de educación y consejería. Estas enseñanzas nacionales son de gran relevancia. Los expertos han señalado a México como el primer país del mundo en establecer esta innovación (la implementación de la prueba del VPH) como política pública.



Introducción

Escenario del cáncer cervical en México

El cáncer cérvico uterino (CaCu) es el segundo cáncer más común y la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas. Para el año 2008 se estimaron 5,061 defunciones por esta causa (en promedio 14 mujeres por día).¹ La mortalidad por CaCu en México afecta a las mujeres con mayores vulnerabilidades socioeconómicas de forma desproporcionada. Un estudio analizó la tendencia durante 1990 a 2000 y estimó en 3.07 veces más el riesgo de morir por cáncer cervical en zonas rurales que urbanas.² Un análisis posterior, de 2000 a 2006, demostró tasas de mortalidad elevadas en áreas marginadas del país.³ De los 76,000 casos nuevos de CaCu y 30,000 defunciones por esta causa, se estimó que 16 y 13%, respectivamente, ocurrieron en países latinoamericanos durante el año 2000.⁴

En México la disminución a lo largo del tiempo de la mortalidad por CaCu ha sido moderada pero sostenida.⁵ Algunos autores señalan como causas de esta disminución, el débil control de calidad de la toma de muestra e interpretación de las pruebas, así como la falta de seguimiento de las mujeres en quienes se han detectado lesiones.⁶ Para países en desarrollo como México, con dificultades y limitantes para el funcionamiento de los Programas de Detección Oportuna de Cáncer (PDOC) basado en la citología, se recomienda buscar alternativas para la detección del CaCu.⁷

Estrategias para la reorganización de los programas de detección oportuna del CaCu

La aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una innovación esencial para la prevención primaria y la combinación de pruebas del VPH y Papanicolaou (Pap), constituye una alternativa de detección dentro de la prevención secundaria. La combinación de ambas pruebas incrementa el valor predictivo negativo. Tiene potencial para incrementar los niveles de cobertura, accesibilidad, aceptabilidad y permite ampliar el intervalo de tamizaje en 5 años cuando el resultado en las dos pruebas es negativo, lo que conduce a un mejor aprovechamiento de los recursos.^{6,8,9,10} La sensibilidad de la prueba del VPH es de 95% frente al 58% de la citología convencional en México.^{10,11}

México enfrenta el reto de reorganizar los programas de prevención y control del CaCu, a partir de introducir nuevas estrategias basadas en estas innovaciones científicas y tecnológicas. En la prevención primaria esto implica aplicar vacunas contra el VPH a niñas entre los 12 y 16 años y



para la prevención secundaria supone realizar la prueba de ADN del VPH de alto riesgo para mujeres de 35 a 64 años y la prueba de Pap con excelente control de calidad, dirigida a mujeres de 25 a 34 años de edad.¹⁰

Necesidad de mitigar el impacto psicosocial negativo de la prueba del VPH con consejería

Algunas de las investigaciones de la última década, enfocadas al estudio de las perspectivas de las mujeres sobre el VPH y la prueba¹²⁻⁶¹ (Tabla I) han puesto en evidencia los efectos psicosociales que pueden generarse a partir de su utilización. La práctica operativa de la prueba o la toma de muestra *per se* no ocasionan tales efectos; realizarla implica exponer a las usuarias los precedentes del VPH como una Infección de Transmisión Sexual (ITS) y su asociación con el CaCu. El uso de la prueba del VPH puede generar en las mujeres ansiedad, angustia, preocupación o confusión, entre otros impactos psicosociales negativos que pueden llegar a afectar su calidad de vida, su vida de pareja, familiar y social, debido al estigma asignado a las ITS; además de involucrar aspectos sensibles e íntimos de la relación de pareja, como la confianza, la infidelidad o el comportamiento sexual.^{22,24,29-31,37,39,47,48,50,59}

Existe evidencia sobre los efectos positivos de la asesoría, la información y la consejería para contrarrestar los prejuicios que pueden surgir del uso de la prueba del VPH. Informar a las mujeres sobre la frecuencia y curso transitorio de la infección por VPH, la capacidad del organismo para autolimitar la infección y que pocas mujeres infectadas con VPH llegan a desarrollar CaCu, mitiga la ansiedad y tranquiliza a las mujeres⁶⁰ (Tabla I).

La tarea no es sencilla, dado que el asesoramiento y apoyo implica un proceso que debe incluir la comunicación, información y apoyo emocional, no limitando la transmisión de mensajes informativos o entrega de materiales de apoyo.^{19,62}

La consejería es un enfoque utilizado para el cuidado de la salud que implica un proceso de comunicación activa entre el personal de salud y la usuaria, en un ambiente de empatía, confianza y respeto. La NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino define la consejería como un proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria mediante el cual se proporciona información, orientación, asesoría y se aclaran dudas a las mujeres y sus familiares;⁶³ Además del acompañamiento en la trayectoria del tamizaje, la consejería coadyuva en el soporte emocional para mejorar la capacidad de funcionamiento ante un evento crítico o estresante.⁶⁴ En



el caso que nos ocupa este soporte ayudará a las mujeres a enfrentar los posibles efectos adversos que pueden generarse a partir del uso de la prueba del VPH así como para enfrentar un resultado positivo.^{16,17,23,35,36,43-45,49,58,62} (Tabla I).

La consejería y la educación para la salud incorporados en los programas de prevención y control del CaCu persiguen principalmente: *i)* responder a las necesidades de información sobre el VPH y el CaCu; *ii)* atenuar el impacto psicosocial negativo sobre el VPH y CaCu; *iii)* minimizar la culpa, vergüenza o estigma que pueden surgir durante la detección de una ITS; *iv)* estimular una actitud positiva hacia el tamizaje y el tratamiento; *v)* promover el tratamiento completo de enfermedades asociadas al VPH.⁸

Para lograrlo se requiere, entre otros aspectos, *i)* habilidad, conocimiento y disposición del personal de salud para responder a las necesidades de información y asesoramiento, *ii)* identificar las necesidades o vacíos de información sobre el tema, *iii)* lineamientos basados en evidencia científica y en las necesidades de información sentidas por las mujeres, *iv)* contenidos adaptados al contexto y nivel de escolaridad de las mujeres incluyendo las más vulnerables, *v)* brindar información personalizada de manera clara, sencilla, coherente y homogénea así como apoyo emocional.⁸

Escenario actual en México y necesidades de consejería

No se tienen hasta el momento precedentes de intervenciones educativas o investigaciones sobre necesidades de información y consejería, a partir de la implementación de la prueba del VPH en México.

Los avances científicos y tecnológicos para la detección secundaria del CaCu están disponibles y se ha documentado su impacto en la incidencia y mortalidad.^{6,7} El enfoque cualitativo permite indagar más a fondo las apreciaciones de las mujeres sobre las nuevas tecnologías y responder el por qué y el cómo utilizan o no, la prueba del VPH tomando en cuenta sus circunstancias de vida y su contexto.⁶⁵ Se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de determinar las necesidades de información y consejería de las mujeres al utilizar la prueba del VPH en México, a través de la exploración de su experiencia vivida del uso de dicha prueba. Es un estudio novedoso sin precedentes similares, cuyos resultados contribuirán a llenar vacíos de información, responder a las necesidades de las mujeres y favorecer el diseño de nuevas estrategias. Los resultados también son relevantes por su fin práctico y aplicabilidad en la prevención secundaria del CaCu, en



promover la revisión de las estrategias actuales sobre consejería, así como de la política pública concerniente a la detección del CaCu a partir de incluir en el programa de acción las innovaciones científicas y tecnológicas.

Métodos

Enfoque metodológico

El enfoque de esta investigación cualitativa es fenomenológico.⁶⁵⁻⁶⁷ Desde esta perspectiva teórica se buscó revelar las experiencias de las mujeres en la detección oportuna del cáncer e identificar las similitudes y diferencias de sus vivencias. Desde esta perspectiva se esperaba que las mujeres mexicanas tengan experiencias y una comprensión diferente de la detección oportuna del CaCu dado que la fenomenología considera que el género, la cultura, la historia y las experiencias de vida de cada individuo proveen un punto de vista específico.^{66,67} Esta perspectiva permite analizar las experiencias de las mujeres en el uso de la prueba del VPH y de los significados que atribuyen tanto a la prevención, el CaCu, el VPH y las pruebas de tamizaje. El discurso es fundamental, ya que proporciona perspectivas detalladas sobre sus sentimientos, pensamientos e inquietudes. Esta evidencia es necesaria para contestar a la pregunta general ¿Cómo han vivido las mujeres la experiencia de realizarse la prueba del VPH? Así mismo, preguntas específicas como ¿Qué emociones o sentimientos han vivido al enterarse sobre el VPH, su mecanismo de transmisión o su vínculo con el CaCu? ¿Cómo se ha vivido la relación médico paciente en el programa de detección oportuna de CaCu? ¿Cuáles han sido sus dudas y cómo han recibido la información o si no la hubo? ¿Cómo han sido sus experiencias durante la invitación a la atención, la toma de muestra y la entrega de resultados de las pruebas de detección?

Marco teórico

La estructura del estudio se fundamenta en el marco teórico, basado en el Modelo de Creencias en Salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la perspectiva de género; lo cual robustece el diseño, el análisis, la interpretación y los hallazgos del estudio.⁶⁵ El MCS ha sido aplicado con éxito, desde los años cincuenta, en materia de prevención, promoción y educación de la salud; en intervenciones sobre el comportamiento individual y sus efectos en salud o en la participación de individuos en programas de tamizaje.⁶⁸⁻⁷⁰ La estructura del MCS se sustenta en las percepciones individuales sobre la susceptibilidad y severidad de las enfermedades; los



beneficios y barreras de llevar a cabo una acción preventiva; las claves que estimulan realizar la acción y los factores modificadores. Para que una mujer adopte la conducta preventiva (realizar la prueba del VPH) es primordial que perciba la amenaza del CaCu para la salud y pondere entre beneficios y barreras. Creer en los beneficios del tamizaje para prevenir el CaCu a través de la prueba del VPH mayormente que en los costes. Las conductas preventivas que adopte la mujer serán aquellas donde perciba mayores beneficios y le impliquen menos costes.

Constructos del MCS enfocados a la prueba del VPH;

i) *Susceptibilidad percibida*: es la vulnerabilidad percibida a contraer VPH o desarrollar CaCu.⁷¹⁻

⁷⁴ Si las mujeres se perciben susceptibles al CaCu o a la infección por VPH, la probabilidad de que realicen las pruebas de detección es mayor.

ii) *Severidad percibida*: es la gravedad percibida del CaCu y el VPH. Incluye las consecuencias médico clínicas como la muerte, incapacidad, dolor y la percepción de sentirse en riesgo de enfermar.⁷¹⁻⁷⁴ Consecuencias socioeconómicas como afectación en la capacidad laboral, relaciones de pareja, familiares y sociales o gastos excesivos. La percepción de gravedad del CaCu y la infección persistente por VPH se vincula con mayores probabilidades de detectar el virus y el CaCu oportunamente.

iii) *Beneficios percibidos*: es la percepción de utilidad de la prueba del VPH y su potencial para detectar el virus que potencialmente causa lesiones precursoras que puedan ocasionar CaCu.⁷¹⁻⁷⁴

iv) *Barreras percibidas*: son los elementos o circunstancias que se definen como obstáculos para realizar la prueba del VPH, incluyendo aspectos potencialmente negativos como la poca efectividad o la percepción de una prueba costosa, tardada o dolorosa.⁷¹⁻⁷⁴

v) *Claves o disparadores de la acción*: son los estímulos internos (signos y síntomas) o externos (divulgación de las pruebas, promoción de la salud, campañas de salud, experiencias de pares, consejos de amigos o familiares, medios de comunicación) que motivan a las mujeres a realizarse la prueba del VPH o participen en el PDOC.⁷¹⁻⁷⁴

vi) *Factores modificadores*: son elementos que pueden influir o modificar las creencias sobre la susceptibilidad y severidad percibida y por ende las acciones de salud.⁷¹⁻⁷⁴

Por otra parte, la TAR es una teoría de orientación cognitiva que busca explicar la relación entre las creencias, las actitudes, la intención y el comportamiento como conceptos esenciales, tomando en cuenta percepciones de grupo.^{68,74-76} En el campo de la salud ha sido utilizada para estudiar comportamientos preventivos.^{70,77} Desde esta posición teórica la intención de realizar la



prueba del VPH está en función de la actitud, influenciada por las creencias del comportamiento y de la norma subjetiva. Esta última a su vez, está determinada por las creencias normativas.^{75,76}

Elementos de la TAR enfocados a la prueba del VPH;

i) *Creencias del comportamiento*. Ideas que tiene la mujer sobre realizarse la prueba del VPH y la evaluación que hace de los resultados de este comportamiento.^{75,76}

ii) *Creencias normativas*. Ideas de la mujer sobre lo que otras personas piensan que ella debe hacer o cómo debe actuar respecto a la prueba del VPH.^{75,76}

iii) *Actitud*. Postura favorable o desfavorable hacia la prueba del VPH, determinada por las creencias que tiene la mujer sobre el VPH y la detección oportuna del CaCu.^{75,76}

iv) *Norma subjetiva*. Percepción subjetiva sobre lo que otras personas creen del VPH, el CaCu o las pruebas de detección; la percepción de lo que pensarán los demás si ella se realiza la prueba del VPH así como sus percepciones sobre otras mujeres que la realizan.^{75,76}

v) *Intención*. El deseo de la mujer por realizar la prueba del VPH, determinado por la actitud y la norma subjetiva.^{75,76} La intención es el determinante inmediato de la conducta.

Al integrar los constructos del MCS y la TAR resulta un modelo con más parsimonia (Figura I). Esta propuesta se desarrolló en un estudio realizado en Estados Unidos (Poss, 2001) acerca de los factores que afectan la participación de trabajadores migrantes mexicanos en la detección de tuberculosis.⁶⁸ Las barreras y beneficios percibidos (MCS) son equivalentes con las creencias y evaluaciones de los resultados conductuales propuestos por la TAR (evaluación positiva o negativa que hace el individuo sobre los resultados) por lo que el modelo integrado lo sintetiza en un solo componente.⁶⁸

Como parte integral del marco teórico, la perspectiva de género es esencial para identificar y explicar cuáles son los factores que intervienen en el uso de la prueba del VPH y cómo lo hacen dependiendo del contexto social. Permite reconocer prácticas individuales y colectivas, aspectos sociales y culturales que limitan o facilitan usar la prueba, así como comprender las razones y los orígenes de la no participación de las mujeres en los PDOC. El contexto social es fundamental para dar forma a las experiencias cotidianas de las mujeres y debe ser considerado en la consejería, promoción y educación para la salud o los PDOC.⁷⁸⁻⁸¹ Es necesario acercarse a los métodos cualitativos para recabar datos de este contexto sociocultural y cuestiones de género.

El uso de la prueba del VPH abordado con perspectiva de género aporta información sobre las concepciones y vivencias de las mujeres en relación con el VPH, su transmisión y la percepción



de cómo los hombres reaccionarían frente a un resultado positivo en su pareja. Qué experiencias o qué problemas vinculados con el género y la norma social enfrentan las mujeres que se someten a la prueba del VPH y aquellas que lo han contraído, qué reglas sociales creen que deben cumplir las mujeres y hombres en términos de sexualidad, salud reproductiva, conocimiento del cuerpo e ITS. Cómo son calificados, según la norma social, y cómo serán percibidos según la norma subjetiva si contraen VPH. El estigma al que se enfrenta una mujer y un hombre con VPH, las construcciones sociales que la mujer acepta por su identidad de género o las relaciones de poder nacidas a partir del tamizaje. Qué apoyo y trato recibe la mujer si contrae VPH y el escenario cuando se trata de otra enfermedad no vinculada al estigma de las ITS. Qué circunstancias sociales y culturales favorecen los efectos negativos como ansiedad, estigma, miedo, enojo, desconfianza, tristeza, etcétera. Cuáles son las experiencias de las mujeres al saber que han contraído VPH y lo que ha generado en el entorno familiar y de pareja.

El contexto sociocultural en cuanto al género, fue considerado y operacionalizado al momento de diseñar y aplicar la guía de entrevista (Tabla II). El marco teórico incorporó elementos de esta perspectiva, los constructos del MCS utilizados incorporan asuntos de género; susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y disparadores de la acción. En cuanto a la TAR, la norma subjetiva incorpora la percepción de la pareja masculina sobre las mujeres que se realizan las pruebas de tamizaje. Se consideraron preguntas sobre las razones de asistencia a los servicios de salud, el uso de la prueba de Pap buscando que las mujeres se expresaran sobre cuestiones de género, quiénes participan en sus decisiones y cómo lo hacen, cómo percibe la detección y las dificultades para acudir, cómo interactúa el rol, la identidad o las relaciones de género con el cuidado de su cuerpo, la percepción del VPH y su transmisión desde la óptica de la mujer y el hombre, etc.

Muestra y reclutamiento

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas de salida a 70 usuarias de dos unidades médicas de primer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado de Michoacán en México. La base del muestreo fue intencional, se eligió la entidad federativa, y los municipios por nivel de marginación. La selección derivó de aspectos prácticos como tiempo, dinero y evitar zonas de conflicto o violencia. Posteriormente se seleccionó la Institución, las unidades de salud



que practicaron recientemente la prueba del VPH, mujeres entre 35 y 64 años de edad con la experiencia de haber realizado la prueba y usuarias del mismo grupo de edad con o sin esta experiencia.⁸²

Una de las unidades de salud se localiza en el municipio de Chilchota, que es uno de los municipios del estado con más habitantes que hablan alguna lengua indígena, primordialmente el Purépecha o Tarasco.^{83,84} La segunda unidad de salud es urbana, ubicada en la ciudad de Morelia. Este módulo tiene bajo su responsabilidad la atención de aproximadamente 100 colonias de los alrededores, casi en su totalidad las familias residentes son beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (programa Oportunidades). Asimismo se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con 15 trabajadores de la salud; 6 médicos y 6 enfermeras captados en las unidades de salud de Morelia y Chilchota. Los 3 restantes eran responsables del PDOC, al momento del estudio en distintos niveles de atención; uno a cargo del programa en el primer nivel de atención (cuya área de responsabilidad abarca el módulo periférico de Morelia); el responsable estatal del programa en Michoacán y finalmente la persona a cargo de la jefatura estatal del departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva en Michoacán, en todos los casos la formación profesional fue médica (Figura II).

Se formaron 3 grupos de usuarias en cada unidad de salud. En la zona de muy baja marginación (Morelia) se reclutaron 12 mujeres después de la toma de muestra para la prueba, otras 12 después de la obtención de resultados y 12 más distintas que acudieron a otro servicio. Se entrevistaron 7 trabajadores de la salud de la unidad de salud y 3 a cargo del programa estatal de prevención y control del CaCu. En el área con mayor grado de marginación (Chilchota) se reclutaron 11 mujeres después de la toma de muestra, otras 12 después de la obtención de resultados, 11 de otros servicios y 5 trabajadores de la salud (Figura II).

Las mujeres con la prueba del VPH recientemente practicada y otras de ellas con resultados recientes, fueron identificadas en listados nominales de las unidades de salud y a través del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM). La invitación para participar en el estudio fue verbal y personalizada, mientras las mujeres estaban en los centros de salud, a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias. Si la invitación era aceptada, se procedía a realizar la entrevista en ese momento; por restricciones de tiempo u ocupación de las participantes, algunas veces, se convino fecha, lugar y hora. La mayor parte de las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de salud y sólo a 5 mujeres de la unidad de salud en Morelia se les realizó la



entrevista en sus domicilios. Las mujeres que acudieron a la unidad de salud solicitando un servicio diferente a la detección oportuna del CaCu (usuarias de otro servicios) fueron invitadas a participar en el estudio, cumpliendo con el único criterio de inclusión, edad entre 35 y 64 años; no se consideró su historial de tamizaje, ni si tenía o no la prueba del VPH. En cuanto al personal de salud, las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de salud y en horarios de trabajo. Del total de la muestra del estudio (85 entrevistas), se retomó una submuestra para su análisis a profundidad, considerando únicamente el grupo de *mujeres con resultado* (24 entrevistas). El presente análisis se centró en este grupo, bajo el supuesto de una experiencia más completa de las mujeres que tuvieron la toma de muestra y la entrega de resultados. No obstante un análisis preliminar de los resultados de este estudio no mostró diferencias relevantes entre los tres grupos en términos asesoramiento recibido; conocimiento sobre el VPH o la prueba y necesidades de información o consejería.

Instrumentos y levantamiento de datos

Se elaboraron guías de entrevista basadas en los objetivos del estudio, el enfoque metodológico, el marco teórico y la revisión de la literatura sobre consejería, información y experiencias de uso de la prueba del VPH¹²⁻⁶¹ (Tabla I). Se elaboraron 4 guías de entrevista una por cada grupo de estudio (Tabla II).

Después de aceptar la invitación para participar en la entrevista, se dio lectura al consentimiento informado aprobado por la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y se aplicó un cuestionario para recolectar datos sociodemográficos y antecedentes de pruebas de detección. Las entrevistas fueron grabadas, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información. Al final de cada entrevista se entregó a la mujer una tarjeta con datos del estudio, nombre y teléfonos de la investigadora responsable, así como información del Comité de Ética. Todas las preguntas y dudas generadas durante la entrevista fueron contestadas al finalizar la grabación, asegurando la tranquilidad de las participantes. Como apoyo se entregaron dos folletos de distribución utilizados por el programa de prevención y control del CaCu, cuyo contenido se enfoca en describir el virus del papiloma humano, su transmisión y prevención. Las mujeres que solicitaron apoyo médico fueron canalizadas directamente con los directores de cada unidad para su atención, exploración física o diagnóstico según el caso. Por participar en el estudio no se brindó remuneración económica, solamente pequeños refrigerios durante la entrevista.



Procesamiento y análisis de datos

El análisis se realizó a la luz de la teoría fundamentada, método que incorpora un conjunto de técnicas aplicadas sistemáticamente, con el propósito de generar una explicación del uso de la prueba del VPH fundamentada en los datos.⁸⁵ Las entrevistas fueron transcritas en un procesador de textos, seguido de un proceso de análisis utilizando el método de comparación constante, con el programa ATLAS.ti; este software es una herramienta para el análisis cualitativo de datos. En una primera etapa se llevó a cabo la codificación abierta de los datos, seleccionando segmentos relevantes y etiquetando cada uno con códigos. Posteriormente se realizó la codificación axial, ordenando los códigos en categorías similares. En la etapa final se hizo la codificación selectiva integrando todos los elementos.⁸⁶ Esta información fue organizada en matrices, se estructuraron resúmenes y posteriormente se realizó la interpretación. Se elaboró un listado de códigos para etiquetar de manera resumida la información (Tabla III). Los códigos se construyeron *a priori* tomando en cuenta los objetivos del estudio, la guía de entrevista (Tabla II), el marco teórico y la revisión de la literatura.^{65,68,87-91} También se aplicaron códigos *emergentes* que fueron surgiendo directamente de las entrevistas.⁹² Como estrategia de validación se utilizó la triangulación de fuentes de datos; tres tipos de usuarias, personal de salud y tomadores de decisiones, en dos zonas diferentes. Se utilizaron diferentes modelos y perspectivas teóricas; MCS, TAR y perspectiva de género.^{93,94}

Resultados

En este documento se describen únicamente los hallazgos del grupo de *mujeres que habían recibido el resultado* de la prueba. Se analizaron solamente los temas relacionados con *información y consejería* para este grupo (Tabla II). El análisis del resto de los grupos de mujeres y de los profesionales de la salud, se presentarán por separado en otros documentos; así como otros temas abordados durante la entrevista (Tabla II).

Descripción de la submuestra analizada

Se entrevistaron 24 mujeres quienes habían recibido resultado de la prueba del VPH en fechas cercanas al desarrollo de esta investigación. 12 entrevistadas fueron captadas en el municipio con menor grado de marginación y 12 en el municipio de mayor grado de marginación (Figura III). La edad mínima de las mujeres de este grupo fue de 33 años y la máxima de 66 años. 75% de las



entrevistadas eran beneficiarias del programa Oportunidades, 75% de las mujeres tuvo 6 años de escuela o menos, 45.83% se dedicaba a las actividades del hogar y 45.83% hablaba lengua indígena y de manera limitada español. Respecto al total de usuarias entrevistadas (70), los datos son semejantes. La edad fluctúa en el mismo rango (33 a 66 años), el 74.3% tiene beneficios del programa Oportunidades mientras que el 62.9% se dedica a las actividades del hogar (Figura III). A través del método de comparación constante se obtuvieron cinco grandes temas que revelan los cuestionamientos, deseos, necesidades de información y consejería de mujeres michoacanas residentes de áreas marginadas; sobre el virus del papiloma humano, la prueba del VPH, el Pap y el CaCu. Cada uno de los temas está desagregado por los tópicos de mayor interés para las mujeres.⁹²

Resultados sobre consejería de la prueba del VPH

Los hallazgos sugieren que la consejería no necesariamente debe brindarse en un solo momento del tamizaje, las mujeres podrían plantear diferentes cuestionamientos según las vivencias en la detección del CaCu. Por lo que el acercamiento y comunicación médico paciente debería ser un eje transversal durante este trayecto. Lo que incluye la invitación al PDOC o específicamente la prueba del VPH, la toma de muestra, entrega de resultados, tratamiento o seguimiento. Aunque explorar las vivencias de las mujeres durante el tratamiento recibido (después de recibir un resultado anormal en el Pap) no es el centro de este análisis, las mujeres revelaron que durante esta etapa se han sentido apoyadas y han recibido orientación e información de médicos y enfermeras de forma personalizada. La mayor parte de las mujeres refirieron no tener acercamientos frecuentes con fines de consejería con personal médico, señalaron tener más comunicación con personal de enfermería para preguntar algunas de sus dudas; generalmente sobre prevención y tratamiento de infecciones vaginales, pláticas cortas para agendar sus citas u otros aspectos de su seguimiento y no propiamente para hablar sobre la detección del CaCu. En este sentido, las mujeres expresaron el deseo de ser escuchadas y poder expresar sus preocupaciones sobre el CaCu y las pruebas de detección, esperan que la consejería sea impartida por médicos o enfermeras en quienes tienen confianza. Desean discreción y que se cuide su intimidad y privacidad. Esperan recibir respeto, trato amable y una actitud “caballerosa” de los médicos varones. Cabe mencionar que las mujeres desean tener orientación para ellas, pero se interesaron por campañas de concientización u orientación para las mujeres jóvenes que algún día



utilizarán la prueba y hombres jóvenes que algún día tendrán que apoyar a sus parejas, así como concientizar a los hombres adultos (como sus parejas) sobre la importancia de realizar las pruebas de detección del CaCu.

Información proporcionada sobre la prueba del VPH

Pocas mujeres refirieron haber sido invitadas a participar en el tamizaje o recibir alguna explicación sobre las características, beneficios o posibles efectos de la prueba. Sobre la cita para la toma de muestra, ninguna mujer refirió haber tenido comunicación con el médico o la enfermera que realizó la recolección. Las pocas mujeres que lograron entablar una plática durante este momento (sobrepasando la pena) fue para preguntar sobre el material utilizado, cómo es el procedimiento, qué se obtiene y de qué parte de su cuerpo. Las vivencias de estas mujeres sugieren que esta corta plática las relaja, les da confianza, disminuye su temor a ser lastimadas, y conciben que el tiempo y el proceso es más rápido. Estas experiencias indican que este momento puede aprovecharse para hablar sobre generalidades del VPH, las pruebas de detección o el CaCu. La insuficiente información favoreció efectos psicosociales que experimentaron por lo menos la mitad de las 24 mujeres de grupo con resultado, para quienes fue una sorpresa saber que se trataba de una prueba distinta al Pap, causando confusión, asombro o preocupación. Este momento del tamizaje fue crucial para evitar confundir a las mujeres y atenuar sentimientos o emociones como tristeza, angustia, temor a la muerte, al dolor, preocupación sobre cómo sufragar los costos de un posible tratamiento, ansiedad, decepción, desconfianza en la pareja, enojo, etc. La descripción de algunos de estos efectos o impactos negativos vividos por las mujeres fueron de desconcierto al saber que no fueron tomadas en cuenta para hacer la prueba, de tener resultados del Pap negativos y resultar positiva en la prueba del VPH, enojo con la pareja al asociar el tema del VPH con la infidelidad, tristeza de no tener información tan valiosa desde tiempo atrás, ya que algunas de ellas han enfrentado un resultado anormal en Pap o un tratamiento y esta circunstancia tuvo origen en una ITS que pudo alertarlas. Algunas de ellas se preguntaron por qué no se les habla sobre el VPH antes de que exista un problema no cuando ya se detectó algo anormal. La información científica proporcionada por el PDOC, a través de la consejería y la educación sobre el VPH fue limitada. Los conocimientos que las mujeres tienen actualmente sobre el VPH son insuficientes, poco precisos y están basados mayormente en creencias, mitos o tabús sobre el virus.



Los cuestionamientos de las mujeres, lo que desean o necesitan saber sobre el VPH y las pruebas de detección o el CaCu fue clasificado en cinco ejes temáticos; *i*) generalidades sobre el virus del papiloma humano *ii*) particularidades de la prueba del VPH y la prueba de Pap *iii*) significado e implicaciones de los resultados de la prueba del VPH *iv*) estigma alrededor del VPH: situación de pareja e infidelidad *v*) particularidades del uso de las pruebas de detección oportuna del CaCu y las directrices actuales.

1. Generalidades del virus del papiloma humano

1.1 ¿Qué es el VPH?

Las mujeres fueron escasamente asesoradas e informadas sobre la prueba del VPH antes y después de realizarla. Mientras las usuarias de la unidad de salud ubicada en la capital del estado fueron invitadas a través de una campaña e informadas sobre una prueba diferente al Pap y con capacidad de “estudiar más a fondo” el problema de salud; las mujeres del área más marginada no tuvieron una invitación previa ni información básica. Fueron llamadas para continuar con su seguimiento, no pudieron enterarse que les practicaron una prueba distinta al Pap. Algunas de ellas escucharon por primera vez hablar sobre el VPH a través de la entrevista, incluso ya teniendo un resultado de dicha prueba y su primer cuestionamiento fue qué es el VPH.

P.- ¿Hay algo que yo no le haya preguntado y usted quiera compartirme?

R.- Pus es que no, no sé pues de, qué es eso el papa o ese la que estás diciendo, eso no sé la enfermedad qué es, nomás lo veo pues en el tele pues que se enferman pues muchas pues eso, pero no entiendo pues en o en qué forma lo hacen o, o en qué, en ese o en qué hacen pues la enfermedad eso.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH05

P.- ¿Le hubiera gustado que le explicaran algo más?

R.- Que me explicaran bien qué es precisamente el Papiloma Humano porque en sí pues uno no sabe realmente qué es el Papiloma Humano, incluso yo es, casi primera vez que lo oí, lo, lo escucho.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH12

R.- Sí... y eso es lo que ya me dijo pues ahorita ese, ese del papapa, ¿no? ¿Cómo me dices?

P.- Virus del Papiloma Humano.

R.- Mm... eso es sí, a mí dijistes si ahorita mjm, y ahora dime ya qué es eso del porque hay mucha gente que me preguntan... que el que no, no andan en el Oportunidades y hay mucha gente que le preguntan pues qué es eso o cómo o por qué hacen eso o, o por qué lo ven ahí o que hay ahí... le dije no le puedo contestar... porque la doctora nunca me dice na, que por eso o eso o eso... mjm.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH11

Independientemente del grado de marginación del municipio de residencia, la edad, estado civil, años de escuela o del momento del tamizaje (grupo con resultado de la prueba del VPH), en su totalidad las mujeres manifestaron su deseo por saber qué es el VPH. No se observaron diferencias relevantes entre mujeres beneficiarias del programa Oportunidades que asisten



mensualmente a las pláticas o talleres impartidos en las unidades de salud. Saber qué es el virus es el tema de inicio para comprender otros aspectos sobre el VPH o la infección que puede causar, además de seguir una secuencia lógica que permita abordar temas más complejos, o que pudieran resultar confusos si esta duda no es resuelta. Se pudo identificar que las mujeres con mayor información sobre el VPH fueron aquellas usuarias con experiencias propias o cercanas vinculadas al CaCu.

1.2 ¿Cómo se transmite el VPH?

Todas las mujeres entrevistadas deseaban saber cómo se transmite el VPH —cómo se “pega”— lo que puede ser un reflejo de su interés por la prevención del CaCu y de la infección por VPH y también demuestra el deseo de las mujeres por conocer su cuerpo.

Otros temas vinculados con la transmisión del VPH sobre los cuales las mujeres quisieran ser informadas incluyen los siguientes:

- Los posibles signos y síntomas de la infección por VPH: ¿qué se siente tener VPH?
- La posibilidad de que la carga genética tenga un papel en la transmisión o adquisición: ¿el VPH se adquiere por herencia?
- La relación entre el VPH y la vida sexual;
- Saber si el VPH revela infidelidad;
- La posibilidad de la transmisión del VPH en baños públicos y por falta de higiene.

P.- ¿Qué debemos comentar para que la mujer esté informada?

R.- Este, pues qué es ese virus, cómo se transmite y, este... pues de decirles que se puede tratar, pues que no están desahuciadas que pueden tratarlos si está a tiempo pues.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH02

P.- ¿Te hubiera gustado que te explicaran algo más?

R.- Pues no... con que me digan que estoy bien, no hay problema si no me quieren explicar.

P.- ¿Has tenido alguna duda?

R.- Pues sí, son muchas porque no sé este, cómo se transmite, bueno si sé que es de transmisión sexual pero, ¿por qué? O sea, ¿qué lo provoca? Y eso

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

Fueron múltiples las razones por las cuales las mujeres perciben que pueden contraer VPH, esto se relaciona con la falta de información, la confusión, las ideas erróneas, el estigma alrededor del tema y del género. Lo anterior pudo observarse independientemente del grado de marginación del municipio, la edad, el estado civil o ser beneficiaria del programa Oportunidades. Esto indica la necesidad de una mayor educación para la salud, subrayando la falta de signos y síntomas de la



infección por VPH y del CaCu en las etapas iniciales de la enfermedad y la pertinencia de la detección oportuna.

1.3 ¿Es grave tener VPH?

La poca o nula información sobre el VPH antes de realizar la prueba, durante el proceso de toma o durante la entrega de resultado, causó emociones negativas como incertidumbre y angustia. Razón por la cual desean saber sí la infección causada por este virus es grave o puede llegar a causar la muerte.

P.- ¿Qué significa para usted tener un resultado positivo a la prueba del VPH? ¿Cómo se siente?

R.- Triste... triste porque yo a la mejor, digo a la mejor será grave lo que tengo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

P.- ¿Hay algo en lo que usted tenga duda?

R.- Pues sí, porque todavía no se pues si... si es grave o es lo que me acaba de decir que no es grave, eso es que quería saber pues.

P.- ¿Y por qué no le pregunto a la doctora? Si usted tenía esa inquietud hacia dentro de usted por.

R.- Que el lunes va, me va a decir.

P.- El lunes le va a decir más ex...

R.- Sí.

P.- Más, le va a dar más explicación.

R.- Sí.

P.- Se sintió... y usted, ¿el lunes qué le quiere preguntar?

R.- Que, que haber ¿cómo voy a sentir cuando me hagan otra prueba? Eso es que me dijo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07

Los vacíos de información sobre el VPH favorecen la incertidumbre y otros efectos negativos, que a su vez llevan a construir pensamientos fatalistas. El virus fue visualizado como un agente capaz de causar una enfermedad severa y mortal, el solo término “virus” provocó temor en la mayoría de las mujeres independientemente de sus características o lugar de residencia. Se identificaron diferencias entre mujeres con antecedentes de lesiones precursoras de CaCu, quienes habían sido tratadas en la clínica de displasia donde recibieron una explicación más detallada de su estado de salud, aunque antes de este asesoramiento enfrentaron efectos negativos como el temor a la muerte.

1.4 ¿Las verrugas tienen algo que ver con el VPH o con el cáncer?

La mayoría de las mujeres no tuvieron suficiente conocimiento sobre el VPH, por lo que difícilmente pudieron relacionar el virus con las verrugas genitales; sin embargo algunos de sus testimonios acentúan la importancia de asesorar a las mujeres sobre el VPH de alto y bajo riesgo



así como sus consecuencias, dado que podrían estar en riesgo y la falta de información las hace aún más vulnerables. Una mujer compartió sus dudas sobre un “granito” en los genitales de su pareja. Cabe la duda sobre el diagnóstico de la lesión pero resalta la pertinencia de brindar herramientas que permitan a las mujeres tomar decisiones sobre su cuerpo, su relación de pareja, su vida sexual y evitar posibles contagios de ITS entre ellas la infección por VPH de alto riesgo o verrugas genitales.

R.-... cuando ya era el tiempo yo vi ese señor que tenía en aquí puntita tiene un granito, un granito colorado no sé como se llame eso y por eso dijo ya después ya llevaba mucho tiempo metido me dijo, no será que me vaya a enfermar y me dijo este no, no, no te va a pasar nada no te va pasar nada pero yo creo que si pues... algo tiene infección ese... ¿o qué será?

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

En su mayoría las mujeres carecían de información elemental sobre el VPH que les permitiera formular preguntas sobre los tipos de virus. Lo que sí se pudo observar es que algunas de ellas han podido exponerse a situaciones de riesgo en las que pueden contraer alguna ITS. Algunas mujeres se mostraron conscientes de la existencia de estas infecciones pero no identifican el riesgo con sus parejas aun ante lesiones genitales visibles que pudieran alertarlas. Tal es el caso de una mujer del área de mayor marginación con un resultado positivo a la prueba del VPH, sin descartar que otras mujeres también puedan estar expuestas a situaciones semejantes independientemente del resultado de su prueba.

1.5 ¿El virus del papiloma humano vuelve a aparecer?

Las mujeres que tenían antecedentes sobre el VPH —cuyo principal referente fueron experiencias propias o de mujeres cercanas, y no precisamente información recibida de personal de salud durante la toma de muestra o recibir resultados—, mostraron interés en saber la posibilidad de reinfección del VPH.

P.- ¿Se quedó con ganas de preguntar algo, se quedó con alguna duda?

R.- Pos na más que me digan bien si... si, este, del papiloma vuelve a retoñar o qué...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH09

Independientemente de características como residencia o edad, pocas mujeres con resultado de la prueba del VPH (aun las que obtuvieron un resultado positivo), pudieron cuestionarse sobre la reinfección. Situación esperada si se consideran los vacíos de información y consejería. La diferencia observada fue solamente entre mujeres con antecedentes de lesiones precursoras de CaCu o de mujeres que han escuchado las experiencias de mujeres cercanas.



2. Particularidades de la prueba del VPH y la prueba de Pap

2.1 ¿Cuál es la utilidad de la prueba del VPH?

Abordar el uso de la prueba del VPH no puede separarse del uso del Pap dado el contexto de desinformación y confusión entre la utilidad de las pruebas. Los conocimientos precisos sobre el Pap serían un primer paso hacia la comprensión del uso de la prueba del VPH. Sin embargo, las mujeres tienen poca claridad sobre el uso del Pap y están desinformadas sobre el VPH. Lo anterior plantea un escenario complejo y un mayor reto para los programas de consejería sobre el VPH ya que se deberán cubrir los huecos de información sobre el Pap y las necesidades de información y asesoramiento sobre el VPH, con el fin de mitigar efectos negativos innecesarios y asegurar un beneficio integral de las innovaciones.

Algunas mujeres relacionaron la prueba del VPH con el cáncer, aunque no especificaron una neoplasia en particular. Existe mucha confusión sobre las pruebas. El personal de salud no les informó claramente qué pruebas les estaban realizando (en el caso de algunas entrevistadas, se aplicaron las pruebas tanto de Pap como VPH en el mismo momento).

P.- ¿Usted por qué decidió venir a realizar la prueba del virus del papiloma humano?

R.- Pos para que me lo diga vez que... si tengo este como se llama cáncer...

P.- ¿Cáncer de qué?

R.- Pos dicen pues así yo no sé

P.- ¿No sabe cuál cáncer?

R.- No, no sé

P.- ¿Pero usted sabe que es cáncer?

R.- Sí

P.- ¿Y a usted la invitaron o usted vino y le dijo a la doctora, “hágamela”?

R.- Ella nos invito a que viniera hacer la Papanicolaou

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH10

P.- Cuando la invitaron a que se realizara esta prueba ¿le explicaron para qué servía?

R.- Pues para detectar a ver si tenía uno el virus.

P.- ¿Le dijeron algo más?

R.- Que si tenemos cáncer, para ¿Cómo se llama? que si podíamos tener cáncer nos lo, nos dieran medicamento para tratarlo de lo que tuvieran.

P.- ¿De qué tipo de cáncer?

R.- Ay, pues no me acuerdo muy bien, del cáncer, ay, no me acuerdo, no, no me acuerdo muy bien.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH07

La mayor parte de las mujeres no identifican claramente la utilidad de la prueba del VPH, por lo tanto no tuvieron elementos para hablar de los beneficios, lo que detecta, el vínculo entre la infección del VPH con el CaCu o para diferenciar el Pap de la prueba del VPH. La información que se les proporciona a las usuarias es nula o poco clara. Las mujeres indígenas enfrentan



además la limitante de la lengua, lo cual hace que les sea difícil expresar sus dudas o comprender claramente los mensajes que pudieron emitirse.

P.- ¿A usted le gustaría saber más sobre la prueba del virus del papiloma?

R.- Pus sí... sirviéndole a uno, yo pienso que sí.

P.- ¿Y a usted cómo le gustaría que le platicaran sobre el cáncer de la matriz y de esta prueba del virus?

R.- Me gustaría que más o menos me dijeran cuántas enfermedades se detectan con esta prueba pues, porque... a lo mejor hay unas que no y... y otras que sí, como la prueba del cáncer, pus que yo pensé que era lo mismo del Papanicolaou, pero me dijeron que no, y yo pensé que con esto ya había pues para todo eso.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH08

P.- ¿Qué habría que hacer con esas mujeres que todavía no quieren acercarse?

R.- Pues quizá más información porque por ejemplo eso del virus del papiloma mucha gente no sabe, o no le entiende qué sea, lo del Papanicolaou como que veo que sí, ya saben, ah, pues vas hacerte el Papanicolaou, pero el de esta prueba no, no la conocen.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH02

Por un lado existe confusión sobre las pruebas de Pap y VPH. Por el otro lado, los lineamientos actuales para la operación del programa de prevención y control del CaCu señalan el uso del Pap para mujeres entre los 25 y 34 años y la prueba del VPH a mujeres entre 35 a 64 años y el seguimiento de mujeres positivas a la prueba del VPH a través de la citología. Sin embargo algunas veces en la práctica se aplica tanto prueba de Pap como del VPH en el mismo momento, sin informarles qué pruebas se les están realizando, su utilidad, diferencias y los resultados. Además de un desperdicio de recursos, esto significa que varias mujeres pudieron experimentar confusión y emociones negativas innecesarias a raíz de la desinformación. Estas circunstancias evidencian la urgente necesidad de emparejar las acciones concernientes a la consejería y la educación para la salud, con la ejecución técnica de la prueba del VPH en los PDOC; respetando en todo momento la autonomía de las mujeres y su derecho a decidir si desean realizar la prueba, ya que en algunos casos las mujeres no dieron su consentimiento.

2.2 ¿Qué identifica la prueba de Pap?

Las usuarias mostraron estar familiarizadas con la citología cervical (el total de entrevistadas había tenido al menos una prueba de Pap en su vida). Las mujeres beneficiarias del programa Oportunidades consideran el Pap como un requisito indispensable para tener acceso a los estímulos económicos del programa, por lo que se ha convertido en una práctica rutinaria y obligada.



P.- ¿Para usted vale la pena venir y hacer la prueba el Virus del Papiloma Humano o el Papanicolaou?

R.- Pos no, pues ya estamos impuestro, porque nos hace pues cada seis meses.

P.- ¿Vale la pena hacerse las pruebas?

R.- Pos... estuviera bueno pues, pa' que nos... pa' nos cheque.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH09

P.- ¿Cómo le gustaría recibir información?

R.- No, pues con que me dijeran las enfermeras.

P.- ¿En las pláticas que vienen de Oportunidades?

R.- Ándele... no pues casi como pa todas las mujeres porque pues ora sí que todas somos las que a lo mejor sí nos interesa, y sí estaría bien que en una plática dijeran todo eso.

P.- ¿En sus pláticas le han platicado de esto?

R.- Nada más del cáncer, de... del Papanicolaou pues, una vez que nos dijeron también que nos lo hiciéramos, sí nos dan algo, pero no mucho.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH08

Los vacíos de información se reflejan en las ideas erróneas, como considerar el Pap una prueba con la capacidad de detectar un abanico de enfermedades como el cáncer, ITS o problemas ginecológicos. Algunas mujeres pudieran encerrar todos los tipos de neoplasias al comentar que la prueba de Pap detecta el “cáncer”, incluyendo el CaCu pero también otros tipos.

P.- ¿Qué le preocupa cuando se hace esa prueba del Papanicolaou?

R.- Me preocupo por la enfermedad

P.- ¿Con qué enfermedad lo relaciona usted?

R.- Que es enfermedad de SIDA o algo, otras...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

P.- ¿Y usted identifica para qué le sirve la prueba del Papanicolaou?

R.- También es para lo mismo, para detectar... unos quistes o un, un cáncer también.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH03

P.- Y ahora que conoció las dos pruebas, ¿cuál elegiría?

R.- Pues Papanicolaou

P.- ¿Por qué el Papanicolaou?

R.- Aunque duela pues, pero... si, si me curan de esa pues o me dicen si tienes ya otra vez esa enfermedad o... porque ora no más me dicen que tengo infección, nada más, y la doctora me dijo que tenía venitas chiquitas.

P.- ¿Y con esta?

R.- Y con esta pues no me dijeron nada.

P.- ¿Le gusta más el Papanicolaou?

R.- Sí, pa' que me dijeran pues a la mejor ya crecieron otra vez esas venas y para hacer pues, o sea ir a, venir pues en la consulta pues aquí para que me lo digan haber como voy a hacer.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07

Algunas mujeres relacionan el Pap con las infecciones vaginales; saber si tienen algún problema en sus genitales podría significar, desde su concepción, uno de los principales beneficios de esta prueba.

P.- Cuando se ha hecho la prueba del Papanicolaou ¿Le entregaron su resultado?

R.- Si no más así me dijeron este tienes una infección eso y me dieron unos no sé que son como unos para echarme abajo pues unas como pastillitas... eso fue lo único

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH06



P.- La última vez que se hizo su Papanicolaou ¿Qué le dijeron?

R.- Pues nada más que traigo una pequeña una infección, fue todo lo que me dijeron.

P.- ¿Y al cuánto tiempo tenía que regresar o qué tenía que hacer? ¿Le explicaron?

R.- No, no me dijeron nada, nada más me dijeron “vaya con su doctora para que haber que le van a dar, nomás traí una infección”, fue todo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH09

Para muchas de las mujeres la cita para realizar el Pap puede ser la única oportunidad de tener alguna consulta semejante a una revisión ginecológica. Sumado a que se ha privilegiado informar sobre infecciones vaginales más que sobre la prevención secundaria del CaCu a través de las pruebas de detección o sobre el significado de sus resultados.

2.3 ¿Por qué ha cambiado la continuidad con la que hacia el Papanicolaou?

A raíz de la falta de información y difusión sobre la incorporación de la prueba del VPH, así como la reorganización del PDOC, han surgido entre las usuarias inquietudes sobre la frecuencia y circunstancias en la que se aplicará el Pap; el grupo de edad al cual se dirige y en qué casos será necesario realizar ambas pruebas (VPH/Pap). Los hallazgos muestran que las mujeres con resultado positivo a la prueba del VPH no recibieron información precisa sobre su seguimiento. En algunos casos sólo se les dio la instrucción muy general de regresar para hacer un nuevo estudio, causando incertidumbre y angustia en las mujeres. En otros casos se mencionó el Pap como el estudio de seguimiento, aunque esto generó confusión y desconcierto, ya que las usuarias percibieron inconsistencias con los periodos ya establecidos para regresar, reportando que (en su comprensión) puede ser cada seis meses o cada año y actualmente se mencionan rangos de tres o cinco años.

P.- ¿Cuando llegó su resultado que le explicaron?

R.- Pues que había salido muy bien, que todo estaba muy bien que me lo tenía que hacer en cinco años otra vez y el papa este el....eso de ¿cose llama? la prueba pues que se hace uno cada año la del Papanicolaou.

P.- ¿Cuándo le dijeron que tenía que hacerla?

R.- Cada año...cada año cada año.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH09

P.- ¿Le hubiera gustado que le explicaran algo más?

R.- Sí, para saber por qué o por qué nos mandaron a hacer otra vez. Porque cada tres años hacemos el Papanicolaou... para que me dijeran qué es eso, alguna infección o por qué vamos a hacer otra vez... me dijo que había, que había salido mis resultados, que estaba bien, que había salido negativo, pero que ella me recomendaba que cuánto tiempo hacía que no me hacía el Papanicolaou o que si ya me lo había hecho, y le digo pues hace como un año, señorita, y dice pues le recomiendo que lo más pronto posible se lo haga por propio bien suyo para que esté tranquila y que creo, este, cuando me lo hagan y si salgo bien, no le entendí bien o no me fijé bien si me dijo que en un año, me lo tenía que hacer cada año o a los tres años si estaba bien.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04



P.- La última vez que usted se realizó la prueba del Papanicolaou ¿hace cuánto fue?

R.- Tres años, porque la hacemos cada tres años.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04

Las mujeres están habituadas a realizar su Pap una vez al año y cambiar este criterio implica orientarlas sobre el uso de la citología a partir de los nuevas directrices operativas del PDOC. Es necesario que el personal de salud tenga pleno conocimiento sobre los nuevos lineamientos del programa basado en las innovaciones que les permita asesorar correcta y uniformemente a las usuarias.

2.4 ¿En qué consiste el estudio que me van a hacer después de la prueba del VPH?

La falta de información sobre la manera en que la detección del CaCu se organiza al incorporar la prueba del VPH al PDOC, derivó en incertidumbre y miedo sobre los pasos a seguir cuando el resultado de la prueba del VPH es positivo.

P.- ¿Qué le explicaron de este resultado que usted recibió?

R.- Pues nomás me dijeron que tengo infección... que voy a ir el lunes a hacer otra, otra prueba pues, a ver qué.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07

Los hallazgos demuestran que además de los efectos negativos generados por la prueba del VPH, las mujeres sufren, al mismo tiempo, impacto al saber que tendrán que continuar en un protocolo de seguimiento debido a su resultado positivo. Las usuarias pueden percibir que realizar más pruebas significa que tienen una enfermedad mortal o un problema muy grave, o que los estudios serán cada vez más dolorosos o costosos; esto (en ausencia de información y consejería al respecto) puede derivar en la pérdida de su seguimiento y consecuencias psicosociales innecesarias como incertidumbre, miedo o angustia.

2.5 ¿Cuál es la utilidad de las pruebas de detección?

Identificar las necesidades de información de las mujeres es de gran relevancia para determinar los contenidos de la consejería e identificar desde qué punto se requiere retomar la información sobre la detección oportuna del CaCu; considerando el tiempo de uso del Pap y que sólo algunas mujeres pudieron identificar su utilidad. Los hallazgos muestran que otras desconocen el tipo de cáncer que se puede detectar o prevenir (con prevención secundaria), e incluyen en esta categoría todos los tipos de neoplasias, percibiendo el Pap como una prueba que identifica varios tipos de cáncer, por ejemplo, el CaCu o el cáncer de mama.



Algunas mujeres interpretan la prevención del cáncer desde otra perspectiva, ya que perciben que la detección las protege contra el cáncer. El proceso de recolección de muestra dentro del cérvix puede estar vinculado con la percepción de algunas mujeres sobre la capacidad de las pruebas para “limpiar” su cuerpo por dentro o eliminar lo que esté mal en el cuello uterino.

P.- ¿Hay algo que sí le guste cuando viene a realizar sus pruebas?

R.- Para que me hagan pues el papanicolado para... limpiarme

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

P.- ¿Usted recomendaría a otras mujeres realizar la prueba del Virus del Papiloma Humano?

R.- Sí

P.- ¿Por qué?

R.- Porque se previene de la enfermedad

P.- ¿Cuál enfermedad?

R.- Pos este del cáncer o que hay pues la enfermedad

P.- ¿Cuál cáncer será?

R.- Pos cáncer del ¿cómo es que se dice?

P.- ¿O en dónde?

R.- Es que nos dice que a veces nos da cáncer de mama

P.- ¿Algún otro cáncer?

R.- No nomás esos se...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

P.- ¿Por qué pensó que necesitaba realizarse esta prueba?

R.- Pues, ya ves, por la enfermedad que hay ahorita.

P.- ¿Qué enfermedad?

R.- Por ejemplo, cáncer.

P.- ¿Cuál cáncer será?

R.- Pus, ese es cáncer que uno no se cura, no hay cura para eso.

P.- Algún cáncer...

R.- Pus ese si no sé, nomás que he escuchado que hay cáncer, por eso es necesario para hacer Papanicolaou.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04

P.- ¿Y usted por qué pensaba que necesitaba la prueba del virus del papiloma humano?

R.- Pos, porque a veces estamos tenemos enfermedad o lo que

P.- ¿Como qué enfermedad?

R.- Cáncer

P.- ¿Cuál cáncer?

R.- A veces dicen que tienen

P.- ¿Y cuál cáncer será?

R.- Pus no sé

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH06

Es importante considerar la sinonimia para evitar confundir a las mujeres; para ellas es usual escuchar y utilizar el término cáncer de la matriz y de menor uso cáncer cervical o cáncer cérvico uterino. Es útil homogeneizar los términos para reforzar el mensaje, garantizar la comprensión y unificar los mensajes transmitidos. Una explicación sencilla de la prevención secundaria es un elemento esencial de la consejería en este ámbito.



3. Significado e implicaciones de los resultados de la prueba del VPH

3.1 ¿Qué significa tener un resultado positivo o negativo de la prueba del VPH?

Las usuarias del centro de salud del municipio con menor grado de marginación manifestaron comprender el significado de sus resultados, expresados en términos positivo o negativo. No obstante les fue difícil comprender el alcance de estas palabras aplicadas a los resultados de su prueba, dijeron sentirse tranquilas al saber que todo “está bien”, sin embargo el desarrollo de la entrevista hecha para este estudio, pudo generar inquietudes sobre el tema. Las mujeres del área más marginada se mostraron más intranquilas, esto puede atribuirse a dos razones; por un lado algunas mujeres no hablan ni entienden muchas palabras en español, por lo que tuvieron complicaciones para comprender el significado de las palabras positivo o negativo. Por el otro, algunas de ellas no sabían que la prueba del VPH les hubiera sido realizada. Estos dos aspectos limitaron cuestionamientos por parte de las usuarias. La información consistió en comunicar si el resultado fue negativo o positivo, en este último caso indicando que debían hacer un estudio adicional para poder saber más sobre su estado de salud. Pocas mujeres positivas a la prueba del VPH recibieron explicación durante la entrega de resultados. Las usuarias quienes ignoraban que se les hubiera realizado la prueba del VPH, se mostraron sorprendidas cuando en las entrevistas se les explicó que sí habían recibido la prueba.

P.- ¿Qué preguntas tiene o qué es lo que siente?

R.- Yo de sentir pues, doler nada más.

P.- ¿Qué ideas le pasan por su cabeza?...

R.- Pos preocupar, porque no sé que es positivo o que es negativo.

P.- ¿Le gustaría que alguien le explicara?

R.- Pues sí... Para saber pues eso

P.- Saber acerca de qué quiere decir negativo y que quiere decir positivo

R.- Sí.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM__VPH07

P.- ¿Qué significa para usted tener un resultado negativo la prueba del virus del papiloma humano?

R.- No sé pues en qué forma dice pues ese negativo o cómo es... cómo está eso es negativo, estoy legal o estoy mal o quién sabe pues.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM__VPH05

Al igual que otras usuarias, las mujeres indígenas experimentaron efectos negativos relacionados con la toma de muestra y la entrega de los resultados sin consejería. El contexto de la mujer indígena es más complejo, enfrentan simultáneamente la dificultad de comprender el significado de las palabras positivo o negativo, en un idioma que no dominan y aplicadas al resultado de una prueba que desconocen e ignoraban se les hubiese practicado.



3.2 El resultado de la prueba del VPH es positivo... ¿Qué es lo que tengo?

Como consecuencia de la falta de información sobre el VPH y la prueba para su detección, en su totalidad las mujeres entrevistadas experimentaron algún efecto negativo como preocupación o angustia; mínimamente incertidumbre derivada de un resultado sobre una prueba y un tema desconocido.

P.- ¿Qué significa para usted tener un resultado negativo a la prueba del papiloma?

R.- Pues así poquito, cómo lo hago pues, con este.

P.- ¿Cómo se siente al tener un resultado negativo?

R.- Pues un poquito miedo.

P.- ¿Tiene miedo?

R.- Sí.

P.- ¿De que sea negativo?

R.- Sí.

P.- ¿Por qué?

R.- Porque no sabemos pues yo como le hago este, o dónde me mando con este.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH01

Las diferencias entre el impacto psicosocial producido por recibir los resultados de la prueba del VPH entre mujeres del área más marginada y la menos marginada (la capital estatal) pueden deberse a que todas las mujeres de la unidad capitalina recibieron un resultado negativo y con ello quedaron tranquilas. De hecho, sus inquietudes parecieron surgir a partir de la entrevista realizada para este estudio, mostrándose sorprendidas sobre el VPH y su relación con el CaCu y cuestionando sobre las consecuencias de tener VPH y la infidelidad. Mientras que la mitad de las mujeres del área marginada que recibieron un resultado positivo a la prueba, experimentaron tristeza, confusión, incertidumbre, falta de comprensión del significado de sus resultados, impotencia por no poder leer, entender ni expresarse en español; sintieron miedo sobre lo que pasará posteriormente; perciben que vivirán solas un proceso doloroso, sin acompañamiento ni apoyo para enfrentar “lo que viene”. Consideran un futuro incierto, lo cual expresan en comentarios como: “tengo un resultado positivo a la prueba del virus del papiloma... ¿Ahora qué hago con esto? ¿Qué es lo que tengo? ¿A dónde voy?...” También se sorprendieron al recibir el resultado de ser VPH-positivas porque no sabían que les habían hecho otra prueba distinta al Pap y decepcionadas por un resultado positivo cuando en todas sus pruebas anteriores habían tenido un resultado normal o “no les sale nada” en el Pap.

El impacto de tener un resultado positivo de una prueba sobre la cual tienen poca o nula información y menos sobre lo qué procede después, puede llevar a perder el seguimiento de las mujeres, la confianza en los trabajadores de la salud y credibilidad de los servicios públicos;



generar gastos innecesarios en la familia, consecuencias físicas o emocionales, así como empujarlas a la desesperación que en ocasiones las conduce a decidir realizar procesos que no son necesarios, como por ejemplo la histerectomía. Esta situación se atribuye a la emisión de resultados sin consejería y sin tomar en cuenta el contexto de las mujeres.

3.3 ¿Por qué si siempre he salido bien en las pruebas de Pap, ahora me dicen que soy positiva?

Las usuarias encuentran contradictorio y confuso los resultados de la prueba del VPH frente a los resultados previos del Pap, independientemente si ambas pruebas fueron practicadas en un mismo momento. Ésta situación fue expuesta por las mujeres que recibieron un resultado positivos de la prueba del VPH y sus antecedentes del Pap no habían señalado nada anormal, particularmente mujeres indígenas.

R.- Pues que a la mejor tengo una enfermedad pues o algo pues, ustedes ya sabe pues eh como que yo casi yo no sabes sabe pues cómo se llama las enfermedad... eso es lo que yo estoy pensando pues y... tengo pues la enfermedad por eso me citaron pues ahí, como que desde tantos años vaya de esa Oportunidad, nunca me dijeron pues que tengo infecciones o algo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH11

P.- ¿Señora usted porque decidió realizar la prueba del Virus del Papiloma Humano?

R.- Pues quien sabe, yo nomas así vengo, para hacer Papanicolaou, no se pues porque resultado eso, porque ya hace muchos años que no... me pues este necesitar pues otra vez así, quien sabe porque ora.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH01

Todas las mujeres entrevistadas tuvieron al menos una prueba previa de Pap en su vida, la mayoría de ellas han recibido resultados normales, antecedente que confrontaron con su resultado positivo a la prueba del VPH, esto llevó a las mujeres a percibir incongruencia entre las pruebas (Pap anteriores y VPH actual).

4. Estigma alrededor del VPH: infidelidad y promiscuidad

4.1 ¿El VPH se adquiere por tener varias parejas?

Los hallazgos muestran que las mujeres no tienen información amplia sobre el VPH; por ejemplo de la historia natural del virus o el mecanismo de transmisión. Sin embargo sí ubican al VPH como una ITS y lo relacionan con aspectos negativos como la infidelidad entre la pareja. Para ellas un resultado positivo a la prueba del VPH representa que la pareja masculina fue infiel o que la mujer mantiene relaciones sexuales con múltiples parejas. Sobre la prueba del VPH, algunas mujeres percibieron su utilidad en función de su capacidad para delatar a los hombres o mujeres



infieles; incluso la prueba podría, desde su perspectiva, indicar el tiempo que la pareja “lleva siendo infiel”.

Para algunas mujeres de la zona poco marginada la prueba del VPH significó saber o comprobar la infidelidad de sus esposos o parejas sexuales; un resultado positivo a la prueba señalaría al hombre como responsable del contagio del VPH. En contraste, para algunas entrevistadas en el área de mayor marginación, una mujer que realiza la prueba del VPH es calificada como “promiscua” si su resultado es positivo, ya que esto significaría que tiene varios compañeros sexuales y es señalada como una mujer “que anda de arriba para abajo con los hombres” o es “viciosa”.

El estigma y problemas de pareja son algunas de las consecuencias negativas que las mujeres perciben de la prueba y en especial de tener un resultado positivo. Los hallazgos señalan eventos de violencia de la pareja masculina contra la mujer cuando hay un resultado positivo a la prueba del VPH.

A continuación, se comparan algunas percepciones sobre la transmisión sexual del VPH, que se diferencian por la zona de residencia de las mujeres.

Percepciones sobre la transmisión del VPH identificadas en la capital del estado, zona con menor grado de marginación:

- i.* El hombre es el portador del VPH y es quien lo transmite a la mujer
- ii.* El VPH lo tienen los hombres porque son infieles por naturaleza
- iii.* La prueba del VPH es importante porque se puede “destapar” la infidelidad del esposo o pareja.

Algunas apreciaciones compartidas entre las mujeres podrían deberse a que comparten las mismas fuentes de información; programas televisivos, talleres del programa Oportunidades o la influencia de la norma subjetiva, entre otros factores.

Percepciones sobre la transmisión del VPH identificadas en la comunidad de mayor grado de marginación:

- i.* Las pruebas de detección son más recomendables para las mujeres infieles o promiscuas “traen el vicio de andar con muchos hombres”;
- ii.* Si el VPH se transmite por ser “promiscuo” y tengo un resultado positivo, significa que mi pareja masculina es infiel o que la mujer es infiel;



iii. Qué van a pensar los demás, si saben que me hice una prueba que realizan las mujeres infieles.

Si la percepción es que la prueba del VPH la necesitan mayormente las mujeres “infieles” y el resultado de la mujer es positivo, las usuarias experimentan varios efectos como vergüenza o tristeza, al verse señalada y su intimidad expuesta al juicio de los demás.

R.-... *Pus a veces, digo pues que los hombres pues andan con otra o por qué hacen la enfermedad...*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH05

P.- *¿Qué le hubiera gustado preguntar?*

R.- *Que si era cierto que es, que el papiloma humano es porque tiene uno varias parejas, o por qué se, se hace.*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH11

R.-... *quiero saber si es cierto... si puede ser o si se puede relacionar con eso ¿con la promiscuidad?*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

P.- *¿Qué mujeres deben realizarse la prueba del Papanicolaou?*

R.- *Algunas, bueno para todo, todas, todas las mujeres, mucho más las que andan pa' arriba y pa' abajo.*

P.- *¿Cómo para arriba y para abajo? ¿Cómo es eso?*

R.- *Las que andan pues con... cualquier hombre, con otro hombre, eso es pues lo que estabas platicando aquí.*

P.- *¿Y por qué, por qué esas mujeres que andan de arriba y para abajo?*

R.- *Pos, es que... traen vicio pues y luego no pueden vivir con su marido, unos hasta, hasta los que están viviendo bien, pues siempre le agarra ese vicio.*

P.- *¿El vicio de...? ¿Cuál vicio?*

R.- *El vicio pues pa' andar con los hombres por ahí... O dicen pues, que algún hombre o alguna mujer que traen enfermedad, pos yo creo a lo mejor es... de eso son más importante pa'... pa que hagan Papanicolau, bueno a todas pues las que... más que sean mujeres.*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH09

R.-... *pienso que mi esposo me es infiel, entonces tengo la duda si puedan salir aquí en los resultados a partir de, no sé, de tres meses para acá lo del virus del papiloma.*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH01

4.2 ¿Las mujeres casadas, las que sólo tienen relaciones sexuales con su esposo, las solteras o las que ya no están con su esposo deben preocuparse por realizarse la prueba del VPH?

Las creencias, aspectos culturales y religiosos así como cuestiones de género son elementos que pudieron influir en las percepciones de las mujeres sobre la vida en pareja, las relaciones sexuales y específicamente la pertinencia de prevenir el CaCu a través del tamizaje utilizando pruebas del VPH. Se identificaron varias creencias que influyen en la conducta de realizar las pruebas de detección del CaCu; algunas opiniones fueron opuestas entre sí mientras otras concuerdan. Sobre la importancia de realizar las pruebas algunas entrevistadas consideran que las mujeres casadas sólo mantienen relaciones sexuales con sus esposos, por lo que una mujer con esposo no tendría necesidad de realizar las pruebas porque no tiene riesgo de contraer VPH. Perciben que el virus



es común entre hombres o mujeres que tienen varias parejas, El ser casada elimina esta posibilidad desde su perspectiva, conciben que las mujeres sólo tienen relaciones sexuales dentro del matrimonio, lo que implica que mujeres jóvenes, solteras, viudas o divorciadas que no tienen esposo, no tienen vida sexual y no habría posibilidad de que contraigan alguna ITS. Por lo tanto no tendrían que preocuparse por realizar las pruebas de detección del VPH.

P.- ¿Cuáles mujeres deben de preocuparse por hacerse esa prueba del Papanicolaou?

R.- Pues yo me imagino que todas ¿no?

P.- Y por esta prueba del virus del papiloma humano ¿qué mujeres deben preocuparse?

R.- Serán esas que no tienen esposos o ¿cómo?

P.- Y ¿por qué será que esas mujeres? ¿Las que no tienen esposo?

R.- Porque a veces uno va con hombres pues, porque el cuerpo también a veces pide esas cosas, tener relaciones con el hombre.

P.- ¿Por qué cree usted eso?

R.- Porque, pues por las enfermedades que... uno pues no sabe qué clase de personas son.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04

P.- ¿El Papanicolaou tendría que ver con la vida sexual de las mujeres?

R.- Eso si no lo entendí, no entiendo bien si también, porque a veces aquí hay muchas mujeres que no están casadas, no sé si también las que no estén casadas tendrían que realizársela o no sé. Ahí si no tengo la información, no he escuchado nada. Y no he preguntado.

P.- ¿Qué mujeres crees que se deben de preocupar por realizar la prueba del Virus del Papiloma Humano?

R.- Pues igual y pienso que en general todas las... mujeres casadas, solteras, jovencitas.

P.- ¿Por qué, por qué también las casadas o por qué las solteras?

P.- Bueno pues la mayoría de las solteras porque andan de un lado a otro y no tienen estabilidad con una pareja y las casadas porque a veces pensamos que porque ya estamos casadas y solamente tenemos una pareja ya no tenemos el riesgo, sin en cambio no porque pues no sabemos con quién anden nuestros maridos.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

P.- ¿Y por qué piensa que no necesita estas pruebas de detección?

R.- Así que, por antecedentes no tengo familiares que hayan tenido esa enfermedad, nadie, entonces, este, digo yo que no tengo ahorita aproximadamente, de sólo tengo una pareja, mi esposo pero tengo ya mucho tiempo que salió fueras, tengo seis años y medio casi sin tener relaciones sexuales entonces me hice el papiiii, Papanicolaou hace como cinco me dijeron que estaba bien entonces siento yo que, que no tengo pues ahorita.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH02

Al explorar las creencias sobre cada prueba por separado, los hallazgos muestran que para algunas usuarias el Pap es recomendable para todas las mujeres “chicas o grandes”, las casadas o cuando nacen los hijos. Mientras tanto, en su opinión la prueba del VPH es necesaria para mujeres “infieles”, “las que andan con uno y otro”, las mujeres solas que no tienen esposo (separadas, divorciadas o viudas) y que tienen varios compañeros sexuales o “andan de arriba para abajo”.

El 63% de las entrevistadas fueron principalmente madres de familia dedicadas al hogar (Figura III); su rol de madre y esposa la designa como cuidadora de los hijos y quien discute con ellos



temas de salud. Por lo que las madres pueden ser las principales emisoras o replicadoras de mensajes sobre la detección del CaCu y uso de las pruebas de Pap/VPH desde sus propias concepciones y experiencias. Esto muestra la importancia de que ellas reciban información completa y comprensible; de lo contrario, mensajes erróneos y poco claros podrían estarse transmitiendo a la población más joven, ya que se mostraron interesadas en compartir información con sus hijos.

4.3 ¿Por qué si tengo una pareja estable aparece el VPH?

La percepción sobre el matrimonio, las relaciones estables y la fidelidad ayuda a explicar algunas de las creencias de las mujeres entrevistadas. No se observaron diferencias entre las creencias de las mujeres sobre la infidelidad entre los contextos de menor y mayor grado de marginación, pero sí hubo diferencias entre la persona que consideran es infiel; el hombre en el caso del municipio con menor grado de marginación y la mujer fue involucrada en el contexto de mayor marginación. El saberse en una relación “estable,” es decir, ser casada, vivir o establecerse con una persona y mantener una relación formal solamente con ella, la mujer no esperaría recibir un resultado positivo a la prueba del VPH toda vez que desde su perspectiva esto implicaría que la pareja fue infiel. Los hallazgos demuestran el desconocimiento de las mujeres sobre la historia natural de la enfermedad, dado que la transmisión del virus pudo haber sido años atrás lo cual no necesariamente significa infidelidad de la pareja actual.

R.- Pues me siento... bueno ayer que me dijeron que los resultados ya estaban y que tenía que pasar a una, a una entrevista, me alarmé, pensé que a lo mejor algo, algo estaba mal, pero ahora que ya me dicen que está, que es negativo, ya me siento mucho más a gusto, más tranquila y, y pues contenta de saber que no, que según esto es negativo... y con mi pareja pues lo mismo porque... pues no sé, decirle que es positivo pues, no sé a lo mejor estoy mal pero pienso que... que sería algo, ay, ¿Cómo le explico?... Mmm, yo tengo una pareja estable y quiero suponer que mi pareja también está estable conmigo, entonces pienso que ahí estaría fallando algo porque, ¿por qué si estamos estables apareció este virus? ¿De dónde? Entonces siento que ahí (Risas) algo no hubiera estado bien... ¿Quiero que me digan lo que ustedes saben?

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

Si las mujeres no tienen información sobre el VPH y la historia natural de la infección, podrían culpar a su actual pareja sobre el contagio del VPH, elementos necesarios para comprender que un resultado positivo a la prueba del VPH no necesariamente significa infidelidad de su pareja.

4.4 ¿La vida sexual de una persona tiene alguna relación con las prueba del VPH o el Pap?

Los hallazgos muestran que las mujeres no tienen información completa sobre el VPH y tienen



dudas sobre el Pap, sin embargo algunas de ellas sí relacionan el Pap/VPH con la actividad sexual.

P.- ¿Usted cree que la vida sexual de las mujeres, tiene algo que ver con el Papanicolaou o con el Virus del Papiloma Humano?

R.- Pues, yo creo que si ¿no?

P.- ¿Por qué?

R.- Porque se lastiman o eso es que me siento yo, por eso no, ya no tengo relaciones o sea, repente porque me duele pues, por eso ya no hago eso, estoy enojado cuando me empiezan hacer y me enojo o sea no siento a gusto pues.

P.- Y eso ¿tiene algo que ver con la prueba del papiloma o con el Papanicolaou?

R.- Pues yo creo que no, es aparte ¿no?

P.- ¿Por qué será aparte?

R.- No sé pues, o es lo mismo o no sé si es aparte porque cuando hacemos relaciones no llega al matriz del hombre o se lastima bueno eso es que yo pienso.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07

Algunas mujeres compartieron experiencias de su vida sexual, en algunos casos, el mantener relaciones sexuales no es un acto agradable sino de dolor. Perciben una relación entre el acto sexual con dolor y lastimar la matriz; para ellas las pruebas de detección pueden ser un medio para monitorear posibles daños. En otros casos, mayormente mujeres indígenas del municipio con mayor grado de marginación, relacionaron su vida sexual como algo positivo y necesario y de igual manera lo relacionaron con las pruebas de detección del CaCu.

5. Particularidades del uso de las pruebas de detección oportuna del CaCu y las directrices actuales

5.1 ¿Por qué no citan a todas las mujeres para la prueba del VPH? ¿Por qué a unas cuantas? ¿Por qué a algunas mujeres se les realizan la prueba de Pap y a otras del VPH?

Los hallazgos indican el desconocimiento de las mujeres sobre las nuevas directrices del tamizaje, derivando en ideas equivocadas y favoreciendo concepciones negativas alrededor del VPH.

P.- ¿A usted le hubiera gustado que le explicaran algo más?

R.- Pues sí, para saber pues qué tiene o por qué me citaron, porque no todas los citaron nomás a unos cuantos, por eso yo tenía ganas pus de preguntar, le dije voy a ir otra vez, porque es mi interés que yo voy a saber qué es lo que tiene o qué es lo que hay pues en la revisión pues.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH08

A nivel operativo, la edad es uno de los principales criterios para decidir cuál de las pruebas se practicará a la mujer, mientras que para las mujeres el tener una prueba u otra, se inclina más al estado civil, la vida sexual, la infidelidad o el número de compañeros sexuales y el percibir que son elegidas bajo estos criterios las angustia.



5.2 ¿Las mujeres que no tienen matriz, corren peligro de tener cáncer?

Algunas mujeres manifestaron sus dudas sobre la necesidad de hacer las pruebas de detección si tuvieron histerectomía.

P.- ¿Hay algo que yo no le haya preguntado y usted quiera compartirme acerca de esto?

R.- Este, pos yo lo, yo quisiera salir de dudas, este, yo ya no tengo mi matriz pero cómo ve ¿también peligro yo de un cáncer con eso así?

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH09

La consejería sobre el VPH deberá incluir este tema en sus contenidos y asesorar a las mujeres sobre las salvedades con las que se realiza la prueba.

5.3 ¿Por qué la prueba del VPH se hace a las mujeres?

Las entrevistadas con frecuencia se mostraron interesadas en saber si la prueba del VPH podría practicarse a los hombres, dado el interés de que sus hijos o su esposo la realicen. Es necesario explicar las tecnologías disponibles en nuestro país para la prevención primaria y secundaria del CaCu y cuáles pudieran ser adoptadas en varones. Si a corto plazo no es factible adoptar las nuevas estrategias en la población masculina, se tendrían que abordar las razones. Asimismo, habría que privilegiar la información sobre los riesgos potenciales del CaCu en las mujeres que han llevado a priorizar las medidas preventivas hacia este grupo.

P.- En ese momento que le entregaron estos resultados ¿usted tuvo alguna duda, le hubiera gustado preguntar algo?

R.-... Pues mi duda es ¿que... o sea... lo del papiloma humano por qué se lo hacen la mujeres?... esa es la, mi pregunta es mi duda, por qué se lo realizan a las mujeres... y para qué es.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH11

Discusión

Construcción de las creencias sobre el VPH- MCS y TAR

Se integraron al modelo propuesto las opiniones predominantes que tuvieron las mujeres michoacanas sobre la prueba del VPH, tratando de explicar lo que hay detrás de sus percepciones. Las apreciaciones sobre la prueba fueron heterogéneas, en algunos casos antagónicas; diversidad atribuida a la insuficiente información formal sobre el tema, reemplazada por concepciones individuales y de grupo asentadas como verdades y convertidas en creencias. Las creencias se han arropado en el estigma, los mitos y tabús, como ambiente dominante donde se han concebido las ideas sobre el VPH. En la población de mujeres el tema del VPH estuvo relacionado principalmente con la infidelidad y la promiscuidad, hallazgo semejante a otras



investigaciones;^{23,24,43,54} Resaltando otras apreciaciones relevantes como necesitar las pruebas de detección cuando se manifiesta algún signo o síntoma, la utilidad del Pap para identificar varios problemas ginecológicos y múltiples neoplasias o que las mujeres infieles o promiscuas son quienes requieren las pruebas de detección, específicamente la prueba del VPH.

Influencia de las creencias en el uso de la prueba del VPH

La conducta y la actitud de las mujeres hacia la prueba responden a sus creencias; lo que las mujeres consideran adecuado respecto al cuidado de su cuerpo, la prevención y la detección oportuna del CaCu estuvo influenciado por factores religiosos, culturales y sociales. Las creencias religiosas no fueron directamente identificadas por las mujeres como factores punitivos, prohibitivos o permisivos que determinaran su participación en el tamizaje. Al parecer las opiniones de líderes religiosos (sacerdotes, pastores, etc.) y otros actores de la comunidad (maestros, regidores, etc.) tampoco influyeron en las decisiones de las mujeres respecto al tamizaje. Las opiniones relevantes para las mujeres fueron las de su pareja, familiares como hijos, suegras o hermanas; personas cercanas como amigas, vecinas o compañeras del grupo del programa Oportunidades. Sin embargo los hallazgos revelan la posible conexión entre las creencias religiosas vinculadas al matrimonio y la fidelidad o culturales relacionadas con la relación de pareja y el comportamiento sexual en torno al uso de la prueba del VPH; así como cuestiones de género vinculadas con el deber ser de la mujer y el hombre o su rol de género. Este posible vínculo emerge del significado que algunas mujeres otorgan al matrimonio como símbolo de fidelidad y monogamia, influenciado por las creencias. El enlace matrimonial indicaría cómo conducir la vida sexual personal y de pareja; cuál es el momento concedido y adecuado para el inicio de la vida sexual y con qué persona. En este orden de ideas, si el VPH es una ITS ceñida a la infidelidad y promiscuidad, ser casadas o tener una pareja formal “protege” de esta infección dado que las costumbres y normas sugieren que estos elementos no caben en una relación sellada por el matrimonio o el compromiso. Por lo que posiblemente algunas mujeres no se perciban susceptibles a la infección por VPH y no perciban la necesidad e importancia de realizarse la prueba.

Sobre el uso de la prueba en mujeres jóvenes, algunas usuarias creen que no es necesario hacerse la prueba ya que el deber ser de una mujer joven es iniciar su vida sexual hasta el matrimonio. Desde su perspectiva no habría posibilidad de que una mujer joven y soltera contraiga VPH. Otras mujeres por el contrario consideran que la prueba del VPH es recomendable para mujeres



solteras porque son quienes tienen varias parejas sexuales; desde su perspectiva el estado civil las hace “más inestables”. Otras usuarias michoacanas opinaron que la necesidad fisiológica de tener encuentros sexuales (que en su opinión también existe para las mujeres) resulta en el riesgo de contraer infecciones o enfermedades y esto motiva a las mujeres a solicitar las pruebas de detección. Este hallazgo contrasta con el estudio de Ramirez y colaboradores (1997) y otro estudio realizado en Australia (McNair *et al*, 2009), donde se señala que muchas de las mujeres con factores de riesgo no se perciben en peligro de contraer VPH,^{95,96} lo que influye en su percepción sobre la importancia de realizarse la prueba para detectar el virus. Contrariamente algunas mujeres de este estudio consideran la vida sexual como una necesidad orgánica que las expone a contraer una ITS y reconocen la necesidad de detectarlas. Otras mujeres conciben que los hombres, por su género, son individuos infieles por naturaleza. Esta puede ser la razón por la cual la mayoría visualizó la transmisión del VPH en una sola dirección, hombre a mujer. Pocas mujeres imaginaron la posibilidad de la transmisión mujer a hombre. Opuesto a esta percepción, algunas usuarias del área con mayor grado de marginación, principalmente indígenas, señalaron que la transmisión del VPH puede darse de la mujer al hombre. De las 12 mujeres entrevistadas en esta área, 6 de ellas tuvieron un resultado positivo y fueron quienes dijeron tener más de una pareja sexual y se han visualizado continuamente en riesgo de contraer alguna ITS. Esta circunstancia pudo contribuir a percibirse como responsables o culpables por haber contraído VPH, vinculado con las relaciones de poder “sí tienes algo, es culpa tuya porque andas con otro, no te cuidas o eres sucia” sumado a las creencias y el contexto.

Las creencias y percepción del género masculino como un individuo infiel, hizo que la mayoría de las mujeres se percibieran susceptibles y amenazadas por el VPH. Perciben que es un problema de salud grave por ser de transmisión sexual, originado por la infidelidad y que puede ocasionar la muerte, dolor físico, altos costos para tratarlo, graves problemas personales y de pareja con consecuencias negativas en la familia. La edad, el género, las relaciones de poder, el deber ser, el estado civil, la confianza, la fidelidad o la monogamia y la contraparte, infidelidad y promiscuidad; parecen ser elementos que influyen en las percepciones sobre la prueba del VPH y la necesidad de realizarla, respaldadas en creencias religiosas, culturales y el entorno socioeconómico.



Construcción de componentes del MCS/TAR vinculado con información y consejería disponible

Por un lado las mujeres percibieron como beneficiosa la prueba del VPH por tener al alcance estudios que les permita saber sobre su estado de salud y por el otro, aprovechar las pruebas gratuitas ofrecidas por el gobierno, aunque no reciban una explicación precisa sobre el uso del estudio, ni tengan claro cuál es la utilidad de realizarlo. Los hallazgos también revelaron como beneficio percibido comprobar la sospecha de infidelidad de la pareja a través del diagnóstico de una ITS.

Las principales barreras para realizar la prueba del VPH fueron la presión de grupo vinculado al estigma, sentirse señaladas o juzgadas a raíz del fuerte vínculo entre el VPH, la infidelidad y promiscuidad. Desde su perspectiva, hacer la prueba genera comentarios entre las personas acerca de su intimidad y comportamiento sexual, lo que favorece los conflictos y dudas entre la pareja con impacto en la familia. Otras de las principales barreras tienen que ver con el rol de género, anteponiendo al cuidado de la salud de la mujer por el cuidado de sus hijos y su pareja.

Las claves predominantes para realizarla fueron las campañas de salud y los programas televisivos; así como el apoyo, aprobación o motivación de la pareja. Sin embargo, los signos y síntomas fueron el disparador más importante para realizar la prueba. Esto a la vez es una barrera dado que las mujeres podrían pensar que solamente requiere las pruebas cuando sientan o vean cambios en su cuerpo, lo cual no favorece la atención oportuna y podría acercar a las mujeres al tamizaje en etapas avanzadas de la enfermedad. Estos hallazgos son semejantes a los de un estudio realizado en Malasia (Wong *et al*, 2008) donde se destaca la creencia de acudir a la detección cuando hay síntomas, situación vinculada a la baja percepción sobre la susceptibilidad al CaCu.⁶¹ Otro estudio realizado en Suiza (Oscarsson *et al*, 2008) señala la actitud positiva de las mujeres hacia la detección del CaCu frente a su falta de asistencia al tamizaje a raíz de sentirse sanas.⁹⁷

Una de las ideas relevantes respecto a la opinión de otros fue que las personas piensan que las mujeres que asisten a realizar la prueba del VPH son las infieles, promiscuas o las que tienen “carga de conciencia” por su comportamiento sexual o las que saben que su esposo es infiel. La norma subjetiva refleja la fuerte influencia de las creencias erróneas sobre el VPH, los mitos y tabús acerca de su transmisión. En este orden de ideas, el conjunto de concepciones negativas conduciría a una actitud desfavorable hacia la prueba del VPH; no obstante la mayoría de las mujeres de este estudio tuvo una actitud positiva hacia la prueba del VPH. Sin embargo es



fundamental tomar en cuenta que las usuarias no estaban plenamente conscientes e informadas sobre la naturaleza de transmisión sexual del CaCu, condición que podría modificar su actitud. Estos hallazgos coinciden con el estudio de McCaffery y colaboradores (2003) sobre actitudes hacia la prueba del VPH, donde las mujeres dijeron aceptar la posible introducción de la prueba del VPH sin embargo no tenían conocimiento sobre la etiología del CaCu.⁴¹ Adicionalmente, las mujeres pudieron tener una actitud positiva hacia la prueba del VPH porque consideraron que es una acción preventiva que puede detectar oportunamente un problema de salud, independientemente de comprender la utilidad de la prueba. Contrariamente algunas mujeres mostraron una actitud negativa principalmente porque la transmisión del VPH es asociada con la infidelidad y promiscuidad. En este sentido consideran que es una prueba adecuada para “ciertas” mujeres, principalmente aquellas que tienen múltiples parejas como las sexoservidoras. Comparado con la apreciación sobre la prueba de Pap considerada necesaria para todas las mujeres, mucho más las que están casadas o han tenido hijos, concepción que influye positivamente en el uso de la detección oportuna del CaCu en muchas mujeres. Opuestamente un estudio realizado en Estados Unidos con migrantes de origen latinoamericano (McMullin *et al*, 2005) identificó la creencia de las mujeres sobre la necesidad de hacer el Pap cuando se tienen comportamientos sexuales “imprudentes”⁴⁵ semejante a lo que perciben las mujeres de este estudio sobre la prueba del VPH.

Aunque el conocimiento no es un componente suficiente para que las mujeres acudan a realizarse la prueba del VPH de manera consciente y voluntaria, sí es un elemento necesario ya que el comportamiento está influido por la suma del conocimiento, las creencias, las percepciones y lo que las mujeres saben sobre el VPH, el CaCu o la detección oportuna. En el entendido que la información por sí misma no significa ni asegura que las mujeres lleven a cabo el comportamiento si lo favorece.

Información y consejería deseada

Las mujeres manifestaron su deseo de contar con información sobre el VPH; sin embargo los cuestionamientos de algunas de ellas dirigen su interés a evidenciar la infidelidad de su pareja, más que saber sobre el VPH y las consecuencias potenciales en la salud. Este hallazgo es similar al de un estudio realizado en Bélgica (Verhoeven *et al*, 2010) donde se reportan las preguntas más frecuentes sobre el VPH, resaltando las dudas sobre la transmisión por infidelidad.⁵⁴ Asimismo, un estudio de los Estados Unidos (Anhang *et al*, 2004) señala que el interés de las



participantes se centró en la transmisión sexual de la infección por VPH y no en los daños potenciales como el cáncer.¹⁵

De manera particular, las vivencias de las usuarias que recibieron un resultado revelaron que el personal de salud les otorgó información insuficiente durante esta etapa del tamizaje. Las mujeres con mayor información sobre el VPH parecen ser las usuarias con experiencias propias o cercanas vinculadas al CaCu. Sobre el Pap las mujeres con más información fueron las que regularmente acuden al PDOC por iniciativa propia o recomendación del personal de salud. En todos los grupos las mujeres sin el programa Oportunidades se mostraron menos conocedoras y con un menor uso periódico de pruebas para la prevención secundaria de enfermedades, a excepción de las que han vivido experiencias propias o cercanas con el CaCu. En cuanto a la información sobre el VPH, parece que las mujeres más informadas fueron aquellas quienes tuvieron en su historial de tamizaje un resultado anormal del Pap, alguna persona cercana con diagnóstico de CaCu o fallecida por esta causa. Este hallazgo es semejante al estudio del Waller y colaboradores (Reino Unido, 2003) sobre el vínculo entre conocimiento que tienen las mujeres sobre el VPH y tener un resultado anormal de citología.⁵⁸

La relación médico paciente con fines de consejería fue un recurso poco aprovechado. Las vivencias de las mujeres en la detección del CaCu, revelaron escasas ocasiones donde han podido tener una plática cercana con personal de salud. Desde su perspectiva, los médicos y el personal de enfermería son las personas que deben impartir consejería.

La trayectoria de tamizaje en el programa de detección oportuna del CaCu

En general las mujeres entrevistadas tuvieron una percepción positiva sobre la detección del CaCu, tomaron como referente el Pap, por ser la prueba con la que están más familiarizadas. Las experiencias de las mujeres de este estudio señalan que la invitación no es considerada un momento importante para atraer a las mujeres a tamizaje, incluso pocas de ellas son invitadas a participar. La invitación puede considerarse entonces una clave o disparador de la acción.

En cuanto a la toma de la muestra, las mujeres están interesadas en saber qué partes de su cuerpo están involucradas en la recolección, en qué consiste la muestra recolectada, qué material utilizan y por qué. En general, las mujeres expresaron su deseo por materiales que les permitan visualizar gráficamente qué partes de su cuerpo se comprometen cuando se desarrolla CaCu y cómo se ve la matriz con cáncer cervical. Los deseos y preferencias de las mujeres son claves para la acción.



Realizar la prueba del VPH de manera consciente e informada

Los hallazgos muestran que las mujeres de la capital pudieron decidir hacer o no la prueba, en contraste con las mujeres del área más marginada quienes no fueron invitadas, ni advertidas sobre la prueba del VPH. Estos resultados son relevantes porque se involucra el respeto a su autonomía, a tomar decisiones sobre su cuerpo o el derecho a estar informadas y cuestiones éticas. Este hallazgo diverge de dos investigaciones de Anhang y colaboradores (2004), Giordano *et al* (2008), Marlow *et al* (2009) y Wong (2009); donde se reporta que las mujeres han sido informadas antes de realizar las pruebas, con el fin de asegurar la toma de decisiones informadas y compartidas.^{14,15,28,38,61} Un estudio estadounidense (Irwin *et al*, 2006) señala que pocos médicos solicitan consentimiento para realizar la prueba del VPH.⁹⁸ En el estado de Sinaloa, México (Castro-Vásquez *et al*, 2010) un estudio reportó la poca importancia que se le da en la práctica a la decisión de las mujeres sobre los procedimientos que se les realiza.²⁰ En conjunto, estos estudios destacan la importancia que tiene para las mujeres contar con información y el ser consideradas en las decisiones que tomará sobre su propio cuerpo.

Limitaciones

- i.* Las preguntas realizadas durante la entrevista probablemente despertaron sentimientos o emociones negativas en las mujeres, considerando que algunas de ellas no habían escuchado hablar sobre el VPH antes del estudio. El desarrollo de la entrevista también pudo provocar inquietudes y preguntas que no necesariamente existían antes del estudio.
- ii.* No hay triangulación de fuentes de datos para este análisis; es decir, para el presente documento se analizaron los datos de un solo tipo de entrevistadas (mujeres que recibieron el resultado de una prueba del VPH).
- iii.* Todas las entrevistas fueron realizadas en español (24), lo que probablemente limitó que las mujeres del área de mayor marginación, principalmente indígenas (11 de 12 mujeres), pudieran compartir todo lo que saben sobre el VPH y la prueba, en este mismo idioma. La respuesta “no sé” por parte de las mujeres indígenas e incluso del resto de las mujeres, puede ser una manera de evitar contestar una pregunta incómoda o de terminar la entrevista por esta misma razón, lo cual puede ser entendido en ocasiones como falta de conocimiento sobre el tema, cuando en realidad es una manera de evitar discutirlo por incomodidad. Puede haber la



posibilidad que las mujeres indígenas se rehusaran a dar sus respuestas en español, ya que la entrevista no se realizó en su lengua.

- iv. El estudio tiene limitaciones para la transferibilidad de los resultados, dado que el 100% de las entrevistadas (incluyendo el grupo de análisis, mujeres con resultado de la prueba del VPH) había tenido cuando menos una prueba de Pap en su vida. En población abierta a nivel nacional, en el año 2003 (último dato disponible) se estimó que el 72.4% de las mujeres habían tenido al menos una prueba de Pap en su vida.⁵ El 78% de las mujeres entrevistadas realizó al menos una prueba del VPH, en población general no se tienen aun datos oficiales con los cuales comparar; sin embargo, el tener una prueba del VPH fue un criterio de inclusión de la muestra del presente estudio.
- v. El 68% de las mujeres entrevistadas tuvieron 6 años de escuela o menos (Figura III), comparado con el promedio estatal y nacional estimando para el período 2010 en 7.4 y 8.6 años respectivamente en población de 15 años y más.⁹⁹

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio confirman el potencial que tiene la prueba del VPH para generar impacto, mayormente negativo, en las mujeres que se la realizan. Adicionalmente a este impacto, se observaron efectos negativos relacionados con el tránsito de las mujeres por el tamizaje con insuficiente información y consejería;

- i. Impacto al momento de enterarse que les hicieron una prueba distinta al Pap sin haber sido consultadas; que la infección por VPH puede causar lesiones precursoras que pueden llevar a desarrollar CaCu; al no comprender el significado y trascendencia de los resultados de la prueba y al saber que el VPH se transmite sexualmente.

El impacto y los efectos psicosociales quedaron expuestos en sus vivencias durante el tamizaje; confusión, ansiedad, angustia, incertidumbre, temor a la muerte o al dolor, enojo, desconfianza, desconcierto, preocupación, vergüenza o soledad.

Lo cual puede atenuarse y eventualmente eliminarse concientizando a las mujeres e informando puntos medulares:

- i. El VPH es la ITS más frecuente en las personas con vida sexual activa.
- ii. No todos los tipos de VPH son oncogénicos.
- iii. La infección causada por el VPH puede auto limitarse.



iv. No todas las lesiones causadas por el VPH progresar a CaCu.

v. El resultado positivo en la prueba del VPH no significa tener CaCu, no compromete la vida y no necesariamente significa que la pareja (hombre o mujer) es infiel o promiscua.

Por otro lado, las percepciones de la prueba del VPH están influidas por las creencias sobre el virus y su mecanismo de transmisión. La hegemonía de estas creencias fue el estigma apoyado en los tabús y mitos sobre las ITS, el VPH y las personas que lo contraen; mayormente ideas erróneas alrededor del tema.

La consejería dirigida a las usuarias con un resultado positivo debe fortalecerse para mitigar efectos negativos y el estigma hacia la prueba, lo que requiere personal de salud actualizado, sensibilizado y con herramientas para brindar consejería así como promover la sensibilización y actualización de médicos particulares. Los mensajes dirigidos a las mujeres deben considerar los temas de su interés según la etapa de la vida en la que se encuentran. Las mujeres mayores, generalmente casadas o con pareja estable, focalizan su interés en la infidelidad y en la relación de pareja mientras las más jóvenes se interesan en los temas concernientes con su vida sexual independiente de una pareja, con el deseo de evitar la estigmatización en los dos grupos de edad. La información y consejería que reciben las mujeres durante la toma de muestra se limita a dar mensajes cortos poco informativos sobre la prevención secundaria del CaCu, enfocados a tranquilizar a las pacientes, informar fechas de entrega de resultados o comunicar cómo se observa el cuello de la matriz o si existen infecciones. La mayoría de las mujeres no mencionó que exista un diálogo activo entre el médico o la enfermera y la paciente. Las mujeres manifestaron que les hubiera gustado preguntar al personal de salud en qué consisten las pruebas, cómo es el material y qué es lo que toman de su cuerpo, así como toda una serie de preguntas que en la sección de hallazgos se reseñan. Los hallazgos del presente estudio indican que los tiempos de toma de muestra (y también tiempos de espera antes de entrar a la atención) son útiles para iniciar o continuar brindando información y asesoramiento a las mujeres. En el área marginada las mujeres que estaban en el momento de la toma de muestra o para recibir el resultado, no tuvieron conocimiento sobre que se les había practicado la prueba del VPH; ellas comprendían que la toma de muestra era para el Pap. Sin embargo las mujeres desean saber qué es lo que introducen a su cuerpo y qué es lo que se recolecta, qué finalidad tiene y qué significa un resultado positivo o negativo. Al explorar si habían notado alguna diferencia en la forma de realizar la toma de muestra (ya que la prueba del VPH es una muestra vaginal y Pap es cervical),



algunas mujeres identificaron materiales distintos, percibieron menos dolor y más rapidez en la toma. Las experiencias de las mujeres indígenas señalan que durante la toma de muestra el médico les comenta si observa alguna infección o que todo “está bien dentro de su cuerpo”. Es necesario abrir canales de comunicación, plantear estrategias para fomentar el uso de las pruebas de detección con perspectiva de género, es decir, abordando las normas sociales y reemplazarlas favoreciendo actitudes positivas hacia el tamizaje y los beneficios para la mujer, la pareja y la familia. Asegurando que las mujeres cuenten con información y consejería, especialmente las más vulnerables. Reducir los costos relacionados con el género como el estigma, el impacto psicosocial, dificultades entre la pareja como desconfianza y enojo. A mediano plazo los programas de educación para la salud, las intervenciones y políticas nacionales deberán plantear un abordaje holístico del VPH basado en evidencia y de acuerdo al contexto social y cultural.



FIGURA I

Modelo de Creencias en Salud combinado con la Teoría de la Acción Razonada, enfocado al uso de la prueba del VPH, Michoacán, México 2011

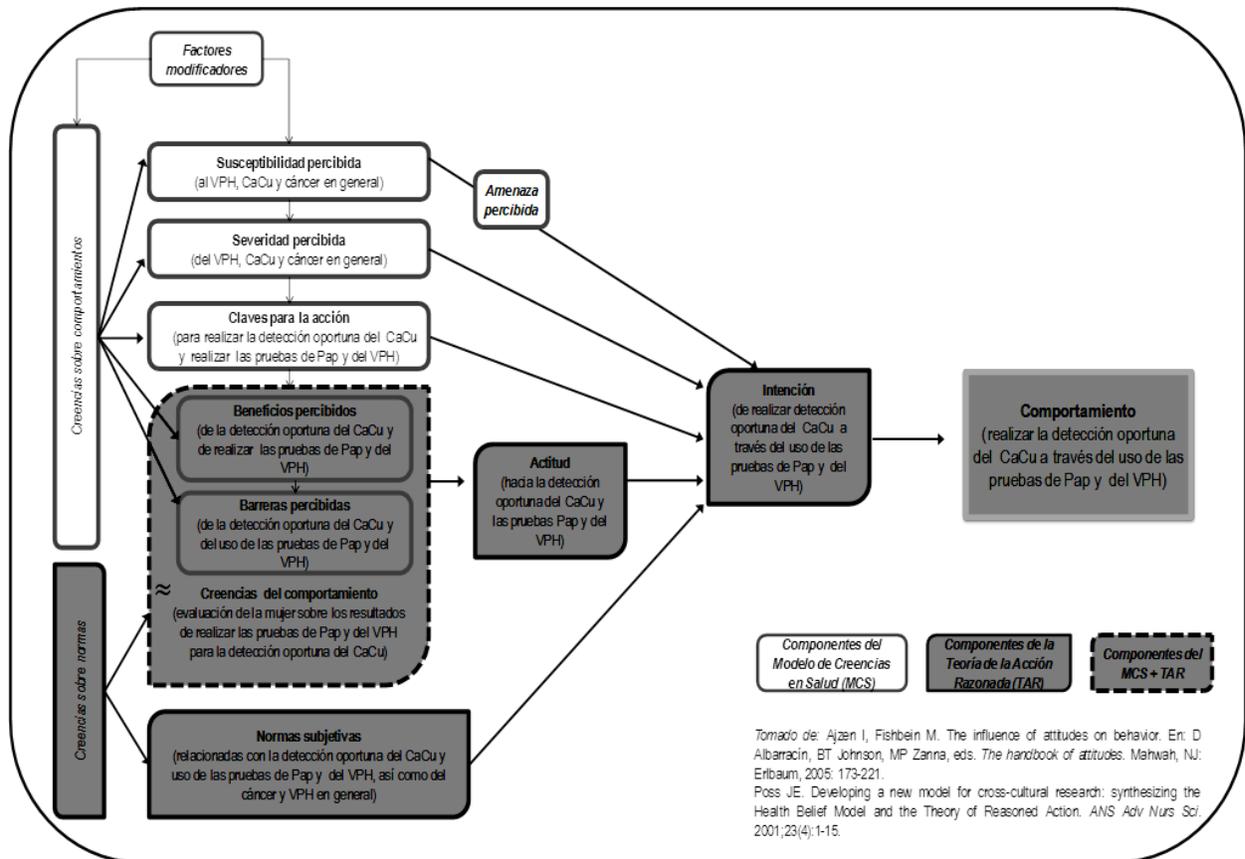


FIGURA II

Población de estudio, Michoacán, México 2011

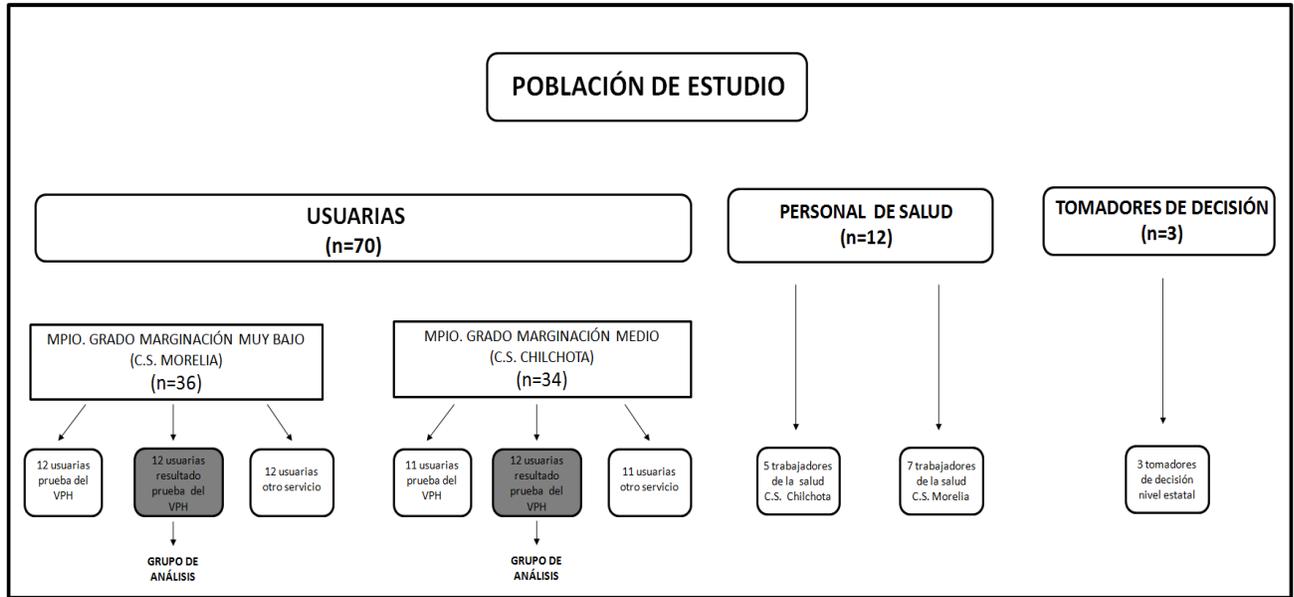


FIGURA III

Perfil de las mujeres entrevistadas. Michoacán, México 2011

Característica	No. de usuarias	(%)	No. de usuarias Mpio. GM muy bajo	(%)	No. de usuarias Mpio. GM medio	(%)
Mujeres entrevistadas por Municipio						
Grado Marginación (GM) muy bajo (Morelia)	70	100.0	36	51.4	34	48.6
Grado de Marginación (GM) medio (Chilchota)						
Tipo de informante						
Usuaris con toma de muestra para prueba del VPH	23	32.9	12	17.1	11	15.7
Usuaris con resultado de prueba del VPH	24	34.3	12	17.1	12	17.1
Usuaris que demandan otro servicio diferente a la prueba del VPH	23	32.9	12	17.1	11	15.7
<i>Datos sociodemográficos</i>						
Edad						
30 a 35	10	14.3	4	5.7	6	8.6
36 a 40	25	35.7	14	20.0	11	15.7
41 a 45	15	21.4	8	11.4	7	10.0
≥ 46	20	28.6	10	14.3	10	14.3
Años de escuela						
Ninguno	4	5.7	3	4.3	1	1.4
< 6	17	24.3	9	12.9	8	11.4
6	27	38.6	15	21.4	12	17.1
≥ 7	22	31.4	9	12.9	13	18.6
Estatus conyugal						
Soltera/madre soltera/separada/viuda	14	20.0	7	10.0	7	10.0
Casada/unión libre	56	80.0	29	41.4	27	38.6
Ocupación						
Actividades del hogar	44	62.9	26	37.1	18	25.7
Empleo en sector informal	15	21.4	7	10.0	8	11.4
Empleo en sector formal	3	4.3	0	0.0	3	4.3
Servicios de salud sector público	3	4.3	0	0.0	3	4.3
Servicios de educación sector público	2	2.9	0	0.0	2	2.9
Sin especificar	3	4.3	3	4.3	0	0.0
Programa social Oportunidades						
Si	52	74.3	31	44.3	21	30.0
No	18	25.7	5	7.1	13	18.6
Habla lengua indígena						
Si	15	21.4	0	0.0	15	21.4
No	55	78.6	36	51.4	19	27.1
<i>Información de salud</i>						
Embarazos						
Si	68	97.1	36	51.4	32	45.7
No	2	2.9	0	0.0	2	2.9
Número de hijos nacidos vivos^a						
1 a 3	25	35.7	14	20.0	11	15.7
4 a 6	35	50.0	18	25.7	17	24.3
≥ 7	8	11.4	4	5.7	4	5.7
Derechohabencia						
Ninguna	1	1.4	0	0.0	1	1.4
Oportunidades	31	44.3	23	32.9	8	11.4
Seguro popular	7	10.0	3	4.3	4	5.7
Oportunidades/Seguro Popular	19	27.1	7	10.0	12	17.1
Otros (IMSS/SSSTE)	8	11.4	2	2.9	6	8.6
Oportunidades/Otros	1	1.4	1	1.4	0	0.0
Oportunidades/Seguro Popular/Otros	1	1.4	0	0.0	1	1.4
Seguro Popular/Otros	2	2.9	0	0.0	2	2.9
<i>Antecedentes pruebas de detección</i>						
Número pruebas de Pap en la vida						
Ninguna	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Una	15	21.4	13	18.6	2	2.9
De 2 a 4	22	31.4	10	14.3	12	17.1
De 5 a 7	7	10.0	1	1.4	6	8.6
8 o más	8	11.4	1	1.4	7	10.0
No recuerda el número	18	25.7	11	15.7	7	10.0
Tiempo última prueba de Pap						
1 año o menos	39	55.7	14	20.0	25	35.7
2 años	14	20.0	8	11.4	6	8.6
3 años o más	17	24.3	14	20.0	3	4.3
Número pruebas del VPH						
Nunca	15	21.4	8	11.4	7	10.0
Una ^b	52	74.3	27	38.6	25	35.7
2 o más	3	4.3	1	1.4	2	2.9
Resultado prueba del VPH^c						
Positivos	6	8.6	0	0.0	6	8.6
Negativos	18	25.7	12	17.1	6	8.6

^a La diferencia con el total de observaciones (70) son las mujeres que no habían tenido embarazos.

^b Se rectificó en la Unidad de Salud la información de 12 mujeres que reportaron NUNCA haberse realizado la prueba del VPH, reclasificando cómo UNA prueba.

^c Se consideró únicamente el grupo de mujeres con resultado de la prueba del VPH (24) al momento del estudio.



Datos sociodemográficos del estado de Michoacán, México 2000, 2005, 2010

Ubicación geográfica ^a		Centro oeste de México			
Población	Total		4,351,037		
	Hombres		2,102,109		
	Mujeres		2,248,928		
	Estimación mujeres 35 años o más		808,702		
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por número de habitantes		9º			
Grado de marginación de la entidad		Alto			
Lugar que ocupa en el contexto nacional de acuerdo al grado de marginación (1 de 32)		8º			
Número total de municipios		113			
Municipios por grado de marginación					
	Muy alto		9		
	Alto		8		
	Medio		75		
	Bajo		17		
	Muy bajo		4		
Población indígena^b					
	Pueblos indígenas	Mazahua, otomí y purépecha			
	Lenguas indígenas predominantes	Purépecha o Taráasco y Náhuatl			
Población según condición de autoadscripción étnica y de habla indígena 2010 ^c		Población de 3 años y más	% se considera indígena	% no se considera indígena	No especificado
	Población ≥ 3 años	4,092,041	14.59	84.85	0.56
	Habla lengua indígena	133,677	96.10	3.11	0.79
Movimiento migratorio 2005-2010^d					
	Población migrante internacional				
	Total	85,175			
	Hombres	65,207	76.56%		
	Mujeres	19,968	23.44%		
	Principal destino para ambos sexos	Estados Unidos de América	98.15%		
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por población migrante 2005-2010		4º			
Indicadores sociodemográficos 2010^e					
			2000	2005	2010
% de población de 15 años y más analfabeta					
	Michoacán		13.9%		10.3%
	% de población indígena analfabeta de 15 a 64 años ^f		23.6%	20.3%	ND
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por % de analfabetismo		7º			
% de población de 15 años y más sin primaria completa					
	Michoacán		40.2%		29.2%
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por % de población sin primaria completa		4º			

^a Fuente. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censos de Población y Vivienda, 2010.

^b Fuente. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Indicadores sociodemográficos de la población indígena, 2000-2005. Septiembre 2006.

^c Fuente. Consejo Nacional de Población (CONAPO).

^d Se tomaron datos del último año disponible.



TABLA I
Compendio de principales hallazgos -búsqueda bibliográfica

No. REFERENCIA	TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTOR(ES)	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS(ES)	PRINCIPALES HALLAZGOS DEL ARTÍCULO CONSULTADO DE INTERÉS PARA ESTE ESTUDIO
12	Cervical cancer and the HPV link: Identifying areas for education in Mexico city's public hospitals	Aldrich T, et al	2006	México	a. El 93% de los participantes identificó el VPH como causa principal del CaCu, su conocimiento sobre la historia natural fue menor. b. Las barreras para brindar la información en el sector público fueron la falta de tiempo e interés.
13	Perception and opinion of medical students about Pap smear test: a qualitative study	Al-Naggar RA, et al	2010	Malasia	a. Principales barreras de detección falta de la conciencia, timidez, costo de la prueba y creencias culturales.
14	HPV Communication: Review of existing research and recommendations for patient education	Anhang R, et al	2004	USA	a. Mujeres con poca o nula información sobre VPH b. Más de la mitad de las mujeres universitarias encuestadas no tenían conocimiento sobre la transmisión del VPH c. La mujer puede experimentar depresión, angustia, ira, vergüenza, culpabilidad, pérdida de la autoestima, temor, angustia.
15	Women's desired information about Human Papillomavirus	Anhang R, et al	2004	USA	a. El 27% del total de participantes había escuchado sobre el VPH antes de participar en el estudio.
16	El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica*	Ariño-Santillán E, et al	2004	México	a. Menos del 55% de los profesionales de la salud consideró el CaCu como un problema de salud pública en México. b. Menor conocimiento sobre etiología y tratamiento. c. El 40% de los especialistas en medicina familiar desconocen la asociación entre el VPH y el CaCu y hasta el 94% de las trabajadoras sociales.
17	Discussions about self-obtained samples for HPV testing as an alternative for cervical cancer prevention	Barata P, et al	2008	Canadá	a. Las mujeres consideran que la autotoma favorece el aprendizaje de las mujeres sobre el cuidado de la salud y conocen más su cuerpo, percibiendo un mayor control sobre él.
18	How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden	Blomberg K, et al	2011	Suecia	a. Necesidad de comprender la relación entre el VPH y el CaCu. b. Las sugerencias sobre el programa de tamizaje ya están incorporadas pero no están llegando a todas las mujeres. c. Deseo de citas personalizadas para realizar la toma y recibir consejería.
19	Between youth and adulthood: focus group discussions with 30-year-old women about cervical cancer and its prevention in urban Sweden	Blomberg K, et al	2010	Suecia	a. Las mujeres no se perciben susceptibles a desarrollar CaCu, mostrando desinterés sobre la enfermedad y su prevención. b. La edad está relacionada con la manera en que la mujer concibe la enfermedad y su prevención.
20	Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ	Castro-Vásquez MC, et al	2010	México	a. Mujeres experimentan sentimientos de temor y angustia cuando la información es omida. b. Se observa angustia generada por el desconocimiento sobre el diagnóstico de displasia, VPH o CaCu. c. La falta de información lleva a la consultar en internet, si no resuelven sus dudas aumenta la angustia y desconfianza de las mujeres.
21	HPV knowledge among HPV+ women	Daley EM, et al	2008	USA	a. Confusión sobre resultados positivos al diagnóstico de VPH b. Deseo generalizado de tener información sobre el VPH para ellas y sus parejas c. Las mujeres buscan información en internet para aclarar dudas d. El 20% de las mujeres mostraron molestia por no contar con la información.
22	Providing high quality information about human papillomavirus for women after treatment for high-grade cervical dysplasia	Dyson S, et al	2010	Australia	a. Todas las mujeres recibieron información sobre el VPH y CaCu y muchas experimentaron altos niveles de ansiedad y estrés sobre el CaCu y la transmisión sexual del VPH. b. Necesidades de información sin resolver.
23	Perception of a group of women about having HPV	Ferreira M de L, et al	2005	Brasil	a. Elementos significativos para las mujeres: infidelidad y preocupación acerca de la cura de virus. b. Confusión sobre estar infectadas de algo incurable e ideas sobre reinfección. d. La consejería fue eficaz para aclarar dudas sobre el VPH y el CaCu.
24	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, et al	2007	USA	a. Las ITS no parecen ser una grave amenaza b. Al escuchar ITS se piensa en promiscuidad, infidelidad, vergüenza, culpa y divorcio. d. La infección por VPH no fue mencionado como ITS y la mayoría nunca ha escuchado sobre él la relación con el CaCu.
25	Linking cervical cancer to the human papillomavirus: findings from a qualitative study with mexican women	García SG, et al	2007	México USA	No tener información sobre el VPH y el CaCu, es una barrera potencial para la prevención y tratamiento del cáncer.
26	How to manage and communicate with patients about HPV?	Garland SM, et al	2006	Irlanda	Algunas preguntas frecuentes ¿Qué es el VPH y cómo puedo contraerlo? ¿Cómo se detecta el VPH? ¿Debería haber una prueba del VPH? ¿Tipos de VPH que pueden causar cáncer?
27	Answering frequently asked questions about HPV	Gilbert LK, et al	2003	USA	a. Principales barreras para la consejería: lenguaje, comprensión del problema, diferencias étnicas, formación insuficiente, falta de tiempo b. Alrededor de la mitad de los médicos no logran orientar a las pacientes y no dan consejería sobre sexualidad.
28	Improving the quality of communication in organized cervical cancer screening programmes	Giordano L, et al	2008	Países europeos	a. El personal de salud debe proporcionar información que permita a las mujeres "con conocimiento de causa" decidir si desean o no someterse a los exámenes de cuello uterino, las mujeres no están tomando una decisión informada y puede tener conceptos erróneos sobre el cáncer dando lugar a altos niveles de ansiedad.
29	Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV	Goldsmith MR, et al	2007	Reino Unido	a. La mayoría no tenían conocimiento sobre el VPH. b. Después de leer un folleto sobre el VPH, muchas mujeres dijeron que la información les causo preocupación, miedo y confusión. c. Las mujeres leyeron múltiples veces el mismo folleto por falta de claridad y el vocabulario complicado.
30	Do cervical cancer screening patient information leaflets meet the HPV information needs of women?	Hall B, et al	2008	Australia	a. Se recolectaron folletos y se analizaron contenidos, la terminología usada era médica y no accesible para las mujeres. b. El enfoque de los folletos fue de tratamiento médico del VPH, mientras las mujeres quieren saber acerca de los tratamientos porque el VPH rara vez es sintomático y muy probablemente de regresión espontánea.
31	Barriers to acceptance of self-sampling for human papillomavirus across ethnolinguistic groups of women	Howard M, et al	2009	Canadá	Las percepciones de mujeres de origen árabe, canadiense, Dari (Afganistán), somalíes y latinas fueron similares, refiriendo cuestiones de confianza en la autotoma y la necesidad de la participación del médico para su recolección.
32	Measurement of young women's attitudes about communication with providers regarding Papanicolaou smears	Kahn JA, et al	2001	USA	a. Las mujeres adolescentes y adultas jóvenes señalaron que pueden discutir con el personal de salud el uso del Pap b. Hablar sobre el tamizaje favorece la intención de regresar a realizar las pruebas c. La comunicación con las pacientes es útil para determinar los contenidos de los mensajes y de acuerdo con sus necesidades de información.
33	Psychological, behavioral, and interpersonal impact of human papillomavirus and Pap test results	Kahn JA, et al	2005	USA	a. Algunos participantes percibieron la prueba de VPH como positiva, señalan 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.
34	Personal meaning of human papillomavirus and Pap test results in adolescent and young adult women	Kahn JA, et al	2007	USA	a. Un resultado del Pap anormal fue entendido como indicativo de cáncer. Una prueba de VPH positiva como cáncer y poco como una ITS. b. Las participantes consideraron grave el contagio de verrugas genitales y lo asociaron con el VPH, experimentando estigma y vergüenza d. Las mujeres con ITS son estigmatizadas por sus parejas como promiscuas y sin higiene personal.
35	An experimental investigation of the emotional and motivational impact of HPV information in adolescents	Lloyd GP, et al	2009	Reino Unido	Se recomienda brindar información antes de participar en pruebas de detección.
36	HPV awareness among latina immigrants and anglo american women in the southern U.S.: cultural models of cervical cancer risk factors and beliefs	Luque JS, et al	2010	USA	a. Las mujeres mexicanas y hondureñas habían escuchado hablar menos del VPH b. Las actitudes negativas hacia el VPH se registraron en términos de necesidades de información.

No. REFERENCIA	TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTOR(ES)	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS(ES)	PRINCIPALES HALLAZGOS DEL ARTÍCULO CONSULTADO DE INTERÉS PARA ESTE ESTUDIO
37	Public awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer	Marlow LAV, et al.	2007	Reino Unido	a. Conciencia sobre el VPH y menor conocimiento sobre factores de riesgo b. Menos de la mitad asoció el VPH con la actividad sexual c. El conocimiento era menor en los participantes con menos educación formal e. Sólo el 2.5% de los encuestados pudo identificar el VPH como causa de CaCu.
38	The impact of human papillomavirus information on perceived risk of cervical cancer	Marlow LAV, et al.	2009	Reino Unido	a. Información sobre 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 después de leer información sobre la transmisión sexual del VPH y la importancia de la detección.
39	Human papillomavirus (HPV) information needs: a theoretical framework	Marlow LAV, et al.	2009	Reino Unido	a. Los conocimientos de las mujeres sobre las causas del CaCu fueron heterogéneos, se identificó el ser sexualmente activo, el VPH lo mencionaron dos participantes. b. Interés sobre el VPH, se generaron 300 preguntas sobre el VPH, algunas las similares fueron clasificadas.
40	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 KJ, et al.	2008	Australia	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 c. Más de dos tercios de las mujeres del estudio hizo una elección informada y el 65% de ellas eligió la prueba del VPH. d. Esperaba mayor participación por ser una nueva prueba y gratuita.
41	Attitudes towards HPV testing: a qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK	McCaffery K, et al.	2003	Reino Unido	a. Experimentar preocupación, tristeza, sorpresa, miedo al saber que el CaCu está vinculado a la transmisión sexual del VPH, percibiendo el CaCu como una enfermedad aterradora y grave. b. Si tuvieran un resultado positivo sentirían ira, angustia y ansiedad. c. Expresaron que por un lado existe un impacto psicológico negativo en términos de emociones y en su relación, por el otro, tendrían beneficios físicos de la detección precoz d. Todas las mujeres dijeron que es necesario tener más información sobre el VPH, para poder tomar decisiones y cambiar su estilo de vida. e. La prueba implica educar a la comunidad, más allá del dar información sólo a las mujeres. f. La aceptación de la prueba está determinada por la claridad y coherencia de la información.
42	Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening	McCaffery K, et al.	2005	Australia	a. Ninguna de las mujeres entrevistadas tenía conciencia sobre el VPH antes de recibir sus resultados b. 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. Las mujeres esperan que el médico les brinde tiempo y consejería e. Las mujeres experimentan ansiedad, confusión, incertidumbre, angustia y preocupación.
43	Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study	McCaffery K, et al.	2006	Reino Unido	a. Las mujeres positivas a la prueba de VPH mostraron angustia, ansiedad y malestar b. Las mujeres se sorprendieron de su escaso conocimiento sobre el tema c. Las mujeres 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. e. Escaso conocimiento sobre el VPH y el CaCu f. Se sugiere información coherente y clara.
44	Influence of beliefs about cervical cancer etiology on Pap smear use among latina immigrants	McMullin JM, et al.	2005	USA	a. El conocimiento sobre la etiología del CaCu no cambió la elección de las mujeres sobre la práctica de la prueba de Pap. b. Ninguna de las mujeres había escuchado hablar sobre el VPH.
45	Women's experiences with cell changes	Mortensen GL, et al.	2009	Dinamarca	La condición de la mujer no es correspondiente con la angustia que sufren debido a la falta de información sobre el VPH, el CaCu y la displasia cervical.
46	Qualitative study of women's anxiety and information needs after a diagnosis of cervical dysplasia	Mortensen GL, et al.	2010	Dinamarca	a. El nivel de ansiedad, tristeza o irritabilidad que las mujeres experimentaban no tiene correspondencia con la severidad de la displasia cervical sino con el conocimiento que ellas tenían sobre el tema. b. Menos conocimiento hay mayor preocupación y temor.
47	The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study	Mortensen GL, et al.	2010	Dinamarca	a. Sentimientos de vergüenza, sentirse impura y repugnante fueron frecuentes en los participantes. b. Las verrugas genitales fueron en menor frecuencia identificadas con el riesgo de desarrollar CaCu pero sí como problemas en la vida sexual. c. Las verrugas genitales afectaron la vida sexual y relación de pareja, se manifiesta dolor, pérdida del deseo sexual, enojo, culpa y baja autoestima.
48	Sexually transmitted infections: impact on individuals and their relationships	Newton DC, et al.	2008	Australia	a. Los individuos diagnosticados con alguna ITS ven afectada su vida personal y de pareja. b. Sufren estigma por su condición e impacto negativo en su estado de ánimo y su sexualidad.
49	Knowledge and beliefs about abnormal pap test results and HPV among women with high-risk HPV: results from in-depth interviews	Sharpe PA, et al.	2005	USA	a. Las mujeres tenían bajos niveles de conocimiento sobre el VPH, ideas falsas o información confusa e incompleta sobre el VPH. b. La mitad de las mujeres reportó no estar al tanto de su resultado positivo a la prueba del VPH, incluso después de que un profesional de la salud les había comentado su resultado, las mujeres se centraron más en la información sobre el resultado anormal del Pap y el riesgo de cáncer.
50	HPV and cervical cancer prevention counseling with younger adolescents: implications for primary care	Sussman AL, et al.	2007	USA	Se reconocen necesidades y esfuerzos integrados: la necesidad de establecer una relación con los pacientes adolescentes y la complejidad de la orientación sobre el VPH.
51	Exploring the acceptability of two self-sampling devices for human papillomavirus testing in the cervical screening context: a qualitative study of Muslim women in London	Szarewski A, et al.	2009	Reino Unido	a. Las mujeres tuvieron dificultades para entender la relación entre el VPH y el CaCu y las llevó a imaginar el posible impacto de un resultado positivo de VPH. b. Las mujeres resaltaron las consecuencias devastadoras en su contexto de ser positivas a una ITS.
52	Alaska native parental attitudes on cervical cancer, HPV and the HPV vaccine	Tofflon Weiss M, et al.	2008	USA	a. Los padres no sabían que existía una relación entre el VPH y el CaCu, sabían más sobre la asociación entre el VPH y las verrugas genitales. b. La percepción del CaCu fue muerte, miedo, prueba de Pap, histerectomía. c. Prefieren escuchar la información de médicos, enfermeras y personal de salud.
53	HPV information needs	Tristram A	2006	Reino Unido	a. Brindar información es esencial para obtener el consentimiento informado y asegurar la participación en el tamizaje b. Un resultado positivo a la prueba del VPH causa ansiedad y angustia a las mujeres c. Los niveles actuales de conocimiento sobre el VPH en general son bajos d. Educar al público es fundamental en la prevención secundaria del CaCu e. Informar que la infección por VPH de alto riesgo es frecuente y que la infección se adquiere espontáneamente tranquilizadora a las mujeres f. La información sobre la infección por VPH minimiza el estigma.
54	Everything you always wanted to know about HPV (but could not ask your doctor)	Verhoeven V, et al.	2010	Bélgica	Las preguntas más frecuentes fueron las relacionadas con la transmisión del VPH y la vacuna profiláctica, la historia natural, la reflexión entre la pareja, dudas de la transmisión por infidelidad y síntomas de la infección por VPH.
55	Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus	Verhoeven V, et al.	2003	Bélgica	a. Barreras identificadas para hablar de ITS fueron el idioma, diferencias étnicas, diferencia de edad y la diferencia de sexo del médico paciente b. Los médicos expresaron no tener entrenamiento para brindar consejería sobre ITS, falta de tiempo y la dificultad para tratar el tema con pacientes que no tienen estos problemas.
56	The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety	Waller J, et al.	2007	Reino Unido	a. La conciencia de que el VPH es de transmisión sexual se asoció con mayores niveles de estigma y vergüenza b. 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.
57	Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: the impact of information about HPV	Waller J, et al.	2009	Reino Unido	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.
58	Awareness of human papillomavirus among women attending a well woman clinic	Waller J, et al.	2003	Reino Unido	Pocas mujeres había oído hablar sobre el 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.
59	Women's experiences of repeated HPV testing in the context of cervical cancer screening: A qualitative study	Waller J, et al.	2007	Reino Unido	a. 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.
60	Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study	Waller J, et al.	2005	Reino Unido	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. La difusión de información sobre el VPH, debe acompañar la introducción de la prueba para atenuar reacciones de angustia e incertidumbre.
61	HPV information needs, educational messages and channel of delivery preferences: views from developing country with multiethnic populations	Wong LP	2009	Malasia	Los participantes desean recibir mensajes sobre ITS, la vacuna contra el VPH e información sobre la transmisión de la infección.

TABLA II

Estructura de las guías de entrevista

INSTRUMENTO: GUÍA PARA USUARIAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD	TEMA SECCIÓN I	TEMA SECCIÓN II	TEMA SECCIÓN III	TEMA SECCIÓN IV	TEMA SECCIÓN V	TEMA SECCIÓN VI	TEMA SECCIÓN VII
Total de secciones: 4 Total de preguntas: 46	<i>Antecedentes de la cita para toma de muestra prueba del VPH</i> Antecedentes de la cita y la prueba del VPH	<i>Experiencias durante la cita para toma de muestra prueba del VPH</i> Experiencias y percepciones de realizar la prueba del VPH, sentimientos durante la toma de muestra e información recibida.	<i>Comparación de las pruebas VPH/Pap</i> Percepción, similitudes y diferencias Pap/VPH, preferencia y experiencias con las pruebas, y percepciones sobre las mujeres que las necesitan.	<i>Experiencias previas y barreras a la detección oportuna del CaCu</i> Antecedentes de la detección y barreras para realizar las pruebas, cómo motivar a otras mujeres, percepción sobre la influencia de la pareja y otras figuras clave, preferencias para recibir información y temas de capacitación del personal de salud.			
<i>Usuaris del DOC con resultado de la prueba del VPH</i> Total de secciones: 4 Total de preguntas: 48	<i>Antecedentes de la cita para la toma de muestra</i> Antecedentes de la cita y la prueba del VPH, tiempo de entrega de resultados y experiencias durante la espera.	<i>Experiencias durante la cita para entrega de resultado</i> Antecedentes y experiencias durante la cita, explicación recibida sobre resultados, dudas, trato recibido, qué le gusto y disgusto de su cita.	<i>Comparación de las pruebas VPH/Pap</i> Contenido igual al grupo anterior, sección III.	<i>Experiencias previas y barreras a la detección oportuna del CaCu</i> Contenido igual al grupo anterior, sección IV.			
<i>Usuaris de la unidad de salud que solicitaron un servicio diferente al DOC</i> Total de secciones: 5 Total de preguntas: 35	<i>Razones de asistencia en el centro de salud</i> Antecedentes sobre la visita al centro de salud, experiencias y percepciones sobre la atención.	<i>Antecedentes prueba de Pap</i> Antecedentes de la prueba, cómo se entero que existía el Pap, por qué decidió hacerla y cómo consiguió su cita.	<i>Experiencias durante la cita para hacer el Pap</i> Frecuencia y antecedentes del Pap, consejería recibida, dudas, trato recibido, intención de continuar haciendo Pap.	<i>Antecedentes sobre la prueba del VPH</i> Percepciones del VPH y la prueba, preferencias Pap/VPH y para recibir información.	<i>Experiencias previas y barreras a la detección oportuna del CaCu</i> Invitación para realizar la prueba del VPH, importancia Pap/VPH, motivos de sus pares para no acudir al tamizaje, recomendación para invitarlas y capacitación personal de salud.		
<i>Profesionales de la salud y tomadores de decisión vinculados con el DOC</i> Total de secciones: 7 Total de preguntas: 55	<i>Experiencias en el programa de DOC</i> Experiencia personal en el DOC, problemas y retos.	<i>Experiencias de tamizaje prueba de Pap y del VPH</i> Percepción sobre importancia de las pruebas de detección, información que se brinda, influencia de pareja y otras personas en la detección, manera de invitar al tamizaje, ventajas desventajas Pap/VPH, problemas operativos, lineamientos actuales y experiencia con mujeres indígenas.	<i>Percepción sobre el CaCu</i> Percepción del impacto de la detección del CaCu en la mortalidad, cómo aborda el tema del CaCu, el VPH y la detección con las mujeres.	<i>Capacitación recibida sobre el VPH</i> Adiestramiento recibido sobre la prueba del VPH, frecuencia y contenidos.	<i>Las necesidades de información sobre el VPH y preferencias</i> Consejería durante la invitación y entrega de resultados prueba del VPH, información y problemas que identifica alrededor del VPH, preguntas más frecuentes, percepción sobre información y toma de decisiones, quien debe informar y con qué herramientas.	<i>Percepción sobre el papel de los profesionales de la salud y el CaCu</i> Percepción y experiencias de la relación profesional medico-paciente, percepción sobre barreras, facilitadores y quien debería brindar consejería, consejería actual.	<i>Percepción y actitudes</i> Significado de un resultado normal/anormal en Pap y positivo/negativo en la prueba del VPH y cómo explica a las mujeres, ideas de las mujeres cuando escuchan CaCu y VPH, impacto de las mujeres al saber sobre el VPH, experiencias con mujeres positivas a la prueba del VPH.

TABLA III
Lista de códigos

CÓDIGOS USUARIAS		CÓDIGOS PERSONAL DE SALUD						
I. Concepciones y percepciones sobre el VPH, CaCu, Pap	II. Concepciones y percepciones sobre la prueba del VPH	III. Percepciones de la consejería que acompaña la prueba del VPH y las necesidades de información	IV. Códigos <i>in vitro</i>	I. Percepciones sobre lineamientos de implementación de la prueba del VPH dentro de la DOC	II. Descripción de la implementación (en la práctica) de la prueba del VPH dentro de la DOC	III. Descripción de la consejería que se realiza (en la práctica) al proporcionar la prueba del VPH dentro de la DOC	IV. Barreras o problemas para la implementación de la prueba del VPH dentro de la DOC	V. Barreras para llevar a cabo la consejería que acompaña la prueba del VPH
1.1 Concepciones y percepciones sobre el VPH	2.1 Susceptibilidad percibida del VPH/CaCu	3.1 Consejería recibida en la unidad sobre el VPH/prueba del VPH/CaCu	4.1 Percepción y descripción de diferencias entre la prueba de Pap y del VPH	Percepción sobre introducción de la prueba de VPH, utilidad, indicaciones recibidas	Implementación y uso de la prueba del VPH en el programa de DOC en Michoacán	Contenidos y maneras de impartir	Problemas para el uso de la prueba del VPH	Las limitaciones o problemas que identifica para brindar consejería
1.2 Concepciones y percepciones sobre cáncer, CaCu, Pap	2.2 Severidad percibida de enfermar de VPH/CaCu	3.2 Información sobre el VPH/prueba del VPH/CaCu que hubiera deseado saber o preguntar	4.2 Percepciones y experiencias de auto toma de la prueba del VPH					
	2.3 Beneficios percibidos sobre la prueba del VPH/prueba de Pap	3.3 Medios de comunicación deseados para recibir información sobre VPH/CaCu	4.3 Comparación auto toma del VPH con prueba de Pap					
	2.4 Barreras percibidas para realizar la prueba del VPH o Pap	3.4 Trato recibido y deseado durante la consejería	4.4 Percepción sobre necesidades de capacitación de los profesionales de la salud					
	2.5 Claves para la acción de realizar la prueba del VPH/Pap o disparadores	3.5 Impacto psicosocial de la prueba del VPH	4.5 Temas relacionados con su salud reproductiva					
	2.6 Norma subjetiva hacia la prueba del VPH/Pap		4.6 Lineamientos del programa					
			4.7 Requisitos para realizar la prueba del VPH					



Referencias

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Globocan 2008 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Lyon France: IARC, 2010. [consultado 2011 diciembre]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=484>
2. Palacio Mejía LS, Rangel Gómez G, Hernández 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(3): 315-325.
3. Palacio Mejía LS, Lazcano Ponce E, Allen Leigh B, Hernández Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Publica Mex* 2009; 51(2): 208-219.
4. Arrossi S, Sankaranayaranan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica Mex* 2003;45(3):306-314.
5. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejia L, Allen-Leigh B, Yunes-Diaz E, Alonso P, Schiavon R, et al. 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)2808-2817.
6. 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* 1999; 30(3):240–250.
7. Denny L. The prevention of cervical cancer in developing countries. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 112: 1204–1212.
8. Cuzick J, Mayrand MH, Ronco G, Snijders P, Wardle J. Chapter 10: New dimensions in cervical cancer screening. *Vaccine* 2006; 24:90–97.
9. Lazcano-Ponce E. Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. *Salud Publica de México* 2007; 49:32-34.
10. Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B. Innovation in Cervical Cancer Prevention and Control in Mexico. Review Article *Archives of Medical Research* 2009.
11. Salmeron J, Lazcano-Ponce E, Lorincz A, Hernández M, Hernández P, Leyva A, et al. Comparison of HPV based assays with Papanicolaou smears for cervical cancer screening in Morelos State, Mexico. *Cancer Causes Control* 2003;14(6):505-512.
- 12-61 Tabla I
62. Nupponen R. What is counseling all about—Basics in the counseling of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling* 1998; 33:61–67.
63. 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.
64. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Community-based psychological support: A training manual. Ginebra 2003 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. [consultado 2012 septiembre] Disponible en: <http://mhps.net/wp-content/uploads/group-documents/70/1332844267-CommunitybasedPSSTraining.pdf?9d7bd4>
65. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica No. 614. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006.



-
66. Byrne MM. Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. *Aorn Journal* 2001;73(4):830- 832.
67. Pringle J, Hendry C, McLafferty E. Phenomenological approaches: challenges and choices. *Nurse Res.* 2011;18(2):7-18.
68. Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the Theory of Reasoned Action. *Adv Nurs Sci* 2001;23(4):1-15.
69. Soto-Mas F, Lacoste-Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez-León A. El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71(4):335-341.
70. Lechuga J, Swain GR, Weinhardt LS. The cross-cultural variation of predictors of human papillomavirus vaccination intentions. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(2):225-230.
71. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *A.J.P.H.* 1960;50(3):295-302.
72. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:324-473.
73. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Med Care* 1977;15(5):27-46.
74. Rosenstock IM. The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990: 39-62.
75. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing, 1975.
76. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall, 1980.
77. Savage SA, Clarke VA. Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions. *Health Educ Res.* 1996;11(4):409-421.
78. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies 2005.
79. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Papeles de Población* 1999;021:147-178.
80. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32(4):652-657.
81. Pasick RJ, Burke NJ. A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures. *Annu Rev Public Health* 2008;29:351-368.
82. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2a edición. Newbury Park, Calif: Sage Publications, 1990;143-198.
83. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/México. PNUD. Oficina del Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Informe sobre desarrollo humano Michoacán 2007. México 2008. Disponible en:
<http://www.undp.org.mx/spip.php?article888>
84. CDI. Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2012. Nombres de lenguas, pueblos y distribución, última actualización Marzo 2010. [consultado 2012 enero]. Disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68



http://www.cdi.gob.mx/images/mapa_nacional_lenguas_indigenas_cdi.jpg

85. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Sage: Universidad de Antioquia; 2002.
86. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Qualitative Data Analysis: A compendium of techniques and a framework for selection for school psychology research and beyond. *School Psychology Quarterly* 2008;23(4):587–604.
87. Sandelowski M. Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description?. *Research in Nursing & Health* 2000; 23:334-340.
88. Brewer NT, Fazekas KI. Predictors of HPV vaccine acceptability: A theory-informed, systematic review. *Preventive Medicine* 2007; 45:107–114.
89. Roberto AJ, Krieger JL, Katz ML, Goei R, Jain P. Predicting pediatricians' communication with parents about the human papillomavirus (HPV) vaccine: an application of the Theory of Reasoned Action. *Health Communication* 2011; 26: 303–312.
90. de Sousa LB, Pinheiro AK, Barroso MG. [Being a woman with HPV: a cultural approach]. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):737-743.
91. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: a qualitative-model study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(6):1517-1522.
92. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320:114-116.
93. Mathison S. Why Triangulate?. *Educational Researcher*, March 1988. Washington, DC.
94. Bryman A. Triangulation. United Kingdom.
95. Ramirez JE, Ramos DM, Clayton L, Kanowitz S, Moscicki AB. Genital human papillomavirus infections: knowledge, perception of risk, and actual risk in a nonclinic population of young women. *J Womens Health* 1997;6(1):113-121.
96. McNair R, Power J, Carr S. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. *Aust N Z J Public Health* 2009;33(1):87-93.
97. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority... Why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect.* 2008;11(1):26-34.
98. Irwin K, Montañó D, Kasprzyk D, Carlin L, Freeman C, Barnes R, Jain N, Christian J, Wolters C. Cervical cancer screening, abnormal cytology management, and counseling practices in the United States. *Obstet Gynecol* 2006;108(2):397-409.
99. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. México 2011. [consultado 2012 enero]. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2005/Default.aspx>
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>



Artículo 2

Percepciones sobre susceptibilidad y severidad del virus del papiloma humano y el cáncer cervical vinculado con el uso de la prueba del VPH entre mujeres michoacanas



Percepciones sobre susceptibilidad y severidad del virus del papiloma humano y el cáncer cervical vinculado con el uso de la prueba del VPH entre mujeres michoacanas.

Resumen

Introducción: La disponibilidad de la prueba de ADN del virus del papiloma humano (prueba del VPH) es una estrategia innovadora para la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino (CaCu) en combinación con la prueba de Papanicolaou. Las directrices del programa nacional para la prevención y control del CaCu en México han incluido recientemente esta tecnología considerando los beneficios poblacionales de su utilización. Este estudio buscó explorar las percepciones, actitudes y experiencias que influyen en el comportamiento de las mujeres mexicanas hacia la prueba del VPH.

Métodos: Entre los meses de junio y julio del 2011 se realizaron 24 entrevistas individuales semiestructuradas de salida de los servicios de salud, a usuarias captadas después de la recepción de resultados. Las entrevistadas se reclutaron en dos unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud del estado de Michoacán. El enfoque metodológico del estudio fue fenomenológico y la interpretación de los datos se hizo bajo la visión del Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de la Acción Razonada y la perspectiva de género.

Resultados: Las mujeres se concibieron vulnerables al CaCu y al VPH principalmente por la presencia de signos y síntomas. El cáncer en general, incluido el CaCu, fue percibido como grave, mortal y doloroso; y el VPH, como un agente capaz de causar una enfermedad severa. La gravedad de contraer VPH se articuló a los efectos que puede generar en la familia a partir de las creencias sobre el virus y su transmisión, ideas fuertemente estigmatizadas y vinculadas con la infidelidad y promiscuidad.

Conclusiones: La severidad percibida del CaCu está relacionada con el dolor y la muerte, mientras que la severidad de la infección por VPH se vincula principalmente con las posibles conductas de una mujer. Desconocían la existencia de una prueba que pudiera identificar el virus y coadyuvara en la prevención secundaria de este cáncer. Existe un temor desproporcionado hacia el CaCu y se ha asignado una carga negativa al VPH debido a la falta de información. Este conjunto de ideas puede afectar la actitud y comportamiento sobre la prueba del VPH.



Introducción

El Cáncer cervical en México en el marco mundial y regional

México enfrenta grandes retos en la atención del cáncer cérvico uterino (CaCu). Es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas con respecto a otras neoplasias.¹ Se estima un promedio de 4000 muertes anuales por CaCu desde la década de los noventa.^{2,3}

El CaCu no ha tenido el mismo impacto en todo el país; durante la década de 1990 al 2000 se estimó que el riesgo de muerte por CaCu en zonas rurales era 3.07 veces mayor que en zonas urbanas.⁴ Posteriormente, durante el periodo del 2000 al 2006, se comprobó la elevada tasa de mortalidad en áreas marginadas.⁵

Las disparidades que observamos en México son equivalentes a las de países desarrollados y países en desarrollo, mostrando tasas de mortalidad de 3.2 y 9.7 por cada cien mil mujeres.¹

En América Latina, Argentina, Uruguay y Puerto Rico tienen tasas de incidencia similares a las de países europeos, contrario a países como Haití, Nicaragua y Bolivia que tienen las tasas más altas de la zona semejante a lo que ocurre en otras regiones pobres del mundo como Asia y África.⁶

La evidencia mundial sobre las disparidades de la mortalidad ha llevado a concluir que el CaCu es una enfermedad vinculada con la pobreza y es persistente en áreas marginadas, lo que implica problemas de acceso a los recursos de atención para la salud y la temprana detección de éste.^{4,7}

Reorganización de los programas de detección oportuna del cáncer cervical

La evidencia ha demostrado que los programas de detección oportuna del cáncer cervical (PDOC) bien organizados pueden reducir la incidencia y la mortalidad por CaCu.⁸ Los PDOC tradicionales basados en la citología cervical o Papanicolaou (Pap) han sido efectivos en países desarrollados donde las condiciones socioeconómicas permiten cumplir con los requisitos de infraestructura, recursos humanos altamente calificados, seguimiento y vigilancia puntual de las mujeres, entre otras precisiones. Los países en desarrollo han enfrentado dificultades para establecer y organizar los programas de tamizaje debido a lo limitado de sus recursos.^{2,7,8}

México es un país en desarrollo con obstáculos para organizar el PDOC basado en la citología cervical, principalmente por sus limitaciones en infraestructura, recursos humanos capacitados,



débil control de calidad y seguimiento de las mujeres.^{2,4} El descenso de la carga de enfermedad es menor a lo esperado desde que inició el programa nacional en 1974, comparado con países desarrollados donde las tasas de mortalidad han disminuido hasta 50%.^{2,9,10} En el año 2008 se estima que fallecieron aproximadamente 14 mujeres al día por CaCu en México,¹ atribuible a la falta de recursos y restricciones organizacionales.

Las recomendaciones documentadas para México y otros países en desarrollo se centran en la reorganización de los programas de tamizaje,² con enfoque en nuevas alternativas para la prevención del CaCu.^{7,11,12}

Innovaciones científicas y tecnológicas para la prevención del CaCu

Según algunos estudios, se han identificado más de 100 tipos del virus del papiloma humano (VPH), 40 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Según la clasificación epidemiológica, existen 15 tipos del VPH de alto riesgo llamados tipos oncogénicos por su asociación causal con el cáncer cervical (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) y 12 tipos del VPH de bajo riesgo que causan lesiones benignas o verrugas genitales (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108).¹³⁻¹⁵

Los tipos del VPH (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58) acumulan 95% de los carcinomas del cuello uterino en el mundo. De este grupo, se estima que los tipos 16 y 18 del VPH causan del 60 al 70% de las lesiones precursoras y los cánceres invasores a nivel global.^{15,16}

La infección por VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en el mundo. Se estima que por lo menos 50% de las personas sexualmente activas han sido infectadas por VPH genital. Por otro lado, la infección persistente por VPH es causa principal y necesaria para el desarrollo del CaCu. Lo robusto de la evidencia ha llevado a afirmar que virtualmente todos los casos de cáncer cervical son atribuidos a la infección por VPH.^{15,17-19}

Los avances científicos y tecnológicos sobre el VPH han generado el desarrollo de nuevas alternativas para la prevención del CaCu. Se espera que la disponibilidad de vacunas profilácticas pueda ayudar a la prevención primaria del cáncer y la prueba de ADN del VPH de alto riesgo (prueba del VPH) coadyuve en la prevención secundaria detectando lesiones precursoras de cáncer.^{3,7,11}



Utilización de la prueba del VPH en programas poblacionales

Estudios desarrollados en Europa y Estados Unidos han demostrado que la citología convencional, con adecuado control de calidad, tiene en promedio una sensibilidad de 53% comparado con 96.1% de la prueba del VPH. Sin embargo, la prueba del VPH es menos específica que el Pap para detectar lesiones de alto grado, especialmente en mujeres menores de 30 años. Los hallazgos sugieren como protocolo, utilizar primero la prueba más sensible (prueba del VPH) y posteriormente la prueba más específica (Pap). Por lo que la prueba de Pap aplicaría sólo para mujeres con resultado VPH positivo. Otro hallazgo de interés para la reestructura de las directrices de los programas de tamizaje, es considerar el mejor desempeño de la prueba del VPH en mujeres mayores de 35 años.²⁰⁻²²

Como estrategia a nivel poblacional, la evidencia sugiere utilizar la prueba del VPH en los PDOC en combinación con la citología cervical. El efecto sinérgico entre las pruebas permite incrementar el intervalo de tamizaje hasta en 5 años, disminuir costos y dirigir los recursos a la detección de mujeres con mayor riesgo de desarrollar CaCu (usuarias con lesiones precursoras).^{3,23}

En el marco de políticas públicas, en México se incorporó la prueba del VPH en los PDOC a nivel nacional, en combinación con la prueba de Pap. La prueba se introdujo paulatinamente a partir del año 2008 en los Servicios de Salud de las 32 entidades federativas del país y es ofertada de manera gratuita a mujeres entre 35 y 64 años de edad.²⁴

La prueba del VPH desde el punto de vista de las usuarias-evidencia necesaria

La evidencia científica y tecnológica sobre el uso de la prueba del VPH como tamizaje primario en los PDOC es robusta, al igual que la contundencia de las ventajas poblacionales de su uso. No obstante, los hallazgos han señalado consecuencias psicológicas y sociales a partir de su utilización dado que las mujeres pueden experimentar angustia, ansiedad, temor, estigma y otros efectos al enterarse de la naturaleza sexual del VPH y su relación con el CaCu. Asimismo, se han identificado efectos durante el diagnóstico, aun cuando el resultado es negativo, causando daños potenciales en su vida personal, familiar y social. Consecuencias innecesarias debido a que el estigma puede contrarrestarse con información y consejería, que al mismo tiempo evite o atenúe consecuencias psicosociales.²⁵⁻³² De igual manera, en la literatura³³⁻³⁸ se ha discutido la pertinencia de identificar los elementos que pudieran influir en el comportamiento de tamizaje



con el propósito de considerarlos en las estrategias e intervenciones alrededor de la prevención y control del CaCu.

Este estudio buscó explorar las creencias, percepciones, actitudes y experiencias que influyen en el comportamiento de las mujeres mexicanas hacia la prueba del VPH, fundamentado en el Modelo de Creencias en Salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la perspectiva de género; así como visualizar las concepciones de las mujeres michoacanas sobre el VPH, el CaCu y su detección, y la manera en que conciben y comprenden la susceptibilidad y severidad de éstos.

Métodos

Enfoque metodológico

El enfoque de esta investigación cualitativa es fenomenológico.³⁹⁻⁴¹ Desde esta perspectiva teórica se buscó revelar las experiencias de las mujeres en la detección oportuna del cáncer e identificar similitudes y diferencias de sus vivencias. Desde esta perspectiva se esperaba que las mujeres mexicanas tengan experiencias y una comprensión diferente de la detección oportuna del CaCu dado que la fenomenología considera que el género, la cultura, la historia y las experiencias de vida de cada individuo proveen un punto de vista específico.^{40,41} Esta perspectiva permite analizar las experiencias de las mujeres en el uso de la prueba del VPH y de los significados que atribuyen tanto a la prevención, el CaCu, el VPH y las pruebas de tamizaje. El discurso es fundamental, ya que proporciona perspectivas detalladas sobre sus sentimientos, pensamientos e inquietudes. Esta evidencia es necesaria para contestar a la pregunta general ¿Cómo han vivido las mujeres la experiencia de realizarse la prueba del VPH? Así mismo, preguntas específicas como ¿Qué emociones o sentimientos han vivido al enterarse sobre el VPH, su mecanismo de transmisión o su vínculo con el CaCu? ¿Cómo se ha vivido la relación médico paciente en el programa de detección oportuna de CaCu? ¿Cuáles han sido sus dudas y cómo han recibido la información o si no la hubo? ¿Cómo han sido sus experiencias durante la invitación a la atención, la toma de muestra y la entrega de resultados de las pruebas de detección?

Marco teórico

La estructura del estudio se fundamenta en el marco teórico, basado en el Modelo de Creencias en Salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la perspectiva de género; lo cual



robustece el diseño, el análisis, la interpretación y los hallazgos del estudio.³⁹ El MCS ha sido aplicado con éxito, desde los años cincuenta, en materia de prevención, promoción y educación de la salud; en intervenciones sobre el comportamiento individual y sus efectos en salud o en la participación de individuos en programas de tamizaje.⁴²⁻⁴⁴ La estructura del MCS se sustenta en las percepciones individuales sobre la susceptibilidad y severidad de las enfermedades; los beneficios y barreras de llevar a cabo una acción preventiva; las claves que estimulan realizar la acción y los factores modificadores. Para que una mujer adopte la conducta preventiva (realizar la prueba del VPH) es primordial que perciba la amenaza del CaCu para la salud y pondere entre beneficios y barreras. Creer en los beneficios del tamizaje para prevenir el CaCu a través de la prueba del VPH mayormente que en los costes. Las conductas preventivas que adopte la mujer serán aquellas donde perciba mayores beneficios y le impliquen menos costes.

Constructos del MCS enfocados a la prueba del VPH;

i) *Susceptibilidad percibida*: es la vulnerabilidad percibida a contraer VPH o desarrollar CaCu.⁴⁵⁻

⁴⁸ Si las mujeres se perciben susceptibles al CaCu o a la infección por VPH, la probabilidad de que realicen las pruebas de detección es mayor.

ii) *Severidad percibida*: es la gravedad percibida del CaCu y el VPH. Incluye las consecuencias médico clínicas como la muerte, incapacidad, dolor y la percepción de sentirse en riesgo de enfermar.⁴⁵⁻⁴⁸ Consecuencias socioeconómicas como afectación en la capacidad laboral, relaciones de pareja, familiares y sociales o gastos excesivos. La percepción de gravedad del CaCu y la infección persistente por VPH se vincula con mayores probabilidades de detectar el virus y el CaCu oportunamente.

iii) *Beneficios percibidos*: es la percepción de utilidad de la prueba del VPH y su potencial para detectar el virus que potencialmente causa lesiones precursoras que puedan ocasionar CaCu.⁴⁵⁻⁴⁸

iv) *Barreras percibidas*: son los elementos o circunstancias que se definen como obstáculos para realizar la prueba del VPH, incluyendo aspectos potencialmente negativos como la poca efectividad o la percepción de una prueba costosa, tardada o dolorosa.⁴⁵⁻⁴⁸

v) *Claves o disparadores de la acción*: son los estímulos internos (signos y síntomas) o externos (divulgación de las pruebas, promoción de la salud, campañas de salud, experiencias de pares, consejos de amigos o familiares, medios de comunicación) que motivan a las mujeres a realizarse la prueba del VPH o participen en el PDOC.⁴⁵⁻⁴⁸



vi) *Factores modificadores*: son elementos que pueden influir o modificar las creencias sobre la susceptibilidad y severidad percibida y por ende las acciones de salud.⁴⁵⁻⁴⁸

Por otra parte, la TAR es una teoría de orientación cognitiva que busca explicar la relación entre las creencias, las actitudes, la intención y el comportamiento como conceptos esenciales, tomando en cuenta percepciones de grupo.^{42,49,50} En el campo de la salud ha sido utilizada para estudiar comportamientos preventivos.^{44,51} Desde esta posición teórica la intención de realizar la prueba del VPH está en función de la actitud, influenciada por las creencias del comportamiento y de la norma subjetiva. Esta última determinada por las creencias normativas.^{49,50}

Elementos de la TAR enfocados a la prueba del VPH;

i) *Creencias del comportamiento*. Ideas que tiene la mujer sobre realizarse la prueba del VPH y la evaluación que hace de los resultados de este comportamiento.^{49,50}

ii) *Creencias normativas*. Ideas de la mujer sobre lo que otras personas piensan que ella debe hacer o cómo debe actuar respecto a la prueba del VPH.^{49,50}

iii) *Actitud*. Postura favorable o desfavorable hacia la prueba del VPH, determinada por las creencias que tiene la mujer sobre el VPH y la detección oportuna del CaCu.^{49,50}

iv) *Norma subjetiva*. Percepción subjetiva sobre lo que otras personas creen del VPH, el CaCu o las pruebas de detección; la percepción de lo que pensarán los demás si ella se realiza la prueba del VPH así como sus percepciones sobre otras mujeres que la realizan.^{49,50}

v) *Intención*. El deseo de la mujer por realizar la prueba del VPH, determinado por la actitud y la norma subjetiva.^{49,50} La intención es el determinante inmediato de la conducta.

Al integrar los constructos del MCS y la TAR resulta un modelo con más parsimonia (Figura I). Esta propuesta se desarrolló en un estudio realizado en Estados Unidos (Poss, 2001) acerca de los factores que afectan la participación de trabajadores migrantes mexicanos en la detección de tuberculosis.⁴² Las barreras y beneficios percibidos (MCS) son equivalentes con las creencias y evaluaciones de los resultados conductuales propuestos por la TAR (evaluación positiva o negativa que hace el individuo sobre los resultados) por lo que el modelo integrado lo sintetiza en un solo componente.⁴²

Como parte integral del marco teórico, la perspectiva de género es esencial para identificar y explicar cuáles son los factores que intervienen en el uso de la prueba del VPH y cómo lo hacen dependiendo del contexto social. Permite reconocer prácticas individuales y colectivas, aspectos sociales y culturales que limitan o facilitan usar la prueba, así como comprender las razones y los



orígenes de la no participación de las mujeres en los PDOC. El contexto social es fundamental para dar forma a las experiencias cotidianas de las mujeres y debe ser considerado en la consejería, promoción y educación para la salud o los PDOC.⁵²⁻⁵⁵ Es necesario acercarse a los métodos cualitativos para recabar datos de este contexto sociocultural y cuestiones de género.

El uso de la prueba del VPH abordado con perspectiva de género aporta información sobre las concepciones y vivencias de las mujeres en relación con el VPH, su transmisión y la percepción de cómo los hombres reaccionarían frente a un resultado positivo en su pareja. Qué experiencias o qué problemas vinculados con el género y la norma social enfrentan las mujeres que se someten a la prueba del VPH y aquellas que lo han contraído, qué reglas sociales creen que deben cumplir las mujeres y hombres en términos de sexualidad, salud reproductiva, conocimiento del cuerpo e ITS. Cómo son calificados, según la norma social, y cómo serán percibidos según la norma subjetiva si contraen VPH. El estigma al que se enfrenta una mujer y un hombre con VPH, las construcciones sociales que la mujer acepta por su identidad de género o las relaciones de poder nacidas a partir del tamizaje. Qué apoyo y trato recibe la mujer si contrae VPH y el escenario cuando se trata de otra enfermedad no vinculada al estigma de las ITS. Qué circunstancias sociales y culturales favorecen los efectos negativos como ansiedad, estigma, miedo, enojo, desconfianza, tristeza, etcétera. Cuáles son las experiencias de las mujeres al saber que han contraído VPH y lo que ha generado en el entorno familiar y de pareja.

El contexto sociocultural en cuanto al género, fue considerado y operacionalizado al momento de diseñar y aplicar la guía de entrevista (Tabla I). El marco teórico incorporó elementos de esta perspectiva, los constructos del MCS utilizados incorporan asuntos de género; susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y disparadores de la acción. En cuanto a la TAR, la norma subjetiva incorpora la percepción de la pareja masculina sobre las mujeres que se realizan las pruebas de tamizaje. Se consideraron preguntas sobre las razones de asistencia a los servicios de salud, el uso de la prueba de Pap buscando que las mujeres se expresaran sobre cuestiones de género, quiénes participan en sus decisiones y cómo lo hacen, cómo percibe la detección y las dificultades para acudir, cómo interactúa el rol, la identidad o las relaciones de género con el cuidado de su cuerpo, la percepción del VPH y su transmisión desde la óptica de la mujer y el hombre, etc.



Muestra y reclutamiento

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas de salida a 70 usuarias de dos unidades médicas de primer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado de Michoacán en México. La base del muestreo fue intencional, se eligió la entidad federativa, y los municipios por nivel de marginación. La selección derivó de aspectos prácticos como tiempo, dinero y evitar zonas de conflicto o violencia. Posteriormente se seleccionó la Institución, las unidades de salud que practicaron recientemente la prueba del VPH, mujeres entre 35 y 64 años de edad con la experiencia de haber realizado la prueba y usuarias del mismo grupo de edad con o sin esta experiencia.⁵⁶

Una de las unidades de salud se localiza en el municipio de Chilchota, que es uno de los municipios del estado con más habitantes que hablan alguna lengua indígena, primordialmente el Purépecha o Tarasco.^{57,58} El grado de marginación se reportó como alto en el año 2005 y medio en el censo más reciente, año 2010.^{59,60} La segunda unidad de salud es urbana, ubicada en la ciudad de Morelia. Es un municipio de muy bajo grado de marginación.^{59,60} Este módulo tiene bajo su responsabilidad la atención de aproximadamente 100 colonias de los alrededores, casi en su totalidad las familias residentes son beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (programa Oportunidades). Asimismo se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con 15 trabajadores de la salud; 6 médicos y 6 enfermeras captados en las unidades de salud de Morelia y Chilchota. Los 3 restantes eran responsables del PDOC, al momento del estudio en distintos niveles de atención; uno a cargo del programa en el primer nivel de atención (cuya área de responsabilidad abarca el módulo periférico de Morelia); el responsable estatal del programa en Michoacán y finalmente la persona a cargo de la jefatura estatal del departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva en Michoacán, en todos los casos la formación profesional fue médica (Figura II).

Se formaron 3 grupos de usuarias en cada unidad de salud. En la zona de muy baja marginación (Morelia) se reclutaron 12 mujeres después de la toma de muestra para la prueba, otras 12 después de la obtención de resultados y 12 más distintas que acudieron a otro servicio. Se entrevistaron 7 trabajadores de la salud de la unidad de salud y 3 a cargo del programa estatal de prevención y control del CaCu. En el área con mayor grado de marginación (Chilchota) se reclutaron 11 mujeres después de la toma de muestra, otras 12 después de la obtención de resultados, 11 de otros servicios y 5 trabajadores de la salud (Figura II).



Las mujeres con la prueba del VPH recientemente practicada y otras de ellas con resultados recientes, fueron identificadas en listados nominales de las unidades de salud y a través del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM). La invitación para participar en el estudio fue verbal y personalizada, mientras las mujeres estaban en los centros de salud, a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias. Si la invitación era aceptada, se procedía a realizar la entrevista en ese momento; por restricciones de tiempo u ocupación de las participantes, algunas veces, se convino fecha, lugar y hora. La mayor parte de las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de salud y sólo a 5 mujeres de la unidad de salud en Morelia se les realizó la entrevista en sus domicilios. Las mujeres que acudieron a la unidad de salud solicitando un servicio diferente a la detección oportuna del CaCu (usuarias de otro servicios) fueron invitadas a participar en el estudio, cumpliendo con el único criterio de inclusión, edad entre 35 y 64 años; no se consideró su historial de tamizaje, ni si tenía o no la prueba del VPH. En cuanto al personal de salud, las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de salud y en horarios de trabajo. Del total de la muestra del estudio (85 entrevistas), se retomó una submuestra para su análisis a profundidad, considerando únicamente el grupo de *mujeres con resultado* (24 entrevistas). El presente análisis se centró en este grupo, bajo el supuesto de una experiencia más completa de las mujeres que tuvieron la toma de muestra y la entrega de resultados. No obstante un análisis preliminar de los resultados de este estudio no mostró diferencias relevantes entre los tres grupos en términos asesoramiento recibido; conocimiento sobre el VPH o la prueba y necesidades de información o consejería.

Instrumentos y levantamiento de datos

Se elaboraron guías de entrevista basadas en los objetivos del estudio, el enfoque metodológico, el marco teórico y la revisión de la literatura sobre consejería, información y experiencias de uso de la prueba del VPH.²³⁻³⁸ Se elaboraron 4 guías de entrevista una por cada grupo de estudio (Tabla I).

Después de aceptar la invitación para participar en la entrevista, se dio lectura al consentimiento informado aprobado por la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y se aplicó un cuestionario para recolectar datos sociodemográficos y antecedentes de pruebas de detección. Las entrevistas fueron grabadas, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información. Al final de cada entrevista se entregó a la mujer una tarjeta con datos del estudio,



nombre y teléfonos de la investigadora responsable, así como información del Comité de Ética. Todas las preguntas y dudas generadas durante la entrevista fueron contestadas al finalizar la grabación, asegurando la tranquilidad de las participantes. Como apoyo se entregaron dos folletos de distribución utilizados por el programa de prevención y control del CaCu, cuyo contenido se enfoca en describir el virus del papiloma humano, su transmisión y prevención. Las mujeres que solicitaron apoyo médico fueron canalizadas directamente con los directores de cada unidad para su atención, exploración física o diagnóstico según el caso. Por participar en el estudio no se brindó remuneración económica, solamente pequeños refrigerios durante la entrevista.

Procesamiento y análisis de datos

El análisis se realizó a la luz de la teoría fundamentada, método que incorpora un conjunto de técnicas aplicadas sistemáticamente, con el propósito de generar una explicación del uso de la prueba del VPH fundamentada en los datos.⁶¹ Las entrevistas fueron transcritas en un procesador de textos, seguido de un proceso de análisis utilizando el método de comparación constante, con el programa ATLAS.ti; este software es una herramienta para el análisis cualitativo de datos. En una primera etapa se llevó a cabo la codificación abierta de los datos, seleccionando segmentos relevantes y etiquetando cada uno con códigos. Posteriormente se realizó la codificación axial, ordenando los códigos en categorías similares. En la etapa final se hizo la codificación selectiva integrando todos los elementos.⁶² Esta información fue organizada en matrices, se estructuraron resúmenes y posteriormente se realizó la interpretación. Se elaboró un listado de códigos para etiquetar de manera resumida la información (Tabla II). Los códigos se construyeron *a priori* tomando en cuenta los objetivos del estudio, la guía de entrevista (Tabla I), el marco teórico y la revisión de la literatura.^{39,42,63-67} También se aplicaron códigos *emergentes* que fueron surgiendo directamente de las entrevistas.⁶⁸ Como estrategia de validación se utilizó la triangulación de fuentes de datos; tres tipos de usuarias, personal de salud y tomadores de decisiones, en dos zonas diferentes. Se utilizaron diferentes modelos y perspectivas teóricas; MCS, TAR y perspectiva de género.^{69,70}

Resultados

Este análisis es parte de un estudio más amplio. En este documento únicamente se presenta el análisis del grupo de 24 *mujeres con resultado* reciente de la prueba del VPH, analizando dos



componentes del MCS: susceptibilidad y severidad percibida (códigos 2.1 y 2.2 Tabla II). El resto de la información se abordará en otros documentos.

Consideraciones sobre práctica de la prueba del VPH y entrega de resultados

- i.* El centro de salud de Morelia organizó una campaña para realizar la prueba del VPH a 50 mujeres residentes del área, limitado a la cantidad de material disponible para recolectar la muestra. De manera general se les informó que la prueba a realizar era nueva, diferente al Pap y la toma de muestra era semejante a ésta. No se brindó información sobre el virus, la etiología de la infección o la relación con el CaCu.
- ii.* En el centro de salud de Chilchota la prueba del VPH se realizó de manera oportunista a mujeres entre 35 a 64 años quienes solicitaron el Pap por iniciativa propia o citas programadas, sin saber que se les practicaría la prueba del VPH.
- iii.* La falta de información generó confusión en ambos escenarios.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es la vulnerabilidad percibida a desarrollar CaCu/VPH/cáncer en general.

1. La susceptibilidad percibida al CaCu/VPH relacionada con signos y síntomas, problemas físicos durante el embarazo y falta de higiene.

1.1 Susceptibilidad al CaCu/VPH por signos y síntomas

Independientemente de edad, estado civil, años de escuela, lugar de residencia, ser parte del programa Oportunidades o etnia, las mujeres percibieron la presencia de molestias vaginales como síntoma de cáncer, cáncer cervical o un problema grave en su matriz, lo cual genera miedo y esto las lleva a solicitar las pruebas de tamizaje. Las principales molestias vaginales identificadas fueron ardor, dolor, comezón y flujo, así como sangrado abundante o prolongado, antes y durante la menstruación.

Las limitaciones para hablar sobre el VPH son obvias por la falta de información en la mayoría de las usuarias, lo que puede vincularse con no percibir susceptibilidad a algo desconocido.

En el área con menor grado de marginación, las usuarias percibieron las verrugas genitales como signos visibles de cáncer.



... me dijo que aquí me volvían hacer otro (prueba)... para ver cómo andaba porque me volvió a salir otra verruga pero con una pomada que me puse se me quitó... pero yo dije "no, mejor yo me hago un estudio"(prueba del VPH).

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH09

P.- Y cuando usted se dio cuenta que el cáncer cérvico uterino es provocado por un virus ¿qué pensó o qué sintió?

R.- Pues me preocupé porque... luego dicen no es que no tenemos síntomas así y ella (tía política) dice sí, es que salen verrugas y las infecciones y todo eso dice y ya entonces por eso me preocupe dije entonces sí me la voy hacer cuando vi (carteles sobre prueba del VPH).

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH10

Otras causas reportadas fueron el dolor y sangrado durante las relaciones sexuales. El uso de dispositivo o sangrados repentinos se asociaron con un resultado anormal del Pap.

El rango de edad del estudio abarca una etapa en la que algunas mujeres podrían experimentar cambios orgánicos o molestias originados por la menopausia y los cuales se perciben como indicadores de CaCu o un problema en la matriz. Muy pocas mujeres tuvieron conocimiento sobre el desarrollo del CaCu y la importancia de las pruebas de detección sin la existencia de signos o síntomas. Sólo una usuaria mencionó que los tumores no duelen y es necesario realizar las pruebas de tamizaje para la identificación de problemas, ya que el cáncer en general puede pasar inadvertido y es necesario detectarlo a tiempo.

... Pues porque uno sabe pues, este, que... veces anda uno bien y como dicen que a veces los tumores no duelen, no sé, y las enfermedades pues hay veces que no las detectan pues a tiempo, y ya con eso dijeron que pues andaba uno mal allí.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH08

1.2 Susceptibilidad al CaCu/VPH por problemas físicos durante el embarazo y heridas

Los problemas experimentados durante el embarazo, aborto espontáneo con hemorragia o dolor, se percibieron como posibles causas del CaCu. Una mujer del área con menor grado de marginación decidió realizarse la prueba del VPH por sentirse vulnerable a una infección u otro problema en la matriz a consecuencia de practicar la masturbación. Otras mencionaron las molestias durante el acto sexual o sentirse lastimadas, como causas de lesiones en el aparato reproductor femenino que pueden llevar al cáncer.

P.- ¿Usted cree que la vida sexual de las mujeres... tiene algo que ver con la necesidad de hacer el Papanicolaou o la prueba del Virus del Papiloma Humano?

R.- Pues, yo creo que sí... porque se lastiman o eso es que me siento yo, por eso no, ya no tengo relaciones o sea, repente porque me duele pues, por eso ya no hago eso, estoy enojado cuando me empiezan hacer y me enojo o sea no siento a gusto pues.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07



Otros riesgos percibidos para el desarrollo del CaCu fueron ser casada, los partos, las intervenciones quirúrgicas para no tener más hijos, el uso de dispositivo, no cuidarse con pastillas o algún otro método anticonceptivo.

1.3 Susceptibilidad al CaCu/VPH por falta de higiene

La falta de higiene se ha identificado como la causa de infecciones vaginales y problemas en la matriz.

Cuestiones de higiene vinculadas con la mujer

Según las usuarias, las mujeres con pobres hábitos de higiene necesitan hacer la prueba de Pap. Podría considerarse que al tener buenos hábitos de higiene las pruebas de detección del CaCu no son necesarias. Una de las usuarias dijo sentirse susceptible a infecciones vaginales, incluyendo el VPH, por el polvo o los residuos que pueden acumularse en su cuerpo al realizar las tareas del hogar; otra mujer cree que el uso de baños públicos origina infecciones o VPH.

P.- ¿Usted por qué cree que todas la mujeres deberíamos hacernos estas pruebas?

R.- ... pus igual porque allá me dijeron que por los baños públicos, por el marido que anda con una y con otra, yo pienso que nosotros deberíamos de hacernos... (las pruebas)

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH05

Cuestiones de higiene vinculadas con la pareja

Algunas mujeres percibieron que el hombre y la mujer en pareja deben procurar la higiene, fomentando el hábito del baño cuando tienen relaciones sexuales para evitar infecciones vaginales.

Cuestiones de higiene vinculadas con el hombre

Algunas mujeres consideran que las ITS y el VPH son necesariamente transmitidos por el hombre porque se tocan sus genitales con las manos sucias, no se lavan bien las manos y usan baños públicos. Si se considera que la pareja tiene adecuados hábitos de higiene, se podría creer que no hay necesidad de realizar la prueba de detección.

P.- ¿Y porqué creé que algunas mujeres no vienen a hacer sus pruebas?

R.- Pues muchas porque les da pena, muchas dicen que no, inclusive yo también antes pensaba que para qué, porque yo decía antes no había tantas enfermedades y las mujeres no se hacían esos estudios, pero ahora como la situación pues cambió, hay más suciedad digo yo en los hombres más, entonces hay más enfermedades en las mujeres y para eso pues tratarnos a tiempo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH02



Otra creencia es que el líquido seminal “ensucia” la matriz. Las usuarias se refirieron principalmente a los hombres inmigrantes que hacen uso de baños públicos al estar fuera de casa por prolongados periodos de tiempo. Este dogma está basado en el contexto estatal y municipal, ya que Chilchota, y Michoacán en general, es una de las entidades del país con más población migrante, sobre todo de hombres.

II. Susceptibilidad percibida al CaCu/VPH por cuestiones de transmisión sexual y múltiples parejas.

2.1 Susceptibilidad al CaCu/VPH porque los hombres tienen múltiples parejas y son portadores o vectores del VPH

Existe discrepancia en cuanto al estado civil de la mujer; para muchas, ser casada es la base de infecciones o enfermedades de origen sexual. Se considera que el hombre es infiel por naturaleza y la convivencia diaria con él aumenta el riesgo de contagio. Por el contrario, para otras, el riesgo de contagio disminuye al ser casadas porque este vínculo simboliza fidelidad y monogamia. Según las creencias religiosas y culturales, las personas casadas solamente mantienen relaciones sexuales con su pareja.

... esperaba que probablemente saliera algo malo... porque tengo desconfianza con mi esposo, que vaya, no sé, me vaya a pegar una infección o algo así.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH01

La fidelidad y la monogamia tienen gran impacto en la amenaza del CaCu y el comportamiento hacia la detección. Las mujeres casadas podrían realizar las pruebas frecuentemente ante la incertidumbre; mientras que las mujeres solteras, viudas, separadas o mujeres convencidas de la fidelidad de su pareja podrían no considerar la necesidad de realizarse las pruebas.

... a veces este, pues son las mujeres ya casadas y decimos que no, que no, ya no tenemos porque hacérsola (pruebas) pero es cuando más porque no sabemos nuestros maridos dónde anden... la mayoría de las solteras porque andan de un lado a otro y no tienen estabilidad con una pareja y las casadas porque a veces pensamos que porque ya estamos casadas y solamente tenemos una pareja ya no tenemos el riesgo, sin en cambio no, porque pues no sabemos con quién anden nuestros maridos.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

P.- La vida en pareja... ¿tiene algo que ver con la necesidad de hacer las pruebas?

R.-... cuando las mujeres andan con otros hombres a la mejor, pero con su esposo no... porque hay mucha enfermedad ¿no?

P.- ¿Y las que tienen... su esposo?

R.- Pues yo creo que no.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH06



Por ejemplo, una mujer del área con mayor grado de marginación negó la posibilidad de contraer infecciones sexuales incluyendo VPH, debido a que su esposo es un líder religioso. Por su creencia religiosa no cree en el contagio ya que las enfermedades sexuales son comunes sólo en hombres infieles. No obstante, se hace las pruebas de detección porque es requisito del programa Oportunidades, mostrándose segura de tener siempre un resultado negativo.

Otras mujeres muestran cierta aceptación de la infidelidad del hombre. Para ellas la raíz del problema no es que el hombre acuda con sexoservidoras o mantenga relaciones sexuales con múltiples parejas, sino que el hombre contraiga alguna ITS por la falta de precauciones y se perciben susceptibles al subsecuente contagio. De las pocas mujeres que hablaron sobre el VPH, lo conciben como un agente inherente al sexo masculino.

La esposa o ama de casa no se concibe como posible portadora del VPH, la figura femenina implicada en la transmisión es la de una sexoservidora. Las mujeres se sienten susceptibles a ITS como el VPH por el comportamiento sexual del esposo ya que una mujer de casa (esposa y madre) no se conduce de la misma manera.

Una de las usuarias no ha tenido relaciones sexuales desde hace años, por lo que no se considera vulnerable al VPH ni cree necesario realizarse las pruebas. Percepción que muchas esposas de inmigrantes comparten.

... por antecedentes no tengo familiares de que hayan tenido esa enfermedad (VPH), nadie... sólo tengo una pareja, mi esposo pero tengo ya mucho tiempo que salió fueras, tengo seis años y medio casi sin tener relaciones sexuales entonces me hice el Papanicolaou hace como cinco me dijeron que estaba bien... según yo pues no tengo, no tengo marido, no tengo, este, probabilidades de infecciones.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH02

2.2 Susceptibilidad al CaCu/VPH porque las mujeres tienen múltiples parejas

Las 12 mujeres entrevistadas en el área con menor grado de marginación obtuvieron resultados negativos a la prueba del VPH; mientras que en el área de mayor grado de marginación, 6 de 12 mujeres indígenas obtuvieron resultados positivos, situación que influyó a que se hablara abiertamente sobre la conducta sexual, más que las mujeres con resultado negativo.

Para muchas mujeres el hecho de estar solas y tener a cargo la economía familiar y cuidado de los hijos las ha llevado a buscar compañía afectiva o apoyo económico para sostener a su familia, lo que ha derivado en tener varias parejas sexuales, así como el matrimonio a temprana edad o vivir en una relación sin amor.



... algunas, bueno para todo, todas, todas las mujeres, mucho más las que andan pa' arriba y pa' abajo... las que andan pues con... cualquier hombre, con otro hombre... es que... traen vicio pues y luego no pueden vivir con su marido, unos hasta, hasta los que están viviendo bien, pues siempre le agarra ese vicio... el vicio pues pa' andar con los hombres por ahí... dicen pues, que algún hombre o alguna mujer que traen enfermedad, pos yo creo a lo mejor es... de eso son más importante pa'... pa que hagan Papanicolau...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH09

... es que como soy casada y separada... cuando yo me casé desde chiquita... mi mamá me obligó a casar con un hombre que yo no lo quería nunca lo quise yo tuve un novio pero mi mamá nunca quise que yo casara con ese hombre y me casé con otro la que mi mamá quería, y entonces fue que yo viví tuve cuatro hijos... desde cuatro hijos nunca pude olvidar ese hombre... volví con ese hombre... entonces pues yo me metí con él... me metí como diez años con él teniendo a mi esposo porque a mi esposo no lo amaba nunca... tuvo relación así de amor... luego otra vez encontré otro hombre... y ese hombre yo... porque mi esposo nunca me mantiene... yo le digo pos casi yo soy con mis hijos como mamá soltera así los mantenía yo como mamá soltera y yo solita me preocupaba de todo bueno entonces que yo dejé ese hombre porque no me ayudaba esa la que era mi novio no me ayudaba y luego encontré otro, otro hombre y sí me ayudaba... ahí es que me empezó... me daba comezón, me daba comezón yo creo porque me a un ratito estaba con mi esposo y el otro ratito estaba con él y por eso ya sabía que si me iba a pasar esto... pero eso sí si me ayudaba... yo vi ese señor que tenía en aquí puntita tiene un, un granito, un granito colorado no sé como se llame eso y por eso dijo ya después ya llevaba mucho tiempo metido me dijo no será que me vaya a enfermar y me dijo este no, no, no te va a pasar nada no te va pasar nada pero yo creo que sí pues... algo tiene infección ese ... ¿o qué será?

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

Otras mujeres indígenas con resultados positivos asumen responsabilidad y lo aceptan como consecuencia de las relaciones sexuales con varias parejas.

P.- ¿Qué mujeres deben preocuparse por realizar la prueba del virus del papiloma humano?

R.- Serán esas que no tienen esposos o ¿cómo?... porque a veces uno va con hombres pues, porque el cuerpo también a veces pide esas cosas, tener relaciones con el hombre.

P.- ¿Por qué cree usted eso?

R.- Porque, pues por las enfermedades que... uno pues no sabe qué clase de personas son.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04

... creo que... o he escuchado que es una prueba sobre todo para las mujeres que han tenido más parejas sexuales, que están más expuestas al virus.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

Para varias mujeres, tener múltiples parejas lleva implícita la necesidad de realizarse las pruebas de detección del CaCu como herramienta útil para identificar problemas.

... la mayoría de las solteras porque andan de un lado a otro y no tienen estabilidad con una pareja y las casadas porque a veces pensamos que porque ya estamos casadas y solamente tenemos una pareja ya no tenemos el riesgo, sin en cambio no porque pues no sabemos con quién anden nuestros maridos.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

Cuando una usuaria expresa sus dudas o muestra interés en el tema, se le considera como una mujer que no está “limpia de conciencia” o “mala”, esto dificulta que se realicen la prueba del VPH por temor a ser señaladas como mujeres infieles o promiscuas.



P.- ¿Usted por qué decidió realizarse la prueba del virus del papiloma humano?

R.- Pues más que nada porque yo he tenido varias parejas, como soy separada y para mí es importante saber, porque a lo mejor esto es algo que no se ve luego, luego, pero a lo mejor con el tiempo, pero si se puede que tenga algo este se puede tratar a tiempo uno.

P.- ¿Dónde obtuvo la información sobre el número de parejas?

R.- Pues lo que pasa que ya les había comentado que se iba hacer un examen aquí y me dijeron que era bueno que porque era acerca de las parejas que uno ha tenido.

P.- ¿Eso se los comentaron en sus pláticas de Oportunidades?

R.- No, eso fue fuera, todo fuera.

P.- ¿Entre conocidos?

R.- Entre conocidos.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH11

... suponiendo que yo tengo alguna cosa que le puedo contagiar a usted... muy confiado, muy esto, muy lo otro y luego va con su mujer y la contagia y luego si su mujer ya se enteró que usted la engañó y lo que sea se mete con otro y así se va el contagiadero y como que sí le, abrí la mente al señor... como que no me enfoqué mucho a lo de mi hermano porque yo, este, como que ellos piensan que los que están bien en el matrimonio... que sus maridos nada más son para ellas y ellos no deben de tener este tipo de enfermedades.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH05

2.3 Susceptibilidad al VPH por la falta de uso del preservativo

La importancia del uso de condón para prevenir infecciones o enfermedades de transmisión sexual como el VPH fue señalada por algunas usuarias. Se consideran susceptibles al VPH porque tienen o han tenido relaciones sexuales sin protección. Un punto importante a considerar es que las mujeres que utilizan este método de barrera podrían no sentir la necesidad de realizar las pruebas al sentirse seguras y sin riesgo de contagio.

... yo tengo fe, yo si ando con uno y con otro yo tengo que ver que usen preservativo... para empezar, porque yo digo, si una persona que está dejada, y se mete con su esposa, por ejemplo yo y mi esposo, él vive con otra, yo pa' saber si la otra, ande con otros o nada más esté con él... un día me dijo que lo hiciéramos así, le dije así no, por qué le dije, yo no... con condón, si no, no. Dice, me dio a entender que si yo estaba pues infecciosa o alguna cosa... que piense lo que quiera, porque yo, primero estoy yo... hace como un mes que no llevé el preservativo... hasta uno tiene que poner el preservativo, bueno... él me da dinero y yo digo, de ahí agarro pa' comprar eso... son tan descarados ahorita los hombres que yo digo ni para un preservativo traen...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH05

III Susceptibilidad percibida al CaCu/VPH por otras cuestiones.

3.1 Susceptibilidad al CaCu/VPH por cuestiones de género

Algunas usuarias hablaron de vulnerabilidad de la mujer por su género, dijeron que las mujeres son más propensas a enfermedades como el cáncer de matriz o el VPH por naturaleza, su constitución física y por tener hijos. Mencionaron que el hecho de ser mujeres y concebir a los hijos, las hace responsables de su cuidado. El problema al privilegiar el rol de esposa y madre es



destinar el tiempo de las mujeres al cuidado de los hijos y las actividades su hogar y dejar de lado el cuidado de su salud.

*P.- ¿Por qué cree que las mujeres debemos de realizarnos la prueba del virus del papiloma humano?
R.- ... por las parejas o a veces también puede ser por, por los hijos que uno tiene.*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH11

Otras mujeres se mostraron empoderadas de su cuerpo y su salud. Opinan que si se organizan pueden realizar sus tareas y buscar apoyo en la pareja y familiares cercanos para el cuidado de los hijos, mientras ellas acuden al centro de salud. Por otro lado, se piensa que las mujeres que no acuden a la detección no valoran su vida, su salud y crean distintos pretextos, por la falta de interés en su cuerpo o porque prefieren emplear su tiempo en otras actividades.

... a mí sí me gustaría que dieran más información, que platicaran más que nada con la gente... yo conozco una señora que, a ella le sale aquí agüilla... del seno así como si fuera coca... Y yo le he dicho a sus sobrinas que le hagan ver a esta señora que es más importante su salud antes que andar haciendo fiestas o quince años... los quince años... un día, una diversión... de aquí a un año, dos años yo ya no voy a vivir... primero está mi salud y después las fiestas.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH05

... yo pienso que si todas las mujeres tuviéramos un poco de conciencia (de hacer las pruebas) no estaría pasando como muchas mujeres dicen “¿qué tiene que me muera?” pero pos sí, uno, a lo mejor ya uno se muere pero ahí es como no tener, no pensar por los hijos que uno los trajo al mundo porque pus´ ellos no pidieron venir, por eso, y yo lo veo que para uno es vergonzoso estar, uno no se hace este tipo de, de pruebas de ir cada 6 meses...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH05

3.2 Susceptibilidad al CaCu/VPH por antecedentes familiares.

La identificación oportuna fue señalada como una acción importante. Algunas mujeres se percibieron susceptibles al VPH cuando algún familiar ha sido diagnosticado, lo conciben como factor de riesgo dado que creen que puede heredarse; sin embargo, para muchas mujeres no tener familiares con cáncer, las hace menos vulnerables al CaCu u otros tipos de cáncer.

... tengo una hermana que salió con el virus del papiloma y pues me entró el pendiente... y por eso decidí hacérmela... al tener antecedentes en la familia pues puede ser que, no sé uno también lo pueda tener ¿no?... yo ya sé que es de transmisión por el esposo... también se hereda... me entró la curiosidad... ya tiene como 10 años que no me lo realizaba (Pap).

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH01

3.3 Susceptibilidad al CaCu/VPH por cáncer de la matriz o infecciones frecuentes.

En general el cáncer y el cáncer de la matriz se perciben como enfermedades muy frecuentes. A pesar de que las muertes por CaCu han disminuido en el país, las usuarias no cuentan con esta información. La apreciación del incremento de casos o muertes por CaCu puede interpretarse de la siguiente manera:



-
- i. El poco conocimiento de los diferentes tipos de cáncer lleva a atribuir al CaCu casos o muertes por otras neoplasias.
- ii. El PDOC tiene como objetivo la temprana detección de lesiones precancerosas, lo cual erróneamente se entiende como el incremento de casos de CaCu cuando en realidad es sólo aumento de cobertura de detección.
- iii. Otro factor muy importante es la incorrecta interpretación de resultados ya que cualquier observación es concebida como presencia de cáncer.

... ahorita pues hay muchas enfermedades... se llama cáncer... de matriz... y siempre es necesario... venir para chequearse...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH05

... saber si no tengo la enfermedad... tanto dicen pues del cáncer.... cáncer de matriz, por eso vine a hacerles cuando me citaron...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07

Severidad

La severidad percibida se refiere a la percepción de gravedad del CaCu y la infección por VPH. A partir del análisis de información sobre el grupo de mujeres con resultado se formaron tres categorías.

I. Severidad percibida sobre el cáncer en general.

Para muchas mujeres el cáncer, independientemente del tipo, es una enfermedad grave, mortal, incurable, costosa y dolorosa. La insuficiencia de datos sobre el VPH, los vacíos de información sobre el CaCu y el Pap dificultan la comprensión sobre la etiología del CaCu o los diferentes tipos de cáncer. Para algunas usuarias todo cáncer surge por la misma razón y el “Papanicolaou” es concebido como un estudio que previene o detecta todo tipo de cáncer.

P.- ¿Qué mujeres deben de preocuparse por el virus del papiloma humano?

R.- Es que no sé qué es.

P.- ¿A usted le explicaron qué es el virus del papiloma humano?

R.- Sí.

P.- ¿Qué le explicaron de ese virus?

R.- Pues, parece como un cáncer... venimos hacer Papanicolaou porque repente cuando no venimos y hasta unos cinco años venimos y ya tiene uno la enfermedad, yo por eso vine pues porque tiene miedo, si repente no vengo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH01

P.- ¿En qué piensas cuando escuchas cáncer cérvico uterino o con qué lo relacionas?

R.- Lo relaciono con la muerte, siento que es... como una sentencia, aunque creo que no es así pero en lo personal así me parece.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12



Dada la familiaridad con el Pap, muchas mujeres tienen el hábito de asistir regularmente a la prueba, aunque muy pocas conocen que su única función es la detección oportuna del CaCu.

P.- Y usted ¿porqué pensó que necesitaba la prueba del virus del papiloma humano?

R.- Pues, ya ves, por la enfermedad que hay ahorita.

P.- ¿Qué enfermedades?

R.- Por ejemplo, cáncer.

P.- ¿Cuál cáncer?

R.- Pus, ese es cáncer que uno no se cura, no hay cura para eso.

P.- Pero algún cáncer, ¿cuál cáncer?

R.- Pus ese si no sé, nomás que he escuchado que hay cáncer, por eso es necesario para hacer Papanicolaou.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04

La falta de precisión sobre el CaCu y el uso de las pruebas de detección favorecen la idea de la utilidad de las pruebas Pap/VPH para diagnosticar varios tipos de cáncer, lo que ha conducido a que algunas mujeres se hagan la prueba porque, desde su perspectiva, ofrecen varios beneficios.

II. Severidad percibida del VPH.

Muy pocas mujeres mencionaron la infección por VPH y su relación con el CaCu o el cáncer en general. Se piensa que el virus causa una enfermedad grave, que puede conducirlos a la muerte y es de tratamiento costoso. Existe confusión entre el Pap y la prueba del VPH y por lo menos la mitad de las usuarias no recibieron información sobre qué prueba se les realizó, lo que explica por qué pocas mujeres hablaron sobre su experiencia con la prueba del VPH.

P.- ¿Usted por qué decidió realizar la prueba del virus del papiloma humano?

R.- Porque hace 10 años a mí me detectaron algo igual...

P.- ¿Le detectaron algo igual a qué?

R.- Al virus, o sea me estuvieron haciendo que cauteración o no sé qué, cuando yo fui a hacerme un estudio, como me habían salido por encima granos y fui a una clínica particular, porque en el seguro pues son tardados... y yo me sentía mal... yo sentía que ya me iba a morir. Yo me lo pasé llorando hace 10 años, estaba yo embarazada y me lo pasé, abajo en el sótano, llorando porque yo decía ya me voy a morir... esto es importante porque si, en ese tiempo no me hubieran, detectado esto... no estaría viva ahorita...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH05

P.- ¿Qué estaba usted pensando cuando esperaba el resultado de la prueba del virus del papiloma?

R.- En dudas ¿Qué será lo que tengo? ¿Será grave o será? Ya tuve miedo y dije a lo mejor será grave quién sabe qué será.

P.- ¿Y qué le dijeron de su resultado?

R.- Positivo.

P.- ¿Y qué siente usted acerca de eso?

R.- Pos... pos siento que a lo mejor es grave.

P.- ¿Le explicaron?

R.- Pero me dijeron que no es nada grave.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02



El VPH fue relacionado con el SIDA. Consideraron que son equivalentes en gravedad porque ambas son de transmisión sexual. La confusión entre las siglas VPH y VIH no se considera relevante porque se habló de SIDA, no de VIH, y el virus de papiloma humano o papiloma virus ha sido nombrado de manera completa, no por sus siglas.

P.- ¿Qué es la primera idea que tienes cuando escuchas virus del papiloma humano?

R.-... pues no tanto con la muerte pero... no lo relaciono tanto como el Papanicolaou con la muerte pero sí tal vez como con un SIDA o no sé, a lo mejor estoy mal pero, pues no sé, a enfermedad, no sé.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH12

P.- ¿Qué le preocupa cuando se hace la prueba del Papanicolaou?

R.- Me preocupo por la enfermedad.

P.- ¿Con qué enfermedad la relaciona usted?

R.- Que es enfermedad de SIDA o algo...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

III. Circunstancias que influyen en la percepción de severidad.

En los casos en que se puede relacionar las pruebas del VPH con el cáncer de la matriz o el cáncer en general, se debió básicamente a la información de los medios masivos de comunicación, aunque se desconoce el contexto del tema. Sin embargo, la percepción de gravedad se ve influida por ello.

P.- ¿Cómo se sentía desde que le tomaron la muestra hasta el día que le entregaron los resultados?

R.- Pus yo como que me sentí mal... yo sí tenía miedo.

P.- ¿De qué tenía miedo?

R.- Pus de que me dijeran que fuera a tener cáncer o algo así en la matriz... dicen pues que eso es muy peligroso y pues por eso era el miedo que yo tenía...

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH04

P.- ¿Le explicaron para qué servía la prueba del virus del papiloma humano?

R.- No.

P.- ¿Usted qué es lo que sabe o qué ha escuchado?

R.- Pues yo no más he escuchado por la tele que los que están así...que tienen eso... que le sale cáncer si tienen su matriz se les hace cáncer y se mueren.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MENOR GM_VPH09

La mayoría de las mujeres está familiarizada con el Pap y la manera en que se expresan los resultados. Mientras que los resultados de la prueba del VPH son percibidos más graves.

P.- ¿Qué le explicaron de los resultados?

R.- Pues nomás me dijeron que, que tengo infección que, que voy a ir el lunes a hacer otra, otra prueba pues, a ver que.

P.- ¿Usted quedó conforme con esta información?

R.- No, más o menos ya me explicó pues qué es lo que voy a hacer el lunes, pues que el lunes es que voy a ir a hacer otra prueba.

P.- ¿Qué le dijeron que iba a hacer?

R.- Que otro Papanicolaou... que tengo pues infección... pero que no es grave...

P.- ¿Y con esa explicación usted se quedó tranquila?

R.- Pues sí, porque me dijo que no es grave.



P.- *¿Se siente mejor?*

R.- *Sí.*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH07

En la unidad de salud de ambas áreas de estudio se comunican los resultados de las pruebas de detección Pap/VPH sólo cuando es anormal o positivo, respectivamente. El personal de salud se encarga de localizar a las mujeres por todos los medios disponibles. Los resultados negativos generalmente no se entregan o se comunican a la interesada y son archivados en su expediente clínico. Por esto las mujeres asumen que su resultado fue normal o negativo según la prueba. Sin embargo, esto no necesariamente significa que no exista algún problema, ya que en ocasiones los resultados no llegan a la unidad de salud por diversas circunstancias como el extravío de muestras o resultados o porque la muestra no ha sido procesada, entre otras. Haber sido citadas para comunicarles y hacerles entrega de su resultado favoreció la percepción de gravedad del VPH, ya que habitualmente no se les busca para este propósito.

P.- *¿Y por qué con la prueba del Papanicolaou no se preocupaba y con esta prueba del virus del papiloma humano sí se preocupa?*

R.- *Sí porque de, en esa no llegaban los papeles y este porque ya llegó el papel.*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH02

P.- *¿Qué le explicaron de sus resultados?*

R.- *No nos dijo nada... no nos dijo nada.*

P.- *¿Nada más les dio la hoja?*

R.- *Sí, la otra lo dijeron que va a ir en Chilchota el lunes pero a la otra señora.*

P.- *¿Y a usted?*

R.- *Pero a mí no me dijo.*

P.- *¿Y usted hubiera querido que le explicaran algo más?*

R.- *Pues sí.*

P.- *¿Qué quería saber usted?*

R.- *Tú sabes cómo estoy ¿estoy bien?, o cómo, porque no sé leer... ni escribir... pos así pos saber que tengo cáncer o este ¿cómo se llama?, a ver cómo estoy pues.*

P.- *¿Usted quiere decirme algo o me quiere preguntar?*

R.- *Sí, pero así, pues no puedo hablar bien, bien en castellano... pues saber cómo está mi, mi negocio (aparato reproductor) ¿está bien o está mal?...*

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH10

Las mujeres indígenas tuvieron mayores problemas para comprender el significado de los resultados de la prueba del VPH, la mayoría comprende pocas palabras en español y muchas no saben leer ni escribir en ninguna lengua. Estas circunstancias y la información insuficiente sobre el VPH dificultaron la comprensión del significado de las palabras “positivo” o “negativo”, siendo complejo para ellas interpretar sus resultados en estos términos. Para ellas, recibir sus resultados trae consigo la idea de que tienen un problema grave o tienen cáncer.

P.- *¿Qué le dijeron sobre el resultado positivo?*

R.- *... que no está bien su resultado, que podríamos hacer de nuevo... Papanicolaou.*

P.- *¿Para usted qué quiere decir o qué siente que aquí diga positivo o negativo, usted comprende?*



R.- No.

P.- ¿Comprende qué es la palabra positivo y qué es la palabra negativo?

R.- No lo entiendo.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH08

P.- ¿Qué le explicaron sobre su resultado? ¿Qué siente al saber que es negativo?

R.- No más tiene un poquito miedo... si no más eso.

P.- ¿Tiene miedo?

R.- Sí.

P.- ¿De que sea negativo?

R.- Sí.

P.- ¿Por qué?

R.- Porque no sabemos pues yo cómo le hago este, o dónde me mando con este.

P.- ¿Que no hablar español bien le ha causado problemas para preguntar?

R.- No pues, por eso me siento pues así como... quiero saber pues, ¿qué es eso o dónde salió eso?

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH01

La explicación insuficiente sobre el significado del resultado positivo a la prueba del VPH causó confusión entre las mujeres, preguntándose por qué después de este resultado tendrían que realizar el Pap, cuando generalmente la cita para este fin es prolongada. Esta situación las hizo sentirse vulnerables.

P.- ¿Qué le explicaron el día de hoy que vino por sus resultados?

R.- Pus que no nos asuntáramos. Que no era pues cáncer o algo que una cosa grave, pero que teníamos que ir a ver cómo va a salir otra prueba, que vayamos hacer otra vez. Eso es lo único que nos explicó, que esta nos entregó el papel.

P.- ¿Le hubiera gustado que le explicaran algo más?

R.- Sí, para saber por qué o por qué nos mandaron a hacer otra vez. Porque cada tres años hacemos el Papanicolaou... que me dijeran qué es eso, alguna infección o por qué vamos a hacer otra vez.

USUARIA_RESULTADO_MPIO MAYOR GM_VPH04

Discusión

Conocimiento, información y consejería sobre el papiloma virus y la prueba del VPH

Las mujeres michoacanas tienen escaso conocimiento sobre el VPH y la etiología del CaCu. En otras investigaciones se reportan hallazgos semejantes sobre el bajo nivel de conocimiento: Brasil (de Sousa *et al*, 2008) estudió mujeres positivas al VPH³³ y Reino Unido (Waller *et al*, 2005), mujeres universitarias.⁷¹ La mayoría de las mujeres del presente estudio desconocían la existencia de la prueba del VPH y su contribución en la prevención del CaCu; pocas mujeres recibieron información del médico tratante o enfermera. Situación semejante a otros estudios: Singapur (Seow *et al*, 1995), bajo porcentaje de información recibida por personal de salud;⁷² Irán (Keshavarz *et al*, 2011), bajo conocimiento de pruebas diagnósticas.³⁴

La evidencia ha demostrado el impacto psicológico y social que pueden sufrir las mujeres al enterarse de la naturaleza sexual del VPH y la etiología del cáncer, experimentando efectos



emocionales como ansiedad, miedo, incertidumbre o enojo.^{26-32,73} Los hallazgos de este estudio señalan que tales efectos pueden agudizarse cuando la información y consejería es limitada u omitida durante el tamizaje, principalmente cuando las mujeres reciben sus resultados. La debilidad de las acciones que debieran acompañar la introducción de esta innovación para la prevención secundaria del CaCu favoreció por un lado la producción y persistencia de creencias erróneas; por el otro, el estigma, los mitos y tabúes sobre el VPH y las personas que lo contraen, factores que influyeron directamente en las percepciones individuales y colectivas sobre el virus, el CaCu y las pruebas de detección. Estudios con hallazgos semejantes: Reino Unido (Waller *et al*, 2007), asociación entre la conciencia sobre el VPH como ITS y mayores niveles de estigma;⁷⁴ Estados Unidos (Kahn *et al*, 2007), mujeres con alguna ITS experimentan estigma y son señaladas por la pareja como promiscuas.⁷⁵

Perspectiva teórica MCS y TAR

Los constructos del MCS y la TAR ayudan a explicar la participación de las mujeres en el PDOC y comprender sus percepciones sobre el CaCu, el VPH y las pruebas de tamizaje. Varias investigaciones han utilizado con éxito modelos teóricos para estudiar el comportamiento y creencias de detección alrededor del CaCu, principalmente sobre el Pap: Estados Unidos (Burak *et al*, 1997; Lee, 2000); Kenia (Ngugi *et al*, 2012), entre otras.^{38,76,77} Menor número ha utilizado modelos para explorar el comportamiento alrededor de las innovaciones para la prevención secundaria del CaCu a través de la prueba del VPH:^{33,35-37} Estados Unidos (Brewer *et al*, 2007; Roberto *et al*, 2011), Brasil (de Sousa *et al*, 2008), Canadá (Barata *et al*, 2008). El MCS y la TAR exponen la manera en la cual se construye el pensamiento y cómo se transforma en una acción o comportamiento.

De acuerdo con la perspectiva del MCS, la mayor percepción de susceptibilidad y amenaza del CaCu motiva a realizar la prueba del VPH favoreciendo la conducta de protección hacia este cáncer. No obstante, realizar la prueba del VPH es actualmente el seguimiento de directrices operativas más que una acción consciente de las mujeres, limitando la explicación sobre las razones que la llevaron a tomar la decisión de hacer esta nueva prueba y cómo fueron sus experiencias. Sin embargo, pudo analizarse qué hay detrás de sus percepciones, específicamente los elementos que las condicionan y que determinan la intención, la actitud y la conducta. Percibirse vulnerable al CaCu/VPH no significa necesariamente que la mujer aprecie la gravedad



del CaCu o el riesgo de la infección por VPH y viceversa; por lo que cada elemento fue estudiado por separado y posteriormente articulado para explicar el comportamiento de manera integral.

Influencia de la norma social y el género en las creencias sobre el VPH

Las mujeres creen que realizar las pruebas de detección puede prevenir el CaCu, apreciación que favorece positivamente el comportamiento preventivo y habla de su percepción de amenaza del cáncer. Estos hallazgos son contrarios a los resultados de Keshavarz (2011) y Seow (1995), los cuales señalan baja percepción de susceptibilidad al CaCu.^{34,72} Sin embargo, las mujeres de este estudio se perciben susceptibles al CaCu y al VPH por ideas mayormente equivocadas. Estas ideas individuales y colectivas se han establecido como verdades en su contexto, consolidadas como creencias, situación que se ha favorecido por la insuficiente información basada en evidencia que debiera acompañar la parte práctica, así como el bajo conocimiento sobre el VPH, imprecisiones sobre el Pap, el CaCu o la detección.

Las creencias normativas y del comportamiento alrededor del VPH están fuertemente influenciadas por el estigma, mitos o tabúes sobre las ITS y el VPH, contribuyendo en la construcción y permanencia de ideas. Hallazgos que coinciden con las investigaciones en:^{32,74,75} Reino Unido (Waller *et al*, 2007), Estados Unidos (Kahn *et al*, 2007) y Australia (Newton *et al*, 2008). Las creencias se han alimentado de ideas emergidas de las normas sociales, aspectos culturales o cuestiones de género, elementos de gran relevancia por su fuerte influencia en las percepciones de las mujeres, en la norma subjetiva, en la actitud y alrededor de la prueba del VPH. Para las mujeres es importante lo que piensan los demás sobre el VPH, las pruebas de detección o el CaCu, así como lo que piensan los demás sobre ella y su conducta (norma subjetiva). Las ideas que ellas tienen sobre la opinión de otros (creencias subjetivas) son principalmente creencias que la estigmatizan dentro de su contexto si ella realiza la prueba del VPH o si tuviera una ITS. La prueba del VPH vista desde el estigma expondría a las mujeres al juicio de los demás, dando lugar a sospechas sobre su comportamiento sexual. Las normas sociales, las reglas a las que debe ajustarse estuvieron vinculadas con el matrimonio y la vida en pareja, de la mano con las construcciones sociales sobre el deber ser o lo que se espera de ella como mujer, esposa y madre. La división del trabajo, el cuidado de los hijos, la atención de su esposo y las tareas del hogar fueron elementos por los cuales algunas mujeres no asisten a realizar las pruebas de detección; el cuidado de su cuerpo y salud es postergado, dando prioridad



a la salud de los hijos. El comportamiento sexual se vinculó con la transmisión del VPH. En este sentido, en los hombres no se señaló la edad o estado civil en el cual “debe” social y culturalmente dar inicio de su vida sexual; no recibe nombres peyorativos por tener varias parejas o tener relaciones sexuales con sexoservidoras. Mientras que la norma social para las mujeres indica el inicio de la vida sexual hasta el matrimonio, no se conciben las relaciones sexuales con otro hombre que no sea la pareja; si éste es el caso, la mujer recibe nombres despectivos alusivos al sexo servicio con la sola sospecha de un comportamiento “inadecuado” para su género. Sobre la norma subjetiva enfocada a lo que la propia mujer piensa de sus pares en relación a la prueba del VPH, las percepciones son que las mujeres casadas o las que tienen una pareja formal son las que pueden tener vida sexual. Las mujeres solteras, viudas, divorciadas, separadas no “deben” tenerlas y no requieren de las pruebas de detección. En escenarios dominados por el estigma la actitud hacia la prueba del VPH, incluso el Pap, es negativa con efectos desfavorables sobre el comportamiento. Asimismo, el abordaje del VPH y el CaCu en un enfoque de género subraya la importancia de incluir a los hombres y mujeres jóvenes y adultos en los programas de educación e intervenciones. Uno de los propósitos es disminuir el estigma entre hombres y mujeres e incrementar su conocimiento. Las mujeres se sienten constantemente en riesgo de contraer ITS o VPH. Hallazgos semejantes se reportan en otros estudios: Australia (McCaffery *et al*, 2006) discute las normas sociales y culturales sobre las prácticas sexuales;²⁸ Malasia (Wong *et al*, 2008) señala los efectos de las creencias culturales y normas en las actitudes hacia el CaCu y la participación en la detección oportuna.⁷⁸

Actitud hacia la detección y la prueba del VPH

En su totalidad las mujeres muestran una actitud positiva hacia la prevención y las pruebas de detección, perciben oportunidad de tratamiento y posibilidad de prolongar la vida. La actitud hacia la prueba del VPH no es definida. Lo limitado de la información y el estigma conducen a una actitud negativa hacia la prueba del VPH. La preocupación frecuente por el futuro de los hijos, en cuanto a su cuidado y atención si la mujer fallece, se vincula con actitudes positivas hacia el tamizaje, incluyendo la prueba del VPH aunque no se conozca su utilidad, se sabe que previene “algo”; el papel de género, el empoderamiento de la mujer sobre la prevención podrían rebasar el estigma. No se debe perder de vista que la mayor parte de las usuarias no tiene pleno conocimiento sobre la naturaleza sexual del virus.



La evidencia sugiere brindar información que favorezca el incremento del nivel de conocimiento sobre el virus y el CaCu, contar con consejería y educación. Hallazgos semejantes a los de otras investigaciones: Canadá (Brown *et al*, 2007) indica que no hubo rechazo a la prueba del VPH brindando educación para la salud;⁷⁹ China (Kwan *et al*, 2012) señala que más conocimiento sobre la infección por VPH conduce a actitudes menos estigmatizantes.⁸⁰

Este estudio revela que la decisión de realizar la prueba debe ser consensuada por las mujeres. Un estudio del Reino Unido (McCaffery *et al*, 2003) discute la aceptación de las mujeres a la posible introducción de la prueba del VPH. Sin embargo, no eran plenamente conscientes de la naturaleza de transmisión sexual del CaCu, considerando los efectos emocionales y el estigma sobre el VPH como una ITS.⁸¹

Influencia del elemento cognitivo en la adopción de la prueba del VPH

El elemento cognitivo, considerado por el MCS, es fundamental en el proceso mental que lleva a las mujeres a realizar la prueba del VPH de manera voluntaria. Los hallazgos demuestran que la información basada en evidencia sobre el VPH y la asociación causal con el CaCu fue fundamental en la construcción de las percepciones. Esta información resulta necesaria, aunque no suficiente para llevar a cabo la prueba del VPH. Sin embargo se reafirma como uno de los principales componentes que actúan sobre el comportamiento.⁴³ En este estudio se identificaron vacíos de conocimiento sobre el VPH y el CaCu en la mayoría de las mujeres, no se encontraron diferencias por el grado de marginación del municipio de residencia, años de escuela o entre mujeres indígenas y no indígenas. No se observaron diferencias relevantes entre beneficiarias y no beneficiarias del programa Oportunidades; sin embargo, se esperaba encontrar algunas divergencias dado que esta población tiene más contacto con los servicios de salud. Asisten mensualmente a una plática de educación para la salud donde abordan diversos temas, entre ellos, la prevención del CaCu; no obstante, las mujeres beneficiarias del programa Oportunidades tuvieron las mismas dudas e imprecisiones sobre el uso del Pap y la prueba del VPH que el resto de las mujeres. La diferencia entre estos grupos fue la frecuencia con que realizan las pruebas de detección, considerando que para las beneficiarias es un requisito del propio programa. Se detectaron diferencias sutiles sobre conocimiento del VPH y el CaCu entre las usuarias con experiencias propias o de pares, surgidas al enfrentar un resultado de Pap anormal, realizar estudios de colposcopia o experiencias en clínicas de displasias. Tal vez las mujeres son



asesoradas en la parte curativa o de tratamiento, más que en la etapa preventiva. El acompañamiento de los profesionales de la salud fue mayor, según las mujeres, cuando “algo sale mal”. Esto puede deberse a la percepción de los profesionales de la salud sobre el riesgo de morir en estas etapas, la posibilidad del progreso de lesiones que comprometan la vida de las mujeres y el interés de seguir las acciones que eviten la muerte de manera puntual.

Susceptibilidad

Las percepciones sobre las causas del CaCu fueron diversas. Esta heterogeneidad se relaciona con el bajo conocimiento y la insuficiente información basada en evidencia, la fuerte influencia de las creencias personales y colectivas, el estigma, los mitos y los tabúes. Hallazgos semejantes se reportan en otras investigaciones:^{38,82,83} Kenia (Ngugi *et al*, 2012), Estados Unidos (Daley *et al*, 2008) y Dinamarca (Mortensen *et al*, 2010).

Las causas comúnmente mencionadas para el desarrollo de CaCu fueron signos y síntomas visibles, que desde la percepción de las usuarias también son multicausales. Esta percepción de amenaza favorece la demanda y apego a las pruebas de tamizaje; sin embargo, es una percepción del riesgo desproporcionada; lo que significa que las mujeres se sientan vulnerables al cáncer por causas equívocas, generando efectos emocionales innecesarios. Pocas usuarias percibieron susceptibilidad al CaCu por aspectos sexuales, sin embargo sí los relacionaron con el VPH. La mayoría de las mujeres no tuvo información precisa sobre el VPH pero intuyeron un vínculo con el comportamiento sexual. Otros estudios han reportado hallazgos similares:^{26,28,73} Estados Unidos (Anhang *et al*, 2004), Reino Unido (McCaffery *et al*, 2006; Goldsmith *et al*, 2007). Muchas mujeres relacionan el VPH con el comportamiento sexual de su pareja, perciben que la infidelidad es innata en los hombres, lo que las hace sentir vulnerables por la convivencia con la pareja masculina. La respuesta a esta amenaza puede ser realizar las pruebas de detección frecuentemente. La infidelidad asociada al VPH ha sido un tema relevante para las mujeres y ampliamente discutido en diversas investigaciones:^{81,84,85} Reino Unido (McCaffery *et al*, 2003); Brasil (Ferreira *et al*, 2005); Bélgica (Verhoeven *et al*, 2010).

Las usuarias percibieron vulnerables al VPH a las mujeres con varias parejas sexuales (norma subjetiva), papel que estimaron únicamente en sexoservidoras, y son quienes necesitan realizar la prueba; las mujeres casadas, amas de casa o madres de familia no mantienen relaciones sexuales con otros hombres diferentes a su pareja. Esta percepción puede desmotivar a las mujeres a



realizar la prueba del VPH por temor a ser señalada, juzgada o comparada con una sexoservidora, además de generar tensión entre la pareja. A diferencia de la susceptibilidad percibida al CaCu, la percepción hacia el VPH fue etiquetada para “ciertas” mujeres, lo que podría disminuir la percepción de vulnerabilidad en muchas mujeres ya que no se identifican con figuras como sexoservidoras, promiscuas e infieles. Aun cuando una mujer reconozca y sea consciente de la severidad de la infección por VPH podría no considerarse vulnerable al contagio por los prototipos establecidos.

Varias mujeres mostraron especial interés en la prueba del VPH, con el objetivo de saber si su pareja es infiel más que por la infección que puede causar el virus. Hallazgo semejante al estudio realizado en Estados Unidos (Kahn *et al*, 2005) donde se discute la relación entre las suposiciones de infidelidad de la pareja y el VPH.⁸⁶

Se identificaron diferencias de susceptibilidad percibida según el lugar de residencia. En su mayoría, las mujeres de Morelia atribuyeron al hombre la transmisión del VPH principalmente por sus hábitos de higiene y la infidelidad inherente a su género. A raíz de esta construcción social perciben que las mujeres casadas están más expuestas al VPH porque tienen relaciones sexuales con el esposo. La mujer no figuró como posible transmisora del VPH a menos que fuera sexoservidora o promiscua. Hallazgos similares fueron discutidos por de Sousa y colaboradores (Brasil, 2008). Bajo estas apreciaciones sólo algunas mujeres percibirían amenaza del VPH, con pocas posibilidades de realizar la prueba, el estigma llevaría a evitarla.

En Chilchota existen percepciones antagónicas sobre la transmisión del VPH. Por un lado se cree que sólo el hombre transmite el virus, y por el otro algunas apreciaciones señalan la posibilidad de que la mujer, sin ser necesariamente sexoservidora, puede transmitirlo a su pareja. Por el contrario, en el municipio con mayor grado de marginación y población mayormente indígena, las ideas sobre el VPH fueron más abiertas aunque no necesariamente menos estigmatizantes.

Severidad

Las mujeres perciben el cáncer en general y, específicamente el CaCu, como una enfermedad grave, mortal y dolorosa. Las consecuencias del VPH no fueron percibidas propiamente como infección, las mujeres lo identifican más como un agente capaz de causar una enfermedad mortal y grave. Al ignorar qué es el VPH, la severidad de la infección se comparó con referentes como el SIDA, principalmente por su transmisión. Ngugi (2012) y de Sousa (2008) han discutido



hallazgos semejantes.^{33,38} La gravedad del VPH también se estimó por las consecuencias en la relación de pareja, al concebir que contraer el virus es equivalente a infidelidad y promiscuidad. Las mujeres no percibieron la gravedad de la infección persistente por VPH porque eventualmente puede causar CaCu, atribuido al bajo conocimiento e insuficiente información.

Limitaciones

- i.* Las preguntas realizadas durante la entrevista probablemente despertaron sentimientos o emociones negativas en las mujeres, considerando que algunas de ellas no habían escuchado hablar sobre el VPH antes del estudio. El desarrollo de la entrevista también pudo provocar inquietudes y preguntas que no necesariamente existían antes del estudio.
- ii.* No hay triangulación de fuentes de datos para este análisis; es decir, para el presente documento se analizaron los datos de un solo tipo de entrevistadas (mujeres que recibieron el resultado de una prueba del VPH).
- iii.* Todas las entrevistas fueron realizadas en español (24), lo que probablemente limitó que las mujeres del área de mayor marginación, principalmente indígenas (11 de 12 mujeres), pudieran compartir todo lo que saben sobre el VPH y la prueba, en este mismo idioma. La respuesta “no sé” por parte de las mujeres indígenas e incluso del resto de las mujeres, puede ser una manera de evitar contestar una pregunta incómoda o de terminar la entrevista por esta misma razón, lo cual puede ser entendido en ocasiones como falta de conocimiento sobre el tema, cuando en realidad es una manera de evitar discutirlo por incomodidad. Puede haber la posibilidad que las mujeres indígenas se rehusaran a dar sus respuestas en español, ya que la entrevista no se realizó en su lengua.
- iv.* El estudio tiene limitaciones para la transferibilidad de los resultados, dado que el 100% de las entrevistadas (incluyendo el grupo de análisis, mujeres con resultado de la prueba del VPH) había tenido cuando menos una prueba de Pap en su vida. En población abierta a nivel nacional, en el año 2003 (último dato disponible) se estimó que el 72.4% de las mujeres habían tenido al menos una prueba de Pap en su vida.¹⁰ El 78% de las mujeres entrevistadas realizó al menos una prueba del VPH, en población general no se tienen aun datos oficiales con los cuales comparar; sin embargo, el tener una prueba del VPH fue un criterio de inclusión de la muestra del presente estudio.



v. El 68% de las mujeres entrevistadas tuvieron 6 años de escuela o menos (Figura III), comparado con el promedio estatal y nacional estimando para el período 2010 en 7.4 y 8.6 años respectivamente en población de 15 años y más.⁶⁰

Conclusiones

Existe un temor desproporcionado al CaCu y se le ha asignado una gran carga negativa al VPH a causa de insuficiente información basada en evidencia y mayor dominio del estigma. Las percepciones sobre la susceptibilidad y severidad están basadas principalmente, en ideas equivocadas e imprecisas sobre el CaCu y la infección por VPH; favorecidas por la insuficiente información y consejería sobre el VPH basada en evidencia, escaso conocimiento de las mujeres sobre el tema y el dominio del estigma. Considerando que actualmente la prueba se realiza sin pleno conocimiento sobre la naturaleza sexual del VPH y su relación con el CaCu, el reto actual es que las mujeres realicen la prueba del VPH de manera voluntaria, consensuada, rebasando el estigma, normas sociales o cuestiones de género que puedan obstaculizar su uso. De otra manera, la conducta está siendo inducida u obligada, dejando de lado aspectos éticos y la autonomía de las mujeres; además de correr el riesgo de perder su seguimiento y participación en el tamizaje. Los factores que pueden modificarse a corto plazo son principalmente institucionales y organizacionales.

Las acciones de educación para la salud y consejería deben fortalecerse con el fin de modificar las creencias erróneas sobre el VPH y el CaCu. Promover el diseño de lineamientos de consejería basados en evidencia científica. Acciones que logren evitar que la prueba sea estigmatizada y aseguren el beneficio integral de las innovaciones, sin comprometer la estabilidad emocional de la mujer que pueda afectar su calidad de vida, sin alterar sus relaciones de pareja y familia y respetando su autonomía. Las acciones deben dirigirse en lo inmediato a la población diana, sin embargo deberá considerarse la población adolescente, adultos jóvenes, hombres y mujeres, que en un futuro serán usuarias, parejas y actores en la prevención del CaCu. Las estrategias deben abordar las necesidades de asesoramiento y acompañamiento de las mujeres en condiciones mayormente complejas, las más vulnerables como es el caso de las mujeres indígenas, mujeres en condiciones de pobreza y marginación, adaptando las estrategias a su contexto social y cultural. Donde además se identificó el mayor número de mujeres infectadas con VPH, en riesgo de desarrollar lesiones precursoras de cáncer y con mayor riesgo de morir por esta causa.



FIGURA I
Modelo de Creencias en Salud combinado con la Teoría de la Acción Razonada,
enfocado al uso de la prueba del VPH, Michoacán, México 2011

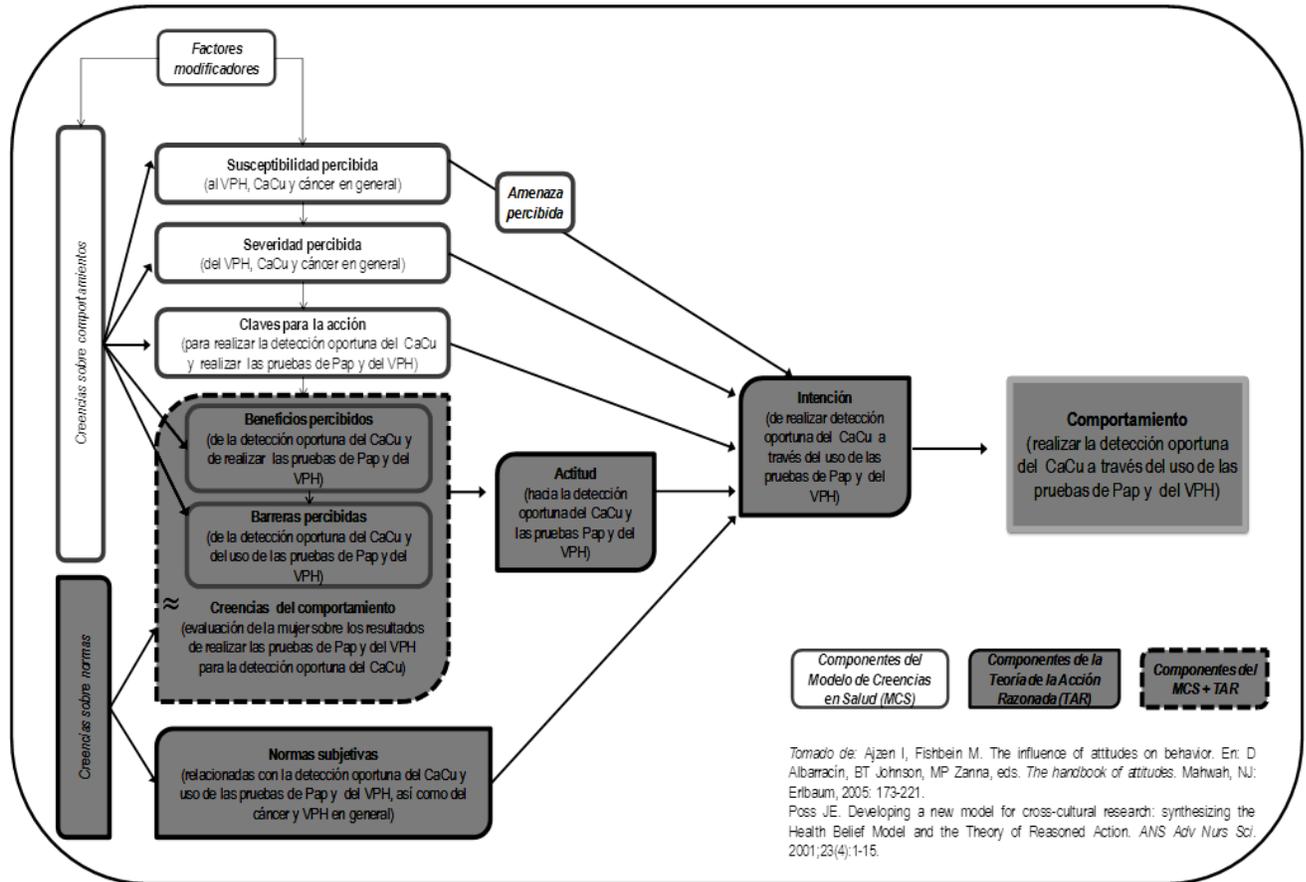


FIGURA II
Población de estudio, Michoacán, México 2011

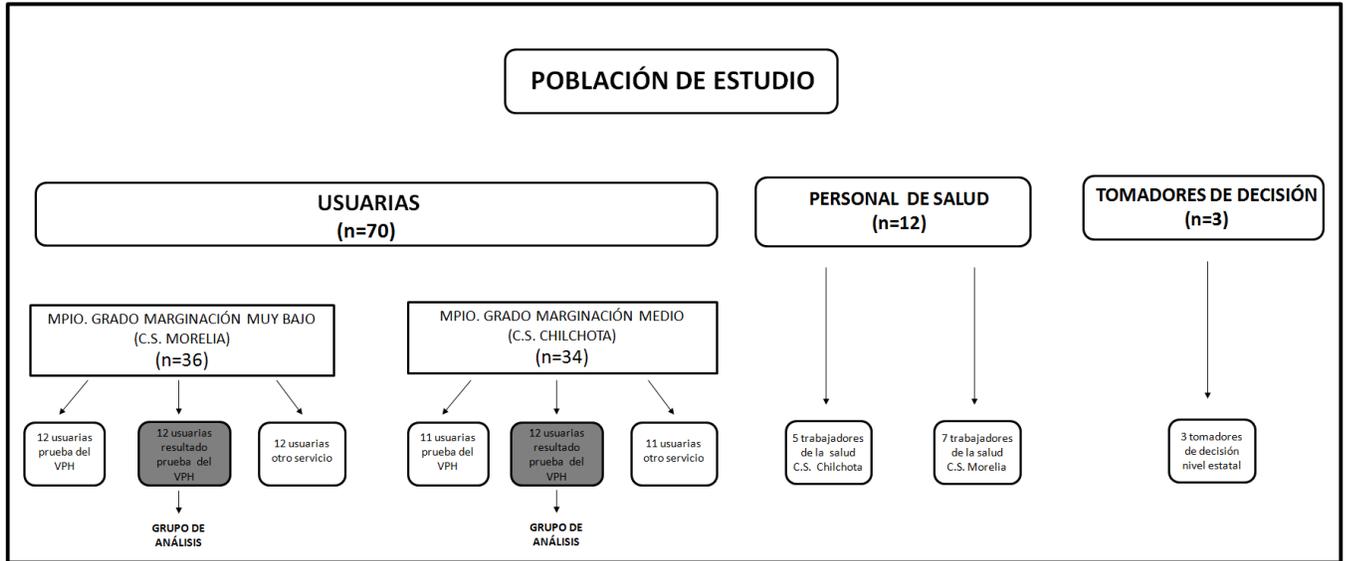


FIGURA III
Perfil de las mujeres entrevistadas. Michoacán, México 2011

Característica		No. de usuarias	(%)	No. de usuarias Mpio. GM muy bajo	(%)	No. de usuarias Mpio. GM medio	(%)
Mujeres entrevistadas por Municipio	Grado Marginación (GM) muy bajo (Morelia)	70	100.0	36	51.4	34	48.6
	Grado de Marginación (GM) medio (Chilchota)						
Tipo de informante	Usuarías con toma de muestra para prueba del VPH	23	32.9	12	17.1	11	15.7
	Usuarías con resultado de prueba del VPH	24	34.3	12	17.1	12	17.1
	Usuarías que demandan otro servicio diferente a la prueba del VPH	23	32.9	12	17.1	11	15.7
<i>Datos sociodemográficos</i>							
Edad	30 a 35	10	14.3	4	5.7	6	8.6
	36 a 40	25	35.7	14	20.0	11	15.7
	41 a 45	15	21.4	8	11.4	7	10.0
	≥ 46	20	28.6	10	14.3	10	14.3
Años de escuela	Ninguno	4	5.7	3	4.3	1	1.4
	< 6	17	24.3	9	12.9	8	11.4
	6	27	38.6	15	21.4	12	17.1
	≥ 7	22	31.4	9	12.9	13	18.6
Estatus conyugal	Soltera/madre soltera/separada/viuda	14	20.0	7	10.0	7	10.0
	Casada/unión libre	56	80.0	29	41.4	27	38.6
Ocupación	Actividades del hogar	44	62.9	26	37.1	18	25.7
	Empleo en sector informal	15	21.4	7	10.0	8	11.4
	Empleo en sector formal	3	4.3	0	0.0	3	4.3
	Servicios de salud sector público	3	4.3	0	0.0	3	4.3
	Servicios de educación sector público	2	2.9	0	0.0	2	2.9
	Sin especificar	3	4.3	3	4.3	0	0.0
Programa social Oportunidades	Si	52	74.3	31	44.3	21	30.0
	No	18	25.7	5	7.1	13	18.6
Habla lengua indígena	Si	15	21.4	0	0.0	15	21.4
	No	55	78.6	36	51.4	19	27.1
<i>Información de salud</i>							
Embarazos	Si	68	97.1	36	51.4	32	45.7
	No	2	2.9	0	0.0	2	2.9
Número de hijos nacidos vivos^a	1 a 3	25	35.7	14	20.0	11	15.7
	4 a 6	35	50.0	18	25.7	17	24.3
	≥ 7	8	11.4	4	5.7	4	5.7
Derechohabencia	Ninguna	1	1.4	0	0.0	1	1.4
	Oportunidades	31	44.3	23	32.9	8	11.4
	Seguro popular	7	10.0	3	4.3	4	5.7
	Oportunidades/Seguro Popular	19	27.1	7	10.0	12	17.1
	Otros (IMSS/ISSSTE)	8	11.4	2	2.9	6	8.6
	Oportunidades/Otros	1	1.4	1	1.4	0	0.0
	Oportunidades/Seguro Popular/Otros	1	1.4	0	0.0	1	1.4
	Seguro Popular/Otros	2	2.9	0	0.0	2	2.9
<i>Antecedentes pruebas de detección</i>							
Número pruebas de Pap en la vida	Ninguna	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Una	15	21.4	13	18.6	2	2.9
	De 2 a 4	22	31.4	10	14.3	12	17.1
	De 5 a 7	7	10.0	1	1.4	6	8.6
	8 o más	8	11.4	1	1.4	7	10.0
	No recuerda el número	18	25.7	11	15.7	7	10.0
Tiempo última prueba de Pap	1 año o menos	39	55.7	14	20.0	25	35.7
	2 años	14	20.0	8	11.4	6	8.6
	3 años o más	17	24.3	14	20.0	3	4.3
Número pruebas del VPH	Nunca	15	21.4	8	11.4	7	10.0
	Una ^b	52	74.3	27	38.6	25	35.7
	2 o más	3	4.3	1	1.4	2	2.9
Resultado prueba del VPH^c	Positivos	6	8.6	0	0.0	6	8.6
	Negativos	18	25.7	12	17.1	6	8.6

^a La diferencia con el total de observaciones (70) son las mujeres que no habían tenido embarazos.

^b Se rectificó en la Unidad de Salud la información de 12 mujeres que reportaron NUNCA haberse realizado la prueba del VPH, reclassificando cómo UNA prueba.

^c Se consideró únicamente el grupo de mujeres con resultado de la prueba del VPH (24) al momento del estudio.



Datos sociodemográficos del estado de Michoacán, México 2000, 2005, 2010

Ubicación geográfica^a		Centro oeste de México			
Población	Total		4,351,037		
	Hombres		2,102,109		
	Mujeres		2,248,928		
	Estimación mujeres 35 años o más		808,702		
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por número de habitantes	9º				
Grado de marginación de la entidad	Alto				
Lugar que ocupa en el contexto nacional de acuerdo al grado de marginación (1 de 32)	8º				
Número total de municipios	113				
Municipios por grado de marginación					
Muy alto	9				
Alto	8				
Medio	75				
Bajo	17				
Muy bajo	4				
Población indígena^b					
Pueblos indígenas	Mazahua, otomí y purépecha				
Lenguas indígenas predominantes	Purépecha o Taráscos y Náhuatl				
Población según condición de autoadscripción étnica y de habla indígena 2010 ^a	Población de 3 años y más	% se considera indígena	% no se considera indígena	No especificado	
Población ≥ 3 años	4,092,041	14.59	84.85	0.56	
Habla lengua indígena	133,677	96.10	3.11	0.79	
Movimiento migratorio 2005-2010^a					
Población migrante internacional					
Total	85,175				
Hombres	65,207	76.56%			
Mujeres	19,968	23.44%			
Principal destino para ambos sexos	Estados Unidos de América	98.15%			
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por población migrante 2005-2010	4º				
Indicadores sociodemográficos 2010^c					
% de población de 15 años y más analfabeta		2000	2005	2010	
Michoacán		13.9%		10.3%	
% de población indígena analfabeta de 15 a 64 años ^b		23.6%	20.3%	ND	
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por % de analfabetismo	7º				
% de población de 15 años y más sin primaria completa					
Michoacán		40.2%		29.2%	
Lugar nacional (1 de 32) que ocupa la entidad por % de población sin primaria completa	4º				

^a Fuente. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censos de Población y Vivienda, 2010.

^b Fuente. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Indicadores sociodemográficos de la población indígena, 2000-2005. Septiembre 2006.

^c Fuente. Consejo Nacional de Población (CONAPO).

* Se tomaron datos del último año disponible.



TABLA I
Estructura de las guías de entrevista

INSTRUMENTO: GUÍA PARA USUARIAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD	TEMA SECCIÓN I	TEMA SECCIÓN II	TEMA SECCIÓN III	TEMA SECCIÓN IV	TEMA SECCIÓN V	TEMA SECCIÓN VI	TEMA SECCIÓN VII
Total de secciones: 4 Total de preguntas: 46	<i>Antecedentes de la cita para toma de muestra prueba del VPH</i> Antecedentes de la cita y la prueba del VPH	<i>Experiencias durante la cita para toma de muestra prueba del VPH</i> Experiencias y percepciones de realizar la prueba del VPH, sentimientos durante la toma de muestra e información recibida.	<i>Comparación de las pruebas VPH/Pap</i> Percepción, similitudes y diferencias Pap/VPH, preferencia y experiencias con las pruebas, y percepciones sobre las mujeres que las necesitan.	<i>Experiencias previas y barreras a la detección oportuna del CaCu</i> Antecedentes de la detección y barreras para realizar las pruebas, cómo motivar a otras mujeres, percepción sobre la influencia de la pareja y otras figuras clave, preferencias para recibir información y temas de capacitación del personal de salud.			
<i>Usuaris del DOC con resultado de la prueba del VPH</i> Total de secciones: 4 Total de preguntas: 48	<i>Antecedentes de la cita para la toma de muestra</i> Antecedentes de la cita y la prueba del VPH, tiempo de entrega de resultados y experiencias durante la espera.	<i>Experiencias durante la cita para entrega de resultado</i> Antecedentes y experiencias durante la cita, explicación recibida sobre resultados, dudas, trato recibido, qué le gusto y disgusto de su cita.	<i>Comparación de las pruebas VPH/Pap</i> Contenido igual al grupo anterior, sección III.	<i>Experiencias previas y barreras a la detección oportuna del CaCu</i> Contenido igual al grupo anterior, sección IV.			
<i>Usuaris de la unidad de salud que solicitaron un servicio diferente al DOC</i> Total de secciones: 5 Total de preguntas: 35	<i>Razones de asistencia en el centro de salud</i> Antecedentes sobre la visita al centro de salud, experiencias y percepciones sobre la atención.	<i>Antecedentes prueba de Pap</i> Antecedentes de la prueba, cómo se enteró que existía el Pap, por qué decidió hacerla y cómo consiguió su cita.	<i>Experiencias durante la cita para hacer el Pap</i> Frecuencia y antecedentes del Pap, consejería recibida, dudas, trato recibido, intención de continuar haciendo Pap.	<i>Antecedentes sobre la prueba del VPH</i> Percepciones del VPH y la prueba, preferencias Pap/VPH y para recibir información.	<i>Experiencias previas y barreras a la detección oportuna del CaCu</i> Invitación para realizar la prueba del VPH, importancia Pap/VPH, motivos de sus pares para no acudir al tamizaje, recomendación para invitarlas y capacitación personal de salud.		
<i>Profesionales de la salud y tomadores de decisión vinculados con el DOC</i> Total de secciones: 7 Total de preguntas: 55	<i>Experiencias en el programa de DOC</i> Experiencia personal en el DOC, problemas y retos.	<i>Experiencias de tamizaje prueba de Pap y del VPH</i> Percepción sobre importancia de las pruebas de detección, información que se brinda, influencia de pareja y otras personas en la detección, manera de invitar al tamizaje, ventajas desventajas Pap/VPH, problemas operativos, lineamientos actuales y experiencia con mujeres indígenas.	<i>Percepción sobre el CaCu</i> Percepción del impacto de la detección del CaCu en la mortalidad, cómo aborda el tema del CaCu, el VPH y la detección con las mujeres.	<i>Capacitación recibida sobre el VPH</i> Adiestramiento recibido sobre la prueba del VPH, frecuencia y contenidos.	<i>Las necesidades de información sobre el VPH y preferencias</i> Consejería durante la invitación y entrega de resultados prueba del VPH, información y problemas que identifica alrededor del VPH, preguntas más frecuentes, percepción sobre información y toma de decisiones, quien debe informar y con qué herramientas.	<i>Percepción sobre el papel de los profesionales de la salud y el CaCu</i> Percepción y experiencias de la relación profesional medico-paciente, percepción sobre barreras, facilitadores y quien debería brindar consejería, consejería actual.	<i>Percepción y actitudes</i> Significado de un resultado normal/anormal en Pap y positivo/negativo en la prueba del VPH y cómo explica a las mujeres, ideas de las mujeres cuando escuchan CaCu y VPH, impacto de las mujeres al saber sobre el VPH, experiencias con mujeres positivas a la prueba del VPH.



TABLA II
Lista de códigos

CÓDIGOS USUARIAS		CÓDIGOS PERSONAL DE SALUD						
I. Concepciones y percepciones sobre el VPH, CaCu, Pap	II. Concepciones y percepciones sobre la prueba del VPH	III. Percepciones de la consejería que acompaña la prueba del VPH y las necesidades de información	IV. Códigos <i>in vivo</i>	I. Percepciones sobre lineamientos de implementación de la prueba del VPH dentro de la DOC	II. Descripción de la implementación (en la práctica) de la prueba del VPH dentro de la DOC	III. Descripción de la consejería que se realiza (en la práctica) al proporcionar la prueba del VPH dentro de la DOC	IV. Barreras o problemas para la implementación de la prueba del VPH dentro de la DOC	V. Barreras para llevar a cabo la consejería que acompaña la prueba del VPH
1.1 Concepciones y percepciones sobre el VPH	2.1 Susceptibilidad percibida del VPH/CaCu	3.1 Consejería recibida en la unidad sobre el VPH/prueba del VPH/CaCu	4.1 Percepción y descripción de diferencias entre la prueba de Pap y del VPH	Percepción sobre introducción de la prueba de VPH, utilidad, indicaciones recibidas	Implementación y uso de la prueba del VPH en el programa de DOC en Michoacán	Contenidos y maneras de impartir	Problemas para el uso de la prueba del VPH	Las limitaciones o problemas que identifica para brindar consejería
1.2 Concepciones y percepciones sobre cáncer, CaCu, Pap	2.2 Severidad percibida de enfermarse de VPH/CaCu	3.2 Información sobre el VPH/prueba del VPH/CaCu que hubiera deseado saber o preguntar	4.2 Percepciones y experiencias de auto toma de la prueba del VPH					
	2.3 Beneficios percibidos sobre la prueba del VPH/prueba de Pap	3.3 Medios de comunicación deseados para recibir información sobre VPH/CaCu	4.3 Comparación auto toma del VPH con prueba de Pap					
	2.4 Barreras percibidas para realizar la prueba del VPH o Pap	3.4 Tratamiento recibido y deseado durante la consejería	4.4 Percepción sobre necesidades de capacitación de los profesionales de la salud					
	2.5 Claves para la acción de realizar la prueba del VPH/Pap o disparadores	3.5 Impacto psicosocial de la prueba del VPH	4.5 Temas relacionados con su salud reproductiva					
	2.6 Norma subjetiva hacia la prueba del VPH/Pap		4.6 Lineamientos del programa					
			4.7 Requisitos para realizar la prueba del VPH					



Referencias

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Globocan 2008 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Lyon France: IARC, 2010. [consultado 2011 diciembre]. Disponible en:
<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=484>
<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
2. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No 6, 2002.
3. 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. Gaceta Médica de México 2006; 142(2):43-49.
4. Palacio Mejía LS, Rangel Gómez G, Hernández 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(3): 315-325.
5. Palacio Mejía LS, Lazcano Ponce E, Allen Leigh B, Hernández Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Publica Mex 2009; 51(2): 208-219.
6. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. Salud Publica Mex 2003;45(3):306-314.
7. Denny L. The prevention of cervical cancer in developing countries. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 112: 1204–1212.
8. Summary chapter: IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, editors. Screening for Cancer of the Uterine Cervix. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1986:133–142.
9. 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 1999; 30(3):240–250.
10. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejia L, Allen-Leigh B, Yunes-Diaz E, Alonso P, Schiavon R, et al. 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).
11. Lazcano-Ponce E. Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. Salud Publica de México 2007;49:32-34.
12. Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B. Innovation in Cervical Cancer Prevention and Control in Mexico. Review Article Archives of Medical Research 2009.
13. Schiffman M, Herrero R, Desalle R, Hildesheim A, Wacholder S, Rodriguez AC, et al. The carcinogenicity of human papillomavirus types reflects viral evolution. Virology 2005;337(1):76-84.
14. De Villiers E-M. Taxonomic classification of papillomaviruses. Papillomavirus Rep 2001;12:57-63.
15. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003;348(6):518-527.
16. Porras C, Rodriguez AC, Hildesheim A, Herrero R, Gonzalez P, Wacholder S, et al. Human papillomavirus types by age in cervical cancer precursors: predominance of human papillomavirus 16 in young women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009;18(3):863-865.



17. Herrero R, Muñoz N. Infections and human cancer. HPV and cancer. *Cancer Surv* 1999;33:1.
18. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006;118:3030-3044.
19. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189(1):12-19.
20. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2006;119(5):1095-1101.
21. Cuzick J, Mayrand MH, Ronco G, Snijders P, Wardle J. Chapter 10: New dimensions in cervical cancer screening. *Vaccine* 2006; 24(Suppl 3):90–97.
22. Ronco G, Cuzick J, Segnan N, Brezzi S, Carozzi F, Folicaldi S, et al. NTCC working group. HPV triage for low grade (L-SIL) cytology is appropriate for women over 35 in mass cervical cancer screening using liquid based cytology. *Eur J Cancer* 2007;43(3):476–480.
23. Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med* 2005;353(20):2101-2104.
24. Programa de acción específico 2007-2012, Cáncer cervicouterino. Secretaría de Salud México D.F. 2008.
25. Cuzick J, Mayrand MH, Ronco G, Snijders P, Wardle J. Chapter 10: New dimensions in cervical cancer screening. *Vaccine* 2006; 24:90–97.
26. Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *CA Cancer J Clin* 2004;54(5):248-259.
27. McCaffery K, Irwig L. Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *J Med Screen* 2005;12(3):134-141.
28. 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(2):169-174.
29. 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 Educ Couns* 2008;72(1):130-136.
30. Waller J, Marlow LA, Wardle J. Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: the impact of information about HPV. *Prev Med* 2009;48(5):415-419.
31. Dyson S, Pitts M, Lyons A, Mullins R. Providing high quality information about human papillomavirus for women after treatment for high-grade cervical dysplasia. *Sex Health* 2010;7(1):49-54.
32. Newton DC, McCabe MP. Sexually transmitted infections: impact on individuals and their relationships. *J Health Psychol* 2008;13(7):864-869.
33. de Sousa LB, Pinheiro AK, Barroso MG. [Being a woman with HPV: a cultural approach]. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):737-743.
34. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: a qualitative-model study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(6):1517-1522.
35. Barata PC, Mai V, Howlett R, Gagliardi AR, Stewart DE. Discussions about self-obtained samples for HPV testing as an alternative for cervical cancer prevention. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29(4):251-257.
36. Brewer NT, Fazekas KI. Predictors of HPV vaccine acceptability: a theory-informed, systematic review. *Prev Med* 2007;45(2-3):107-114.



-
37. Roberto AJ, Krieger JL, Katz ML, Goei R, Jain P. Predicting pediatricians' communication with parents about the human papillomavirus (HPV) vaccine: an application of the theory of reasoned action. *Health Commun* 2011;26(4):303-312.
 38. Ngugi CW, Boga H, Muigai AW, Wanzala P, Mbithi JN. Factors affecting uptake of cervical cancer early detection measures among women in Thika, Kenya. *Health Care Women Int* 2012;33(7):595-613.
 39. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica No. 614. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
 40. Byrne MM. Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. *Aorn Journal* 2001;73(4):830- 832.
 41. Pringle J, Hendry C, McLafferty E. Phenomenological approaches: challenges and choices. *Nurse Res.* 2011;18(2):7-18.
 42. Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the Theory of Reasoned Action. *Adv Nurs Sci* 2001;23(4):1-15.
 43. Soto-Mas F, Lacoste-Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez-León A. El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71(4):335-341.
 44. Lechuga J, Swain GR, Weinhardt LS. The cross-cultural variation of predictors of human papillomavirus vaccination intentions. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(2):225-230.
 45. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *A.J.P.H.* 1960;50(3):295-302.
 46. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:324-473.
 47. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Med Care* 1977;15(5):27-46.
 48. Rosenstock IM. The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990: 39-62.
 49. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing, 1975.
 50. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall, 1980.
 51. Savage SA, Clarke VA. Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions. *Health Educ Res.* 1996;11(4):409-421.
 52. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies 2005.
 53. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Papeles de Población* 1999;021:147-178.
 54. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32(4):652-657.
 55. Pasick RJ, Burke NJ. A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures. *Annu Rev Public Health* 2008;29:351-368.



-
56. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2a edición. Newbury Park, Calif: Sage Publications, 1990;143-198.
57. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/México. PNUD. Oficina del Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Informe sobre desarrollo humano Michoacán 2007. México 2008. Disponible en:
<http://www.undp.org.mx/spip.php?article888>
58. CDI. Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2012. Nombres de lenguas, pueblos y distribución, última actualización Marzo 2010. [consultado 2012 enero]. Disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68
http://www.cdi.gob.mx/images/mapa_nacional_lenguas_indigenas_cdi.jpg
59. Consejo Nacional de Población. Índice de desarrollo humano por municipio. México: CONAPO, 2000. [consultado 2011 diciembre]. Disponible en:
http://www.conapo.mx/es/CONAPO/Indices_de_marginacion_2005_
http://www.conapo.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf
60. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. México 2011. [consultado 2012 enero]. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2005/Default.aspx>
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
61. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Sage: Universidad de Antioquia; 2002.
62. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Qualitative Data Analysis: A compendium of techniques and a framework for selection for school psychology research and beyond. *School Psychology Quarterly* 2008;23(4):587–604.
63. Sandelowski M. Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description?. *Research in Nursing & Health* 2000; 23:334-340.
64. Brewer NT, Fazekas KI. Predictors of HPV vaccine acceptability:Atheory-informed, systematic review. *Preventive Medicine* 2007; 45:107–114.
65. Roberto AJ, Krieger JL, Katz ML, Goei R, Jain P. Predicting pediatricians' communication with parents about the human papillomavirus (HPV) vaccine: an application of the Theory of Reasoned Action. *Health Communication* 2011; 26: 303–312.
66. de Sousa LB, Pinheiro AK, Barroso MG. [Being a woman with HPV: a cultural approach]. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):737-743.
67. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: a qualitative-model study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(6):1517-1522.
68. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320:114-116.
69. Mathison S. Why Triangulate?. *Educational Researcher*, March 1988. Washington, DC.
70. Bryman A. Triangulation. United Kingdom.
71. Waller J, McCaffery K, Nazroo J, Wardle J. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *Br J Cancer* 2005;92(2):265-270.
72. Seow A, Wong ML, Smith WC, Lee HP. Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: a community-based study in Singapore. *Prev Med* 1995;24(2):134-141.



-
73. Goldsmith MR, Bankhead CR, Kehoe ST, Marsh G, Austoker J. Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV. *J Med Screen* 2007;14(1):29-33.
 74. Waller J, Marlow LA, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect* 2007;83(2):155-159.
 75. Kahn JA, Slap GB, Bernstein DI, Tissot AM, Kollar LM, Hillard PA, Rosenthal SL. Personal meaning of human papillomavirus and Pap test results in adolescent and young adult women. *Health Psychol* 2007;26(2):192-200.
 76. Burak LJ, Meyer M. Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. *Health Care Women Int* 1997;18(3):251-262.
 77. Lee MC. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. A focus group approach. *Cancer Nurs* 2000;23(3):168-175.
 78. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Cervical cancer screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Int J Behav Med* 2008;15(4):289-292.
 79. Brown L, Ritvo P, Howlett R, Cotterchio M, Matthew A, Rosen B, Murphy J, Mai V. Attitudes toward HPV testing: interview findings from a random sample of women in Ontario, Canada. *Health Care Women Int* 2007;28(9):782-798.
 80. Kwan TT, Lo SS, Tam KF, Chan KK, Ngan HY. Assessment of knowledge and stigmatizing attitudes related to human papillomavirus among Hong Kong Chinese healthcare providers. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;116(1):52-56.
 81. McCaffery K, Forrest S, Waller J, Desai M, Szarewski A, Wardle J. Attitudes towards HPV testing: a qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK. *Br J Cancer* 2003;13;88(1):42-46.
 82. Daley EM, Perrin KM, Vamos C, Webb C, Mueller T, Packing-Ebuen JL, et al. HPV knowledge among HPV+ women. *Am J Health Behav* 2008;32(5):477-487.
 83. Lee Mortensen G, Adeler AL. Qualitative study of women's anxiety and information needs after a diagnosis of cervical dysplasia. *Z Gesundh Wiss* 2010;18(5):473-482.
 84. Ferreira Mde L, Galvão MT. [Perception of a group of women about having HPV]. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73(10):531-536.
 85. Verhoeven V, Baay MF, Baay PE, Lardon F, Van Royen P, Vermorken JB. Everything you always wanted to know about HPV (but could not ask your doctor). *Patient Educ Couns* 2010;81(1):101-105.
 86. Kahn JA, Slap GB, Bernstein DI, Kollar LM, Tissot AM, Hillard PA, Rosenthal SL. Psychological, behavioral, and interpersonal impact of human papillomavirus and Pap test results. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14(7):650-659.

