

**Programa de maestría en salud pública con área de concentración en
Enfermedades Infecciosas
Generación 2012-2014**

**Barreras y facilitadores para la vacunación contra el virus del papiloma humano
en el personal de salud y madres de niñas y adolescentes que acuden a una
unidad de salud de Morelos**

P R O Y E C T O T E R M I N A L

Que para obtener el grado de maestra en salud pública presenta:

QBP. Leslie Ruiz Lara

Leslie.ruiz0389@gmail.com

Teléfono: 01 777 161 8954

Comité Asesor:

Directora

**Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de
Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI)**

Asesora

**Dra. Sandra Guadalupe Treviño Siller. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro
de Investigación en Sistemas de Salud (CISS)**

Lector

**Dr. José Luis Ortega Díaz. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de
Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI)**

Cuernavaca, Morelos, agosto 2014.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEÓRICO.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACIÓN	30
OBJETIVO	32
MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS.....	66

AGRADECIMIENTOS

Al comenzar a escribir estas palabras es imposible no recapitular todo lo sucedido en esta etapa, la cual ha modificado mi perspectiva en muchos aspectos, tanto en lo académico como en lo personal, y no podría haber tenido todo ese aprendizaje y motivación si no fuera por las siguientes personas:

A mis padres, que representan un pilar muy importante en mi vida, que me alientan día tras día a no rendirme, a seguir adelante y luchar por mis sueños teniendo fe en mí misma para no dejarme abatir y luchar por lo que quiero en la vida. Quiero agradecer a mi madre una persona que siempre está presente en mis pasos, escuchando todas mis anécdotas por más tontas que sean, que me aconseja, que me comprende y admiro tanto la mujer tan noble que es, que no podría más que aprender de ella. A mi padre, que es un hombre del cual he podido aprender tanto, admiro su tenacidad, su fortaleza, toda la dedicación y honestidad que emplea en todo lo que emprende. Nunca olvidaré tus palabras “A veces, no sabemos lo que queremos” cuando te pedí consejo y me orientaste al decirme que la salud pública es lo mío y tenías tanta razón, gracias por estar siempre ahí. A mi hermano porque admiro la persona tan trabajadora que es, el padre que da todo por sus hijos y las ganas de salir adelante día con día, gracias por creer en mí y alentarme siempre.

A mi directora de proyecto terminal la Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda por su dedicación, su tiempo y su forma para motivarme a ser mejor dándome la apertura de construir mi trabajo sin dejar de estar siempre presente en cada paso, a mi asesora la Dra. Sandra Treviño Siller por sus valiosos comentarios y su motivación en esta investigación, al Dr. José Luis Ortega Díaz por tan valiosa trayectoria en el área de vacunas y aceptar ser el lector de este proyecto aportando todos sus conocimientos en el mismo. A mi coordinadora la Dra. Elizabeth Ferreira Guerrero por estar junto a mí desde el inicio de esta travesía con su dedicación y constancia.

A mis amigos, Ángel Gómez, Alejandro Lino, Víctor Coronado, Alejandro Diez, Marisol Valenzuela, Circe Apreza, Alejandra Ramos porque pude aprender tanto de ellos no sólo en lo académico sino también en lo personal, en serio que viví tantas cosas con ustedes que nunca olvidaré todas las anécdotas, los momentos, las risas, las preocupaciones y todo lo que compartimos que no puedo más que desearles de todo corazón que no se rindan son personas muy valiosas y sé que pueden lograr todo lo que se propongan.

Sólo me queda agradecer el poder haber tenido la oportunidad de vivir esta experiencia, esperando que todo lo que queda por venir sea motivo de una mayor superación

RESUMEN

Justificación: Desde el año 2012 se implementó la política de vacunación universal en México para la prevención de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y a largo plazo de cáncer cervicouterino dirigida a niñas de 9 a 13 años de edad. En México solo se cuenta con un estudio de aceptabilidad de la vacuna entre madres y adolescentes en la fase previa a la incorporación de esta vacuna en el plan de inmunización nacional. Adicionalmente diversos estudios a nivel mundial informan sobre la influencia de la recomendación médica sobre la aceptabilidad de la vacuna en la población.

Objetivo: Identificar las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del papiloma humano en madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación contra VPH, que acuden a un Centro de Salud, de los Servicios de Salud de Morelos y en personal de salud.

Métodos: Se realizó un método de observación sistemática en las instalaciones del centro de salud y entrevistas semiestructuradas a personal de salud y madres de niñas y adolescentes, con la finalidad de analizar de forma cualitativa las actitudes y percepciones de las partes involucradas en el ejercicio de la vacunación.

Resultados: Las principales barreras que influyen en la vacunación contra VPH: Vacuna dirigida a un grupo blanco, el poco abastecimiento de dosis, que sólo se oferte en semanas de vacunación y el esquema extendido que se maneja en los servicios de salud (0, 6 y 60 meses). Por otro lado tanto el personal de salud como las madres dijeron tener dudas sobre infección de VPH y CaCU. Adicionalmente se identificó la influencia de creencias negativas en las madres como el pensar que se está experimentando con las niñas, permisibilidad de inicio temprano de relaciones sexuales y la posibilidad de esterilización en las mismas. En cuanto a los facilitadores se reveló que hay una alta percepción de riesgo de la enfermedad y un incremento de uso del condón.

Conclusiones: Las madres no cuentan con información adecuada sobre infección de VPH y CaCU, y visualizan el condón como única medida preventiva, lo que indica que es necesaria la realización de campañas de información a padres y adolescentes sobre el tema, así como fortalecer la capacitación y comunicación en el personal de salud.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCU) sigue siendo un problema de salud pública a pesar de que en la actualidad es una enfermedad con el potencial de prevención temprana más alto¹. Desde el año 2012 se implementó la política de vacunación universal en México dirigida a niñas de 9 a 13 años de edad, para la prevención de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y, a largo plazo, de cáncer cervicouterino. En nuestro país sólo se cuenta con un estudio publicado sobre aceptabilidad dirigido a madres,¹ esto en la fase previa a la incorporación de esta vacuna en el plan de inmunización nacional.

En México, no existen datos publicados sobre si la recomendación de vacunar contra VPH por parte de los profesionales de la salud está condicionada por sus percepciones, aceptabilidad y conocimientos, ni tampoco sobre las barreras y facilitadores que determinan la aceptación de esta vacuna en la población blanco.

Por lo cual el objetivo de este proyecto terminal fue identificar las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del Papiloma Humano en el personal de salud y las madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación contra VPH, que acudieron al centro de salud, de los Servicios de Salud de Morelos.

El estudio tuvo un enfoque cualitativo y exploratorio con la finalidad de identificar y comprender aquellas actitudes y percepciones que podrían relacionarse con las barreras y facilitadores hacia la vacuna contra VPH, y que facilitan o dificultan la aceptación de la vacuna contra VPH, tanto en el personal de salud como en las madres usuarias del servicio. Con la información generada en este proyecto terminal se dieron recomendaciones para la optimización de las campañas de prevención primaria del cáncer cervicouterino en el Estado de Morelos y otros Estados de México.

ANTECEDENTES

Epidemiología de Infección por el Virus del Papiloma Humano

A nivel Mundial

La mayoría de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH) son transitorias e intermitentes. El sistema inmune juega un papel relevante durante la historia natural de la infección por VPH dado que la mayoría de las infecciones por el VPH de alto riesgo (90%)², como también la mayoría de lesiones intraepiteliales de bajo grado (75%) se eliminan espontáneamente^{3,4}.

La prevalencia mundial de la infección por VPH en mujeres sin anomalías del cuello del útero es del 11%-12%, con tasas más altas en el África subsahariana (24%), Europa del Este (21%) y América Latina (16%). Los dos tipos más frecuentes son VPH 16 (3,2%) y VPH 18 (1,4%). La prevalencia aumenta en mujeres con patología cervical en proporción a la gravedad de la lesión alcanzando alrededor de 90% en las mujeres con NIC III y cáncer invasivo⁵.

La prevalencia a nivel mundial de infección por el VPH en mujeres con citología normal es aproximadamente del 10%, lo que indica que el VPH es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. El VPH 16 es el genotipo más común y contribuye con 50%-55% de los casos de CaCU, lo que sugiere fuertemente que este tipo viral tiene una ventaja biológica para la transmisión, persistencia y transformación. El mismo fenómeno se observa aunque a un nivel inferior para el VPH-18 y VPH-45.⁶ Patrones de comportamiento sexual entre grupos de edad y poblaciones son fundamentales para la descripción de la circulación del VPH y del riesgo de infección. La conducta sexual, es importante en la exploración de la transmisión del VPH y tiene implicaciones para la definición y seguimiento de las estrategias de prevención del VPH y el CaCU. En estudios de historia natural de la infección, el patrón de prevalencia de ADN del VPH por grupos de edad es similar a los patrones de incidencia del VPH. Las tasas de exposición en las mujeres jóvenes son altas y a menudo incluyen varios tipos. Hay una disminución espontánea y rápida de las tasas de detección de ADN del VPH en los grupos de mediana edad, seguido por un segundo pico de aumento en los años posteriores a la menopausia⁶.

Con el objetivo de mejorar la comprensión del proceso carcinogénico de genotipos de VPH de manera individual de infección por VPH a CaCU, una revisión sistemática y meta-análisis fue realizado recientemente de la distribución de los genotipos de VPH en más de 115,789 mujeres VPH positivas en todo el espectro del diagnóstico cervical

citopatológico e histopatológico de citología normal 27.77% (33,154), células escamosas atípicas de significado indeterminado-ASCUS 5.70% (6,810), lesiones intraepiteliales de bajo grado-LEIBG 11.29% (13,480), lesiones intraepiteliales de alto grado-LEIAG 5.54% (6,616), neoplasia intraepitelial grado I-NIC I 6.79% (8,106), neoplasia intraepitelial grado II-NIC II 3.40 (4,068), neoplasia intraepitelial grado III-NIC III 9% (10,753) y cáncer de cérvix invasivo CCI 30.47% (36,374) de estudios basados en investigación de VPH por PCR a nivel mundial. No se reportaron diferencias significativas en la distribución del VPH entre citologías normales, ASCUS, lesiones intraepiteliales de bajo grado y neoplasia intraepitelial grado I ⁷.

El conocimiento de la carga del CaCU por país es fundamental para la toma de decisiones sobre la asignación de recursos para combatir la enfermedad; no obstante, muchos países carecen de registros de cáncer para proporcionar esos datos. Un estudio reciente desarrolló un modelo de pronóstico para estimar las tasas de incidencia de CaCU en países que no cuentan con registros de cáncer, aprovechando la información sobre la prevalencia del VPH, detección, y otros factores a nivel de país. Dicho estudio utilizó modelos de regresión lineal multivariado para identificar predictores de la incidencia de CaCU en 40 países ⁸.

En este estudio calcularon la prevalencia del VPH específica por edad (grupos de edad de 10 años) por país de un meta-análisis de mujeres con citología normal (N = 40) y emparejados a las más recientes tasas de incidencia de CaCU disponibles en cinco continentes (N = 36), o Globocan 2008 (N = 4). Se evaluó a nivel de países, indicadores de comportamiento, económicos, y de salud pública. La incidencia de CaCU fue significativamente asociada con la prevalencia del VPH edad específica en mujeres de 35-64 años de edad (R-cuadrado ajustado 0,41) ("modelo de base"). La adición de la región geográfica al modelo base aumentó la R-cuadrado ajustada a 0.77, pero la adición ulterior de detección no fue estadísticamente significativa. Del mismo modo, los macro-indicadores a nivel de país no mejoraron la validez predictiva. En este estudio se reportó la prevalencia del VPH específica por edad en edades más avanzadas como un mejor predictor de la incidencia de CaCU más que la prevalencia en mujeres menores de 35 años. Sin embargo, la prevalencia del VPH no explicó toda la carga de CaCU y como muchos factores modifican el riesgo de las mujeres de progresión a cáncer. La región geográfica parece servir como una aproximación de estos indicadores a nivel de país. La información reportada por este análisis apoya la afirmación de que la realización de un estudio de VPH sobre base poblacional dirigido a mujeres mayores de 35 años puede ser de gran valor en la aproximación al riesgo de CaCU en un país determinado ⁸.

Región de las Américas

Una revisión sistemática y metaanálisis evaluó la prevalencia del VPH tipo-específica en CaCU y lesiones de alto grado en América Latina y el Caribe en 2011, de 69 estudios de 18 países, incluyendo 2.446 casos de lesión de alto grado y 5540 de CaCU. En esta revisión 46,5% de los casos de lesión de alto grado se relacionó con VPH 16 y el 8,9% con VPH 18; en CaCU el 53,2% de los casos se relacionó con VPH 16 y 13,2% con VPH 18. Los cinco genotipos más prevalentes de VPH en orden decreciente de frecuencia, fueron VPH 31, 58, 33, 45 y 52⁹. Aproximadamente el 65% de los casos de CaCU y el 50% de las lesiones de alto riesgo en Latinoamérica y el Caribe, están relacionados con el VPH-16 y 18¹⁰.

México

Para el caso de México, una revisión sistemática reciente reportó datos de prevalencia y distribución de genotipos de VPH en mujeres mexicanas con CaCU, lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado y en citologías normales. De un total de 8.706 muestras de tejidos de mujeres mexicanas estratificados de acuerdo al diagnóstico (499 para CaCU, 364 para lesión de alto grado; 1425 para lesión de bajo grado y 6418 para citología normal), los genotipos más frecuentes fueron el VPH 16 (63,1%), VPH 18 (8,6%), VPH 58 y VPH 31 (5%) para CaCU; VPH16 (28,3%), VPH 58 (12,6%), VPH 18 (7,4%), VPH 33 (6,5%) para lesión de alto grado; VPH 16 (13,1%), VPH 33 (7,4%), VPH 18 (4,2%), y VPH 58 (2,6%) para lesión de bajo grado y VPH 16 (3,4%), VPH 33 (2,1%), VPH 18 y VPH 58 (1,2%) para citologías normales. De tal manera, que los genotipos 16, 18 y 58 fueron los más prevalentes en todos los diagnósticos¹¹.

Epidemiología del CaCU

A nivel mundial

El CaCU es un problema de salud pública con el potencial de prevención más alto si se detecta a tiempo. Sin embargo, a nivel mundial la tasa de incidencia por CaCU fue de 530,000 nuevos casos y ocurrieron 275,000 muertes por ello, de las cuales cerca de 88% ocurrieron en países en desarrollo: 53.000 en África, 31.400 en América Latina y el Caribe y 159.800 en Asia (figura 1)¹². Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad fueron de 18 y 10 por 100,000 mujeres, respectivamente, en países en desarrollo y de 9 y 3 por 100,000 mujeres, respectivamente, en países más desarrollados (figuras 1, 2)¹².

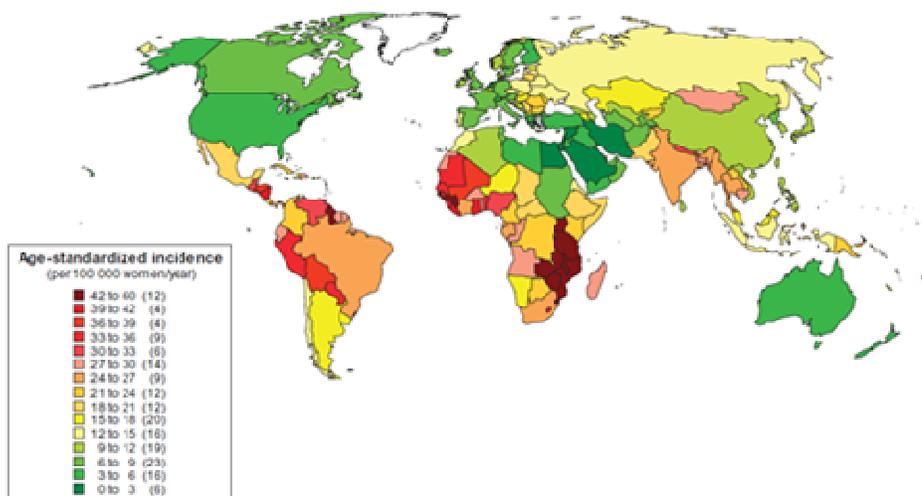


Figura 1. Tasas de incidencia por CaCU, por país, estimadas para el 2008 (por 100,000 mujeres-año). Se observan 15 categorías de incremento de tasas en pasos de 3 por 100, 000 de un gradiente de color que va de verde-amarillo-rojo y marrón. Los números en paréntesis corresponden al número de países por cada intervalo de tasa de incidencia estandarizada por edad. Tomado de (Arbyn et al, 2011).

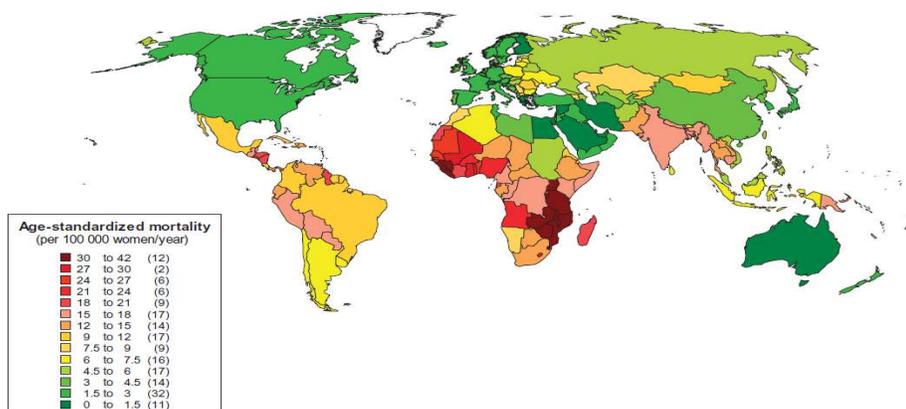


Figura 2. Tasas de mortalidad por CaCU, por país, estimadas para el 2008 (por 100,000 mujeres-año). Se observan 15 categorías de incremento de tasas en pasos de 1.5 por 100, 000 de un gradiente de color que va de verde-amarillo-rojo y marrón, para distinguir las diferencias entre la carga de mortalidad más baja. Los números en paréntesis corresponden al número de países por cada intervalo de tasa de incidencia estandarizada por edad. Tomado de (Arbyn et al, 2011).

Región de las Américas

América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencia (29.2 por cada 100,000 mujeres) y mortalidad (13.6 por cada 100,000 mujeres) estandarizadas por edad por CaCU más altas del mundo, sólo superadas por África Oriental y Melanesia (Figura 3). Aproximadamente el 15% de nuevos casos por CaCU ocurren en Latinoamérica, con una prevalencia para cinco años de 207,031 casos ¹³.

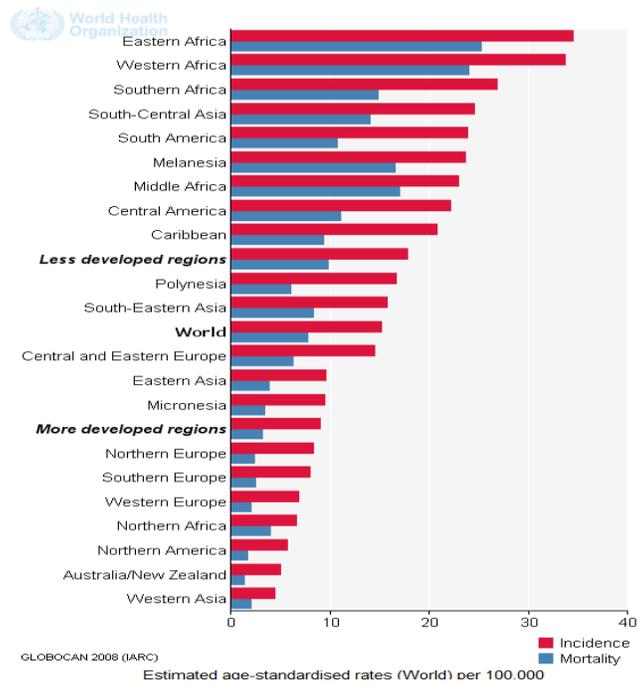


Figura 3. Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad por 100,000, por regiones geográficas a nivel mundial. Se incluyen mujeres de todas las edades. Tomado de: International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008;1. Disponible en <http://globocan.iarc.fr/>. Fecha de consulta: Junio 30 2013.

Las tasas más altas de incidencia por CaCU en la región de las Américas están en Jamaica (46/100, 000) y Guyana (45/100, 000) ¹². Aunque el tamizaje poblacional con Papanicolaou fue introducido en Latinoamérica a comienzos de los años 60's, la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad de países desarrollados no ha sido replicada en la Región. El análisis desde 2008 muestra una variación amplia en las tasas de mortalidad, con un decrecimiento ligero en países como México, Costa Rica y Chile (Parkin et al, 2008). Las tasas de mortalidad más altas por CaCU en los Estados Unidos de América se dan en mujeres latinas más que en otros grupos étnicos. Las mujeres Latinas tienen dos veces más probabilidad de morir por CaCU comparado con mujeres no hispanas ¹⁴. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las

tasas anuales de CaCU se mantienen altas, generalmente superiores a 20 casos por cada 100.000 mujeres (Figura 4) ¹⁵.

Asumiendo que las tasas estimadas de CaCU se mantengan constantes en América Latina y Caribe, de acuerdo con los registros de 2002, se estima que para el año 2020 habrá un aumento de 41% de casos de CaCU, en esta región del mundo ¹².

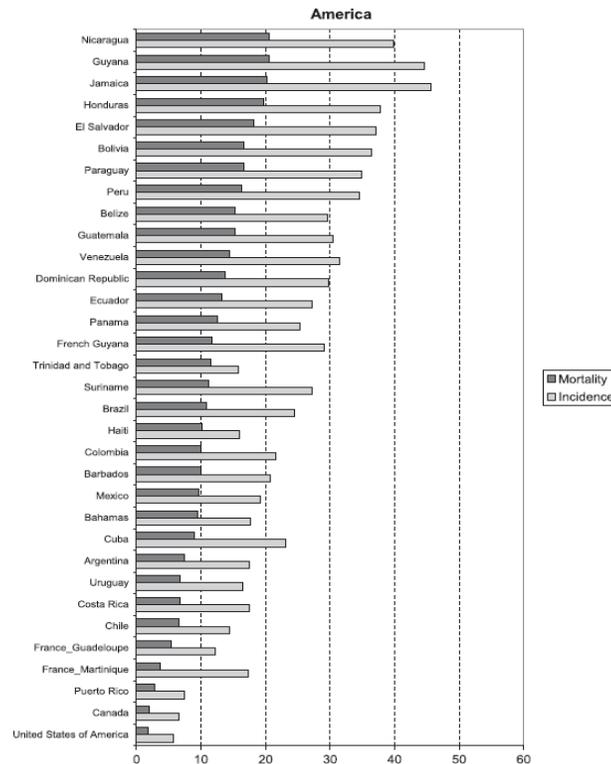


Figura 4. Tasas de mortalidad por CaCU, estandarizadas por edad por 100,000, en la Región de las Américas. Se incluyen todas las edades. Tomado de (Arbyn et al, 2011).

México

En México en el 2008 los tumores malignos se ubicaron como la tercera causa de muerte, y como segundo tumor más común el del cuello del útero, situándose como la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 a 34 años.¹⁶

La evidencia documentada por el Sistema Nacional de Información de la Secretaría de Salud de México, con respecto a los registros de mortalidad asociados al CaCU en el periodo 2000-2008, y generados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática a través de los certificados de defunción emitidos en todo el país, demostró que las entidades federativas con la asociación más fuerte con mortalidad por CaCU en el periodo 2000-2008 fueron Colima (RR: 1.67 , IC 95 %: 1.11 a 2.25 para el año 2000 ; RR: 1.92 , IC 95 %: 1.29- 2,85 para el año 2008), Veracruz (RR: 1.85, IC 95 %: 1,51 a

2,27 para el año 2000; RR: 1.91 , IC 95 %: 1,55 a 2,35 en 2008) y Yucatán (RR: 2.24 , IC 95 %: 1.74-2,88 para el año 2000; RR: 1.90, IC 95 %: 1,44 a 2,49 en 2008). Las tasas de mortalidad estandarizadas por cada 100.000 mujeres disminuyeron de 13,3 a 8,6 en el periodo 2000-2008 ¹⁷.

En el 2010 se reportó que los principales tumores malignos que afectaron a la población femenina de 20 años y más fueron cáncer de mama (24.3%) seguido por CaCU (9.7%) (INEGI, 2010). Los datos más recientes de mortalidad por CaCU se reportan por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2012 (Cuadro 1). En 2011, el CaCU fue el segundo tumor maligno por el cual fallecieron las mujeres en México (10.4%) y al analizarlo por grupos de edad, pasó de 10 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años, a 30 de cada 100 mil de 65 a 74 años, hasta llegar a 55 en las mujeres adultas mayores de 80 años y más ¹⁸.

Cuadro 1. Tasa de mortalidad observada de la población de 20 años o más por 100,000 habitantes por cada grupo de edad, por principales tumores malignos según grupo de edad, 2011. (INEGI, 2012)

Principales tumores malignos	Grupo de edad							
	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 64	65 a 74	75 a 79	80 y más
Bronquios y pulmón	0.10	0.67	2.07	7.98	14.32	28.30	47.14	62.28
Estómago	0.44	1.59	3.83	9.12	14.09	24.80	43.39	67.21
Hígado y de las vías biliares extrahepáticas	0.16	0.45	1.57	6.69	12.80	26.19	41.72	50.18
Colon	0.24	0.90	2.13	4.45	11.23	16.98	25.73	40.55
Mama	0.40	4.46	14.5	26.74	35.55	38.07	43.39	65.64
Cervicouterino	0.79	3.78	10.44	17.40	22.22	30.25	42.83	54.66
Se utiliza la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10), códigos C16, C18, C22, C34, C50, C53 y C61.								

En la actualidad, aún persisten diferencias marcadas de la mortalidad por CaCU entre los estados asociadas a la desigualdad social ¹⁹.

No obstante, aunque se han dado avances en el programa, no son suficientes para una patología considerada altamente prevenible. La progresión a cáncer tiene un periodo

muy largo de entre 9 a 19 años, por lo cual es una contradicción que siendo una enfermedad altamente prevenible y tratada de manera oportuna continúen ocurriendo un gran número de defunciones por esta causa ²⁰.

Factores determinantes del cáncer cervicouterino

El desarrollo y avance del CaCU se considera un proceso de múltiples pasos, donde la infección por VPH es necesaria, pero por sí misma no es una causa suficiente ^{24,25}. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico, nunca presenta CaCU, dado que una respuesta inmune adecuada es capaz de controlar la infección por VPH y evitar la progresión a lesión precancerosa. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH, influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad (Figura 5) ²⁰. En muchos de los estudios de casos y controles que se han realizado se incluyen a mujeres VPH positivas, para poder estimar la contribución de factores adicionales al VPH en la etiología del CaCU ²¹.

Cofactores como paridad ^{22,23}, uso de anticonceptivos orales por más de cinco años ^{23,24,25,26}, tabaquismo ²⁷, infección por otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y desnutrición se han asociado, con aparición de cáncer invasivo del cuello uterino. La edad de comienzo de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, los antecedentes de ETS y otras características de la actividad sexual se vinculan con la probabilidad de contraer VPH. El incremento de edad, la carga viral elevada, la edad temprana al inicio de la vida sexual y el nivel socioeconómico bajo se han asociado con un mayor riesgo de enfermedad en mujeres VPH positivas ²⁸.

Las variaciones en la incidencia y mortalidad del CaCU se relacionan con la situación económica (niveles de pobreza), el acceso limitado a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica (en especial las zonas rurales), los bajos niveles de educación, así como aspectos culturales y psicosociales ²⁹.

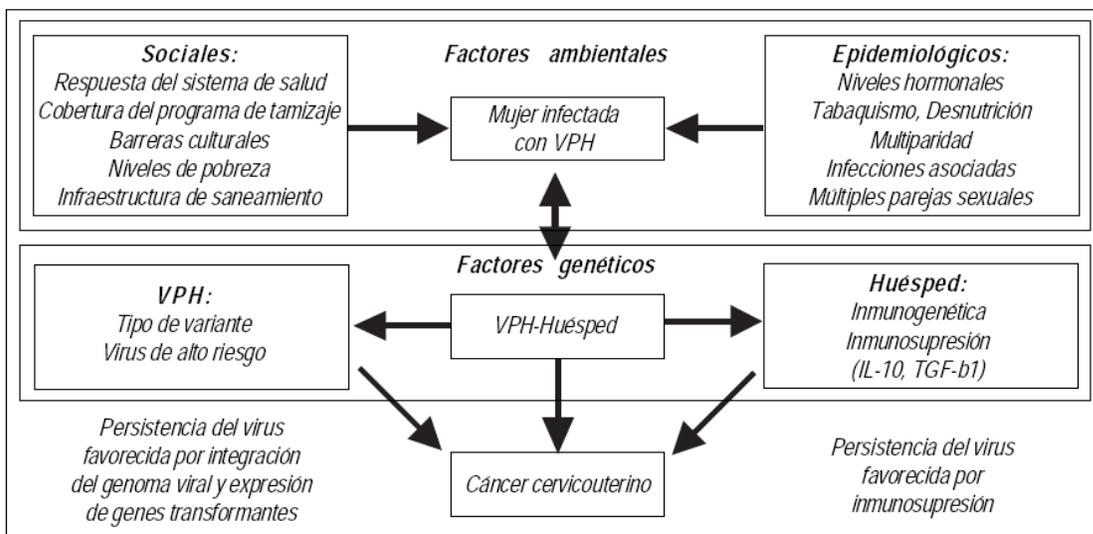


Figura 5. Factores determinantes del desarrollo de CaCU. Tomado de Torres-Poveda KJ, Burguete A, Bermúdez VH, Madrid-Marina V. La infección por el virus del Papiloma humano y cáncer cervicouterino: una perspectiva de salud pública. Revista de Investigación Clínica 2008, 60 (5): 414-420.

En América latina y el Caribe, la supervivencia de las mujeres con CaCU es más corta porque a menudo solicitan atención cuando la enfermedad ya está avanzada. La baja supervivencia también se relaciona con una atención paliativa inadecuada y un tratamiento incompleto. En México, las variaciones dentro del país parecen estar ligadas a los niveles de pobreza, aunque no está claro si la pobreza es un obstáculo importante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias en estas áreas ³⁰.

Un meta análisis publicado en 2003, describió la relación entre inequidad social y CaCU, encontrando un incremento en el riesgo de CaCU de 100% y de 60% para displasia y cáncer *in situ*, en mujeres de clase social baja. Dicho incremento se da sobre todo en Sudamérica, África y algunas regiones de Asia. Este análisis refleja la relación existente entre la clase social y los estilos de vida como cofactores del VPH o el acceso limitado a programas adecuados de detección oportuna de CaCU³¹.

La historia natural de la infección depende principalmente del tipo de VPH, del estado inmunitario de la paciente y de su edad, se ha observado que las mujeres menores de 35 años son más susceptibles de adquirir infecciones genitales con virus oncogénicos, mismas que desaparecen en la mayoría de los casos; al contrario, en las mujeres mayores de 35 años comúnmente la lesión persiste, con cambios clínicos y morfológicos, además de presentar un mayor riesgo de progresión ^{32,33}.

Niveles de prevención de Infección de VPH y cáncer cervicouterino

La prevención del CaCU abarca diversos factores tales como cambios en el estilo de vida y sexualidad responsable; sin embargo, se puede clasificar en tres aspectos:

Prevención primaria (9 a 13 años de edad): Es el tipo de prevención de la infección por el VPH que abarca por una lado actividades de protección específica como lo es la aplicación de vacunas profilácticas contra la infección por el VPH y por el otro promoción de la salud que incluye a todas las mujeres desde la niñez hasta la edad adulta estas actividades se encuentran:

- La educación y sensibilización de la población que permita reducir conductas de riesgo sexual.
- Estrategias a nivel local, estatal y nacional que ayuden a modificar las conductas a nivel sexual.

- Esfuerzos para reducir el uso de tabaco y alcohol que son factores conocidos que contribuyen al desarrollo de CaCU.

Prevención secundaria (mujeres de más de 30 años dado que se ha documentado que mujeres de 19 a 29 años tienen una buena respuesta inmune y podrían eliminar el virus naturalmente): este tipo de prevención es relativa a la detección temprana de la enfermedad como la detección de lesiones precursoras (*in situ*) antes de que progresen a cáncer a través de pruebas de tamizaje como la Prueba de Papanicolaou, y colposcopia y más recientemente la incorporación de la prueba molecular de detección de VPH.

Otro aspecto de este tipo de prevención es la educación de mujeres susceptibles a desarrollar la enfermedad por factores sociales o biológicos tales como pobreza, acceso limitado a los servicios de salud, barreras culturales o psicológicas, paridad, uso de anticonceptivos, tabaquismo, desnutrición e infección por otras ETS, etc. y la capacitación de los prestadores de servicios de salud y sobre la fisiopatología de esta enfermedad y los beneficios de su detección temprana.

Prevención terciaria (todas las mujeres según sea necesario).- Comprende el seguimiento de mujeres positivas al diagnóstico precoz, diagnóstico y tratamiento entre los que se encuentran:

- Seguimiento de las mujeres positivas en el diagnóstico precoz, para asegurar el diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Tratamiento pre cáncer para prevenir el desarrollo de cáncer en etapas tardías.
- Tratamiento de cáncer invasor que abarca la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia (Figura 6) ³⁴

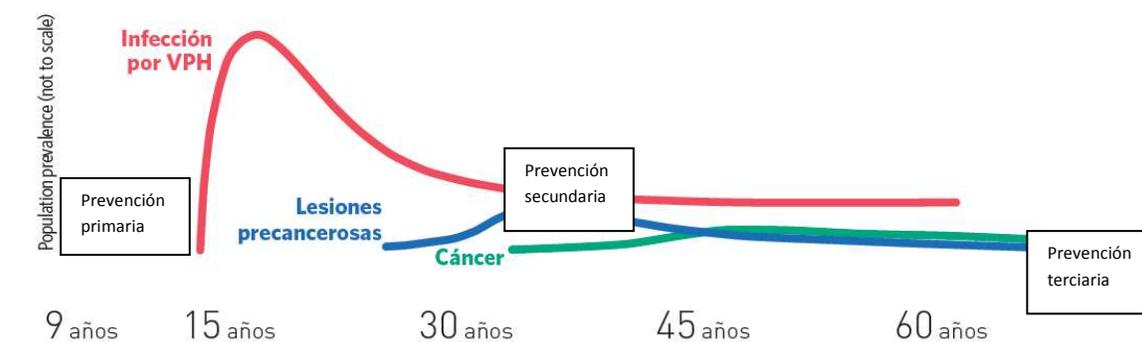


Figura 6. Niveles de prevención durante todo el ciclo vital para prevenir la infección por VPH y el cáncer cervicouterino Tomado de Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013.

Estatus de la vacuna profiláctica para prevenir la infección por VPH

El desarrollo de vacunas profilácticas ha sido posible a partir del ensamblaje, por ingeniería genética, de las VLP o partículas semejantes a virus, conformadas por las proteínas L1 de la cápsula del VPH pero que carecen de ADN, por lo que no son contagiosas. Las VLP tienen una intensa capacidad antigénica que produce una elevada respuesta de anticuerpos neutralizantes ³⁵.

En la actualidad se vive una etapa histórica con relación al control del CaCU, dado que existe un nuevo paradigma para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad a partir de la asociación que se ha encontrado entre la presencia del VPH y este padecimiento. Por ello se vislumbra una tendencia ascendente en el uso de las vacunas contra el VPH y las perspectivas de control de la infección ³⁵. Así, la vacunación contra el VPH atiende a una necesidad de salud pública y es la única intervención preventiva factible, en el ámbito poblacional, que limita la exposición a la infección persistente por VPH ^{35,36}.

Hasta el momento se han desarrollado dos vacunas profilácticas: la tetravalente¹ producida en levaduras que contiene «virus-like particles» (VLPs o partículas similares al virus) de dos genotipos de alto riesgo, VPH 16 y 18, responsables de 65% de las neoplasias en cérvix en Latinoamérica, y dos de bajo riesgo, VPH 6 y 11, responsables de 90% de las verrugas genitales y de la papilomatosis respiratoria recurrente. La vacuna bivalente² que contiene VLPs de VPH 16 y 18 se produce en células de insectos con Baculovirus como sistema de expresión. Con base en resultados obtenidos en la fase tres de ensayos clínicos, en los cuales se ha evaluado la eficacia e inmunogenicidad de las vacunas de VPH, la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos otorgó licencia para el uso de estas vacunas en mujeres entre 9 y 26 años de edad ^{37,38}

En los ensayos clínicos, el mayor impacto se ha visto en mujeres sin previa exposición al virus, por tanto, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en las diferentes poblaciones es un elemento importante en las recomendaciones de la edad de vacunación. Lo que aún es materia de controversia es la vacunación en mujeres mayores de 26 años de edad. La posibilidad que la protección en mujeres entre 15 y 26 años no sea conferida por los anticuerpos inducidos por la vacuna sino por anticuerpos

¹ Producida y distribuida por los laboratorios Merck and Co, Inc, con un costo al público aproximado de 130 dólares americanos por dosis.

² A cargo de Glaxo Smith Kline Biologicals, con un costo al público similar a la vacuna tetravalente.

adquiridos como consecuencia de una infección previa y la carencia de efecto terapéutico de la vacuna, ³⁹ no revela el beneficio de la vacunación de este grupo de mujeres y, en contraposición, favorece la inversión de recursos de los programas de salud pública para la vacunación de adolescentes antes de su inicio sexual. La oferta de la vacuna a mujeres mayores de 26 años de edad se recomienda hacer a través de la práctica clínica privada ^{40,43}.

Las casas farmacéuticas productoras de vacunas profilácticas para VPH recomiendan administrar la vacuna tetravalente en tres dosis por vía intramuscular con el esquema de 0, 2 y 6 meses; y la bivalente con el esquema 0, 1 y 6 meses. Sólo así garantizan alcanzar la eficacia de 100% en la prevención de lesiones relacionadas con VPH 16-18, en mujeres antes del inicio de su vida sexual o que estén libres de la infección y una seroconversión para ambos tipos de VPH, 16 y 18, después de la tercera dosis (mes siete), según los estudios clínicos realizados^{41, 42}.

No obstante, sólo con la reducción del precio actual de la vacuna es que algunos gobiernos de la región de las Américas como lo es México, Argentina, Colombia y Panamá han podido agregar la vacuna contra VPH en sus programas⁶⁷. El costo de dichas vacunas obedece a que las farmacéuticas productoras, necesitan técnicas y tecnologías "extremadamente nuevas" para su producción. Basado en el principio que la salud es un derecho universal que trasciende fronteras, las actuales políticas de inmunización en la región latinoamericana y los mecanismos de cooperación multilateral económica-financiera para vacunación están enfrentando los retos que se observan en el contexto de la salud pública ⁴⁰.

La iniciativa de implementar la vacuna contra el virus del VPH en el plan de inmunización en México surgió de las recomendaciones de la OMS en el 2006 y del ejemplo de aquellos países desarrollados que han introducido la vacuna anteriormente, muchos de ellos cuentan con un programa exitoso de tamizaje por lo que su principal preocupación del impacto de la vacunación es la reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad. Cada uno de los países fue introduciendo la vacunación en contra de VPH a diferentes años y con diferentes lineamientos, esto dependiendo de sus intereses de costo efectividad y de las necesidades de su sistema de salud (Cuadro 2)⁴¹

Cuadro 2. Recomendaciones internacionales del uso de la vacuna VPH en servicios públicos de salud

País u Organización	Edad recomendada para aplicar la vacuna	Extensión de la aplicación	Prueba de Tamizaje recomendado	Fecha publicación de la recomendación	Otras observaciones
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Grupo prioritario: niñas de 9 a 13 años	Grupo de "repesca": 14-26 años	Ninguno en particular, depende de recursos en cada país	2006	Para introducción al esquema de vacunación considerar costo, beneficios indirectos y sensibilización enfocados al grupo prioritario
España Consenso de Sociedades Científicas	Niñas de 9 a 13 años	14 a 26 años	Captura híbrida para edades mayores a 35	Enero 31, 2007	Sugiere adecuar tiempos del programa de tamizaje
Estados Unidos <i>Advisory Committee on Immunization Practices</i>	Niñas de 11 a 12 años	13 a 26 años	Papanicolaou y prueba ADN para edades mayores a 30	Marzo 23, 2007	Recomienda realizar actualizaciones de evaluación económica de la vacuna y su relación con el tamizaje
Canadá <i>Canada Health National Advisory Committee on Immunization</i>	Niñas de 9 a 13 años	No recomienda ninguna extensión	Papanicolaou y prueba ADN para edades mayores a 30	Febrero 2007	
Australia	Mujeres en el primer año de bachillerato y hombres de 9 a 15 años	Cobertura en el periodo 2006-2010 de mujeres de 9 a 26 años	Papanicolaou	Noviembre 2006	Se están realizando estudios de costo-efectividad. Se aceptó financiar la vacuna tras una negociación con el productor para reducir el precio.
Reino Unido	Sin recomendación	Sin recomendación	Papanicolaou y prueba ADN para edades mayores a 30	Mayo 22, 2006 y septiembre, 22 2006	Evaluación económica en proceso por Imperial Colleague
Dinamarca	12 años, en discusión si se aplica a ambos sexos	Sin recomendación	Papanicolaou	Mayo 2007	Los datos provienen de una evaluación tecnológica. No existe aún recomendación oficial del <i>Danish National Board of Health</i>
México CNEGYSR	Niñas de 12 años (propuesta de prueba piloto a 100,000 niñas)	Sin recomendación	Papanicolaou según norma (22) y CH2	Marzo 20, 2007	Solicitó evaluación económica de la vacuna y tamizaje por Captua de Híbridos (CH2) a la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud

Tomado de: Prieto de la Rosa A., Gutiérrez Delgado C., Feinholz Klip D., Morales Gonzalez G., Witlen R. IMPLICACIONES ÉTICAS Y SOCIALES DE LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MÉXICO: REFLEXIONES SOBRE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN *Acta Bioethica* 2008; 14(2): 157-165.

“La 58ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la visión y estrategia mundial de inmunización enfocada a que en el año 2015 se dé una alta prioridad a la inmunización, de manera que más personas estén protegidas contra un número mayor de enfermedades; se mantenga la inmunización en un marco de pluralidad de los valores sociales, de cambios demográficos, económicos y de evolución de enfermedades; la vacunación fuera programáticamente factible, y tuviera un financiamiento sostenible, se considerara la costo-efectividad de las estrategias de vacunación en el país o región en cuestión y que se haga una utilización óptima de las vacunas para mejorar la salud “⁴⁰.

Política de vacunación en México

En México se implementó la vacunación contra VPH en el año 2009 en primera instancia incluyendo a 182 municipios con un esquema de administración prolongado de 0, 6 y 60 meses con una cobertura de la primera dosis del 85% y de la segunda dosis del 67%. La cobertura de la tercera dosis no se ha definido aún. En el año 2011, el Consejo Nacional de Vacunación aprobó que el programa de vacunación en contra del VPH se ampliara a nivel nacional para incluir a las niñas de 9 años de edad de todas las escuelas, esto fue posible porque las compañías farmacéuticas aceptaron reducir el precio por dosis ⁴⁴.

Los servicios de salud de los 32 Estados del país, han respondido con base a la implementación del programa de vacunación universal contra VPH en México, que tiene como objetivo a largo plazo prevenir el cáncer cervicouterino, que causa la muerte de 4 mil 100 mujeres al año en nuestro país.

Entre los lineamientos de la política están:

- Vacunar a niñas y adolescentes entre los 9 y los 13 años de edad, cuyo intervalo de edad tiene menos probabilidad de exposición al VPH.
- No vacunar a los varones
- Si se realiza por fases, privilegiar a las niñas o adolescentes con menor probabilidad de acceso al tamizaje de CaCU en la vida adulta con estrategias que fortalezcan la prevención del CaCU: detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras y del cáncer
- Vigilar los efectos indeseados y la seguridad de la vacuna
- Establecer sistemas de vigilancia centinela para el monitoreo del impacto de la vacunación ⁴⁵.

Entre las metas planteadas en el programa nacional de salud 2007-2012 en México se encuentra disminuir 27% la tasa de mortalidad por CaCU por 100,000 mujeres de 25 años y más. Otra de las metas es comenzar a crear las primeras generaciones de niñas

mexicanas que estén protegidas contra 80% de los tipos de cáncer generados por el VPH, con la aplicación a niñas que cursan el grado de primaria y concluir en la secundaria por el esquema planteado de tres dosis.

Para poder medir el progreso y cumplimiento de las metas propuestas existen tres indicadores básicos: la cobertura de detección secundaria, la mortalidad por CaCU y las coberturas de vacunación ⁴⁶.

Problemas y retos para la prevención y control eficaz de CaCU en México

En México el CaCU continua siendo un problema de salud prioritario de la mujer, el cual requiere atención y esfuerzos por parte de las diferentes instituciones de salud. En consecuencia se han planteado diferentes retos en el actual Programa de Acción Específico de 2007-2012 de Cáncer cervicouterino vigente:

- Integrar acciones de promoción y educación en salud dirigidas a la población femenina, para modificar los determinantes del CaCU, y fortalecer principalmente la demanda de la detección.
- Ampliar la cobertura, especialmente en las zonas marginadas con un menor índice de desarrollo humano, fortaleciendo la vinculación con las instancias correspondientes y facilitando el acceso y la asiduidad de la atención preventiva. En áreas urbanas implementar un sistema de invitación organizado.
- Evaluar las mejores estrategias para la implementación de la vacunación contra el VPH.
- Mejorar la infraestructura física y el equipamiento de los laboratorios de citología, clínicas de colposcopia y centros oncológicos.
- Difusión y vigilancia de la aplicación de la normatividad y lineamientos del programa.
- Incorporar el tamizaje primario con la prueba de VPH a la detección del CaCU en mujeres de 35 a 64 años ⁴⁷.

Desde el 2012 se logró implementar la vacunación universal en contra de VPH, por lo cual actualmente se han detectado ciertos logros en el Programa de Acción Específico de 2007-2012 de Cáncer cervicouterino con la introducción de la misma:

- Aceptación de la vacuna y mayor detección del VPH por el personal de salud en las comunidades con menor índice de desarrollo humano

- Mayor visibilidad de la magnitud del CaCU

Entre los retos que se han visualizado son los siguientes:

- La dispersión e inaccesibilidad de las mujeres que más la necesitan
- Cada institución vacuna a su población beneficiaria, lo que amplía la inequidad en la atención preventiva
- Las estrategias son heterogéneas y las campañas se realizan de manera independiente
- No en todas las instituciones se ha reforzado el programa de detección secundaria y no se han resuelto las fallas identificadas para su mejora⁴⁵

En México, aún existen muchos retos por superar tales como medir de manera efectiva las coberturas de vacunación por edad y municipio, mantener la vigilancia para monitorear efectos adversos así como considerar el establecimiento de centros de vigilancia centinela para identificar el impacto de la vacunación en la incidencia y prevalencia de la infección por VPH y el desarrollo de la enfermedad todo ello para llegar a cumplir las metas planteadas en los programas de control de CaCU y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad ⁶⁶. Con la reciente introducción de la vacuna con cobertura universal, para evitar la infección persistente por los tipos virales de alto riesgo y el desarrollo posterior de la enfermedad, se requiere de investigación tanto cuantitativa como cualitativa para determinar cobertura efectiva de dicha vacuna.

Problemas para la implementación efectiva de la vacunación universal contra VPH

Después de lanzada la vacuna contra VPH fue introducida rápidamente en varios países principalmente porque es una de las principales causas de mortalidad en las mujeres alrededor del mundo. Sin embargo, la implementación de la vacuna no ha sido equitativa entre los países, se ha presentado una diferencia entre los países desarrollados y en desarrollo, los que han enfrentando retos para introducir, implementar y universalizar las vacunas a toda su población ⁴⁸.

Uno de los retos que se ha enfrentado para llegar a la universalidad de esta vacuna, fue el excesivo precio de las vacunas, siendo esta vacuna la más costosa hasta el momento. México no fue ajeno a la problemática que representó la introducción de esta vacuna por el alto costo y financiamiento de la vacuna y la remoción de las barreras regulatorias que obstaculizan su introducción. Para garantizar la sustentabilidad a largo plazo de esta vacuna en el esquema de vacunación mexicano, se requirió de la

asignación del presupuesto por parte del Poder Legislativo, de tal forma que la asignación respondió a criterios de política pública en salud y no respondió a modelos relacionados con el libre mercado ³⁹.

Dado que las vacunas sólo protegen para los genotipos antes mencionados, la protección por parte de las vacunas en contra del desarrollo del cáncer se reduce a 70%, lo que hace necesario implementar nuevas estrategias para detectar lesiones precursoras, así como programas permanentes de educación y de detección oportuna mediante Papanicolaou, colposcopia y prueba molecular para detección del VPH ⁴⁵.

Otra de las consideraciones que ha causado más controversia es que la política de vacunación en muchos países ha sido dirigida sólo a niñas de 9 a 13 años de edad dejando excluidos a los niños, puesto que también son susceptibles de contraer la infección. Desde la perspectiva de la salud pública es más costo-eficaz reducir el CaCU concentrando los recursos para vacunación para un mayor número de niñas que dividirlos entre ambos sexos ⁴⁵. Esto se sustenta principalmente en que los hombres pueden contraer el VPH y el desarrollo de las enfermedades adyacentes al virus solo del 7% asociada a los tipos VPH 16 y VPH18. Aunque al vacunar a los varones se protegería indirectamente a las mujeres porque son en su mayoría infectadas por sus parejas sexuales masculinas, este modelo podría no ser aplicable a todos los entornos⁴⁵.

Con base a estas consideraciones se ha introducido la vacuna en diferentes países en diferentes años, siendo Estados Unidos el primero en implementarla en el año 2006 y México en 2008 en 125 municipios con bajos niveles de desarrollo socioeconómico y alta prevalencia de la enfermedad⁶⁴. En 2009 se amplió la cobertura a 182 municipios con un régimen prolongado de 0, 6 y 60 meses y con una cobertura de la primera dosis del 85% y de la segunda dosis del 67%. En el año 2011, el Consejo Nacional de Vacunación aprobó el esquema universal de esta vacuna dirigida a niñas de 9 años de edad de todas las escuelas. ⁴⁴.

MARCO TEÓRICO

Promoción de la Salud

Antes de 1948 se visualizaba la salud como “la ausencia de enfermedad o dolencia”. Después de ese año, la OMS replanteó el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” en donde integraba ambas perspectivas la negativa y la positiva, pero no fue

hasta el año de 1986 que en la Carta de Ottawa se destacaron los prerrequisitos para la salud, como son “La paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos”. Al identificarlos se pudo reconocer la estrecha relación que tienen las estructuras conjunto de estructuras sociológicas, antropológicas, y del entorno físico con el mejoramiento de la salud⁴⁹.

Al integrar la salud desde esta perspectiva se acuñó el término de promoción de la salud, el cual se definió como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (Carta de Ottawa, 1986). Posteriormente se conceptualizó el control sobre los determinantes de la salud como factores personales, sociales, económicos y ambientales influyentes en el estado de salud, por lo cual la promoción de la salud resalta la importancia del entorno social para alcanzar una mayor equidad⁵⁰.

La promoción de la salud tiene diversas herramientas para su desarrollo, algunas veces puede ser enfocado a la mejora de estructuras y asociaciones para fomentar el cambio, mientras que otro enfoque es la Educación para la Salud el cual “aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud”⁵¹.

Por todo lo anterior, la educación en salud es parte fundamental de muchas de las actividades de la Promoción de la Salud, por ello es importante identificar los factores que comprometen una planificación e implementación eficiente de intervenciones educativas. Se hace imprescindible involucrar a la comunidad relacionada y promover la identificación y superación de cualquier barrera para mantener y mejorar su salud⁵².

A través del tiempo, las perspectivas de salud han tenido múltiples significados, en consecuencia de ello, se han creado varios modelos que intentan comprender el proceso salud-enfermedad, uno de ellos es el modelo salutogénico descrito por Aarón Antonovski a finales del siglo XX, él se propuso comprender no solo la patogénesis si no la salutogénesis, concepto que acuñó al tratar de comprender cuales son los factores inherentes al ser humano que hacen que algunos se recuperen más fácilmente que otros, y presentó el concepto de sentido de coherencia el cual consiste en una disposición generalizada de confianza alrededor de los estresores, e identificar los recursos de afrontamiento para utilizarlos ante las demandas del medio, como lo que sucede con todos aquellos recursos de prevención en salud (Antonovski, 1987)^{53,54}.

Otro modelo que explica que el comportamiento en salud está relacionado tanto con el conocimiento como con las actitudes, es el modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974, 1977). Este modelo explica el comportamiento en salud como la percepción de un

individuo acerca de su vulnerabilidad a una enfermedad, de tal manera que la ejecución de una acción en salud está determinada por lo que la persona cree. De acuerdo a este modelo, el comportamiento en salud depende de cinco factores: la susceptibilidad a un problema de salud en particular, la gravedad del problema, se percibe que el tratamiento o las actividades de prevención son eficaces y que la realización de esas actividades no es costosa y que tendrán un incentivo por cuidar o tratar su salud⁵⁵.

Por todo lo anterior, este modelo intenta comprender el porqué de los comportamientos en salud y cuáles pueden ser los influyentes para modificarlos, en ello se involucra todas aquellas actividades de prevención ya que se construye a partir de una valoración subjetiva en el entorno de la salud, el resultado será la decisión de evitar la enfermedad⁵⁶.

Enfoque barreras y facilitadores

Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos “factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio. En la práctica profesional, se manifiesta en la adherencia, o falta de adherencia a las recomendaciones”, según Gro, *et al*, las barreras se pueden clasificar en las del actor principal o actores relacionados, el contexto social y el contexto organizativo ⁵⁷.

La propuesta fue introducida en el año de 1970 cuando se puso en marcha la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades, y Minusvalías (CIDDM). Sin embargo, fue publicada hasta 1980 por la OMS, esta primera clasificación fue criticada por que no incluía el contexto social y era un enfoque meramente individual y no universal, pero no fue hasta el año 2001, que se replanteó en nombrarla como Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual se dividía en dos fases el funcionamiento y discapacidad y los factores contextuales. Dentro de estos últimos están los ambientales y los personales y dentro de los ambientales se integró el concepto “barreras y facilitadores” desde la perspectiva de las propias personas con discapacidad, siendo esto una novedad ⁵⁸.

La OMS definió las barreras y facilitadores como aquellos “factores del mundo físico, social y actitudinal que influyen en el funcionamiento de la discapacidad” y clasifica a los facilitadores como aspectos positivos y las barreras como aspectos negativos. La identificación de estos aspectos puede ayudar a la implementación de estrategias o intervenciones encaminadas a eliminar las barreras o a promover facilitadores ⁵⁸.

Posteriormente se han hecho diversos estudios similares para conocer las barreras y facilitadores que pueden influir en la implementación de intervenciones o programas, uno de ellos fue el estudio realizado en el 2003 para identificar las barreras e instrumentos facilitadores en la enfermería basada en la evidencia, con el objeto de

identificar estos aspectos en el uso de la evidencia en el campo práctico, entre las principales barreras resultantes son las de tipo organizacional y entre las de tipo facilitador más importantes fueron la implicación de los directivos, la formación, y creación de grupos de investigación y la difusión de la misma ⁵⁹.

Otro estudio que implementó este enfoque fue el realizado en los profesionales de salud para implementar Guías de Práctica clínica en el 2005, en donde se identificaron barreras y facilitadores desde los propios profesionales de salud, del contexto social y del contexto organizativo. ⁶⁰

Aceptabilidad, barreras y facilitadores en la vacunación en contra de VPH

Según diversas investigaciones, por medio de este enfoque se pueden identificar elementos que facilitan o que dificultan la adopción de nuevas prácticas y el estudio de dichos elementos puede aportar información valiosa para la modificación de comportamientos, programas, acciones, etc. Sin embargo, en el tema de la prevención del CaCU también han sido utilizados.

En el año 2012 se incluyó la vacuna en contra de VPH en el esquema de vacunación en México dirigida a niñas de 9 a 13 años de edad. Debido a que la infección por VPH es de transmisión sexual puede tener una connotación de la actividad sexual del grupo blanco en consecuencia se han hecho diversos estudios de aceptabilidad de la misma. La palabra aceptabilidad deriva de la palabra aceptación la cuál es definida por La Academia Real Española¹.

Sin embargo, la aceptabilidad de las vacunas se determina muchas veces por comportamientos de salud, tales como la percepción de riesgo individual hacia la enfermedad, y las características propias de la vacuna tales como costo-eficacia, y barreras de tipo logístico y promocional como es la disponibilidad de la misma. No obstante, en el caso de esta vacuna se realizan censos del ciclo escolar en el área a vacunar, el informe de aplicación de primeras dosis en 5to año y de niñas de 11 años no escolarizadas de la Tercera Semana Nacional de Salud del año previo y de la población no escolarizada según INEGI⁶¹. Tomando en cuenta esto se asigna la cantidad de insumo necesario y metas a alcanzar de cada centro de salud.

Por otro lado, el programa de vacunación universal y semanas nacionales de salud, del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia clasifica las vacunas bajo dos tipos de enfoque: las que se encuentran disponibles de manera permanente y las que son de acción intensiva.

¹ Aceptación.- “La consideración de que algo está bien, es bueno y es suficiente”

La diferencia radica en que las primeras son de manera continua y enfocadas a cumplir esquemas de vacunación y las segundas son las que son ofertadas para lograr el control epidemiológico de ciertas enfermedades, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente infeccioso, por lo que esta vacuna puede ser clasificada como permanente, sin embargo, solo se encuentra en Semanas de Vacunación por lo que se hace necesario identificar si esto puede ser una barrera⁶¹.

Adicionalmente, las percepciones pueden jugar un rol crucial en la aceptabilidad de la vacuna en contra de VPH entre el personal de salud, en los padres así como entre las niñas y adolescentes aunado a que la vacuna envuelve un tema cargado de moral que involucra la conducta sexual de los mismos ⁴⁸.

Por lo que, se han realizado diversas investigaciones sobre este tema alrededor del mundo una de ellas es la investigación de tipo cualitativo que realizaron Cover *et al* en el 2012, dicho estudio evaluó los patrones de aceptabilidad hacia la vacunación de VPH entre padres en Vietnam, después de dos años de la introducción de la vacuna en su plan de inmunización básico. Los grupos focales y las entrevistas revelaron que los padres identifican el CaCU como mortal aunque tenían poco conocimiento sobre el mismo. No obstante, la mayoría apoya la inmunización de las niñas en contra de VPH para la prevención de la enfermedad y entre las razones que expresaron para no vacunar a sus hijas fueron los posibles efectos colaterales y la concepción de que las niñas podrían estar siendo objeto de un ensayo de vacuna ⁶².

En otro estudio realizado por Remes *et al* 2012 en el norte de Tanzania, el análisis involucró los conocimientos sobre VPH y CaCU y aceptabilidad a vacunación por parte de trabajadores de la salud, maestros, padres, adolescentes, y líderes religiosos. Entre las trabajadoras de la salud de profesión enfermeras, todas habían escuchado sobre CaCU pero tenían conocimientos limitados y sólo pocas identificaron VPH como causa del desarrollo de la enfermedad, y de los seis padres que aceptaron participar ninguno había escuchado acerca de VPH o de la vacuna; en contraparte muchos de los que participaron dijeron que vacunarían a su hija diciendo que “la prevención es mejor que la cura” y todas las adolescentes dijeron que les gustaría ser vacunadas ⁶³.

La percepción por parte de los trabajadores de la salud es crucial ya que son actores centrales en la percepción general, al influir en los padres y hasta en las mismas niñas y adolescentes, ejemplo de ello fue un estudio realizado en Argentina por Mazzadi *et al* en el 2010, donde se evaluó la aceptabilidad y conocimientos de la vacuna de VPH entre médicos ginecólogos mediante encuesta. En este estudio se encontró que 529 de los 643 ginecólogos prescribieron la vacuna, lo que representó una aceptabilidad del 82%, siendo mayor en el ámbito privado.

Al haber realizado este estudio antes de la inclusión de la vacuna en el Sistema Nacional de Vacunación, el 75% estuvo de acuerdo en implementarla; sin embargo, el 68% de los ginecólogos identificó como principal barrera para la vacunación el costo de la vacuna. Por otro lado hubo un 22% que consideró que la barrera principal son sus propias dudas sobre la misma, esto se relaciona principalmente con el nivel de conocimientos sobre infección por VPH y cáncer cervicouterino ya que sólo el 65% de los ginecólogos contaban con un conocimiento global sobre el rol causal de la infección y sólo el 40% tenía nociones sobre el manejo clínico de la misma. Finalmente, sólo el 2% pensaban que la barrera principal son las dudas de los padres hacia la vacuna ⁶⁴.

En México existe sólo un estudio publicado hecho por Lazcano *et al* 2001 sobre aceptabilidad hacia la vacuna de VPH en madres de adolescentes en Cuernavaca, Morelos. En este estudio los encuestados poseían poco conocimiento con respecto a la etiología del CaCU y solo el 1.9% reconoció la infección por VPH como principal factor de riesgo y un gran porcentaje está consciente de la utilidad de las vacunas en general (84.2%); así mismo, el 83.6% de las mujeres indicaron que permitirían que sus hijas participaran en un ensayo para evaluar la efectividad de la vacuna en contra de VPH para prevenir el CaCU. Entre los factores asociados con la aceptabilidad se encontró, el conocimiento de la utilidad de las vacunas, una historia de dos o más compañeros sexuales por parte de las madres. Resultando que el 80.1% de las madres de niñas de 10 años expresó que aceptaría vacunar a su hija. Este estudio se realizó antes de la inserción de la vacuna en el esquema básico de vacunación, de tal manera, que no se ha publicado hasta ahora un estudio sobre este tema, posterior a la universalización de la vacuna en México ¹.

Otro punto de debilidad para alcanzar una cobertura eficaz de la vacuna contra VPH son las percepciones públicas, esto ha representado un problema principalmente en países en desarrollo, en donde se han formado grupos que están en contra de la vacunación con las dos diferentes vacunas. Uno de los temas de controversia alrededor de las mismas son los efectos adversos relacionados, en general las vacunas profilácticas en contra del VPH han sido objeto de regulaciones de salud pública y se han clasificado como altamente seguras; sin embargo, han mostrado producir efectos colaterales menores o moderados, los cuales incluyen: dolor, inflamación y eritema en el sitio de inyección, diarrea y náuseas. No obstante, el porcentaje de sujetos que muestran estos efectos es bajo. En algunos casos, se han reportado efectos colaterales severos como la anafilaxia. Sin embargo, la tasa de efectos colaterales ha sido baja en relación al número de dosis aplicadas y si esto se maneja apropiadamente se pueden evitar la aparición de serias secuelas. En conclusión, las vacunas profilácticas para VPH son seguras como lo indicaron las tres fases de estudios de ensayos clínicos ³⁵.

En el año 2013, la Organización Panamericana de la Salud en el congreso titulado “Iniciativa del cáncer en la mujer: Un compromiso de todos para salvar vidas”, recomendó como uno de los temas de investigación cualitativa prioritarios en referencia a prevención del cáncer en la mujer, la realización de estudios para comprender mejor las “actitudes y percepciones de las mujeres, así como las barreras que dificultan el acceso a los servicios de tamizaje y cuidados para el cáncer de mama y cervicouterino”. El presente estudio ayudará a incrementar el conocimiento sobre las barreras y facilitadores en la vacunación en contra de VPH⁶⁵.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien conocido que la infección por el VPH es el factor necesario pero no suficiente para el desarrollo de CaCU, por ello se han desarrollado dos vacunas profilácticas una de Merck, llamada Gardasil y la de GlaxosmithKline, Cervarix ambas con una eficacia de por lo menos un 95% en ensayos clínicos para prevenir las lesiones cervicales producidas por los tipos 16 y 18 para el caso de Cervarix y el 16, 18, 6 y 11 para Gardasil⁶⁶.

Desde el 2006 la vacunación contra VPH ha sido autorizada en más de 100 países; sin embargo, ha sido introducida dentro del esquema de inmunización de manera universal paulatinamente, esto principalmente por el precio excesivo de las vacunas; por ello los países desarrollados la introdujeron más rápidamente comenzando por países como Estados Unidos, Canadá, Argentina entre otros. México introdujo la vacuna de VPH en su esquema básico de vacunación en 2012⁶⁷.

En estudios previos a nivel internacional de aceptabilidad de la vacuna de VPH, las principales barreras reportadas han sido la falta de conocimientos sobre la vacuna, la percepción del riesgo y las percepciones alrededor de la misma por parte de grupos clave como madres de niñas y adolescentes y trabajadores de la salud principalmente en países en desarrollo, que influyen directamente en las coberturas efectivas de vacunación^{1, 68}.

Desde el 2012 se logró universalizar la vacuna contra VPH en México, como un logro dentro del Programa de Acción Específico de 2007-2012 de Cáncer cervicouterino, aunado a una mayor visibilidad de la magnitud de la enfermedad por parte del personal de salud. Sin embargo, entre los retos que se han visualizado en la universalización de la vacuna contra VPH en México, están la dispersión e inaccesibilidad de las mujeres que más lo necesitan, las estrategias son heterogéneas y las campañas se realizan de manera independiente y cada institución vacuna a su población beneficiaria, lo que amplía la inequidad en la atención preventiva⁴⁵. Hasta la fecha, un solo estudio sobre aceptabilidad de la vacuna ha sido publicado, esto antes de la universalización de la misma y no existe información sobre las barreras y facilitadores que influyen en la aceptación de la vacuna contra VPH, por lo cual se hizo necesario identificar ¿Cuáles son las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra de VPH desde la perspectiva del personal de salud y madres de niñas y adolescentes? De tal manera que es pertinente la realización de estudios que evalúen de forma cualitativa las actitudes y percepciones del personal de salud que está en contacto directo con la administración de esta vacuna y de madres de niñas y adolescentes de niñas elegibles a vacunación contra VPH, que sirvan de apoyo en la mejora de las campañas de protección específica del CaCU con esta vacuna, incluyendo todos aquellos determinantes que impiden o facilitan la aceptabilidad. Con la

información generada en este estudio se hicieron recomendaciones para la optimización de las campañas de prevención primaria del cáncer cervicouterino en el Estado de Morelos.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCU) sigue siendo un problema de salud pública a pesar de ser una enfermedad con un potencial alto de detección temprana. En 2008 se reportó que 8 de cada 100,000 mujeres presentaron la enfermedad a nivel mundial, y ocurrieron 275,000 muertes, principalmente en países en desarrollo (88%): 53.000 en África, 31.400 en América Latina y el Caribe y 159.800 en Asia ¹².

A nivel de región de las Américas se reportó una tasa de incidencia de 29.2 por cada 100,000 mujeres y de mortalidad de 13.6 por cada 100,000 mujeres, lo que representaron las tasas más altas del mundo solo superadas por las de África Oriental (Globocan, 2008). El panorama en México no es muy alentador, ya que en el 2011, el CaCU fue el segundo tumor maligno por el cual fallecieron las mujeres en este país (10.4%) (INEGI, 2012), con una tasa de 10 muertes por cada 100,000 en mujeres de 40-49 años. En suma el INEGI en el 2012 demostró mediante certificados de defunción que las entidades federativas que presentaron una mayor asociación del lugar de residencia y la muerte por CaCU en el periodo del 2000-2008 fueron Colima, Veracruz y Yucatán ¹⁷

En la actualidad el programa de control integral de cáncer cervicouterino en México abarca los tres tipos de prevención; el tipo de prevención primaria, la cual involucra acciones de protección específica mediante la aplicación de la vacuna profiláctica contra VPH. Esta vacuna se introdujo mediante un esquema universal en el año 2012, dirigido a la población diana de niñas que cursan el 5to de primaria⁴³. La prevención secundaria a través de la detección temprana de lesiones precursoras del desarrollo de la enfermedad mediante el Papanicolaou, la colposcopia y las pruebas moleculares de detección del virus y la prevención terciaria que comprende el seguimiento de las mujeres positivas en diagnóstico temprano, el diagnóstico y el tratamiento¹⁹.

Dado que la vacuna contra VPH es de reciente introducción en el Programa Nacional de Inmunización, se hizo importante identificar todas aquellas barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano en madres de niñas y adolescentes elegibles a vacunación contra VPH y el personal de salud involucrado, esto porque estudios internacionales revelan que generalmente los padres apoyan la inmunización para la prevención de la enfermedad y la vacunación de niñas en contra de VPH y reconocen el CaCU como mortal aunque tienen pocos

conocimientos sobre la vacuna^{62,63} y en el caso del personal de salud existe conocimiento limitado, ya que en un estudio en Argentina no reconocen ampliamente al VPH como agente etiológico del desarrollo del cáncer. Sin embargo, si aceptan la vacuna con ciertas dudas ⁶⁴. Estos dos actores fueron claves de analizar ya que para el caso de las madres, por la edad de las niñas elegibles a vacunación es importante la aprobación de sus tutores y en ese proceso se involucran todos aquellos factores como conocimiento, percepción, trato del personal de salud y promoción de la vacuna. Para el caso del personal de salud, es un actor importante en la administración de la vacuna contra VPH, porque se encuentra en contacto directo con la administración de la misma.

En México, solo se ha realizado un estudio previo sobre aceptabilidad de la vacuna antes de la formulación de la política de vacunación contra VPH, ¹ de tal manera que los resultados de esta investigación aportaron información relevante para la optimización de este programa ahora de cobertura universal y aportaron información útil para formular recomendaciones para la optimización de las campañas de prevención primaria del cáncer cervicouterino en el Estado de Morelos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del papiloma humano en madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación contra VPH, que acuden a un Centro de Salud, de los Servicios de Salud de Morelos y en personal de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento, percepción de riesgo y aceptabilidad sobre la vacuna contra VPH.
- Identificar las creencias negativas y positivas alrededor de la vacunación contra el VPH.
- Analizar de manera cualitativa las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio para identificar las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del papiloma humano en madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación contra VPH, que acuden al centro de salud, de los Servicios de Salud, Morelos y personal de salud que está involucrado tanto en la oferta como en la administración de la vacuna.

Diseño del estudio

Estudio Cualitativo exploratorio

Población participante:

Se trabajó con los dos actores sociales involucrados en la aceptación de la vacuna: las madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación por VPH que acuden al centro de salud, de los Servicios de Salud, Morelos y el personal de salud que está involucrado, tanto en la oferta, como la administración de la vacuna.

Selección de la población y sujetos de estudio

Unidad de observación

Instalaciones del Centro de salud, de los Servicios de Salud, Morelos

Unidad de análisis

Madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación contra VPH y personal de salud involucrado tanto en la oferta como la administración de la vacuna

Criterios de selección

Madres de niñas elegibles para vacunación que acuden al centro de salud Morelos y personal de salud involucrado tanto en la oferta como la administración de la vacuna

Criterios de inclusión

Las madres y personal de salud con previa aceptación del consentimiento informado para participar en las entrevistas

Criterios de exclusión

Madres de niñas elegibles y personal de salud que no aceptaron participar en las entrevistas del estudio

Criterios de eliminación

Madres y personal de salud con información incompleta en las entrevistas

Técnicas para la recolección de información: Guía de observación y Entrevista semiestructurada

Número de entrevistas: Entrevistas semiestructuradas aplicadas a todo el personal de salud involucrado en la administración de la vacuna

Siguiendo el criterio de saturación teórica se propuso realizar un total de ocho entrevistas semiestructuradas a madres de niñas y adolescentes

Fases metodológicas empleadas en la realización del estudio

Fase 1 Recolección de información

(1.1 Observación

(1.2 Pilotaje de entrevistas

(1.3 Entrevistas

Fase 2 Análisis e interpretación de datos

Fase 3 Informe final

Fase 1 Recolección de información

1.1 Observación

Se realizó un ejercicio de observación sistemático en el centro de salud seleccionado para el estudio, mediante una guía de observación diseñada específicamente para el estudio de acuerdo a todos los determinantes que se considera pueden influir en la aceptación de la vacunación en contra de VPH. Los contenidos de la guía fueron los siguientes: descripción de instalaciones, tipo de propaganda sobre la vacuna, personal que brinda información, tipo de información otorgada, etc (Anexo 1).

1.2 Pilotaje de entrevistas

Se realizó el pilotaje de las entrevistas semiestructuradas para cada tipo de actor, en primera instancia al personal de salud involucrado en la oferta y administración de la vacuna (Anexo 2) en el centro de salud, Morelos con la previa aprobación del consentimiento informado de tipo oral adjunto con la tarjeta de datos de contacto (Anexo 5 y 7) a la par con el aviso de privacidad propuesto en el artículo 15 de la “Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares” (Anexo 4) y posteriormente a las madres de niñas y adolescentes mediante el mismo procedimiento que las realizadas a personal de salud (Anexo 3, 4, 6 y 7). Todos los pilotos realizados fueron audiograbados para los posteriores ajustes a la guía de entrevista.

El lugar de realización de las mismas, fue en un lugar del mismo centro de salud que fue cómodo y privado para que propiciara la confianza de expresar las ideas.

1.3 Entrevistas

Luego de los ajustes necesarios a la Guía de entrevista semiestructurada con el pilotaje de las mismas, se procedió a realizar las entrevistas a personal de salud involucrado en el ejercicio de la administración de la vacuna de VPH y madres de niñas y adolescentes elegibles a vacunación con previa aprobación del consentimiento informado (Anexo 5 y 6) con su respectivo aviso de privacidad, y en caso aceptar participar en el estudio se otorgó una tarjeta de datos de contacto para cualquier duda o aclaración (anexo 7) ambos fueron reclutados en el centro de Salud, Morelos que asistieron o laboran respectivamente, en el área de inmunizaciones en donde se administra la vacuna. Las entrevistas se llevaron a cabo en un lugar del mismo centro de salud que fuera cómodo, privado y que propicie la confianza para expresar las ideas. Todas las entrevistas fueron audiograbadas con previo consentimiento y posteriormente transcritas para su análisis.

Fase 2 Análisis e interpretación de datos

El análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas fue realizado de forma manual a través del uso de matrices comparativas construidas de acuerdo a los puntos de la guía y con la posibilidad de incluir nuevos puntos emergentes durante las entrevistas. Todas las entrevistas fueron transcritas textualmente y codificadas de acuerdo a los puntos de la guía de entrevista. Los datos para el análisis se vaciaron en las matrices y se buscaron las recurrencias y diferencias en la información proporcionada.

Fase 3 Informe final

Se elaboró el informe final con base en los resultados del análisis de datos recolectados mediante la observación y las entrevistas. El informe incluyó los principales hallazgos planteados en los objetivos en relación a la identificación de las barreras y facilitadores que influyeron en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del papiloma humano en madres de niñas adolescentes elegibles a vacunación contra VPH, que acuden al centro de salud, de los Servicios de Salud, Morelos y en personal de salud, así como recomendaciones para lograr mayor aceptabilidad de la vacuna.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos llevados a cabo en la realización de este proyecto no representaron ningún riesgo para la salud física y/o mental de los participantes, así como la confidencialidad de los mismos. Con previa aprobación del consentimiento informado oral y entrega de datos de contacto se realizaron las entrevistas semiestructuradas por personal capacitado con el pleno respeto de la dignidad, derechos y bienestar de los participantes y cumpliendo con las consideraciones éticas establecidas por la Comisión de Ética en investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de la que se obtuvo la aprobación para la realización de este proyecto terminal.

RESULTADOS

La introducción de la vacuna de VPH se ha implementado en varios países tomando en consideración diversos factores económicos, políticos y sociales, donde la investigación cualitativa es uno de los factores clave para la identificación de aquellas barreras y facilitadores que pueden estar influyendo en el cumplimiento de coberturas efectivas de vacunación.

El centro de salud donde se realizó el estudio es un centro de salud modelo en los servicios de salud del Estado de Morelos ya que cuenta con instalaciones amplias, limpias y bien distribuidas. El centro de salud cuenta con médicos y enfermeras que en general se encuentran capacitados en gerencia de servicios de salud y práctica comunitaria, quienes tuvieron disponibilidad para participar en el estudio. También se contó con disposición de madres de familia que fueron invitadas a participar y con quienes se realizaron pláticas informativas en relación a la infección de VPH y los beneficios de la vacuna.

En este estudio se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas a personal de salud y madres de niñas y adolescentes. Se entrevistaron a seis profesionales de la salud, de los cuales fueron cinco enfermeras, una trabajadora social y un médico cirujano involucrados con la administración y oferta de la vacuna del virus del papiloma humano en el centro de salud; un profesional fue de sexo masculino y cinco de sexo femenino. La edad promedio fue 44 años con una edad mínima de 35 años y una edad máxima de 49 años, el promedio de experiencia reportado fueron 14.5 años, con un mínimo de seis meses y un máximo de 25 años, adicionalmente dos contaban con especialidades relacionadas al trabajo comunitario, lo cual puede observarse mejor en (anexo 8).

Así mismo, se entrevistaron ocho madres de niñas y adolescentes elegibles a vacunación que acudieron al centro de salud con una media de edad de 40.1 años, su escolaridad fue de tres años de bachillerato o preparatoria, dos con licenciatura, dos con primaria y una con secundaria de las cuales, cuatro de ellas son amas de casa, dos son empleadas domésticas, una masajista que se dedica a la medicina alternativa y una que trabaja en ventas. El estado civil de las entrevistadas fue de cuatro casadas o unión libre, dos solteras y una divorciada, que tienen en promedio 2.6 hijos, de los cuales todos se encuentran estudiando o trabajando dependiendo la edad, las características de la población entrevistada (Anexo 12)

Nivel de conocimientos, percepción de riesgo y aceptabilidad de la vacuna en contra de VPH

Conocimientos

Los factores identificados en el rubro de conocimientos en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Nivel de conocimientos sobre infección de VPH y CaCU: etiología y prevención

PERSONAL DE SALUD	MADRES
Sobre infección por VPH	
Infección de transmisión sexual "Factor etiológico de cáncer cervicouterino" (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia) "Yo creo que es por falta de conocimiento y cuidados, si saben que son personas promiscuas, deben tener el cuidado y si tienen relaciones que se cuiden en el condón, deben saber que el condón los va a cuidar en cualquier tipo de infecciones" (Promotora de salud, 49 años, 14 años de experiencia)	Infección de transmisión sexual "Lo he escuchado y sé que se transmite por tener relaciones sexuales con una persona infectada, y pues sé que son unas llaguitas o verruguitas en la parte femenina o en la parte masculina" (Ama de casa, 39 años, hija ya se vacunó) "Que tienen relaciones sexuales y el hombre se los transmite, si no tienen protección con condón, y bueno para ciertos tipos de virus la vacuna los protege" (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)

Medio de prevención para infección por VPH	
<p>Uso de condón</p> <p>“Principalmente el sexo seguro y la otra es el preservativo y pues más que nada verificar con quien se meten no, y actualmente la vacuna” (Enfermera responsable de enfermería, 49 años, 25 años de experiencia)</p> <p>“Las medidas común que hay pues serían dos una la abstinencia sexual y el uso del condón, y bueno también el hecho de tener múltiples parejas sexuales incrementa el riesgo entonces el tener una sola pareja pues también contribuye a disminuir eso” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</p>	<p>Uso de condón</p> <p>“Condón, con métodos anticonceptivos pues más que nada, te puedes poner un implante o algo así, pero solo te quita que no te embaraces pero no te quita las enfermedades” (Ama de casa, 25 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p> <p>“Una es la abstinencia la más natural y barata, y otra el preservativo” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)</p>
Sobre vacuna contra VPH	
<p>Medio para prevenir muertes por CaCU</p> <p>“Pues le va a prevenir el DNA para que no presenten el cáncer y principalmente el virus del papiloma” (Enfermera responsable de enfermería, 49 años, 25 años de experiencia)</p> <p>“Pues eso la ventaja es la protección que podemos tener con la vacuna ya tener una relación sexual sin protección pues tenemos mínimo riesgo no, yo pienso que no es que no nos vaya a dar, o no se a lo mejor estoy mal no, pero ya no es tanto el que realmente de que nos dé o algo” (Enfermera módulo del adolescente, 49 años, 8 años de experiencia)</p>	<p>Medio de prevención</p> <p>“Yo si estoy a favor de la vacunación, pero lo que no me parece es que están experimentando con la gente” (Danzante, 56 años, no vacunó a su hija)</p> <p>“Como le digo si he escuchado que hay que vacunarse contra el virus del papiloma humano pero no sé de qué enfermedad te puedes contagiar” (Empleada doméstica, 37 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p>

Entre las principales recurrencias encontradas en el nivel de conocimientos se observó que en cuanto a la infección de VPH el personal de salud si la percibe como una enfermedad de transmisión sexual y en general reconocen que la infección con el virus de VPH es factor necesario para el desarrollo de CaCU.

Por otro lado las madres también reconocen que es una infección de transmisión sexual y el hombre es el principal portador. Adicionalmente al preguntar sobre los medios de prevención de la infección ambos actores reconocieron el condón como principal medio, omitiendo la vacuna en primera instancia. Cuando se les preguntó por la vacuna de VPH a ambos actores, el personal de salud sí reconoce que con la misma se puede prevenir la enfermedad y evitar muertes, lo que revela un alto grado de aceptabilidad de la misma.

Sin embargo, algunos profesionales de la salud tienen conocimientos erróneos sobre la vacuna contra VPH, como el disminuir el riesgo de infección y poder tener relaciones sexuales sin protección (Ver testimonio en cuadro 3). En el caso de las madres la mayoría si ha escuchado sobre vacuna de VPH y la ven como un medio de prevención.

Por otro lado, las madres expresaron que tienen algunas dudas sobre la vacuna, refieren el interrogante de si con la vacuna se está experimentando con las niñas o realmente para que protege la misma (Ver testimonio cuadro 3).

Percepción de riesgo

El modelo de creencias en salud respecto a la prevención de cáncer cervicouterino es el resultado de que las personas consideren su salud como un elemento clave en sus vidas, por lo que la vulnerabilidad de contagiarse con VPH y la percepción de que tan grave puede ser para su salud ser portador de VPH puede determinar su nivel de aceptabilidad hacia cualquier medio de prevención como lo es la vacuna contra VPH⁵⁵.

Los factores identificados en el rubro de percepción de riesgo en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presentan en los cuadros 4 y 5.

Cuadro 4. Percepción de riesgo sobre infección por VPH y CaCU

PERCEPCIÓN DE RIESGO	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Sobre infección por VPH	
<p>Virus latente y oportunista “Bueno es un virus que prácticamente tenemos todos que de alguna forma está latente es un virus oportunista “ (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</p> <p>“Depende del virus, porque si hay un virus que si se puede quitar le mentiría si yo le dijera que número” (Enfermera módulo del adolescente, 49 años, 8 años de experiencia)</p>	<p>Infección que puede causar la muerte “Del papiloma, creo que también te puedes morir, es un virus y es contagioso es de persona a persona” (Ama de casa, 44 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p> <p>Problemas de esterilidad: “Yo recuerdo que esterilidad, siempre van a traer latente la infección aunque la tengan que estar tratando toda la vida “(Danzante, 56 años, no vacunó a su hija)</p>
A quien afecta más la infección por VPH	
	<p>A mujeres casadas “Más vulnerable, pues las mujeres casadas no, y los que tienen vida sexual activa” (Ama de casa, 44 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p> <p>Mujeres adultas: “Si bueno de 35 para arriba pues se me ocurre que puede ser, aunque los jóvenes no creo que estén exentos de que les pueda pasar” (Danzante, 56 años, no vacunó a su hija)</p> <p>Familiares con VPH: “No, tuve una cuñada que tenía el problema de VPH” (Ama de casa, 36 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p>
Sobre CaCU	
	<p>Se desconoce que es CaCU y su causa, se percibe como algo que lleva a la muerte Desconocimiento de la causa: “Pues nomas sé que se tiene cáncer y ya pero no sé en realidad como sea el cáncer cervicouterino” (Ama de casa, 39 años, hija ya se vacunó)</p> <p>Cáncer que destruye: “Simplemente es el cáncer de la mujer y te empieza a deteriorar en este caso la matriz, pero te destruye en todas partes” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)</p> <p>Familiares con CaCU: “Tengo una sobrina a ella le pegaron el virus del papiloma humano a ella, cuando lo supe a ella ya había sido tratada con quimioterapias, perdió la matriz” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)</p>

En cuanto a la percepción de riesgo de la enfermedad expresada por el personal de salud en general reconocen que es un virus latente y oportunista y no saben realmente

si se puede eliminar. Adicionalmente, se les preguntó a las madres como percibían el riesgo de la infección por VPH y en general la mayoría lo asoció con la muerte pero también con problemas de esterilidad en la mujer e infección siempre latente, esto concuerda con lo expresado por el personal de salud. Sin embargo, las madres perciben que la infección por VPH afecta más a mujeres casadas o en edad adulta.

Al preguntar sobre CaCU a las madres la mayoría desconoce la causa para el desarrollo del mismo, lo que evidencia falta de información, pero al mismo tiempo tienen una alta percepción de riesgo al expresar *“Simplemente es el cáncer de la mujer y te empieza a deteriorar en este caso la matriz, pero te destruye en todas partes”* (Ver testimonio cuadro 4) esto puede influir en la aceptabilidad de la vacuna.

Al preguntar sobre familiares con CaCU hubo dos que dijeron que los tienen y tres expresaron que tienen familiares o amigas con infección por VPH, lo que indica una alta prevalencia de VPH en un grupo de ocho entrevistadas.

Cuadro 5. Percepción de riesgo sobre consecuencias de una sexualidad no responsable y sobre vacunarse contra VPH

PERCEPCIÓN DE RIESGO	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Sobre consecuencias de una sexualidad no responsable	
_____	<p>El embarazo: “Lo mismo que me paso a mí, embarazos a temprana edad, enfermedades, contagios” (Ama de casa, 25 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p> <p>“Embarazarse y por experimentar empiezan su sexualidad a corta edad” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)</p>
Sobre vacunarse contra VPH	
<p>Ningún Evento temporalmente asociado a vacunación (ETAV): “Así como un ETAV asociado a la vacuna no conozco ninguno más que los generales secundarios a la aplicación salvo fiebre, dolor, ningún ETAV que conozca” (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo)</p> <p>Vacuna para esterilizar: Ninguna reacción, dolor de cabeza de miedo y tensión, al inicio vacuna para esterilizar (Enfermera responsable de enfermería, 49 años, 25 años de experiencia)</p> <p>Contagio, experimentación con la vacuna: “No quieren porque creen que al aplicarles uno la vacuna se van a contagiar o hay mamás que piensan que está a prueba la vacuna y que esta uno experimentando con las niñas” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</p>	<p>Riesgo de experimentación con las niñas: “Yo creo que si es importante vacunar contra cualquier cosa siempre y cuando no experimenten con la gente” (Danzante, 56 años, no vacunó a su hija)</p> <p>Prevención de la enfermedad: “Yo digo que es importante, así como le acabo de decir para prevenir enfermedades que son de nuestro tiempo” (Empleada doméstica, 37 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p>

Todas las madres dijeron que entre las principales consecuencias de una sexualidad no responsable estaba el embarazo (Ver testimonio cuadro 5), no se reconoce las ITS como el principal problema, esto porque existe una alta presión social sobre el embarazo adolescente, lo que sugiere la percepción de este problema como el más grave por parte de las madres.

Por otro lado, el personal de salud expresó que no ha observado Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación (ETAVs) graves en las niñas vacunadas, No obstante, refieren la existencia de algunas creencias por parte de las madres como el hecho de que al vacunar a las niñas se contagien de VPH o que están experimentando con las mismas. En general, las madres sí reconocen la vacuna como medio de prevención pero adicionalmente se identificó que algunas de las madres entrevistadas les preocupan el pensar que pueden experimentar con sus hijas (Ver testimonio cuadro 5).

Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Los factores identificados en el rubro aceptabilidad de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presenta en el cuadro 6.

Cuadro 6. Factores identificados en relación a la Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

ACEPTABILIDAD DE LA VACUNA CONTRA VPH	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Motivos por los cuales se vacunaría o vacunaría a su hija contra VPH	
Para evitar infecciones por VPH y CaCU: “Para evitar muertes principalmente y estamos que la gente tenga una mejor calidad de vida, nuestras adolescentes sobre todo” (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia)	Para prevenir enfermedad “Pues para prevenir la enfermedad para prevenir cualquier tipo de descuido y como te repito de relaciones, y lo que previene” (Ama de casa, 36 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)
Quienes aceptan más fácil la vacuna contra VPH	
Madres informadas “Es cuestión de educación generalmente los que tengan secundaria hacia arriba la aceptan porque tienen un poquito más de información y cuando no saben leer o algo, es más difícil porque están más bajo la presión de los tabos, costumbres, usos” (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo) Nivel socioeconómico medio-alto que poseen información: “Yo creo que el nivel medio alto, buscan la vacuna, están aquí al pendiente, mientras que los de nivel un poco más bajo se mantienen al margen, muy probablemente yo creo que tienen que ver con el conocimiento de, no” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)	Madres informadas que reciben pláticas: “Pues nosotras venimos aquí y nos hablan que nos tenemos que hacer el Papanicolaou para que nos demos cuenta a tiempo si tenemos cáncer o no “ (Empleada doméstica, 37 años, hija próxima a tener edad para vacunarse) “Nada más te invitan a pláticas de otras cosas por ejemplo de Papanicolaou o algo así pero no de otras cosas” (Ama de casa, 44 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)
Quienes aceptan menos la vacuna contra VPH	
Madres desinformadas “las adultas difícilmente queremos aceptar que esta niña va a manejar vida sexual” (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia) Bajos recursos: “Gente de bajos recursos están como alejados de esa información no se inmiscuyen como que es una información que además de todo como que no les interesa si, como que tienen muchas creencias ellos” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)	_____
Madres que aceptan más la vacuna: por edad y escolaridad	
Madres jóvenes, nivel socioeconómico medio: “Las madres jóvenes como ellas ya lo vivieron ellas son las que nos las traen” (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia) Escolaridad: “Por escolaridad, si influye mucho, hay gente que está sobre todo más informada, no tanto de que no tenga educación puedo no tener educación pero puedo estar informada” (Enfermera módulo del adolescente, 49 años, 8 años de experiencia) Todos la aceptan: “No ahorita ya no, al inicio si había mucha dificultad y como era vacuna nueva decían que las queríamos para experimento” (Enfermera responsable de enfermería, 49 años, 25 años de experiencia)	_____

En general se observó una alta aceptabilidad de la vacuna contra VPH por parte de los dos actores clave, ya que el personal de salud dijo que vacunarse contra VPH es importante para evitar infecciones por VPH y CaCU y de igual forma las madres reconocen la vacuna como un medio preventivo (Ver testimonio cuadro 6).

Sin embargo, al identificar quienes son las que aceptan más fácil la vacuna el personal de salud expresó que principalmente son las madres informadas y las de nivel socioeconómico medio-alto, por la suposición de que poseen más información,

visualizándose como común denominador que a mayor información mayor aceptabilidad de la vacuna.

Al clasificar las madres por edad y escolaridad, las que más aceptan la vacuna son las madres jóvenes (Ver testimonio Cuadro 6). En contraparte, las madres que aceptan menos la vacuna son por un lado, las que tienen bajos recursos económicos como lo expresado en el cuadro 6 *“Gente de bajos recursos están como alejados de esa información, no se inmiscuyen, como que es una información que además de todo como que no les interesa si, como que tienen muchas creencias ellos”* y por otro lado, las madres en edad adulta.

Creencias alrededor de la vacunación contra VPH

Los factores identificados en el rubro creencias alrededor de la vacunación contra VPH en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presentan en el cuadro 7.

Cuadro 7. Creencias alrededor de la vacunación contra VPH

CREENCIAS ALREDEDOR DE LA VACUNACIÓN CONTRA VPH	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Positivas	
Disminución de riesgo de CaCU: “Pues que puede disminuir el riesgo de cáncer cervicouterino la intención sería disminuir la incidencia pero pues faltan muchos años para ver el impacto que tenga realmente” (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo)	Utilización de condón para protegerse de otras ITS: “Condomes una, y no ser promiscuo sexualmente, o sea que realmente dicen sexo seguro solo que usen condón, si no con quien me estoy metiendo” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)
Negativas	
Vacuna para experimento: “No ahorita ya no, al inicio si había mucha dificultad y como era vacuna nueva decían que las queríamos para experimento” (Enfermera responsable de enfermería, 49 años, 25 años de experiencia) Vacuna causa efectos secundarios: “Por lo que han escuchado “es que me dijo mi comadre que le hizo daño la vacuna, cuando se la pusieron se puso bien mal que hasta la tuvieron que llevar al hospital” (Enfermera módulo del adolescente, 49 años, 8 años de experiencia) Inicio de vida sexual activa a temprana edad: “Pues los Tabús generalmente que un adolescente no debe de iniciar su vida sexualmente activa a temprana edad, y el miedo a las vacunas” (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo)	Vacuna para experimento: “Dudas? Pues es una vacuna, que la idea de la vacuna es prevenir, pues la única cosa que yo es lo de la experimentación y si me molesta porque somos personas” (Danzante, 56 años, no vacunó a su hija) Reacciones secundarias: “Ha si va a tener alguna consecuencia hormonal o algo así todas esas dudas” (Ama de casa, 25 años, hija próxima a tener edad para vacunarse) Contagio con la vacuna e inicio de relaciones sexuales: “Este, bueno a ver si la vacuna la están poniendo para que no se contagien, si ella ya va a poder iniciar sus relaciones sexuales” (Empleada doméstica, 37 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)

Creencias positivas

El personal de salud tiene la creencia principal que con la vacunación contra VPH se disminuirá el riesgo de desarrollo de CaCU. Adicionalmente, las madres creen que la utilización de condón puede protegerlas de no infectarse con VPH (Ver testimonio cuadro 7).

Creencias negativas

Entre las creencias negativas que existen en las madres referidas por el personal de salud, se encontraron la percepción de vacuna como experimento y los posibles efectos secundarios de la vacuna, por lo que han escuchado de otras personas como comadres, vecinas, amigas, etc. Esto fue coincidente con lo expresado por el personal de salud (Ver testimonio cuadro 7).

Otra creencia negativa fue que las madres temen que la aplicación de la vacuna fomenta el inicio de vida sexual de sus hijas a temprana edad como lo expresó una de las madres *“Este, bueno a ver si la vacuna la están poniendo para que no se contagien, si ella ya va a poder iniciar sus relaciones sexuales”* (Ver testimonio cuadro 7).

Barreras que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano

Los factores identificados en el rubro de barreras que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presentan en los cuadros 8 y 9.

Cuadro 8. Barreras logísticas y sociodemográficas que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano

BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA ACEPTABILIDAD DE LA VACUNACIÓN EN CONTRA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Barreras logísticas del esquema de vacunación	
<p>Vacuna dirigida a un grupo blanco delimitado: <i>“Nos regimos sobre lineamientos, entonces aquí la gente no lo entiende y el disgusto es hacia nosotros “es que usted quien es, porque me la niega si yo tengo tres hijas, las tres tienen derecho” (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia)</i></p> <p>Poco abastecimiento de vacuna y sólo en semana de vacunación: <i>“que tuviéramos más acceso a la vacuna para aplicarla a toda población que la solicite y un acceso permanente, no nada más en campañas” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</i></p> <p>Esquema de vacunación extendido (porque una dosis a los 5 años): <i>“La última dosis ya es muy difícil ponerla o sea aplicas las dos primeras sin temor a equivocarme el 10% se va a poner la tercera dosis” (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo)</i></p>	<p>Vacuna dirigida a un grupo blanco delimitado: <i>“Ahí el rango de edad es lo que no me parece mucho, te dicen que es para niñas muy pequeñas, yo una vez pregunte porque no querían ponerla ya más grandes que ya pasaran de los 12 años porque ya tienen vida sexual activa, y no querían ponérsela ya” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)</i></p>
Barreras sociodemográficas de las madres	
<p>Madres adultas: <i>“Las adultas difícilmente queremos aceptar que esta niña va a manejar vida sexual” (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia)</i></p> <p>Nivel socioeconómico bajo: <i>“yo creo que el nivel medio alto, buscan la vacuna, están aquí al pendiente, mientras que los de nivel un poco más bajo se mantienen al margen, muy probablemente yo creo que tienen que ver con el conocimiento de, no” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</i></p>	

Barreras logísticas

En este estudio se encontró que el personal de salud identificó que las principales barreras en este rubro fueron, que la vacuna este dirigida a un grupo blanco delimitado al igual que lo expresaron las madres (Ver testimonio cuadro 8) lo que se puede identificar como una barrera en la política de vacunación.

Otro problema logístico identificado por el personal de salud fue el poco abastecimiento de dosis de vacuna y que solo se oferta en semanas de vacunación. En el periodo en el que se hizo este estudio, el personal de salud señaló como otra barrera logística el esquema extendido (0, 6 y 60 meses) de esta vacuna que se llevaba según la política nacional de inmunización por lo que el personal de salud refiere que para el cumplimiento de este esquema de vacunación, podría ser motivo de oportunidades perdidas de vacunación, en el caso de que la tercera dosis ya no pudiera administrársele a muchas niñas (Ver testimonio cuadro 8).

Barreras sociodemográficas

Entre las barreras sociodemográficas referidas por el personal de salud fue recurrente la asociación de las madres adultas con menor aceptación de la vacuna contra VPH por cuestiones de tabús como el inicio de relaciones sexuales a temprana edad y por otro lado el ser de bajos recursos podría ser un factor que dificulte el acceso a la información (Ver testimonio en cuadro 8).

Barreras sociales y culturales

Los factores identificados en el rubro de barreras sociales y culturales y barreras en la promoción de la vacuna que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presentan en el cuadro 9.

Cuadro 9. Barreras sociales y culturales y barreras en la promoción de la vacuna contra VPH que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano

BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA ACEPTABILIDAD DE LA VACUNACIÓN EN CONTRA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Barreras sociales y culturales	
<p>Mala comunicación en familia: “Los papás de ahora no tenemos tiempo para platicar o escuchar a los hijos, entonces es una barrera tremenda que tenemos que implementar algo, porque hay bastantes embarazos”(Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia)</p> <p>Madres refieren que vacuna permite el inicio de vida sexual activa a temprana edad: “Porque estamos diciéndole a las niñas que ya pueden, las niñas creen que al aplicarse la vacuna ya pueden tener actividad sexual y las mamás eso les aterra, les aterra” (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia)</p> <p>Vacuna produce efectos secundarios: referido por círculo social: “Vienen y dicen que se puso bien grave, y a veces ni siquiera fue por esa vacuna pero se lo atribuyen a la vacuna” (Enfermera módulo del adolescente, 49 años, 8 años de experiencia)</p>	<p>Conciben el embarazo como principal consecuencia de una sexualidad no responsable: “Lo mismo que me paso a mí, embarazos a temprana edad, enfermedades, contagios” (Ama de casa, 25 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p> <p>Vacuna que podría estar en experimentación: “Ahorita ya no sé si tengo la duda de si la vacuno o no la vacuno o igual y ya no hay tiempo pero si me parece que si experimentan con la gente” (Danzante, 56 años, no vacunó a su hija)</p>
Barreras en la promoción de la vacuna contra VPH	
<p>Desinformación de las madres “Pues mucha gente desconoce totalmente la información he, lo que nosotros estamos haciendo aquí en el servicio” (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</p> <p>Desconocimiento para lo que sirve realmente la vacuna: “La gente tiene la idea en mente que es una vacuna contra el cáncer cervicouterino no lo ven mucho contra del virus del papiloma” (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo)</p>	<p>No se realiza una campaña de sensibilización de la vacuna por parte del personal en el centro de salud: “No, nunca me han dicho si tengo hijos o niñas o algo para que se vengan a vacunar no, yo he venido a preguntar pero es diferente” (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)</p> <p>Desconocimiento sobre causas de infección de VPH y CaCU: “Quien sabe señorita, yo creo que de entrada que mala suerte no? (Risas), puede ser por herencia también el cáncer es hereditario no y tener muy mala suerte (Risas)” (Ama de casa, 44 años, hija próxima a tener edad para vacunarse)</p> <p>Desconocimiento sobre efectos secundarios de la vacuna: “Pues la duda que tengo si la vacuna tiene algunos riesgo o alguna perdida de las niñas” (Ama de casa, 39 años, hija ya se vacunó)</p>

Entre las barreras sociales y culturales que el personal de salud identifica con las madres y que podrían influir en la aceptabilidad de la vacuna de VPH se destaca la mala comunicación en familia, lo que puede ser un factor para la incidencia de embarazos en adolescentes.

Con respecto a la promoción de la vacuna contra VPH, las principales barreras identificadas por el personal de salud fueron la desinformación de las madres, lo que puede tener un efecto directo en la aceptación de la vacuna.

Las madres dijeron que en general no existe información sobre la vacuna de VPH y no es promovida por el personal de salud y por lo tanto tienen muchas dudas sobre ella referente al desconocimiento sobre causas de infección de infección por VPH y CaCU, lo que realmente protege la vacuna y los efectos secundarios de la misma.

Facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano

Los factores identificados en el rubro de facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano, en los dos actores clave junto con los testimonios que respaldan dicha información se presentan en el cuadro 10.

Cuadro 10. Facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano

FACILITADORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTABILIDAD DE LA VACUNACIÓN EN CONTRA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	
PERSONAL DE SALUD	MADRES
Facilitadores sociales y culturales	
	Madres perciben enfermedad como mortal y pueden aceptar la vacuna más fácilmente: "Pues si perder la vida o inclusive perder la matriz perder inclusive hasta ovarios o si se te riega y no te das cuenta te llenas de cáncer todo y te mueres y eso es muy devastador" (Contadora, 48 años, no pudo vacunar a su hija)
Facilitadores en la promoción de la vacuna contra VPH	
<p>Incremento del uso de condón como medio de prevención para otras ITS: "Es una gran ventaja el condón siempre ha existido pero no teníamos tanta, a la mejor tanta información como para realmente usarlo" (Promotora de salud, 49 años, 14 años de experiencia)</p> <p>Contar con información adecuada con respecto a la vacuna contra VPH: "Un punto muy importante también es muy importante que a nosotras como enfermeras nos capaciten, porque la verdad no estamos capacitadas" (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</p> <p>Información a padres y adolescentes: "Explicar también a las mamás que no quiero decir con esto que vamos a incitar a los jóvenes a que tengan relaciones si no también orientar a los jóvenes" (Enfermera, 40 años, 15 años de experiencia)</p> <p>Campaña de mercadotecnia masiva: "Insisto es una campaña de mercadotecnia eso es todo lo que engloba, televisión, radio, carteles, espectaculares, toda una estrategia de difusión no nomas un comercial" (Director del centro de salud, 35 años, 5 meses en el cargo)</p> <p>Fortalecer la capacidad de información y comunicación en personal de salud: "Los profesionistas somos los que tenemos el deber de ser los primeros en conocer toda la información para poder orientar y en medida de eso está en que la gente crea o no en nosotros" (Enfermera responsable de área de vacunación, 42 años, 25 años de experiencia)</p>	<p>Información más integral sobre infección por VPH y cómo prevenirla a través de la vacuna:</p> <p>"Pues sobre todo que nos explicaran sobre la vacuna, aunque más o menos sabemos para qué es, pero un poquito más de información" (Ama de casa, 39 años, hija ya se vacunó)</p>

En el contexto de la vacunación de VPH los facilitadores sociales y culturales identificados en las madres fue el alto nivel de percepción de riesgo al visualizar el CaCU como mortal.

En cuanto a la promoción de la vacuna los principales facilitadores percibidos por el personal de salud estuvieron el incremento del uso del condón. Paradójicamente, las madres refieren que se les ha explicado que la vacuna puede proteger contra CaCU y para otras enfermedades.

Por otro lado, los facilitadores recomendados por el personal de salud en cuanto a la promoción de la vacuna fueron: que estuvieran mejor capacitados con respecto a la vacuna de VPH. El personal de salud refiere que es importante informar a los padres y adolescentes sobre el tema, realizar una campaña de mercadotecnia masiva para llegar a toda la población, y el fortalecer la capacidad de información y comunicación en el personal de salud (Ver testimonios cuadro 10).

Ciertos testimonios referidos tanto por el personal de salud como por las madres de familia que no fueron recurrentes para cada uno de los rubros evaluados en este estudio se describen a detalle en los anexos 9 al 11 y del 13 al 15.

DISCUSIÓN

En este estudio se identificaron creencias y opiniones que coinciden con lo reportado en otros estudios. En el rubro de conocimientos en general el personal de salud percibe la infección de VPH como una enfermedad de transmisión sexual y la conciben como factor necesario para el desarrollo de CaCU esto contrasta con dos estudios uno realizado en el estado de Morelos y otro en Tanzania, el primero fue realizado por Arillo-Santillán, *et al* en el año 2000, 40% de los médicos familiares referían no saber de la asociación de VPH y CaCU⁶⁹ y en otro estudio hecho por Remes *et al* en el 2012 en el noreste de Tanzania, las enfermeras si reconocían el CaCU pero no identificaron VPH como causa⁶³, esto muestra que en general, los trabajadores de la salud en nuestro centro de salud de estudio están informados sobre las características generales de la enfermedad.

Lo anterior podría indicar que ha habido una mayor capacitación de los profesionales de salud en los últimos años en el Centro de Salud de estudio. Sin embargo, paralelamente se involucran los prejuicios que pueda tener el personal de salud como lo expresaron algunos testimonios relacionados con promiscuidad, esto confirma que al ser una enfermedad de transmisión sexual pueden involucrarse ciertas cuestiones culturales, sociales y emocionales a la hora de opinar de la misma⁷⁰

Por otro lado las madres también reconocen que es una infección de transmisión sexual. En concordancia con un estudio hecho en madres latinas en el año 2009 por Sanderson *et al*, donde el 60.1% de las madres negativas a infección por VPH habían escuchado sobre la misma⁷¹. Sin embargo, ambos actores reconocieron como principal medio de prevención de la infección el condón esto puede ser explicado porque en varios países que han introducido la vacunación universal contra VPH como parte de programas de control integral de CaCU han llevado a cabo programas de educación de conductas de riesgo y uso de condón⁷² lo que hace que las personas relacionen el uso de condón con protección aunque esto sea falso porque el condón solo protege

parcialmente de la infección de varios tipos de VPH y la reinfección; sin embargo, no deja de ser un factor protector para otras Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Ambos actores identifican que la vacuna puede prevenir la enfermedad y evitar muertes, lo que revela un alto grado de aceptabilidad de la misma como lo reportado por Askelson *et al* en donde se evidenció que el 86.5% de los médicos que participaron en el estudio tenían intenciones de vacunar a sus pacientes contra VPH ⁷³. Análogamente en un estudio por Remes *et al* en el 2012, los padres expresaron nunca haber oído sobre la vacuna pero si dijeron *“la prevención es mejor que la cura”*⁶³. Sin embargo, las madres expresaron que tienen algunas dudas sobre la misma, como el no saber si se está experimentando con las niñas o realmente para que proteja la misma, esto concuerda con lo expresado en el estudio hecho por Brotherton *et al*. En el que se reportó que las tasas de anafilaxia en niñas después de ser vacunadas con la vacuna cuadrivalente en contra de VPH eran más altas que otras vacunas sin tener consecuencias graves; sin embargo, las tasas eran significativamente más bajas con el manejo adecuado sin ningún tipo de secuelas⁷⁴.

No obstante, la percepción de riesgo de la enfermedad que tiene el personal de salud es que identifican el virus como latente y oportunista y desconocen si realmente se puede eliminar, lo que indica que tienen conocimientos parciales sobre el virus, de manera similar se encontró en un estudio realizado a personal médico de Colombia en el año 2010, bajos conocimientos sobre el virus y la infección de VPH y se concluyó que era necesario brindar amplia capacitación y educación a los mismos⁷⁵. En el caso de las madres perciben que el principal riesgo de la infección por VPH es la muerte, así como otros problemas tales como esterilidad en la mujer e infección siempre latente. Esto concuerda con lo expresado por el personal de salud, lo que podría indicar que ha sido lo que ellos mismos le han informado a las madres, ya que los conocimientos que tengan los profesionales de la salud puede influir en la aceptabilidad de la vacuna en los padres como ha sucedido en varios países⁷⁶.

Adicionalmente, se evidenció que las madres perciben que el grupo social que más afecta la infección es a las mujeres casadas o en edad adulta, sin identificar que los adolescentes pueden ser vulnerables a la misma, dicha concepción puede relacionarse con algunos estudios cualitativos en los que se ha referido el matrimonio como una alianza adversa o desfavorable para las mujeres, según Valdez Curiel en Investigación Cualitativa en Salud *“El matrimonio tradicional las esposas pierden terreno en el campo de la autoestima durante los primeros años, y los años intermedios de la vida adulta teniendo así un impacto negativo en su bienestar”*⁷⁷.

Sin embargo, la mayoría de las madres desconoce la causa para el desarrollo del CaCU pero si lo identifican como mortal y grave lo que puede influir en la aceptabilidad de la

vacuna como lo referido por Rosario M, *et al* en Perú en el año 2008 en donde los padres que aceptaron más la vacuna fueron los que percibieron el CaCU como grave, frecuente y mortal⁷⁸.

Sorprenderá tal vez que de las ocho madres entrevistadas, dos dijeron tener familiares o amigas que presentaron CaCU y tres dijeron tener con infección por VPH, lo que revela una alta prevalencia de VPH en un grupo reducido, esto tiende a estar asociado con la intención de proteger a sus hijas por medio de la vacunación, en concordancia con un estudio realizado por Amanda Dempsey *et al* en Estados Unidos en el 2007, en donde se mostró que una historia de CaCU e infección por VPH puede influir en la decisión de vacunar a su hija contra VPH⁷⁹.

Al contrario de lo anterior todas las madres reconocen el embarazo como la principal consecuencia de una sexualidad no responsable, demostrando que no identifican las ITS como principal problema, esto porque puede existir una alta presión social sobre el embarazo adolescente, lo que sugiere la percepción de este problema como el más grave por parte de las madres, y no se encontraron estudios previos que respalden esta hipótesis.

Otra de las preocupaciones que se ha observado en diferentes países son los efectos adversos asociados a la vacunación de VPH. No obstante, el personal de salud entrevistado dijo no haber observado Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación (ETAVs) graves en las niñas vacunadas. Sin embargo, si expresaron que las madres tienen algunas creencias como que las niñas se contagien de VPH luego de ser vacunadas o de que estén experimentando con ellas. Similar a lo descrito en el estudio Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa publicado en el año 2013 por Auday M *et al*, 6.1% de los estudios revisados concuerdan en que las personas en general no asisten a los servicios de salud por desconfianza en los profesionales de salud, los tratamientos prescritos, el estigma social, creencias y mitos⁸⁰. En otro estudio realizado en Vietnam, es percibido de igual forma por el 18% de los padres, en el segundo año de introducción de la vacuna, miedo a vacunar a su hija ya que pudieran estar experimentando con ellas⁶².

En contraparte, si se observó en general una alta aceptabilidad de la vacuna por parte de los dos actores clave. Sin embargo, el personal de salud refirió que las que más la aceptan son las madres informadas y las de nivel socioeconómico medio-alto, como lo reportado por Aguilar *et al* en el 2010, donde la aceptabilidad de la vacuna de VPH se encontró asociada con el nivel de conocimientos sobre VPH⁸¹.

Al clasificar a las madres por edad y escolaridad, las que más aceptaron la vacuna fueron las madres jóvenes esto podría ser porque ellas tienen más percepción de riesgo

sobre el inicio de relaciones sexuales a corta edad y están conscientes de sus principales consecuencias, dicha percepción se relaciona con lo observado en el estudio de Lazcano-Ponce et al en el 2001 en el estado de Morelos, donde las madres de 26-30 años tuvieron la mayor aceptabilidad de la vacuna (90.2%), seguido por el grupo de madres menores o igual a 25 años las cuales tuvieron una aceptabilidad de 87.2% lo que se relacionó principalmente con la percepción de riesgo de la enfermedad¹.

Por otra parte, las madres que aceptan menos la vacuna fueron las que tienen bajos recursos económicos por la concepción de que podrían tener menor acceso a la información y las que se encuentran en edad adulta y esto porque se involucran muchas creencias como el hecho de no querer aceptar que la niña iniciará una vida sexual, análogo a lo reportado en el estudio de Waller *et al*, en el 2006 en donde algunas madres dijeron que no entendían porque la vacuna de VPH estaba dirigida a niñas de 9 años de edad si aún ellas no iniciarían su vida sexual⁶⁸.

Teniendo en cuenta el Modelo de creencias de salud el cual proporciona un marco útil para analizar las influencias relativas de los distintos procesos psicológicos de como las personas toman decisiones, y se construyen a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa⁵⁵. Entre las principales creencias positivas identificadas están que el personal de salud si asocia la vacunación contra VPH como un medio para reducir el riesgo de desarrollo de CaCU lo que puede motivar a promover la vacuna y ser una de las fuentes más confiables de información para la población en general⁷⁶. En el caso de las madres todas creen que el condón es el medio de prevención ideal, esto se puede clasificar como positivo porque está influyendo indirectamente en la protección para otras ITS.

Paralelamente se evidenciaron algunas creencias negativas en las madres referidas por el personal de salud como la utilización de la vacuna como experimento y los efectos secundarios de la misma, por lo que han escuchado de otras personas como comadres, vecinas, amigas, etc. Lo anterior se asocia con una práctica que ha sido reportada como parte del proceso de algunas personas que tienden a evaluar su situación de salud a través de la discusión de estos con familiares y amigos cercanos. A su vez, el círculo social más próximo ayuda a determinar la naturaleza y severidad de un problema de salud y decidir si se debe o no buscar ayuda profesional⁷⁷. Otro estudio que refuerza estas percepciones es uno realizado en la Universidad de Cantabria en donde las principales barreras para la toma de decisión por parte de la comunidad y el individuo en lo que respecta a la vacunación son los mitos y creencias que se tienen⁸²

Otra creencia negativa fue que las madres temen que la aplicación de la vacuna fomente el inicio de vida sexual de sus hijas a temprana edad, así como en un estudio

que se realizó en Manchester en 2006 a padres e hijos, donde el 2.1% de los padres expresó que la vacuna no debía de administrarse en edades tempranas porque podría alentar la promiscuidad en los adolescentes que sean vacunados⁸³.

Finalmente, se analizó de manera cualitativa las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del papiloma humano. Entre las barreras logísticas identificadas en este estudio referidas por el personal de salud fueron que la vacuna este dirigida a un grupo blanco al igual que lo dijeron las madres lo que se puede identificar como una barrera en la política de vacunación. No obstante, la razón por la que esta vacuna está dirigida al grupo delimitado de niñas entre los 9 y 13 años, tiene un fundamento científico que deberían de conocer el personal de salud, no así las madres, y es que la inmunogenicidad de la vacuna contra VPH es mayor en este intervalo de edad, donde el reto inmunológico ejercido por la vacuna se representará en una mayor inmunogenicidad, lo que quiere decir que una mayor cantidad de producción de anticuerpos generados por la administración de la vacuna en este intervalo de edad, se reflejará en un mayor efecto profiláctico o efecto protector para evitar infecciones por VPH futuras⁸⁴.

Otro problema de índole logístico dicho por el personal de salud fue el poco abastecimiento de las dosis de vacuna y que solo se ofertara en semanas de vacunación. Sin embargo, el número de dosis con el cual cada centro de salud se abastece responde a la estimación del total de insumo de vacuna que cada centro de salud realiza previo a cada semana nacional de vacunación; para ello se llevan a cabo censos en el área de responsabilidad institucional⁶¹. Por lo cual el abastecimiento de las dosis en el centro de salud en estudio está en relación a los censos de población beneficiaria que se han realizado en este centro. Con la justificación anterior esta barrera logística que percibe el personal de salud no estaría interfiriendo realmente en el éxito de aceptabilidad de la vacuna.

Con respecto a que la vacuna solo sea ofertada en Semanas Nacionales de vacunación, esto sí podría representar una barrera logística, tal como lo percibe el personal de salud, La vacuna de VPH se podría clasificar como una vacuna de disponibilidad permanente; sin embargo, en México a pesar de ser ya una vacuna de cobertura universal solo se oferta en Semanas de Vacunación, por factores económicos y organizacionales⁶¹ por lo que la población percibe que esta vacuna no está a su alcance de manera permanente.

Otro problema percibido en este rubro fue el esquema extendido (0, 6, y 60 meses) Sin embargo, En el año 2013 Lazcano-Ponce *et al* reportaron resultados de un estudio de efectividad de la vacuna contra VPH en el que se evaluó la inmunogenicidad de la vacuna en niñas de 9 a 13 años y mujeres de 18-24 años vacunadas con dos dosis

versus tres dosis; en dicho estudio se encontró que ambos grupos de edad tenían un título de anticuerpos similar a los 21 meses de iniciado el esquema, por lo que se concluyó que la tercera dosis no sería necesaria dado que el título de anticuerpos es constante con solo dos dosis, por lo que la reducción del número de dosis podría representar una disminución en los costos de vacunación dentro de la política nacional de vacunación para esta vacuna, y podría a su vez impactar positivamente en la accesibilidad a la vacuna para un mayor número de niñas⁸⁵. Este estudio representa en la actualidad una evidencia científica para la modificación de la política de vacunación para la vacuna de VPH, por lo que la barrera logística que fue documentada por personal de salud ya no va a representarse como tal una limitante para el alcance de coberturas efectivas de vacunación.

Otras barreras fueron las de tipo social y cultural destacando la mala comunicación en familia, lo que puede influir en la desinformación de las adolescentes a la hora de protegerse de infecciones de transmisión sexual en relación a lo reportado por el Dr. Jorge Peláez, en donde se refiere que existe una alta frecuencia de embarazo en mujeres menores de 20 años, esto porque no saben protegerse para prevenir un embarazo no deseado así como de infecciones de transmisión sexual⁸⁶. Factor que puede influir en la percepción e información sobre la vacuna de VPH.

Otra preocupación en las madres referida por el personal de salud, es la permisibilidad de iniciar vida sexual en las niñas al aplicarles la vacuna, barrera cultural que ha sido previamente documentada en otros estudios donde se resalta la idea de que la vacuna podría favorecer que las niñas vacunadas tuvieran sexo no seguro después de la aplicación de la vacuna⁸⁷. Esta apreciación por parte de los padres no es nueva ya que hace varios años atrás durante la introducción de la vacuna para hepatitis B, reacciones similares fueron percibidas por la población⁸⁸.

Otro punto identificado por el personal de salud es la duda por parte de las madres sobre los efectos adversos de la vacuna, como lo sucedido en un estudio en el Reino Unido que exploró las actitudes de las madres hacia la vacunación las cuales reflejaron como principal preocupación con respecto a la vacunación contra VPH, la posibilidad de efectos secundarios y problemas de salud a largo plazo⁷⁸. Así como la preocupación por parte de las madres de la probabilidad de esterilidad en las niñas después de vacunarlas; esta percepción ya fue documentada en un estudio realizado en Camerún donde fue reportado que los padres percibían como efecto adverso de la vacuna la esterilidad, indicando esta percepción como una creencia “rumor” en la época de la revolución del uso de anticonceptivos en esa región⁸⁹.

Con respecto a la promoción de la vacuna contra VPH se reveló la desinformación de las madres, lo que puede tener un efecto directo en la aceptación de la vacuna, ya que

la situación económica de las madres, el acceso a la información sobre prevención y promoción de CaCU y su nivel educativo, pueden influir en la toma de decisión a la hora de recibir invitación por parte del personal de salud para vacunar a sus hijas⁹⁰. Un estudio previo realizado por Aguilar et al, establece una relación entre mayor nivel de conocimiento, mayor aceptación de la vacuna⁸¹.

Sin embargo se reveló en este estudio que tanto en las madres como en personal de salud existe desinformación sobre varios aspectos como causas de infección por VPH y CaCU, para que proteja la vacuna y los efectos secundarios de la misma, lo que evidencia la falta de campañas de difusión que involucren materiales lingüística y culturalmente apropiados para cada población con el objetivo de cubrir las necesidades de conocimientos, y la resolución de sus principales dudas, creencias y mitos⁸⁷.

Por el contrario entre los facilitadores de tipo social y cultural identificados en el estudio fueron la alta percepción de riesgo por parte de las madres, al visualizar el CaCU como mortal lo que puede influir en una mejor aceptación de medios de prevención del mismo⁷⁹. Así mismo, la promoción de la vacuna contra VPH aparentemente ha fomentado el incremento del uso del condón como barrera de protección.

Adicionalmente, el personal de salud según su experiencia recomendó algunos facilitadores que pudieran ayudar a que la vacuna se acepte más fácilmente como el hecho de que necesitan mayor capacitación en este tema y efectivamente ha sido documentado que a mayor conocimiento sobre la asociación de VPH y CaCU y los medios de prevención de los mismos incrementa la promoción y recomendación de la vacuna hacia los padres⁸⁸. En suma, expresaron que es importante informar a los padres y adolescentes sobre el tema y realizar una campaña de mercadotecnia masiva para llegar a toda la población.

Por todo lo anterior, es de vital importancia que todos los centros de salud cuenten con un programa de educación continua del personal de salud, para promover la competencia profesional e incrementar la calidad de la atención médica. Además es muy relevante que el personal de salud refleje en sus pláticas a la comunidad el conocimiento correcto en relación a la vacuna y que sea comunicado en un lenguaje en que la población lo asimile más fácilmente, para que así no aumenten las brechas en referencia a creencias y mitos que tiene la población alrededor de esta vacuna, que en su mayoría son resultado de concepciones sociales y de lo que perciben en su red social⁹¹.

CONCLUSIONES

Principales conclusiones sobre la experiencia y percepción de la vacuna contra VPH del personal de salud

En el personal de salud en general existe un buen nivel de conocimiento sobre infección de VPH y asociación con desarrollo de CaCU. Sin embargo, debe reforzarse la capacitación del personal de salud sobre vacunación y patología del cérvix uterino. Se identifica la muerte como principal consecuencia de riesgo de la enfermedad, lo que reveló una alta aceptabilidad de la vacuna de VPH para prevenir la enfermedad e incluso la muerte. Sin embargo, no hay difusión sobre el servicio proporcionado en el centro de salud, lo que dificulta la aceptabilidad en las madres de niñas elegibles a vacunación.

Las principales creencias negativas identificadas por el personal de salud fueron la percepción por parte de las madres de experimentación en las niñas con la vacuna contra VPH, la permisibilidad de inicio temprano de relaciones sexuales y la posibilidad de esterilización en las mismas.

Entre las principales barreras de tipo logístico percibidas para la aceptabilidad de la vacuna estuvieron, la falta de abastecimiento de la vacuna, población delimitada a un grupo blanco, la aplicación solo en campañas de vacunación y el esquema extendido utilizado en los servicios de salud, aunque lo reportado en una investigación reciente esto podría modificarse próximamente. Adicionalmente, existe poca información hacia los padres y falta de capacitación en el personal de salud sobre la vacuna y características generales de la infección por VPH y CaCU.

Los facilitadores recomendados por el personal de salud para que la vacuna se acepte más fácilmente son que estuvieran mejor capacitados con respecto a la vacuna de VPH. Realizar campañas de información a padres y adolescentes sobre el tema así como fortalecer la capacidad de información y comunicación en el personal de salud.

Principales conclusiones sobre la experiencia y percepción de la vacuna contra VPH de las Madres de niñas y adolescentes elegibles a vacunación

Las madres no cuentan con información adecuada sobre infección de VPH y CaCU, y visualizan el condón como única medida preventiva, lo que indica que no existe una adecuada campaña de prevención contra VPH y CaCU.

Las madres poseen una buena cultura de prevención por medio de la vacunación en general, lo que facilita que acepten la vacuna contra VPH, así como un buen nivel de percepción de riesgo de la enfermedad.

Aún existen muchas brechas de información sobre creencias negativas alrededor de la vacuna como la esterilización de las niñas y el uso de las mismas como experimentación de la vacuna.

Entre las principales barreras en madres de niñas elegibles a vacunación contra VPH, están la falta de información sobre infección de VPH y CaCU, no hay difusión sobre vacuna así como una baja invitación por parte del personal de salud a las madres de familia, lo que impide que muchas madres vacunen a sus hijas.

RECOMENDACIONES

Con la reciente introducción de la vacuna de VPH en el esquema de vacunación es pertinente la realización de investigaciones de tipo cualitativo, dado que al ser una vacuna de reciente universalización, las barreras y facilitadores que pudieran presentarse a la hora de la operacionalización del programa de inmunización con esta vacuna. Esto se justifica no solamente porque amplía los marcos conceptuales sobre barreras y facilitadores en torno a la vacunación sobre VPH, sino genera estrategias, metodologías e instrumentos, que permitirán investigar y comprender el proceso de inmunización con esta vacuna.

La implementación de la vacuna contra el VPH dentro del plan de inmunización nacional como herramienta de prevención primaria, es un componente eficaz y seguro dentro de un abordaje integral para el control y prevención del CaCU. La aceptabilidad de la misma es un factor clave para el cumplimiento de coberturas efectivas de vacunación, por lo cual las barreras identificadas en este estudio pueden ser motivo de coberturas bajas de vacunación. Dichas barreras deben ser tomadas en cuenta para la formulación de estrategias que permitan convertirlas en facilitadores, y que sean una ventana de oportunidad para el fortalecimiento de los conocimientos tanto del personal de salud como de las madres en referencia a la vacuna contra VPH y sus beneficios, fomentar una mayor percepción positiva de la misma, y en consecuencia contribuir a una mayor efectividad de la política de vacunación contra VPH en México.

Después de conocer las barreras y facilitadores involucrados en la vacunación contra VPH se sugieren tres tipos de estrategias para que las barreras identificadas puedan convertirse en facilitadores: La política de vacunación contra VPH, la promoción de la vacuna contra VPH y la capacitación del personal de salud (Figura 7). No obstante, las campañas de promoción que se hagan en torno a la vacunación contra VPH en México deben comunicar que esta estrategia contra la infección contra VPH y a largo plazo contra CaCU, no reemplaza el tamizaje ni los controles ginecológicos sucesivos que una mujer debe realizarse independientemente de que este vacunada o no, como parte de un programa de prevención integral del CaCU.

Adicionalmente sería altamente recomendable realizar estudios de tipo cualitativo en los cuales se puedan trabajar grupos focales en los actores evaluados en este estudio así como a nivel de escuelas. De igual forma estudios de tipo cuantitativo podrían complementar los resultados aquí expuestos, por lo que los anteriores abordajes podrían ser áreas de oportunidad para investigaciones futuras

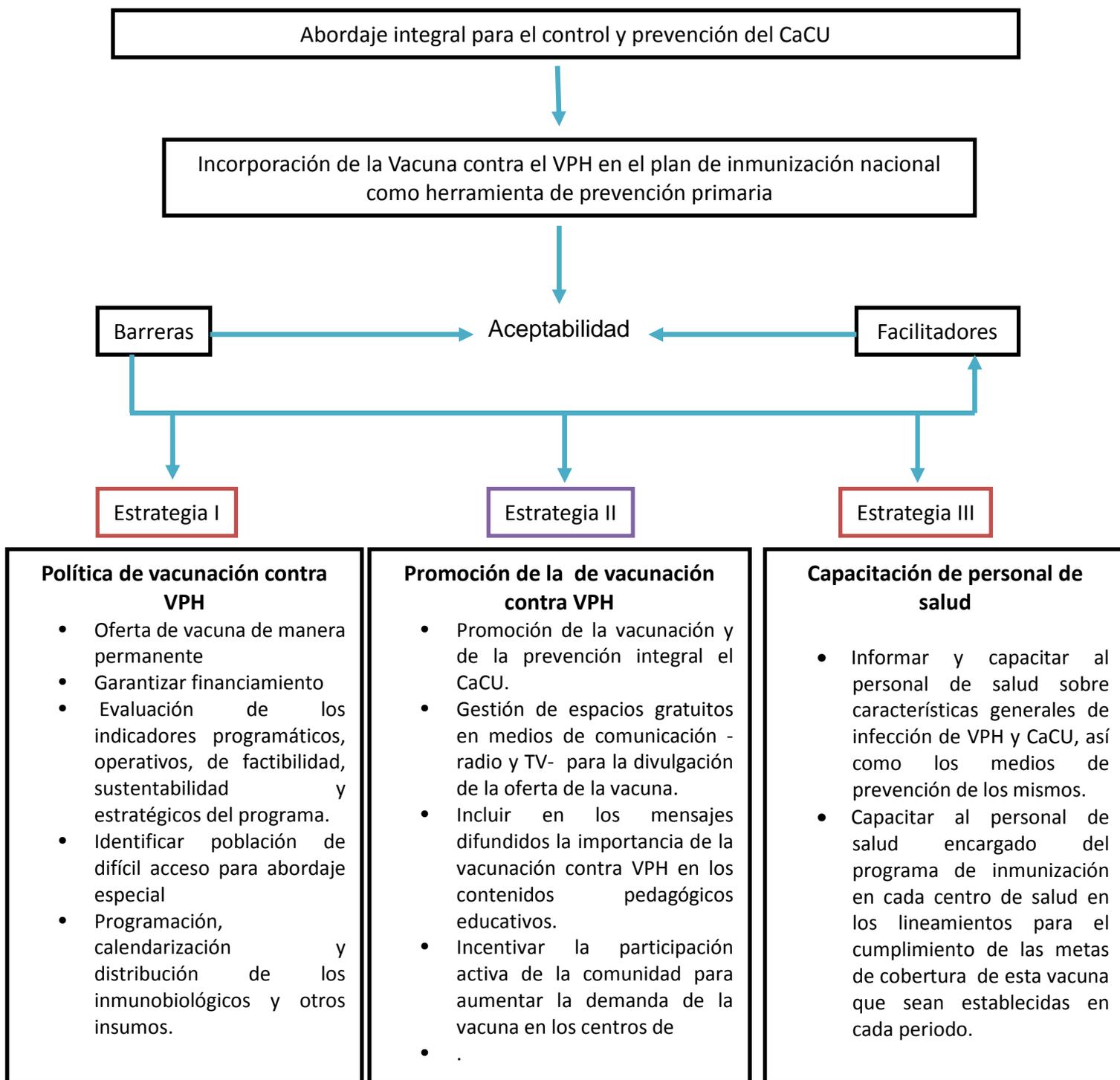


Figura 7. Estrategias para la mejora de la aceptabilidad de la vacuna contra VPH

LIMITACIONES

En la planeación, proceso y análisis de este estudio se identificaron algunas limitaciones:

- La disponibilidad de tiempo de los informantes por cuestiones como horarios de trabajo en el caso del personal de salud y de diferentes actividades a realizar por parte de las madres
- Falta de sensibilización en los dos actores, que permita tener la disposición de hablar sobre lo que implica esta vacuna dado que está relacionado con la conducta sexual de los individuos
- Teniendo en cuenta que este fue un estudio exploratorio, los hallazgos encontrados en este estudio se requieren validar en estudios posteriores con grupos focales

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lazcano-Ponce E, Rivera L, Arillo-Santillán E, Salmerón J, Hernández-Avila M, Muñoz N. Acceptability of a Human Papillomavirus (HPV) Trial Vaccine Among Mothers of Adolescents in Cuernavaca, Mexico. Arch Med Res. 2001; 32: 243–247
2. - Lee S, Tameru A. A Mathematical Model of Human Papillomavirus (HPV) in the United States and its Impact on Cervical Cancer. Cancer 2012; 3: 262-268.
- 3.- Jit, M, Gay, Soldan N, Hong Choi K, Edmunds Y. Estimating progression rates for human papillomavirus infection from epidemiological data. Med. Decis. Making 2010; 30: 84-98.
4. - Insinga R, Perez G, Wheeler C, Koutsky L, Garland S, Leodolter S, Joura E, Ferris D, Steben M, Hernandez-Avila M, Brown D, Elbasha, E, Muñoz N, Paavonen J, Haupt R. Incident cervical HPV infections in young women: transition probabilities for CIN and infection clearance. Cancer. Epidemiol. Biomarkers. Prev. 2011; 20: 287-296.
- 5.- Forman D, de Martel C, Lacey C, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Plummer M, Franceschi S. Global burden of human papillomavirus and related diseases. Vaccine 2012; 30:12-23.
- 6.- Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno N, Herrero R, Smith J, Shah K, Meijer C, Bosch F. International Agency for Research on Cancer. Multicentric Cervical Cancer Study Group. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: The IARC multicentric case-control study. Lancet 2002; 359: 1093–1101.
- 7.- Guan P, Howell-Jones R, Li N, Bruni L, de Sanjosé S, Franceschi S, Clifford G. Human papillomavirus types in 115,789 HPV-positive women: a meta-analysis from cervical infection to cancer. Int J Cancer 2012; 131(10):2349-59.

- 8.- Sharma M, Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, de Sanjosé S, Bosch FX, Kim J. Using HPV prevalence to predict cervical cancer incidence. *Int J Cancer* 2013; 132(8):1895-900.
9. - Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, Gibbons L, Picconi MA. Type-specific HPV prevalence in cervical cancer and high-grade lesions in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2011; 6(10): e25493. Review
- 10.- Parkin D, Almonte M, Bruni L, Clifford G, Curado M, Piñeros M. Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America and Caribbean region. *Vaccine* 2008; 26 (Suppl 11): L1–15.
- 11.- Peralta-Rodríguez R, Romero-Morelos P, Villegas-Ruíz V, Mendoza-Rodríguez M, Taniguchi-Ponciano K, González-Yebra B, Marrero-Rodríguez D, Salcedo M. Prevalence of human papillomavirus in the cervical epithelium of Mexican women: meta-analysis. *Infect Agent Cancer* 2012; 7(1): 34.
12. - Arbyn M, Castellsagué X, de Sanjosé S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, Ferlay J. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol* 2011; 22: 2675-2686.
- 13.- Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa O, Jerónimo J, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 11: L37-48.
14. - Corcoran J, Dattalo P, Crowley M. Cervical cancer screening interventions for U.S. Latinas: a systematic review. *Health Soc Work* 2012; 37:197-205.
- 15.- Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); 2004:40.
- 16.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Estadísticas demográficas 2008.
- 17.- Sánchez-Barriga J. Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en las siete regiones socioeconómicas y las treinta y dos entidades federativas de México, 2000-2008. *Gac Med Mex* 2012; 148(1): 42-51.
- 18.- INEGI 2012. Estadísticas de mortalidad. Cubos dinámicos y CONAPO 2012. Proyecciones de la población de México 2012-2050.
- 19.- Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 207-2012 Cáncer cervicouterino. 2008. p.21-24. ISBN: 978-607-460-040-7
- 20.- Torres-Poveda K, Burguete A, Bermudez-Morales V, y Madrid-Marina V. La infección por el virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino: una perspectiva de salud pública *Revista de Investigación Clínica* 2008; 60 (5): 414-420
- 21.- Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26: L16-36.
22. - Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Prevención del Cáncer Cérvico Uterino. Ficha Descriptiva*. Mayo 2004.

23. - Castellsague X, Munoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31: 20–28.
- 24.- Smith J, Green J, Berrington D, Appleby P, Peto J, Plummer M, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: A systematic review. *Lancet*. 2003; 361: 1159–1167.
25. - De Villiers E. Relationship between steroid hormone contraceptives and HPV, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *Int J Cancer* 2003; 103: 705-708.
- 26- Vaccarella S, Herrero R, Dai M, Snijders P, Meijer C, Thomas J, Hoang Anh P, Ferreccio C, Matos E, Posso H, de Sanjosé S, Shin H, Sukvirach S, Lazcano-Ponce E, Ronco G, Rajkumar R, Qiao Y, Muñoz N, Franceschi S. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(11): 2148-53.
- 27.- Louie K, Castellsague X, de Sanjose S, Herrero R, Meijer C, Shah K, Munoz N, Bosch F. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Smoking and passive smoking in cervical cancer risk: pooled analysis of couples from the IARC multicentric case-control studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(7):1379-1390.
- 28.- Flores Y, Bishai D, Shah K, Lazcano-Ponce E, Lörincz A, Hernández M, Ferris D, Salmerón J. Factores de riesgo de cáncer cervical en mujeres VPH positivas en México. *Salud Publica Mex* 2008; 50: 49-58.
- 29.- Torres-Poveda K, Arredondo López A, Duarte Gómez M, Madrid-Marina V. "La mujer indígena, vulnerable a cáncer cervicouterino: perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública". *Revista Salud en Tabasco. Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* 2008; 14(3): 807-815.
30. - Palacio-Mejía L, Rangel-Gómez G, Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce M. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003; 45(3):315-25.
31. - Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer* 2003; 105 (5): 687-691.
- 32.- Lazcano E, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Sha K, Alonso P, Hernández P, Salmerón J, Hernández M. Epidemiology of HPV infection among mexican women with normal cervical cytology. *Int J. Cancer* 2001; 91: 412-420
33. - Moody CA, Laimins LA. Human papillomavirus oncoproteins: Pathways to transformation. *Nat Rev Cancer* 2010; 10: 510-560.
- 34.- Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales OMS 2007 Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013.
- 35.- Madrid-Marina V, Torres-Poveda K, López-Toledo G, García-Carrancá A. Advantages and disadvantages of current prophylactic vaccines against HPV. *Arch Med Res* 2009; 40: 471-77.

36. - Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus and HPV vaccines: Technical information for policy-makers and health professionals. 2007: 43. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_IVB_07.05_en.pdf
37. - Food and Drug Administration. Product approval information - licensing action [package insert]. Gardasil (quadrivalent human papillomavirus types 6,11,16,18). 2007. Available from: <http://www.fda.gov/cber/label/HPVmer060806LB.pdf>.
38. - Cervarix® U.S. regulatory update. Available from: http://www.gsk.com/media/pressreleases/2009/2009_pressrelease_10038.htm
- 39.- Hildesheim A, Herrero R, Wacholder S, Rodríguez A, Solomon D, Bratti M, Schiller J, Gonzalez P, Dubin G, Porras C, Jimenez S, Lowy D; Costa Rican HPV Vaccine Trial Group. Effect of human papillomavirus 16/18 L1 virus-like particle vaccine among young women with preexisting infection: A randomized trial. JAMA 2007; 298(7):743-53.3
- 40.- Torres-Poveda K, Cuadra-Hernández S, Castro-Romero J, Madrid-Marina V. La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México: aspectos éticos. Acta Bioethica 2011; 17(1):81-90. ISSN 1726-569X
- 41.- Pavonen J, Jenkins D, Bosch F, Naud P, Salmerón J, Wheeler C, Chow S, Apter D, Kitchener H, Castellsague X, de Carvalho N, Skinner S, Harper D, Hedrick J, Jaisamrarn U, Limson G, Dionne M, Quint W, Spiessens B, Peters P, Struyf F, Wieting S, Lehtinen M, Dubin G; HPV PATRICIA study group. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: An interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2007; 369(9580): 2161-70.
- 42.- Pérez G, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M, García P, Muñoz N, Villa L, Bryan J, Taddeo F, Lu S, Esser M, Vuocolo S, Sattler C, Barr E. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) L1 virus-like-particle vaccine in Latin American women. Int J Cancer 2008; 122(6):1311-8
- 43.- Organización Mundial de la Salud. Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano. Orientaciones normativas y programáticas para los países. 2006: 24. Disponible en http://screening.iarc.fr/doc/hpvvaccine_es.pdf
- 44.- Progress Toward Implementation of Human Papillomavirus Vaccination - the Americas, 2006-2010", en la revista Morbidity and Mortality Weekly Report de los CDC de los Estados Unidos: MMWR 2011; 60: 1382-1384
- 45.- Vacunación contra el virus del Papiloma Humano en América Latina. Experiencia reciente y lecciones aprendidas en México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de salud México, 2010
- 46.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Objetivos y estrategias
- 47.- PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Cáncer cervicouterino. Primera edición 2008.
48. - Lepique A, Rabachini T, Lina L, HPV vaccination: the beginning of the end of cervical cancer?- A Review Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009; 104(1): 1-10

49. - Lindstrom B y Eriksson, M. (2005) Salutogenesis Glossary J Epidemiol Community Health; 59: 440-442
50. - Organización Mundial de la Salud. Promoción de Salud, conceptos y principios. 1984.
- 51.- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud, Ginebra 1998.
- 52.- Calderón M. Principales Enfoques que han dominado la Promoción de Salud y su influencia en la práctica de Enfermería Comunitaria. Tomado de: <http://www.ilustrados.com/tema/13056/Principales-Enfoques-dominado-Promocion-Salud-influencia.html>
53. - Nutbeam D. Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). In: Health Promotion Journal. 1986; 1: 113-127.
54. - Eriksson M. y Lindstrom B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter Health Promotion International. 2008; 23: 2.
- 55.- Diplomado en comunicación en salud pública. Módulo II, introducción a la comunicación para la salud y teorías del comportamiento. Instituto de desarrollo de recursos humanos, 2003. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf
- 56.- Cabrera. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 1 (19): p 91-101.
- 57.- Orrego C, Pérez I, Alcorta I. IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. MANUAL METODOLÓGICO. Identificación de barreras y facilitadores.
- 58.- Egea C, y Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad 2001. Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf.
- 59.- Martínez Riera J. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. Elsevier. 2003; 13: 5
- 60.- Rodríguez D, Valdeoriola J. Metodología de la investigación. 2009
- 61.- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia programa de vacunación universal y semanas nacionales de salud 2013. Secretaría de Salud subsecretaría de prevención y promoción de la salud centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia
- 62.- Cover J, Nghi N, Lamontagne S, Huyen D, Tran N. Acceptance patterns and decision-making for human papillomavirus vaccination among parents in Vietnam: an in-depth qualitative study post-vaccination BMC Public Health. 2012; 12:629
63. - Remes P, Selestine V, Watson-Jones D. A qualitative study of HPV vaccine acceptability among health workers, teachers, parents, female pupils, and religious leaders in northwest Tanzania. 2012; 30 (36): 5363-5368
- 64.- Mazzadi A, Paolino M, Arrossi S, Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina, Salud Publica Mex. 2012; 54: 515-522

- 65.- Iniciativa del cáncer en la mujer: Un compromiso de todos para salvar vidas Primera reunión de la Iniciativa del Cáncer en la Mujer en el contexto del PAFNCD Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 5-7 de febrero del 2013
- 66.- Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, García-Carrancá A, Aranda-Flores C, Madrid-Marina V, Gómez-Altamirano C, Martínez-Montañez O. Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma humano salud pública de México. 2009; 51; 4
- 67.- Cervical Cancer Action Coalition Estrategias de vacunación contra el virus del papiloma humano en el mundo en desarrollo. Resumen informativo OMS 2009
68. - Waller J, Marlow L, y Wardle J. Mothers' Attitudes towards Preventing Cervical Cancer through Human Papillomavirus Vaccination: A Qualitative Study *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 1257-1261.
- 69.- Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso-De Ruiz P. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. *Alternativas de educación médica. Salud Publica Mex.* 2000; 42: 34-42
- 70.- Irwin K., Tsui J., Lindsay L., Kuolova A, Mackroth M., Mafunga N. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Background Paper Department of Immunization, Vaccines, and Biologicals, WHO, 2008.
- 71.- Sanderson M, Coker A, Eggleston K, Fernandez M, Arrastia C, Y Fadden M. Vaccine Acceptance among Latina Mothers by HPV Status. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH.* 2009; 18:11
72. - OMS. Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries. Geneva 2006. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/hpvvaccines/index.html>
73. - Askelson N, Campo S, Lowe J, Dennis L, Smith S, Andsager J. Factors related to physicians' willingness to vaccinate girls against HPV: the importance of subjective norms and perceived behavioral control. *Women Health.* 2010; 50: 144-158.
74. - Brotherton J, Gold M, Kemp A, McIntyre P, Burgess M, Campbell-Lloyd S; New South Wales Health HPV Adverse Events Panel. Anaphylaxis following quadrivalent human papillomavirus vaccination. *Canadian Medical Association Journal.* 2008; 179(6): 525-533
75. - Piñeros M, Cortés C, Trujillo L, Wiesner C. Conocimientos, aceptabilidad y actitudes sobre la vacuna contra el VPH en médicos generales, ginecólogos y pediatras en Colombia. *Rev. Colomb. Cancerol.* 2009; 13(2): 88-98
76. - Wright T *et al.* Chapter 14: HPV vaccine introduction in industrialized countries. *Vaccine* 2006; 24 (Suppl.3): S122-S131
- 77.- Mercado-Martínez F, Robles-Silva L. Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México. Estudio: Cuando ella está enferma. Estudio cualitativo sobre la imagen de la mujer enferma. Universidad de Guadalajara 1988. ISBN. 968-895-831-X
78. - Batolini R, *et al.* "Aceptación de los padres de la vacuna contra el VPH en el Perú: Un marco de decisión" .Perú, 2008

79. – Dempsey A, *et al.* “Factores que están asociados con la aceptación de los padres de las vacunas del papiloma humano: Un estudio de intervención aleatorizado de información escrita sobre el VPH” 2007; Estados Unidos
80. - Aday M, Angulo L, Sepúlveda A, Sanhueza X, Delgado I. y Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33(3)
81. - Aguilar G, Bahena L, Cruz I, Flores J, Villadózola V. Nivel de Aceptabilidad de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humana (VPH) en Madres e Hijas de un Colegio Privado del estado de Morelos. Metodología de la investigación. Colegio Marymount
82. – Villacorta-Martin D. La vacuna contra el virus del papiloma humano en la actualidad. Universidad de Cantabria. 2013
- 83.- Brabin L, Roberts S, Farzaneh F, Kitchner H. Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: a survey of parental attitudes. *Vaccine* 2006; 24 (16): 3087-3094
84. - Giuliano A, Lazcano-Ponce E, Villa L, Nolan T, Marchant C, Radley D, *et al.* Impact of baseline covariates on the immunogenicity of a quadrivalent (types 6, 11, 16, and 18) human papillomavirus virus-like-particle. *Vaccine. J Infect Dis.* 2007; 196(8):1153-1162
85. - Lazcano-Ponce E, Stanley M, Muñoz N, Torres L, Cruz-Valdez A, Salmerón *et al.* Overcoming barriers to HPV vaccination: Non-inferiority of antibody response to human papillomavirus 16/18 vaccine in adolescents vaccinated with a two-dose vs. a three-dose schedule at 21 months. 2007; *Vaccine* 32 725–732
86. - Peláez J. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Revisión 2008
87. - Sherris J *et al.* Education training and communication for HPV vaccines. *Vaccine*, 2006, S210-S218
88. - Zimet G, *et al* Psychosocial aspects of vaccine acceptability. *Vaccine*, 2006, 24 (Suppl 3); S201-S209
89. – Feldman-Salversberg P, Ndonko F, Schmidt-Ehry B. Sterilizing vaccines or the politics of the womb: retrospective study of a rumor in Cameroon. *Medical Anthropology Quarterly*, 2000; 14 (2): 159-179.
90. -Mueller N, Noone A, Luta G, Wallington S, Huerta E, Mandelblat J, *et al.* Information channels associated with awareness of human papillomavirus infections and vaccination among Latino immigrants from safety net clinics. *J Immigr Minor Health.* 2012: 183-188
91. - Julio J. Garcia-Sabater, Juan A. Marin-Garcia. Facilitadores y barreras para la sostenibilidad de la mejora continua: Un estudio cualitativo en proveedores del automóvil de la Comunidad Valenciana Intangible Capital. *Universitat Politècnica de Catalunya.* 2009; 5:183-209,

ANEXOS

Anexo 1. Guía de observación de un Centro de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Morelos

Guía de observación de un Centro de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Morelos

Objetivo.- Identificar los factores relacionados con la oferta, demanda y manejo del servicio de vacunación contra Virus del papiloma humano (VPH).

1.- Espacio donde se oferta el servicio

1.1 Descripción física del espacio donde se brinda atención: dimensiones, iluminación, mobiliario, facilidades, áreas diferenciadas, etc.

1.2 Ambiente en el espacio donde se brinda atención: cordial, de tensión, etc.

1.3 Limpieza del espacio donde se brinda atención

1.4 Se comparte el espacio con otros servicios: con quienes y que implicaciones tiene

1.5 Hay información de algún tipo sobre el servicio de vacunación: cuál, de qué tipo

1.6 Horarios de atención (se indican, de qué manera y cuáles son)

1.7 Almacenamiento de la vacuna: cómo y en dónde se lleva a cabo

1.8 Otros

2.- Sobre los materiales con los que se oferta el servicio

2.1 Folletos

2.2 Carteles

2.3 Videos

2.4 Rotafolios

2.5 Pláticas

2.6 Otros

3.- Sobre el personal que oferta el servicio

3.1 Cantidad

3.2 Sexo

3.3 Tipo (médico, enfermera, promotor de salud, otro)

3.4 Como brindan el servicio: calidad de la atención

3.5 Muestran seguridad y conocimiento

3.6 Realizan otras actividades además de la promoción de la vacuna: cuáles

3.7 Otros

4.- Sobre el procedimiento de ofertar el servicio

4.1 Hay un protocolo, se sigue siempre (cartilla, etc.)

4.2 Modalidades

4.3 Duración de acuerdo a cada modalidad

4.4 Actitud de los prestadores del servicio: amables, explican dudas, dan confianza, etc.

4.5 Tipo de relación que entablan con usuarias

4.6 Que tipo de información dan: sobre cómo se adquiere el virus, sobre cómo se puede evitar, sobre la vacuna, sobre sus ventajas, sobre los efectos secundarios, sobre principales dudas de la usuarias, etc.

4.7 Usan lenguaje accesible para las usuarias

4.8 Fomentan preguntas

4.9 Resuelven dudas

4.10 Protocolo de aplicación de la vacuna: cuál es y si se sigue (hay diferencia por tipo de prestador o según el usuario...)

4.11Otros

5.- Sobre las usuarias

5.1 Cantidad aproximada

5.2 Edades

5.3 Sexo

5.4 Asisten solas o acompañadas

5.5 Tipo de relación entre ellas (parentesco, amistad, laboral, etc.)

5.6 Cómo es que llegan a solicitar el servicio (las envían, llegan solas, etc)

5.7 Actitud ante la información que reciben

5.8 Reacciones ante la información que reciben

5.9 Dudas: expresan dudas, hacen preguntas, sobre qué, de qué tipo, qué dudas surgen con más frecuencia

5.10 Otros

6.- Primeras conclusiones

6.1 Elementos que dificultan

6.2 Elementos que favorecen

6.3 Quienes muestran más interés y a que se puede deber

6.4 Quienes muestran menos interés y a que se puede deber

6.5 Otros

Anexo 2. Guía de entrevista a madres de niñas y adolescentes elegibles a vacunación contra VPH

Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano desde la perspectiva de madres de niñas y adolescentes elegibles a vacunación contra VPH

Objetivo: Identificar cuáles son las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano (VPH) desde la perspectiva de las madres de niñas y adolescentes elegibles para vacunación.

Buenos días, _____, mi nombre es _____, soy estudiante del Instituto Nacional de Salud Pública, y estoy realizando varias actividades como parte de mi proyecto de tesis. Si usted me lo permite y acepta participar quisiera realizarle una entrevista, que durará entre 45 y 60 minutos, con el propósito de identificar sus conocimientos y percepciones frente a la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH). Toda la información que me proporcione será confidencial. Su participación es voluntaria y no afectará de manera alguna la atención que recibe en este centro de salud.

1. Perfil

1.1 Sexo

1.2 Edad

1.3 En donde vive

1.4 Escolaridad

1.5 Ocupación

1.6 Estado civil

1.7 Cuántos hijos tiene

1.8 Tiene hijas adolescentes y de qué edad

1.9 Tiene hijas entre 9 a 13 años

1.10 Alguien en su familia o usted ha tenido cáncer cervicouterino

1.11 Sus hijos cuentan con todas las vacunas correspondientes a su edad

2 Percepción general y conocimientos sobre el tema (infección por virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino).

2.1 Cómo lo define

- 2.2 Qué sabe en general
- 2.3 Formas de transmisión
- 2.4 Sabe cuáles pueden ser sus consecuencias: cuáles
- 2.5 Formas de prevención que conoce
- 2.6 Ha escuchado hablar sobre el cáncer cervicouterino: qué es lo que ha escuchado
- 2.7 Causas: cuáles reconoce
- 2.8 Consecuencias: cuáles reconoce
- 3 Sobre su percepción de la vacunación
 - 3.1 Usted cree que es importante vacunar en contra del virus del papiloma humano
 - 3.2 Porque
 - 3.3 Si es mujer si ya se vacunó
 - 3.4 Si tienes hijas si las piensa vacunar o ya las vacuno (depende de la edad)
 - 3.5 Consultaría o consultó con su pareja y porque
 - 3.6 Porque motivos sí o no las vacunaría o las vacunó
 - 3.7 Qué es lo que ha escuchado sobre la vacuna
 - 3.8 Cuáles son sus Dudas al respecto
 - 3.9 Cuáles son sus principales Miedos
 - 3.10 Usted cree que la aplicación de la vacuna pueda influir en el comportamiento de los adolescentes: Como
- 4 Sobre la promoción de la vacuna en el centro de salud
 - 4.1 Ha observado carteles o folletos que la inviten a vacunar a su hija o a recomendar a alguien más hacerlo: cuáles y en dónde, qué dicen o qué muestran?
 - 4.2 Le ha invitado algún tipo de personal de salud de esta clínica: quién, cómo, a qué...
 - 4.3 Tipo de información por parte de personal de salud
 - 4.4 Le ha resuelto sus dudas: cuáles, de qué manera, qué le ha informado
 - 4.5 En qué espacios o medios ha oído hablar sobre esta vacuna
 - 4.6 Que información necesitaría usted para recomendar la vacuna: sobre su aplicación, o sobre efectos secundarios, o sobre grado de protección, etc

Anexo 3. Guía de entrevista personal de salud

Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano desde la perspectiva del personal de Salud

OBJETIVO: Identificar cuáles son las barreras y facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano (VPH) desde la perspectiva del personal de salud involucrado en la administración de la misma.

Buenos días, _____, mi nombre es _____, soy estudiante del Instituto Nacional de Salud Pública, y estoy realizando varias actividades como parte de mi proyecto de tesis. Si usted me lo permite y acepta participar quisiera realizarle una entrevista, que durará entre 45 y 60 minutos, con el propósito de identificar sus conocimientos y percepciones frente a la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH). Toda la información que me proporcione será confidencial. Su participación es voluntaria.

1. Perfil

Sexo Fem Masc

1.1 Cuál es su profesión

1.2 Cuál es su especialidad

1.3 Qué cargo desempeña en este centro de salud

1.4 Qué edad tiene

1.5 Año de graduación

1.6 Cuánto tiempo de experiencia tiene desempeñando su trabajo actual

1.7 Usted tiene algo que ver en el programa de vacunación que ofrece el centro de salud

2. Percepción general sobre el tema (virus del papiloma humano)

2.1 Cómo lo define

2.2 Qué sabe en general

2.3 Proceso de protección vs el virus

2.4 Qué ventajas reconoce

2.5 Qué posibles problemas o efectos secundarios reconoce

2.6 Por qué cree que es importante vacunar

2.7 Si es mujer si ya se vacunó

2.8 Si tienes hijas si las piensas vacunar o ya las vacunó (depende de la edad)

2.9 Por qué motivos sí o no las vacunarías o las vacunó

3 Sobre su experiencia en el servicio

3.1 Qué tanto se conoce sobre el servicio proporcionado

3.2 Qué cosas ayudan o facilitan a proporcionar el servicio o a que las personas acepten la vacuna

3.3 Qué cosas dificultan a proporcionar el servicio o a que las personas acepten la vacuna

3.4 Qué dudas tienen las usuarias sobre la vacuna

3.5 Qué mitos o miedo tienen las usuarias y de qué dependen

3.6 Cómo les resuelve esas dudas

3.7 Según su experiencia quiénes aceptan más fácil la vacuna y por qué

3.8 Según su experiencia quiénes menos y por qué

3.9 Hay diferencias entre usuarias con respecto al tema de la vacunación (como por edad, o por estrato social o por escolaridad)

4 Qué podría recomendar para que la vacuna se aceptara más fácilmente

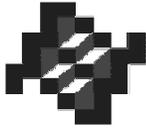
4.1 Qué decir

4.2 Cómo presentar la información (carteles, folletos, pláticas, etc.)

4.3 En qué espacios o medios

4.4 Que otra recomendación pudiera agregar

Anexo 4.- Aviso de privacidad



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el artículo 15 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. “El responsable en este caso es el investigador (a) responsable y el Titular el (la) participante”.

Título del Proyecto: Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del papiloma Humano entre el personal de salud, y madres de niñas y adolescentes que acuden a una unidad de salud de Morelos.

Registro INSP CI: AE/2503/2013

Investigador(a) Responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Nombre: Leslie Ruiz Lara

Domicilio: Ave. Universidad 3era Privada de Pinos

Teléfono: 777-1618954

Correo electrónico: Leslie_kaxs@hotmail.com

Tipo de información que se solicitará:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud de Morelos, que tiene como objetivo identificar aquellas barreras o facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del Papiloma Humano, el cual se está realizando en este centro de salud.

Procedimientos

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente: Le haremos algunas preguntas sobre: sus conocimientos generales acerca del VPH y cáncer cervicouterino, su percepción alrededor de la vacunación en contra de VPH, y la promoción de la misma. . La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos, y se llevará a cabo en este centro de salud, en un horario acorde con el servicio de la clínica. La entrevista será grabada sólo en audio para fines del estudio por lo cual solicitamos su aprobación. Le aclaramos que las entrevistas serán realizadas por personal capacitado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si Usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para ayudar en la prevención de la infección por el virus del Papiloma Humano por medio de la vacunación.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la

investigación, usted puede contactar los responsables de la misma y posteriormente se procederá de acuerdo al caso. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Confidencialidad de la información

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted sean tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán: No utilizar nombres en las entrevistas llevadas a cabo, sólo folios para resguardar el anonimato.

Participación voluntaria/retiro

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en este centro de salud.

Datos de contacto

En caso de acceder, rectificar o cancelar sus datos personales puede presentar una carta escrita dirigida a el/la Investigador(a) Responsable Leslie Ruiz Lara estudiante de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública ubicada en Ave. Universidad 655, Cuernavaca Morelos, Tel 7771618954, Correo electrónico: Leslie_kaxs@hotmail.com o a la oficina de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, ubicada Ave. Universidad 655, oficina 343, 3er. piso del edificio principal, Cuernavaca, Mor. Tel 777 329 3000 Ext. 7424. Correo electrónico: etica@insp.mx.

Asimismo, le aclaramos que los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias o instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Declaración de conformidad

Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales se compartan con las instancias mencionadas, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

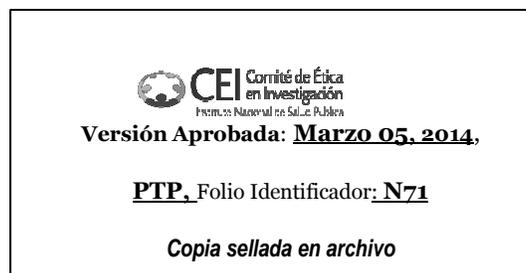
En caso de no estar de acuerdo favor de marcar el siguiente cuadro.

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

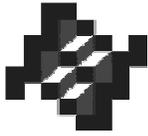
Nombre y firma autógrafa del (la) titular _____

Titular: La persona física a quien corresponden los datos personales.

Fecha: [01/02/2014]



Anexo 5. Consentimiento informado para entrevista semiestructurada dirigido a personal de salud.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Personal de salud)

Título de proyecto: Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del papiloma Humano en el personal de salud, y madres de niñas y adolescentes que acuden a una unidad de salud de Morelos

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud de Morelos, que tiene como objetivo identificar aquellas barreras o facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del Papiloma Humano, el cual se está realizando en este centro de salud.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente: le haremos algunas preguntas acerca de su percepción en la vacunación en contra del virus del Papiloma Humano, como por ejemplo sus conocimientos generales acerca del VPH, su percepción alrededor de la vacunación en contra de VPH, su experiencia en la administración de la vacuna, y sus recomendaciones para facilitar su aceptabilidad entre las madres de niñas y adolescentes. La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos, y se llevará a cabo en este centro de salud, en un horario acorde con el servicio de la clínica. La entrevista será grabada sólo en audio para fines del estudio por lo cual solicitamos su aprobación. Le aclaramos que las entrevistas serán realizadas por personal capacitado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si Usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para ayudar en la prevención de la infección por el virus del Papiloma Humano por medio de la vacunación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a),

tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, usted puede contactar los responsables de la misma y posteriormente se procederá de acuerdo al caso. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

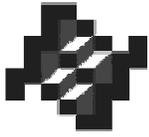
Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en este centro de salud.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas **con sus derechos como participante** en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!



Anexo 6. Consentimiento informado para entrevista semiestructurada dirigido a madres de niñas y adolescentes.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Madres de niñas y adolescentes)

Título de proyecto: Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del papiloma Humano en el personal de salud, y madres de niñas y adolescentes que acuden a una unidad de salud de Morelos

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud de Morelos, que tiene como objetivo identificar aquellas barreras o facilitadores que influyen en la aceptabilidad de la vacunación en contra del virus del Papiloma Humano, el cual se está realizando en este centro de salud.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente: le haremos algunas preguntas acerca de su percepción en la vacunación en contra del virus del Papiloma Humano, como por ejemplo sus conocimientos generales acerca del VPH y cáncer cervicouterino, su percepción alrededor de la vacunación en contra de VPH, y la promoción de la misma. La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos, y se llevará a cabo en este centro de salud, en un horario acorde con el servicio de la clínica. La entrevista será grabada sólo en audio para fines del estudio por lo cual solicitamos su aprobación. Le aclaramos que las entrevistas serán realizadas por personal capacitado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si Usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para ayudar en la prevención de la infección por el virus del Papiloma Humano por medio de la vacunación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a),

tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, usted puede contactar los responsables de la misma y posteriormente se procederá de acuerdo al caso. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

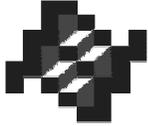
Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en este centro de salud.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas **con sus derechos como participante** en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!



Anexo 7. Tarjeta de datos de contacto



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

Título del proyecto: Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del papiloma Humano en el personal de salud, y madres de niñas y adolescentes que acuden a una unidad de salud de Morelos.

Agradecemos mucho su participación.

Si Usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a responsable del proyecto: Leslie Ruiz Lara al siguiente número de teléfono (777) 1618954 en un horario de 9 am a 4 pm.

Si Usted tiene preguntas generales **acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación**, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Fecha ____/____/____

Día Mes Año

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatlán; Cuernavaca Morelos, México.

Anexo 8.- Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano desde la perspectiva del personal de Salud

Entrevistas Semi-estructuradas

Matriz No. 1: Datos de Perfil

No. De caso	Profesión	Especialidad	Cargo	Edad	Año de graduación	Tiempo de experiencia	Relación con el programa de vacunación en el Centro de salud	Comentarios
1.- Enfermera Golondrina	Enfermera	Enfermería	Enfermera encargada área de inmunología	40 años	2003, 11 años de graduada	15 años	Encargada y sustituta de jefa.	
2.- Enfermera Judith responsable	Enfermera	Maestría en Administración de los servicios de salud	Encargada de enfermería	49 años	1985, 29 años de graduada	25 años	Presente en 3 últimas semanas vacunación	
3.- Enfermera que aplica vacuna	Enfermera en obstetricia	Maestría en enfermería comunitaria	Responsable de servicio de vacunación	42 años	2008, 14 años de graduada	25 años	4 años de ser encargada	
4.- Enfermera módulo del adolescente	Enfermera	Capacitada para servicios amigables para adolescentes cursos sobre sexualidad	Enfermera de módulo de servicios amigables para adolescentes	49 años	1988, 25 años graduada	8 años módulo del adolescente	No, se les da información sobre vacuna	Maneja de 10 a 19 años muchas niñas no entran en rango de edad de vacuna les recomienda comprarla pero no hayan tenido relaciones
5.- Promotora de salud	Lic. En trabajo social	Trabajo social	Promotora de salud	49 años	2013, hace un año	14 años	Informar y promover cuando es campaña	
6.- Director de centro de salud	Médico cirujano y partero	maestría en administración de servicios de salud	Director del centro de salud	35 años	2002, hace 12 años	Enero del 2014, 5 meses	Sólo como responsable del centro de salud	

Anexo 9.- Matriz No. 2: Percepción general del personal de salud sobre el tema (Virus del Papiloma Humano)

No. de caso	Cómo lo define	Qué sabe en general	Proceso de protección vs el virus	Ventajas	Problemas o efectos secundarios	Importancia de vacunar	Si es mujer si ya se vacunó	Si tienes hijas si las piensa vacunar o ya las vacuno	Porque motivos sí o no las vacunaría o las vacunó	Comentarios
1 enfermera	Factor etiológico de cáncer cervicouterino	De transmisión sexual, Muchos tipos virales, 16 y 18 mayor riesgo	Comunicación Condón	Evitar muertes e incremento uso de condón	Población delimitada, madres enojadas ningún ETAV	Evitar muertes Mejorar calidad de vida principalmente adolescentes	No, se puede vacunar en un particular pero economía no satisfactoria	Si, fuera de rango de edad	Vida saludable y evitar cáncer cervicouterino	
2.- Enfermera Judith responsable	Infección transmitida por relaciones sexuales y se produce enfermedad VPH	Virus factor para causar cáncer	Sexo seguro, preservativo, verificar con quien se meten, actual la vacuna	Prevenir el DNA para que no presenten el cáncer y principalmente el virus del papiloma.	Ninguna reacción, dolor de cabeza de miedo y tensión, al inicio vacuna para esterilizar	Prevención para erradicarlo como la poliomielitis	No, prueba rápida negativa mientras esposo no esté con nadie ella está segura	Si, hija de 16 años vacunada y mayor quisiera que se vacunara	Prevenir VPH	
3.- Enfermera que aplica vacuna	Infección que se adquiere desde inicio de relaciones sexuales, susceptibilidad a otras infecciones	Virus que tenemos todos, latente, oportunista	Abstinencia sexual y uso de condón, disminuir parejas sexuales	Gratuita y que la está otorgando el gobierno	Pequeño número de dosis no se cubren todas las niñas, algunas mamás creen que se van a contagiar o vacuna es experimento pero después regresan, 2% o menos fiebre, dolor de cabeza no grave	Toda enfermedad prevenible hay que prevenir y que vacuna es gratuita	No, ya para que, infección hace 14 años revisiones periódicas	No tiene, pero recomienda a sobrinas	Prevención, libertad sexual actual, problemas de cáncer	
4.- Enfermera	Se contagia por relaciones	un virus si se puede quitar	El condón, orienta a	Protección de la vacuna	Padres la piden vacuna, fiebre	Para la prevención y	No se ha vacunado	Si tiene una hija y se la	Principalmente Preventivo de	Desconoce tipos de virus,

módulo del adolescente	sexuales, hombres contagian a mayoría de mujeres	otros no, solo por medicamento o pero no se quitan	pacientes para que lo usen siempre para evitar ITS más SIDA y VPH, niñas 12 años teniendo relaciones no supieron de vacuna a los 9	poder tener relación sexual sin protección, riesgo mínimo, niñas desde temprana edad informadas	o malestar general pero nada grave	la información y orientación de las pacientes	pero no sabe si da cáncer después de iniciadas relaciones sexuales, si no es así si se la aplicaría	aplicó	infección de VPH	ha escuchado que si ya iniciaron una vida sexual activa y se les aplica que están más propensas a tener un cáncer
5.- Promotora de salud	Es una enfermedad, un cáncer que afecta a la persona y quien este en relación con ella	Infección por no cuidarse con condón y ser promiscuos	Si no eres promiscuo Constante atención con el médico, citas periódicas y utilizar condón	Que las niñas estén preparadas y protegidas	No hay vacuna suficiente, sólo la aplican a los 9 años y por eso a muchas no se la aplican, y muchas niñas se embarazan a temprana edad y de efectos secundarios no les han informado que hay	Es importante porque como madre siempre queremos proteger a los hijos	No, ella ya para que	Vacunó a su hija y sobrinas y promueve que se vacunen más niñas inclusive buscando vacuna para ellas porque hay que apoyar a personas que si les interesa o tienen la inquietud	Hay muchas niñas embarazadas y no saben quién es el primero que se están metiendo los jóvenes se meten con unas y con otras	Estaba muy insegura porque sentía que no sabía del tema y me preguntaba si estaba bien lo que decía
6.- Director del centro de salud	Infección causada por un virus que por lo general afecta a las mujeres y es predisponente o asociado al cáncer cervicouterino, de transmisión sexual	Hay varios serotipos, dos vacunas en estudio, una aprobada por el sector salud, para tipos 16 y 18	Utilización de condón, en fase de estudio curativa de vacuna y actividad preventiva en adolescentes	Disminución del riesgo de cáncer cervicouterino, pero faltan muchos años para ver el impacto	Promoción de VPH ha hecho que la gente acepte vacuna y se enoja porque esta dirigido a un solo grupo blanco No conoce ningún ETAV sólo los normales fiebre, dolor, megalia	Importante para disminuir riesgo de cáncer cervicouterino		Una hija de 14 años que piensa vacunar en campaña e vacunación	Cuestión preventiva de VPH	

Anexo 10.- Matriz No. 3: Sobre su experiencia en el servicio

No. de caso	Que tanto se conoce sobre el servicio de la vacuna	Qué cosas ayudan o facilitan	Qué cosas dificultan	Dudas de las usuarias	Miedos o mitos de las usuarias Y de que dependen	Cómo les resuelve esas dudas	Quienes aceptan más fácil la vacuna y porque	Quienes menos y porque	Diferencias entre usuarias respecto a vacunación	Comentarios
1 enfermera	No existe información, solo en escuelas padres no saben el impacto	Informar a los papás Televisión	Mala información, Cultura Mala comunicación de padres a hijos	Qué va a pasar al aplicar Que se está poniendo Garantía de no desarrollo cáncer cervicouterino Calentura o dolor	Inicio temprano relaciones sexuales y padres mayor barrera para vacunar a la hija	Con enfermeras hermanas, comadres y abuelitas	La gente preparada por la sabiduría y gente que no sabe leer por que los mandan y la tecnología	Estrato medio y madres adultas	No, piden vacuna gente que puede pagarla y gente de escasos recursos. madres jóvenes vacunan más a sus hijas	
2. Enfermera responsable Judith	Si, trabajo social concientiza y promotores a adolescentes	Capacitación a las mamás, promotores de adolescentes, platicas en escuela, trípticos periódico mural	No, buena aceptación, al inicio no porque tenían otros servicios de salud	No, porque se les informa bien	Al inicio que las dejaba estériles o no protegería para VPH	Enfermeras y personal de salud	Todos porque preguntan por disponibilidad de vacuna	Todos la aceptan hasta autoridades altas la piden	No, al principio se creía que eran para experimentación, ahora la solicitan	
3.- Enfermera que aplica vacuna	Mucha gente desconoce totalmente la información, vacuna no está en cartilla	Difusión a mamás y jóvenes, capacitación a profesionistas	Abastecimiento de las dosis sólo en semanas de vacunación, dependencia de dosis por IMSS, esquema alargado representa oportunidades perdidas de vacunación	Si realmente funciona la vacuna, si no está a prueba, si no les pasará nada a sus hijas	Si las niñas van a adquirir la enfermedad, o las dejará estériles	Con personal de enfermería encargado del área de vacunas	Personas de nivel socioeconómico medio-alto por que poseen conocimiento	Personas de bajos recursos, con bajo nivel educativo o no saben leer ni escribir por falta de información y no les	Si, por nivel socioeconómico y escolaridad, por poseer información y no tener costumbres culturales	

								interesa tienen costumbres		
4.- Enfermera módulo del adolescente	Sí, porque vienen en campaña a buscarla o si no se vacunan en escuela van a centro de salud, de 10 solo 1 no acepta	Concientizar y orientar a los padres para que la acepten	Religión, falta de información, otras personas (comadre, tías) les dijeron que les hizo daño la vacuna a sus hijas, madres no tienen tiempo de vacunar a sus hijas porque trabajan	Lo que más preguntan son las reacciones secundarias, y no preguntan más porque se les explica.	No han preguntado algún mito o miedo, se les explica que no es para que inicien relaciones sexuales	Si conoce respuesta les resuelve dudas si no los manda con la Dra. Del módulo del adolescente	Personas informadas y de bajos recursos porque poseen la información pero no pueden comprarla	No ha habido problema de los que vienen y preguntan solo mínimos por religión o cultura	Sí, por información pueden no tener educación pero al estar informadas la piden	
5.- Promotora	Apenas se está dando la información, no se tenía pero si saben y también de que es insuficiente, porque hoy en día hasta los niños están expuestos	Informando los beneficios que tiene la vacuna, y también los padres dándole información a sus hijos	Anteriormente si había cierto rechazo pero con el aumento del acceso a la información ya la buscan	Que porque nada más hasta los 12 años? y que porque una revacunación tan desfasada? De 9 años hasta los 12 años, que si con eso ya no les dará cáncer.	Que si no quedan estériles Las niñas, miedos por falta de información	La mayoría ya viene informadas y sensibilizadas y las que no quieren vacunar por mitos como esterilidad ya se les informa	La gente de bajos recursos por las pláticas que se les ha dado y de todos los estratos sociales	La gente que no tiene información les han dicho mitos	La mayoría de la gente que va a centro de salud es de bajos recursos y aceptan bien la vacuna y por estrato social no hay diferencia	Comenta de un caso de una niña de 5 años que llegó infectada porque el papá la violó
6.- Director de centro de salud	No sabe la población, no hay campaña de difusión por falta de vacuna, se enteran por conocidos e internet	La aceptación es cuestión de mercadotecnia con una buena campaña de difusión	Los taboos que adolescentes no deben iniciar vida sexual activa a temprana edad y el miedo a las vacunas	Algunas personas piensan que es una vacuna contra cáncer cervicouterino no contra VPH, y otras que es para el cáncer en general	Que les va a dar cáncer si se ponen la vacuna y lo piensan porque lo han escuchado	Las resuelven con el médico pero se quedan con dudas porque absorben información de radio, internet, vecina y a	Por educación, los que tienen secundaria hacia arriba la aceptan más que los que no saben leer ni escribir por miedos, taboos, costumbres, etc.	Los que no tienen educación por muchos mitos, costumbres, miedos	Puede haber diferencia por estrato económico pero ellos no acuden a centros de salud	

						veces le dan igual credibilidad que al médico				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Anexo 11.- Matriz No. 4: Que podría recomendar para que se acepte más fácilmente

No. de caso	Qué decir	Cómo presentar la información	En qué espacios o medios	Qué otra recomendación pudiera agregar	Comentarios
1 enfermera	Manejar costos y beneficios de vacuna y ampliarla a todos porque madres se enojan y no vacunan a ninguna de sus hijas Para niñas exclusivamente de 5to primaria esquema vacunación 0, 6 y 60 meses	Visual, carteles con muchas imágenes con lo que te puede pasar	Escuelas, en centro de salud no ponen atención, a madres en trabajo en su hora de comida	Canjearles algo a la gente, ampliar aplicación de vacuna, información y preservativos en escuelas para incluir adolescentes de 12 a 15 años	
2.- Enfermera Judith responsable	Concientización para que se acepte más fácilmente, promoción e información a las personas	Todo, televisión, periódicos murales, trípticos, y por teléfono cuando no se enteraron por ningún medio	En la televisión es lo más común gente es más visual	Que siempre haya vacuna y llegue en tiempo	
3.- Enfermera que aplica vacuna	Difusión, informar que va a prevenir, beneficios, orientar mamás y jóvenes, capacitar personal de salud, maestros y profesionistas para tener misma información	Organizarse IMSS, ISSSTE, servicios de salud para dar pláticas en escuelas incluso desde antes de los 10 años, en la radio, dar trípticos, y en sala de espera para difundir información y recomienden la vacuna	Escuelas, radio, en la calle y en sala de espera	Que haya vacuna de manera permanente no solo en campañas, y suficiente para aplicarla a toda población que la solicite	Mucho hizo hincapié en que les falta capacitación
4.- Enfermera módulo del adolescente	Que haya más insumo de vacuna, ampliar rango de edad, tener trípticos de vacuna y VPH, los de ITS no manejan VPH	Por medio de trípticos que sean entendibles	En trípticos que se les den en el centro de salud	Trípticos para que estén más informados y que hubiera suficiente vacuna para que se ampliara la edad de aplicación	La enfermera presenta la información exclusivamente en trípticos por eso para ella es lo más importante

5.- Promotora de salud	Informarles sobre todas las situaciones que se están dando en los centros de salud, problemas de violación, la promiscuidad, tener relaciones a muy temprana edad	Sketch o videncias reales, en televisión o en anuncio antes de empezar un video en internet	Televisión, internet y cine en los cortos antes de empezar una película para que también lo vean los niños	Que sea continua no estar esperando cuando llega, que se estipule bien en campañas para que la gente sepa cuando acudir, que se amplíe cantidad de vacunas para vacunar a niñas aunque no tengan 9 años puede ser hasta 12, que se les capacite a los promotores	Manejó mucho el tema de la capacitación porque mencionó que “se les capacite con información real para que más niñas se vacunen”
6.- Director de centro de salud	Hacer una buena campaña de difusión de mercadotecnia donde la gente se convenza del beneficio ya no les importará si es buena o es mala	Convencer a la gente de que algo es bueno como la televisión donde se puede manipular igual se puede aplicar a la salud	Una campaña de mercadotecnia eso es todo lo que engloba, televisión, radio, carteles, espectaculares, toda una estrategia de difusión no nomas un comercial	Evaluar el impacto de la vacuna a gran escala para saber si funciona en la población en general, el esquema es muy largo lo que podría hacer que sólo el 10% complete esquema, no existe presupuesto para vacunar a gente de más edad	

Anexo 12.- Barreras y facilitadores para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano desde la perspectiva de madres de niñas y adolescentes

Matriz 1: Datos del perfil

No. De caso	Sexo	Edad	En donde vive	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Cuantos hijos tiene	De que edades y a que se dedican	Comentarios
Sra. Primera entrevista	Femenino	44 años	Calle Leyva	Sexto semestre de carrera de derecho	Ama de casa	Soltera	3	Una tiene 29 años Lic. MKT, otro de 19 años estudiando Univ. Otra de 4 años en el kínder	
Sra. De la Primaria	Femenino	39 años	Cerca de centro de salud	Primaria	Empleada domestica	Casada	2	Niña va a cumplir 12 años, va en secundaria niño va a cumplir 6 años	Comentó que hace un tiempo tuvo infección por VPH, se le quitó y está en revisión cada 6 meses
Sra. Joven	Femenino	25 años	Cerca de centro de salud	Bachillerato	Ama de casa	Casada	3	La niña va a cumplir 8 años y va a pasar a tercero el otro tiene 4 ya va a cumplir 5 y va a pasar a tercero kínder y el primero todavía no va a la escuela	
Sra. Contadora	Femenino	48 años	Leandro Valle	Licenciatura en contaduría	Ventas	Divorciada	2	20 y 14 Uno va a entrar a la universidad y la otra va a en tercero de secundaria	
Sra. Medicina alternativa	femenino	56 años	Amatitlán	Técnico en secretariado	Masajista, danzante	Soltera	3	De 27, y otro va a cumplir 20 y la mas chica tiene 16, los dos mayores están desempleados y la más chica esta estudiando	
Sra. oportunidades	Femenino	37 años	Patios de la estación	Primaria	Empleada doméstica	Unión libre	3	Hombre 17 años trabaja y estudia, hombre 9 años cuarto de primaria, niña 6 años primero de primaria	
Sra. ultima	femenino	36 años	Arboles	Secundaria	Ama de casa	casada	2	La niña tiene 6 años y el niño 4	
Sra. Olga	Femenino	36 años	Zona centro	Preparatoria	Ama de casa	Casada	3	Uno de 18 años prepa, una de 12 que va en la primaria en sexto y uno de 4 que va en kínder	

Anexo 13.- Matriz No. 2

Percepción general y conocimientos sobre el tema (infección por virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino)

No. De caso	Comportamiento de adolescentes	Consecuencias sexualidad no responsable	Conocimientos sobre VPH	Transmisión	A quien afecta más	Consecuencias	Formas de prevención	Familiares o amigas con CaCU	Qué es	Causas	Consecuencias	Comentarios
Sra. Primera entrevista	Destrapados y no son responsables la mayoría, piensan que no hay consecuencias	Embarazo, VIH, Papiloma y la muerte	Se transmite sexualmente, una infección venérea	Sexualmente, o podría ser por contacto de baño	A los que tienen vida sexual, y más a mujeres casadas	Te puedes morir y es de contacto persona-persona	Condón y otra forma no porque es para no quedar embarazada	No, amigas no dicen de eso, pero si sabe de muchas personas que han muerto por eso	Es un virus	Por herencia y muy mala suerte	Que te quiten todo y morirte	Dudosa sobre forma de transmisión
Sra. De la primaria	Mal comportamiento o porque tienen relaciones sexuales y se pueden infectar unos a otros más las mujeres	Embarazo e infecciones de transmisión sexual	Se transmite por relaciones sexuales con una persona infectada y son llaguitas o verruguitas en la parte femenina o masculina no es curable solo se puede controlar	Transmisión sexual	La mujer, aunque puede ser el hombre también porque también sufre y es igual por edad	Cáncer cervicouterino	Usar condón el hombre y la mujer también	No	Sólo sabe que se tiene cáncer pero no sabe cómo es tener CaCU	No, sabe	Morir	
Sra. Joven	Está muy extremo, aunque no esté viejita pero no tienen pena de nada	Embarazos a temprana edad, enfermedades y contagios	No lo ubica, no le han explicado síntomas ni nada	Por relaciones sexuales	A la mujer o son iguales, el hombre es el que más tiene sexo y pues el que más puede contagiar y se contagian con vida	La mortalidad	Condón, con métodos anticonceptivos pues más que nada, te puedes poner un implante o algo así, pero solo te quita que no te embaraces	Una amiga le comentó que tenía pero no le dijo nada más	No, exactamente	No	Morirte	

					sexual activa ya con pareja estable no		pero no te quita las enfermedades					
Sra. Contadora	Sexualidad abierta, drogas, marihuana en este caso y cigarro	Embarazarse y comenzar sexualidad a corta edad	Por relaciones sexuales y el hombre se los transmite, si no tienen protección con condón, y bueno para ciertos tipos de virus la vacuna los protege	Por vía sexual	A los jóvenes hombres y mujeres	Perder la matriz y se detecta a tiempo y si no la muerte	Abstinencia y condón	A una sobrina y le quitaron la matriz y fue tratada con quimioterapias	El cáncer de la mujer que te quita matriz y te destruye en todas partes	El virus	Perder la matriz, o llenarte toda de cáncer y perder la vida	
Sra. Médica alternativa	A diferencia de antes se pasó de libertad a libertinaje y no son responsables con ellos mismos y se dan las ITS	Enfermedades de todo tipo no solo VIH si no también papiloma y puede ser muy fuerte	Que no se cura siempre vas a tener la enfermedad	Por vía sexual, no sabe si hay otra forma	A las mujeres de 35 para arriba	Perder la matriz, la esterilidad y siempre tendrán latente la infección	Condón, no ser promiscuo cuidando de con quien se meten	Si, una vecina que murió de 35 años y dejó niño de 10 años	No sabe causa real para que te de un cáncer	No, solo hay que hacerse chequeos de Papanicolaou	Morirse, esterilidad	
Sra. Oportunidades	Andan muy inquietos y rebeldes	Embarazo y aborto	Sólo sabe que se tienen que vacunar pero no como se contagia	No sabe	A las mujeres en edad adulta	Contagiar a otras personas	El hombre debe usar condón	No tiene	sólo ha escuchado que les da cáncer en la matriz o en los senos	Porque no se hacen Papanicolaou a tiempo y ya es demasiado tarde	así como va avanzando o ahora ya viene la muerte	
Sra. Última	Andan muy acelerados una hija de una	Muchas enfermedades, muchas	El que ocasiona cáncer en la	Por transmisión sexual	Las mujeres principal	Que les quiten la matriz y la	El condón y estarse checando	No, tuvo una	No sabe mucho de eso	Por transmisión sexual	La muerte	

	prima ya tiene novio en primero de secundaria	infecciones entre ellas el VPH y un embarazo no deseado	matriz, que están pasando a vacunar a la escuela de su hija		mente en edad adolescente porque comienza a beber alcohol	muerte	cada año para prevenir	cuñada que tenía el problema de VPH pero no llegó a cáncer				
Sra. Olga	Están muy locos, las muchachitas buscan a los hombres	Más sencillo el embarazo, pero enfermedades como SIDA y cáncer cervicouterino	De vía sexual, usar condón no te protege, 80-90% llega a cáncer si no se ve	Por transmisión sexual	La mujer, porque el hombre es más difícil de detectar, las adolescentes	Llegar a cáncer	Abstenerse de relaciones sexuales, No conoce ninguna porque condón no protege	Tiene una prima que está infectada pero aun no es cáncer	No sabe solo que explota de 1 a 10 años	Virus, infecciones asociadas	La muerte	

Anexo 14.- Matriz No. 3: Sobre su percepción en la vacunación

No. De caso	Acostumbra vacunar hijos	Hijos cuentan con todas las vacunas	Importancia de vacunar contra VPH	Que ha escuchado sobre vacuna	Dosis	Si ya se vacunó	Consulta con pareja	Motivos vacunaría o no	Comentarios
-------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------	-----------------	---------------------	------------------------	-------------

Sra. Primera entrevista	Sí, claro para prevenir enfermedades y si les da les da menos	Si, la de Polio, influenza, TB	Si, para prevenir	Es para prevenir la enfermedad, si te vacunas y te contagias es menos	No sabe	No, pero si se vacunaría	No, la cabeza de familia es uno y tenemos que llevar las riendas de todo ellos solo traen el dinero	Para prevenir la enfermedad	
Sra. De la primaria	Si, para prevenir enfermedades	Si, hasta ahorita si, su hija ya cuenta con la tercera dosis	Si, como todas las enfermedades para prevenir	En la radio, Importante vacunar niñas de 5to y 6to de primaria, vacuna es gratuita, y van a pasar vacunarlas personal de centro de salud y si no uno tiene que ir a centro de salud	En el Seguro le dijeron que dos pero su hija le dijo que eran 3 porque la enfermera le dijo	No, pero se vacunaría para prevenir la enfermedad	Si, consultaría a mi pareja porque decisiones las toman en pareja	Las enfermedad es están al día y es muy importante	En el IMSS colocan dos dosis, y en el centro de salud tres
Sra. Joven	Si, Lo que está en el cuadro de vacunación para que no se enfermen hasta si están sanos pueden tener síndrome por no	No, a su hijo le falta la de polio y su hija si tiene todas	Para prevenirlo o por cualquier cosa	No, es la primera vez que lo escucha	No sabe	No, pero si pudiera se vacunaría para prevenir	No, porque algunos son muy machistas y es la salud de ella y de su hija	para prevenir la enfermedad o para prevenir cualquier tipo de descuido y de	

	vacunarlos							relaciones	
Sra. Contadora	Sí, porque es algo bueno para ellos se están protegiendo	Si, excepto la del papiloma en su hija	Es protección es salud	Que nada más protege a ciertos tipos de cáncer	3, una y después a los 6 meses	No, pero si lo haría para protección suya	No, vive separada y es para protección de su hija	Para proteger su salud al igual que con otras vacunas	Hija no se la aplicaron en primaria y la ha buscado en IMSS y no porque no es derechohabiente y tampoco SSA porque ya está grande
Sra. Medicina alternativa	Sí, pero ha escuchado que las vacunas son de experimentación	Si, todas las de la cartilla de vacunación	Si es importante pero no sabe si la vacuna es efectiva, hija no la vacunaron cuando pasaron a su primaria	Si, pero no sabe en realidad si funciona o es experimento	Cree que 2	No, pero si le gustaría si supiera que no es de experimento	No tiene pareja, pero en su nivel económico generalmente las mujeres son las que sostienen los hijos y pasa a ser algo de ellas, el hombre no	Para prevenir	

							opina		
Sra. oportunidades	Si, para cualquier enfermedad y estar en oportunidades no influye porque uno tiene que estar al pendiente	Si, se empieza desde pequeños hasta que ya están grandes	para que no se vaya a infectar de eso	Si, pero no sabe que enfermedad previene pero se imagina que para unas cuantas enfermedades pero no todas	No sabe	No, pero no quiere correr el riesgo de que se enferme o que se le transmita esa enfermedad	Sí, porque todo lo que hacen contra los niños lo platican	para protegerla de los virus que hay	
Sra. Última	Si, para prevenir enfermedades	Si tienen todas sus vacunas	Sí, para evitar la enfermedad e incluso la muerte porque uno nunca sabe cómo vayan a ser ellos aunque los	Que la gente no está de acuerdo con ella por falta de información	No sabe	No, pero lo haría para prevención	Sí, tenemos que tomarlos en cuenta y es de mente abierta	Para prevenir no es para dar permiso de que tengan relaciones sexuales	

			eduques bien						
Sra. Olga	Si, para prevenir enfermedades luego les pones las vacunas de la cartilla pero ni sabes para que son	Si, su hija ya tiene su primera dosis de vacuna VPH	Si, porque es un virus que ahí anda y no sabemos que lo tenemos	Vacuna protege para 1 o 2 tipos de virus pero los más sencillos pero no para los más fuertes	Si son 3, una al principio , la otra a los 6 meses la última a los 5 años	No, pero le gustaría porque a lo mejor lo tiene y aun en los estudios no sale	Si, ya lo habían platicado desde que vieron el cartel	Porque va a crecer y tener relaciones sexuales es mejor prevenir	

Anexo 15.- Matriz No. 4

Sobre la promoción de la vacuna en el centro de salud

No. De caso	Carteles o folletos que inviten a vacunar	Invitación por parte de personal de salud	Tipo de información	Le ha resuelto sus dudas	Espacios o medios donde ha oído de vacuna	Información para recomendarla	Cosas para que acepten vacuna más fácilmente	Comentarios
Sra. Primera entrevista	No hay, promoción y falta de información también sólo de vacunas en general	No, con trabajos te dan la ficha	No invitan ni de vacunas en general solo lo ha escuchado en radio	No, falta promoción y a todo desde vacunas a cómo te atienden	No ha escuchado en ningún lado, sólo en la radio de vacunas en general	Que te puede pasar, donde se aplican, que días, si cuestan, si son gratuitas, cuantas necesitas, a	Que informaran, que hicieran un programa de radio, que dieran pláticas para que aceptaran más fácilmente	

	pero de vacuna VPH no					partir de qué edad		
Sra. De la primaria	De vez en cuando cartel de vacunas en general	Ninguno, cuando su hija se vacunó solo le dijeron que le tocaba	Ninguna, solo vacunaron a su hija y autorizó	Tiene dudas sobre la vacuna aún	En campaña en la radio, que vacunarán a niñas de 5to y 6to	Saber si la vacuna tiene algún riesgo o alguna pérdida en las niñas	los padres saben para que es pero que les dijera todo de la vacuna	Invita a mamás de sobrinas a vacunarse diciéndoles que pasaran a su escuela y si no que vayan a centro de salud
Sra. Joven	No ha visto, solo de vacunas en general en escuela cuando es Semana de vacunación	No, tiene que estar al pendiente cuando les toca	Invitan a pláticas de otras cosas como Papanicolaou	Sí, pero no son muy específicos, se molestan si preguntas y se queda con dudas	No ha escuchado, ni en campaña de vacunación	Cuáles son sus consecuencias, si afecta el comportamiento hormonal o en su cuerpo o en su crecimiento y que si son efectivas	Exponer los riesgos de la enfermedad y diciéndoles que es para prevenirlo	
Sra. Contadora	En centro de salud no, sólo en el seguro	No nunca le han dicho ella ha preguntado	No, ella leyó cuando salió vacuna	No, solo con lo que se ha informado	En la radio en campañas muy esporádico, tv tiene 3 años que no la ve	Que les va a prevenir ciertos tipos de cáncer y sobre efectos secundarios	Que las están protegiendo y dando vida, las dosis y efectos secundarios	
Sra. Medicina alternativa	Una vez hace tiempo, y estuvieron informando pero nada más	No le han dicho nada, solo le dijo la hija cuando las vacunaron pero a ella no	No le han dado información	No, es la primera vez que le preguntan de eso	En la televisión en campañas	Que no vayan a experimentar con su hija, efectos secundarios, si le quedará algún problema	Qué es, qué causa, y decir que no están experimentando con las vacunas, y porque no vacunan a	

							hombres	
Sra. Oportunidades	Sí, pero de vacunas en general no de vacuna de VPH	No, en citas de oportunidades si les falta alguna vacuna solo les dicen que se pasen a vacunar pero ellos tienen que estar al pendiente	No le han dado información	No, cuando les toca vacunas solo los vacuna	No ha escuchado	Qué es para prevenir ese virus, que vengan a vacunar a las niñas porque les va a proteger de varias enfermedades	De las enfermedades y que se van a proteger de varias enfermedades	
Sra. ultima	No, sólo ha escuchado en la radio y anuncios en televisión	No le han invitado a vacunar	Sólo en radio y televisión dicen que es para prevenir ese virus, el cáncer cervicouterino	No, porque aún no le toca vacunar a su hija pero las preguntaría con el médico	En la radio y en la televisión	Que beneficios le pudiera traer y que consecuencias	para que sirva, que enfermedades previene, si tiene alguna consecuencia, si tiene alguna reacción e informar a las niñas	
Sra. Olga	Una cartel con plumón en una clínica del DF	Ningún personal de salud le había invitado a vacunar a su hija	Solo vio cartel en clínica pero nadie le había dicho nada	No, solo su ginecólogo privado	En ninguno, solo en televisión y radio pero de vacunas en general	Que le va a salvar la vida a su hija, los tipos que cubre y efectos secundarios	Que es algo muy común, que los hombres no se dan cuenta que lo tienen, el 80-90% de la población lo tiene	