



Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria

Tesis doctoral

**Efecto de una intervención de educación para
la salud en los conocimientos, actitudes y
prácticas de las mujeres frente a la
prevención del cáncer del cuello uterino**

Presentada por: **Jessica Borrull Guardeso**

Dirigida por: **Dr Francisco Donat Colomer**

Dra Vanessa Sánchez Martínez

Valencia, Octubre 2020

Don **Francisco Donat Colomer**, Catedrático del Departamento de Enfermería de la Universitat de València.

Doña **Vanessa Sánchez Martínez**, PDI Ayudante a Doctora del Departamento de Enfermería de la Universitat de València.

CERTIFICAN:

Que la presente memoria, titulada:

“Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino”, corresponde al trabajo realizado bajo su dirección por Doña **Jessica Borrull Guardoño**, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universitat de València.

Y para que conste firma/n el presente certificado en Valencia, a 19 de octubre de 2020.



Don Francisco Donat Colomer



Doña Vanessa Sánchez Martínez

*A Enrique y Sierrri,
por vuestro amor y apoyo incondicional*

AGRADECIMIENTOS

En los 5 años de elaboración de esta tesis he pasado por diferentes procesos personales y profesionales, en los que muchas personas me han acompañado y me gustaría darle las gracias y mi reconocimiento con las siguientes palabras.

Primero me gustaría agradecer a mis dos directores de tesis. Me acuerdo como si fuera ayer el primer día que fuimos a tu despacho Paco, mi amiga Lidia y yo, a contarte que queríamos meternos en esta aventura. Desde el primer minuto confiaste en mí y me has apoyado durante todo este tiempo. Para mí es un orgullo ser tu doctoranda, has sido y serás un referente para las matronas siempre. Más tarde se unió al camino Vanessa. Quién me iba a decir que la especialidad de salud mental me iba a traer tantas buenas personas a mi vida, y una fuiste tú. Desde que empezaste no has parado de motivarme para ser la mejor versión de mí misma. Gracias por ser y estar siempre.

Me gustaría agradecer también a Amparo y a Carmina, ya que ellas despertaron en mí la curiosidad por la investigación. Ver cómo trabajabais tanto en la parte asistencial como en la docente e investigadora, hicisteis que quisiera ser como vosotras.

Gracias al comité de expertas por querer participar en una parte del estudio y estar siempre accesible. Todas sois unas referentes para mí, así que ha sido un orgullo estar en contacto con vosotras.

Gracias a todas las mujeres que han participado en los diferentes procesos de la tesis. Gracias a todas las asociaciones y

Ayuntamientos por permitirme acceder a estas mujeres. Ellas se llevaron un poquito de mí, pero yo me llevo mucho de ellas.

Por otra parte, quiero agradecer a mi familia todo el apoyo recibido durante este tiempo. Papá, gracias por tantos kilómetros juntos, sin este apoyo constante todo hubiera sido más difícil. Mamá, gracias por preguntarme continuamente por este proceso y por motivarme con la cuenta atrás de mujeres que me faltaba por acceder. Gracias teta por estar y por tener a Ariadna y a Aitor, habéis hecho que estos años fueran más fáciles con vuestras sonrisas y abrazos.

Me gustaría agradecer también a mis tías, primas y amigas que han hecho más llevadera la recogida de muestra. Se han mostrado siempre disponibles y han hecho todo lo posible por poder llegar a más gente. Gracias por querer formar parte de este proyecto tan importante para mí.

Y, por último, agradecer a la persona que más me ha apoyado en estos meses y años, mi marido, Álex. Todo este tiempo has hecho que me pueda dedicar plenamente a esta parte de mi vida, continuamente apoyándome y animándome. Cuántas veces me has traído agua al escritorio y me has preguntado qué necesitaba para poder seguir. Has hecho que este camino fuera fácil en momentos donde perdía las ganas. Esta tesis también es sacrificio tuyo por todo el tiempo que no hemos podido pasar juntos. Te estaré eternamente agradecida.

ÍNDICE

RESUMEN	19
ABSTRACT	23
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	27
CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	33
2.1 Virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino	35
2.1.1 Infección por el virus del papiloma humano	35
2.1.1.1 Definición y tipos	35
2.1.1.2 Mecanismo de transmisión	36
2.1.1.3 Prevalencia	38
2.1.1.4 Historia natural de la infección	42
2.1.1.5 Otras enfermedades producidas por VPH	53
2.1.2 Epidemiología del cáncer de cuello uterino	58
2.2 Prevención del cáncer de cuello uterino	61
2.2.1 Niveles de prevención	61
2.2.2 Prevención primaria	62
2.2.2.1 Educación sanitaria	62
2.2.2.2 Vacunación VPH	67
2.2.3 Prevención secundaria	78
2.2.3.1 Cribado de cáncer de cuello uterino	79
2.2.3.2 Cribado de cáncer de cuello uterino en España	83
2.2.4 Prevención terciaria	91
2.3 Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al cáncer de cuello uterino y su prevención	93
2.4 Intervenciones dirigidas para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas	101
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	105
3.1 Objetivo del estudio	107
3.1.1 Objetivo general	107
3.1.2 Objetivos específicos	107

3.2 Hipótesis del estudio	109
3.2.1 Hipótesis alternativa	109
3.2.2 Hipótesis nula	109
CAPÍTULO 4: MATERIAL Y MÉTODOS	111
4.1 Diseño del estudio	113
4.1.1 Introducción a la metodología mixta	113
4.2 Ámbito y tiempo del estudio	115
4.3 Fase de análisis cualitativo: los grupos focales	117
4.3.1 Introducción	117
4.3.2 Material y métodos	119
4.3.2.1 Diseño	119
4.3.2.2 Reclutamiento de participantes	120
4.3.2.3 Lugar y fecha de celebración	120
4.3.2.4 Desarrollo	121
4.3.2.5 Tratamiento y análisis de los datos	127
4.4 Fase de análisis cuantitativo	129
4.4.1 Elaboración y validación del cuestionario CAP-PCCU	129
4.4.1.1 Introducción y justificación	129
4.4.1.2 Elaboración del cuestionario	130
4.4.1.3 Validación del cuestionario	132
4.4.2 Fase experimental	137
4.4.2.1 Población diana	137
4.4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión	140
4.4.2.3 Cálculo del tamaño muestral	141
4.4.2.4 Instrumento de recolección de datos	141
4.4.2.5 Definición de variables	145
4.4.2.6 Descripción de la intervención educativa	148
4.4.2.7 Consideraciones éticas	150
4.4.2.8 Análisis estadístico	151
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	153
5.1 Fase cualitativa: los grupos focales	155
5.1.1 Datos descriptivos	155
5.1.2 Análisis del contenido	156

5.1.2.1 Tema: Conocimientos y actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y su prevención	157
5.1.2.2 Tema: Conocimientos y actitudes sobre el VPH	164
5.1.2.3 Tema: Conocimientos y actitudes sobre el cribado del cáncer de cuello uterino	170
5.1.2.4 Tema: Prácticas de prevención del cáncer del cuello uterino	184
5.2. Fase cuantitativa: Validación del cuestionario	185
5.2.1 El Método Delphi	187
5.2.1.1 Primera ronda del comité de expertos	187
5.2.1.2 Segunda ronda del comité de expertos	191
5.2.2 Estudio piloto	192
5.2.3 Cuestionario final: Cuestionario CAP-PCCU	196
5.3. Fase cuantitativa: Parte experimental	199
5.3.1 Fase preintervención	199
5.3.1.1 Descripción de la muestra	199
5.3.1.2 Conocimientos, actitudes y prácticas en la preintervención	200
5.3.2 Eficacia de la intervención educativa	206
5.3.2.1 Conocimientos	206
5.3.2.2 Actitudes	209
5.3.2.3 Prácticas	210
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN	211
6.1 Fase cualitativa: los grupos focales	213
6.1.1 Conocimientos	213
6.1.2 Actitudes	223
6.1.3 Prácticas	235
6.2 Fase cuantitativa: Validación del cuestionario	237
6.3 Fase cuantitativa: Parte experimental	239
6.3.1 Preintervención	239
6.3.1.1 Conocimientos	239
6.3.1.2 Actitudes	244
6.3.1.3 Prácticas	246
6.3.2 Eficacia de la intervención educativa	249

6.4 Fortalezas y limitaciones del estudio	255
6.5 Implicaciones para la práctica	261
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES	267
REFERENCIAS	271
ANEXOS	353
Anexo 1 Cuestionario <i>ad hoc</i> de grupos focales	355
Anexo 2 Consentimiento informado de grupos focales	357
Anexo 3 Agradecimiento de grupos focales	359
Anexo 4 Información del estudio para el comité de expertos	361
Anexo 5 Instrucciones para el comité de expertos	365
Anexo 6 Cartel de difusión intervención educativa	367
Anexo 7 Relación de asociaciones que participaron	369
Anexo 8 Consentimiento informado de fase experimental	371
Anexo 9 Cuestionario CAP-PCCU	375
Anexo 10 Aprobación del Comité de Ética	379
Anexo 11 Relación de temas, subtemas y códigos	381
Anexo 12 Resultados del estudio piloto	391
Anexo 13 Resultados de la fase experimental	395

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AHCO	Anticonceptivos hormonales combinados orales
AEMPS	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios
AEPCC	Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia
AGC	Células glandulares atípicas
ASC	Células escamosas atípicas
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado incierto
BOE	Boletín Oficial del Estado
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CAP-PCCU	Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del cáncer de cuello uterino.
CAV-AEP	Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría
CC. AA.	Comunidades autónomas
CCU	Cáncer de cuello uterino
CIN	<i>Cervix intraepitelial neoplasia</i>
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
DIU	Dispositivo intrauterino
EE. UU.	Estados Unidos
ENSE	Encuesta Nacional de Salud en España
EMA	Agencia Europea de Medicamentos
GF	Grupo focal
HSIL	Lesiones de “alto grado”
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICO	Instituto Catalán de Oncología
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infección de transmisión sexual
LAST	<i>Lower Anogenital Squamous Terminology</i>
LSIL	Lesiones de “bajo grado”
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Prevención del Cáncer del Programa de Prevención y Promoción de la Salud
POCV	Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana
PRR	Papilomatosis respiratoria recurrente
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitarias
SNS	Sistema Nacional de Salud
USSYR	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva
VHS-2	Virus del Herpes simple 2
VPH	Virus del papiloma humano
VLPs	<i>Virus-like particle</i>

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1	Clasificación de genotipos del VPH	36
Tabla 2	Características de las vacunas comercializadas frente al VPH en España	68
Tabla 3	Posología de las vacunas del VPH	69
Tabla 4	Diferencias entre cribado poblacional y oportunista	80
Tabla 5	Tiempo transcurrido desde la última citología según diversas características	90
Tabla 6	Puntuación del cuestionario CAP-PCCU	143
Tabla 7	Operacionalización de las variables	145
Tabla 8	Datos sociodemográficos y cribado CCU de los grupos focales	156
Tabla 9	Frecuencia del cribado de participantes de los grupos focales	175
Tabla 10	Descripción del comité de expertos	187
Tabla 11	Valoración media de las dimensiones en la primera ronda de expertos	188
Tabla 12	Puntuaciones por ítems en la primera ronda de expertos	190
Tabla 13	Valoración media de las dimensiones en la segunda ronda de expertos	191
Tabla 14	Datos sociodemográficos de las participantes de la intervención educativa	199
Tabla 15	Síntomas VPH en hombre y mujer según las participantes de la fase experimental	201
Tabla 16	Respuestas de las participantes de la fase experimental en dimensión Actitudes	203

FIGURAS

Figura 1	Zona de transformación del cuello uterino	37
Figura 2	Carga de enfermedad asociada al VPH en España	38
Figura 3	Prevalencia mundial del VPH en mujeres con citología normal	39
Figura 4	Prevalencia mundial del VPH según edad	41
Figura 5	Historia natural de la infección por VPH	42
Figura 6	Prevalencia de infección por VPH, lesiones precancerosas y CCU según edad	52
Figura 7	Espectro de enfermedades relacionadas con el VPH en mujeres y hombres	54
Figura 8	Tasa de incidencia estandarizada por edad a nivel mundial del CCU	58
Figura 9	Tasa de mortalidad estandarizada por edad a nivel mundial del CCU	59
Figura 10	Evolución de la mortalidad 2000-2016 en la Comunidad Valenciana	60
Figura 11	Relación entre la historia natural de una enfermedad y los tipos de prevención	61
Figura 12	Incidencia anual estandarizada por edad de CCU (A) y mortalidad asociada (B)	73
Figura 13	Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida 2020	75
Figura 14	Países que han introducido la vacunación VPH	76
Figura 15	Coberturas vacunales de VPH en niñas adolescentes españolas 2009-2018	77
Figura 16	Coberturas vacunales de VPH en niñas adolescentes españolas según CC. AA.	78
Figura 17	Estrategia de cribado propuesta por la AEPCC	86
Figura 18	Citología realizada en los últimos 5 años según año de encuesta	88

Figura 19	Diseño del estudio	113
Figura 20	Ámbito de actuación	115
Figura 21	Tiempo y desarrollo del estudio	116
Figura 22	Municipios donde se llevaron a cabo las intervenciones grupales	138
Figura 23	Ejemplos de difusión de la intervención en Twitter	139
Figura 24	Algoritmo de participación en estudio en la fase experimental	140
Figura 25	Pasos realizados para la elaboración y validación del cuestionario CAP-PCCU	186
Figura 26	Gráfico radial de la dimensión Actitudes	193
Figura 27	Mapa de color del análisis cluster de los ítems	194
Figura 28	Frecuencia de cribado del CCU	202
Figura 29	Motivo de incumplimiento si la citología fue realizada hace más de 5 años	205
Figura 30	Factores de riesgo del CCU antes y después de la intervención	207
Figura 31	Frecuencia de cribado del CCU antes y después de la intervención	209
Figura 32	Ítem 17: “Me vacunaría del VPH en el caso de que me lo recomendara el personal sanitario” antes y después de la intervención	210

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, siendo una complicación tardía y poco frecuente de una infección persistente por el virus del papiloma humano. Mediante la prevención primaria y secundaria se ha conseguido reducir la morbilidad y la mortalidad del mismo. Los estudios realizados en países con alta incidencia de cáncer de cuello uterino revelan que los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las mujeres respecto a la prevención son bajos, sin embargo, no se conocen suficientes datos al respecto en el contexto español ni posibles intervenciones dirigidas para mejorarlos.

Objetivos: Conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención del cáncer de cuello uterino de mujeres de 25 a 65 años del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). Por una parte, nos proponemos elaborar y validar un cuestionario que permita evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en este grupo de población. Y, por otra parte, pretendemos determinar la eficacia de una intervención educativa para aumentar los conocimientos y actitudes sobre el tema, así como favorecer la realización del cribado en aquellas con menor adherencia al mismo.

Metodología: Se trata de un estudio desarrollado en tres pasos en el que se han combinado diferentes metodologías y técnicas de

investigación. En primer lugar, se desarrolló la parte cualitativa del estudio, para la que se realizaron tres grupos focales que permitieron conocer en el lenguaje natural de las mujeres sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del cáncer de cuello uterino. A continuación, utilizando los datos obtenidos en la fase cualitativa, se elaboró un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas, que fue evaluado con el método Delphi, con la participación de 10 profesionales expertas en el área de conocimiento. Este cuestionario se sometió a una prueba piloto y se consolidó como la herramienta para realizar la medición en la tercera etapa del estudio. Por último, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental antes-después para determinar la efectividad de una intervención educativa breve mediante el uso de metodología mixta. Para ello, se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas antes de la intervención educativa y 6 meses después de la misma a través de contacto telefónico.

Resultados: Los grupos focales realizados con 21 mujeres permitieron constatar que en nuestro entorno los conocimientos eran bajos y se detectaron creencias erróneas tanto de la vacunación como del cribado; las actitudes eran favorables y las prácticas altas. La validación del cuestionario se realizó tras dos rondas de evaluación de un comité de expertas y un estudio piloto compuesto por 30 mujeres. Se conformó un cuestionario llamado CAP-PCCU (Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del cáncer de cuello uterino) compuesto por 4 dimensiones y 28 ítems. Un total de 297 mujeres aceptaron participar en la intervención educativa. De ellas, un 53.2% tenía

conocimientos medios, un 29.3% conocimientos bajos, y solo un 17.5% conocimientos altos. Las actitudes fueron muy favorables y el 87.9% tenía una correcta adherencia al cribado. A los 6 meses de la intervención, los conocimientos habían aumentado y las actitudes mejoraron, aunque no se modificaron las prácticas de las mujeres con inadecuada adherencia al cribado en este periodo de tiempo.

Conclusiones: Las mujeres de los grupos focales percibieron que tenían bajos conocimientos acerca de este cáncer y demandaron más información y difusión por parte de los profesionales sanitarios. El cuestionario CAP-PCCU permitió evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas mediante un instrumento de aplicación rápida y sencilla. La intervención fue eficaz para el aumento de los conocimientos y la mejora de las actitudes sobre la prevención del cáncer de cuello uterino; sin embargo, no fue efectiva en aumentar las prácticas de cribado en aquellas mujeres con inadecuada adherencia al mismo.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is the third most common cancer in women worldwide, being a late and rare complication of persistent human papillomavirus infection. Primary and secondary prevention have been successful in reducing cervical cancer morbidity and mortality. Studies carried out in countries with a high incidence of cervical cancer reveal that women's knowledge, attitudes and practices regarding prevention are low. However, not enough data is known about this or possible targeted interventions to improve them in the Spanish context.

Objectives: To know the knowledge, attitudes and practices on cervical cancer prevention of women between 25 to 65 from a health department in Valencia (Arnau de Vilanova-Llíria). On the one hand, we propose to develop and validate a questionnaire to assess knowledge, attitudes and practices in this population group. And, on the other hand, we intend to determine the effectiveness of an educational intervention to increase knowledge and attitudes on the subject as well as to improve the rates of screening in those with less adherence to it.

Methods: This is a three-step study in which different research methodologies and techniques have been combined. Firstly, the qualitative part of the study was developed, for which three focus groups were held to find out of the women their knowledge, attitudes

and practices on the prevention of cervical cancer in the natural language. Then, using the data obtained in the qualitative phase, a questionnaire was developed on knowledge, attitudes and practices, which was evaluated with the Delphi method, with the participation of ten professional experts in the area of knowledge. This questionnaire was submitted to a pilot study and consolidated as the tool to carry out the measurement in the third stage of the study. Finally, a quasi-experimental before-after study was carried out to determine the effectiveness of a brief educational intervention using the mixed methodology. For this, knowledge, attitudes and practices were evaluated before the educational intervention and six months after it through telephone contact.

Results: The focus groups conducted with 21 women showed that in our environment knowledge was low and wrong beliefs about both vaccination and screening; attitudes were favourable and practices high. The validation of the questionnaire was carried out after two rounds of evaluation by a committee of experts and 30 women participated in the pilot study, forming a questionnaire called CAP-PCCU (Cervical Cancer Prevention Knowledge, Attitudes, and Practices) composed of 4 dimensions and 28 items. A total of 297 women accepted to participate in the educational intervention. Of these, 53.2% had middle knowledge, 29.3% low knowledge, and only 17.5% high knowledge. Attitudes were very favourable and 87.9% had correct adherence to screening. Six months after the intervention, knowledge had increased and attitudes improved, although the

practices of women with inadequate adherence to screening did not change in this time period.

Conclusions: The women in the focus groups perceived that they had low knowledge about this cancer and demanded more information and dissemination from health professionals. The CAP-PCCU questionnaire made it possible to evaluate knowledge, attitudes and practices through a quick and easy application instrument. The intervention was effective in increasing knowledge and improving attitudes about cervical cancer prevention; however, it was not effective in increasing screening practices among women with inadequate adherence to screening.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Introducción y justificación

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el tercer cáncer más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, siendo el segundo cáncer femenino más común en mujeres españolas de 15 a 44 años (Bruni *et al.*, 2019a). Se ha establecido que este cáncer es una complicación tardía y poco frecuente de una infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) (Bosch y de Sanjosé, 2003; Cuzick *et al.*, 2003). Este virus es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes del mundo. La mayoría de los hombres y de las mujeres sexualmente activos, se infectarán alguna vez en su vida por VPH, pero solo una minoría de las mujeres infectadas llegará a desarrollar lesiones precancerosas, CCU u otros cánceres anogenitales.

Diferentes estrategias de prevención primaria y secundaria han conseguido reducir la morbilidad y la mortalidad por CCU (Jerónimo *et al.*, 2017; Kessler, 2017). A nivel individual, las estrategias de prevención primaria más efectivas frente a la infección por VPH son el uso del preservativo y la administración de vacunas dirigidas a los subtipos más frecuentes. Como prevención secundaria se realiza el cribado, poblacional u oportunista en función del país, con la realización de citología cervical o test del VPH.

El cribado de CCU en España se ha llevado a cabo mayoritariamente con programas de cribado oportunista, sin conocerse datos oficiales de cobertura, ya que no existe una base centralizada de

información. Según la última Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) realizada en 2017, las coberturas de cribado son altas. Sin embargo, son mejorables ya que un 24.7% de las encuestadas no se habían realizado nunca una citología, siendo estos datos superiores en mujeres mayores de 65 años y en niveles de estudios básico e inferior (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2018). Estas coberturas insuficientes podrían ser consecuencia del bajo nivel de conocimientos de la población general sobre el CCU, su relación con el VPH y su prevención, reflejado tanto en estudios internacionales como nacionales (Al Khudairi *et al.*, 2017; Alafifi *et al.*, 2019; Martínez-Martínez y Cuesta-Cambra, 2018; Romeu-Martínez *et al.*, 2019).

Los estudios que analizan los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las mujeres respecto a la prevención del CCU han sido realizados principalmente desde la metodología cuantitativa, utilizando en la mayoría de los casos cuestionarios no validados o creados *ad hoc*. También se ha empleado metodología cualitativa o mixta para describir mejor las actitudes y barreras, ya que estas afectan a los comportamientos y a las prácticas de cribado del CCU (Cooke y French, 2008; Craciun *et al.*, 2018; Kasting *et al.*, 2017; Matejic *et al.*, 2011).

Algunos estudios han evaluado la efectividad de diferentes estrategias para aumentar los CAP de las mujeres respecto a la prevención del CCU. Las estrategias más utilizadas en los últimos años han sido las intervenciones educativas, por su bajo requerimiento de recursos y facilidad de medida (Riquelme *et al.*, 2012). Según una revisión sistemática realizada en 2018, las intervenciones educativas

son efectivas para el incremento de conocimientos en la población y la adquisición de actitudes preventivas (Saei Ghare Naz *et al.*, 2018).

En España son escasos los estudios relacionados con el tema, tanto de los CAP de las mujeres respecto a la prevención del CCU como de las intervenciones dirigidas para mejorarlos. Por ello, para conocer en profundidad los CAP en mujeres de nuestro entorno, se utilizó para la elaboración de esta tesis la metodología mixta. Para la parte cualitativa se llevaron a cabo grupos focales, una de las técnicas más utilizadas en el área de las Ciencias de la Salud, que permitieron conocer los bajos conocimientos de las mujeres respecto a la prevención del CCU y su demanda de información por parte de la sociedad y profesionales sanitarios. Para la parte cuantitativa se optó por elaborar un cuestionario propio que fuera lo más aproximado y adaptado posible al ámbito cultural de la población seleccionada. Para la elaboración se aprovecharon los resultados obtenidos con los grupos focales y para su validación se utilizó la técnica Delphi mediante comité de expertos y estudio piloto.

Posteriormente, se llevó a cabo una intervención educativa grupal que abordaba la prevención del CCU dirigida a mujeres de un Departamento de Salud de Valencia. El cuestionario validado permitió conocer que las prácticas respecto al cribado del CCU en esta población eran altas y que tras la intervención educativa se mejoraron los conocimientos y actitudes de las mujeres respecto a la prevención del CCU.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES Y

ESTADO ACTUAL DEL

PROBLEMA

2.1 Virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino

2.1.1 Infección por el virus del papiloma humano

2.1.1.1 Definición y tipos

Los virus del papiloma humano son virus de ADN icosaédricos pequeños, miembros de la familia *Papillomaviridae*. Consisten en una molécula única de ADN circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, contenidos dentro de una cápside proteica (*International Agency for Research on Cancer [IARC], 2007*).

Se conocen más de 200 tipos del VPH y se clasifican en función de las diferentes zonas que pueden infectar. Existen ciertos tipos del VPH que tienen predilección por el epitelio cutáneo y que ocasionan verrugas plantares, verrugas comunes y verrugas planas (Caballero, 2014). Otros tipos del VPH, más de 40, afectan a la piel y a la mucosa anogenital, pudiendo producir verrugas genitales, lesiones premalignas y cáncer.

Estos tipos han sido estudiados en profundidad y clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de su asociación con el desarrollo del CCU, como se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. *Clasificación genotipos del VPH*

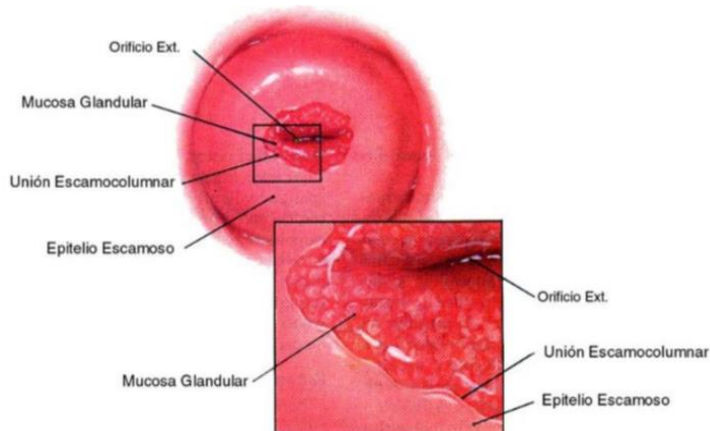
Clasificación OMS	Clasificación IARC	Descripción	Tipos
Alto riesgo	Grupo 1	Carcinógenos humanos conocidos	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59
Alto riesgo probable	Grupo 2A	Probablemente carcinógenos	68
Alto riesgo posible	Grupo 2B	Posiblemente carcinógenos	26, 30, 34, 53, 66, 67, 70, 73, 82, 85 y 97
Bajo riesgo	Grupo 3	No carcinógenos	6 y 11

2.1.1.2 Mecanismo de transmisión

La transmisión de la infección por VPH se produce principalmente por contacto sexual, a través de pequeñas erosiones que se producen en la piel y mucosas durante la penetración vaginal y/o anal y, con menos frecuencia, por el contacto piel con piel de la zona genital. Por tanto, cualquier persona sexualmente activa que tenga contacto genital (incluso sin penetración) con otra persona infectada por VPH, puede contagiarse.

El cuello uterino es muy vulnerable al contagio, especialmente en la zona de transformación (Figura 1). En esta zona, donde se produce la unión de las células epiteliales metaplásicas, el virus dispone de un fácil acceso y penetrabilidad (OMS, 2020).

Figura 1. Zona de transformación del cuello uterino



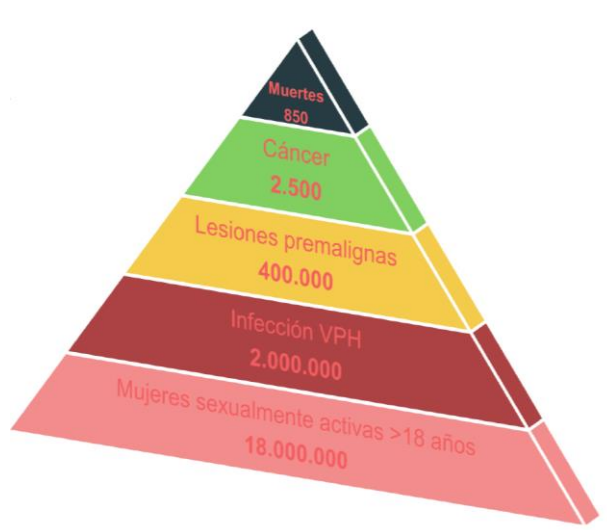
Nota: Tomado de Erazo-Domínguez, 2007.

A través de las relaciones sexuales orales también puede transmitirse el virus. El VPH puede infectar la boca y la garganta y causar cánceres de orofaringe. Sin embargo, todavía no está claro si estos cánceres se relacionan exclusivamente con el VPH o si hay otros factores que interactúan con el virus (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019). Otras formas de transmisión serían la transmisión perinatal o vertical, ya que se ha detectado ADN del VPH en bebés y niños/as; aunque los datos disponibles sugieren que se trata de casos poco frecuentes y con pocas probabilidades de desencadenar una infección persistente (Burchell *et al.*, 2006; Mora-Perdomo *et al.*, 2013). Por otra parte, la transmisión por el contacto con juguetes sexuales infectados o fómites podría producirse, pero no está completamente demostrada (Anderson *et al.*, 2014).

2.1.1.3 Prevalencia

El VPH representa la ITS más frecuente del mundo. Se estima que aproximadamente un 80% de las mujeres sexualmente activas contactan con al menos un tipo del VPH en algún momento de su vida (Chesson *et al.*, 2014). Sin embargo, cabe resaltar que la mayoría de estas infecciones son transitorias, ya que la mitad de las mismas se aclaran en los primeros 6 meses y que más de un 90% lo hacen unos pocos años después de la adquisición (de Sanjosé *et al.*, 2018a). Por tanto, a pesar de que la infección por VPH es muy frecuente, solo una minoría de las mujeres infectadas llegará a desarrollar lesiones precancerosas y muchas menos CCU (Giuliano *et al.*, 2010), como se representa en la Figura 2.

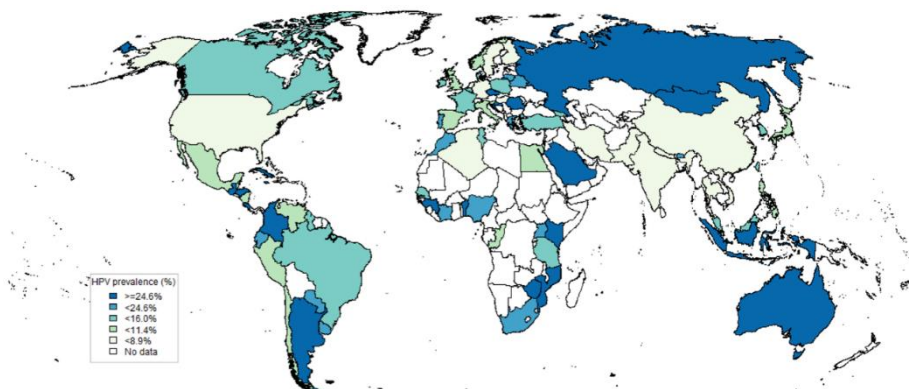
Figura 2. Carga de enfermedad asociada al VPH en España



Nota: Adaptado de Torné-Bladé *et al.*, 2014.

A pesar de las estimaciones, resulta difícil conocer la frecuencia real de la infección genital por VPH, porque al ser la mayoría de infecciones asintomáticas y autolimitadas, no se notifican los casos diagnosticados (CDC, 2019). Según las últimas investigaciones, la prevalencia mundial de la infección por VPH es de un 11.7% en mujeres con una citología normal, aunque estos datos varían en función de la edad y la región geográfica (Winer *et al.*, 2011). En términos generales, las regiones con una mayor prevalencia de infección por VPH son aquellas que también tienen una mayor incidencia de CCU. De la misma manera, las regiones con menor prevalencia tienen menores tasas de incidencia, como se aprecia en la Figura 3. Los tipos de virus que se detectan con mayor frecuencia en las mujeres infectadas por VPH son los de alto riesgo. El VPH 16 es el tipo con una mayor prevalencia en todas las regiones del mundo (Bruni *et al.*, 2019b).

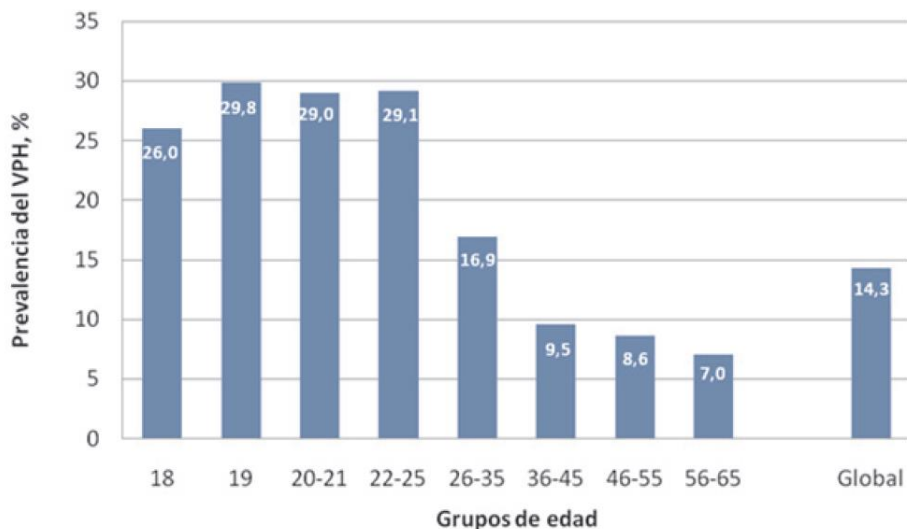
Figura 3. Prevalencia mundial VPH en mujeres con citología normal



Nota: Tomado de Bruni *et al.*, 2019b.

En España se estima que la prevalencia de la infección por VPH se encuentra entre el 5.2% y el 17.5% según diferentes estudios. Esta prevalencia es variable entre Comunidades Autónomas (CC. AA.), siendo más alta en La Rioja, Murcia, Baleares, Navarra, y más baja en Cantabria, Asturias, Castilla y León y Castilla-La Mancha (Bruni *et al.*, 2019a). La prevalencia en la Comunidad Valenciana (13%) permanece dentro de la media en comparación con otras CC. AA. (Martorell *et al.*, 2010). Por otra parte, según Sastre-Cantón (2017), la prevalencia oral de la infección por VPH jóvenes universitarios valencianos es del 7.2%.

La prevalencia del VPH está fuertemente asociada con la edad y significativamente determinada por los patrones de conducta sexual, así como el impacto de los programas de cribado (Schiffman *et al.*, 2016). La mayor probabilidad de contagio se da en los primeros años de vida sexual, por lo que entre un 20-30% de mujeres jóvenes serían portadoras del VPH de alto riesgo (de Sanjosé *et al.*, 2007). Este pico de alta prevalencia viene condicionado por la edad de inicio de las relaciones sexuales, por lo que no es igual en todas las poblaciones. Tras este pico, el porcentaje de portadoras disminuye progresivamente con la edad y a partir de los 30-35 años permanece bastante estable, en un rango entre un 5-10% (Figura 4).

Figura 4. Prevalencia mundial VPH según edad

Nota: Tomado de Grupo de Trabajo VPH 2012, 2013.

El descenso de la prevalencia de la infección por VPH es consecuencia del frecuente aclaramiento de la infección y, en parte, es debido a la menor exposición a nuevos contactos sexuales en edades más avanzadas (de Sanjosé *et al.*, 2018a). Sin embargo, en algunas poblaciones se observa un segundo incremento de la prevalencia más modesto en mujeres con 40 años o más, de difícil justificación. Las razones de estos dos patrones distintos son todavía controvertidas y podrían ser multifactoriales. Por ejemplo, este aumento de prevalencia podría producirse por una reactivación de infecciones previamente no detectables adquiridas en una edad más temprana. Esta reactivación estaría provocada por una pérdida gradual de la inmunidad de tipo específica, ocasionada por cambios hormonales durante los años de la perimenopausia. Otra posible explicación sería por la aparición de

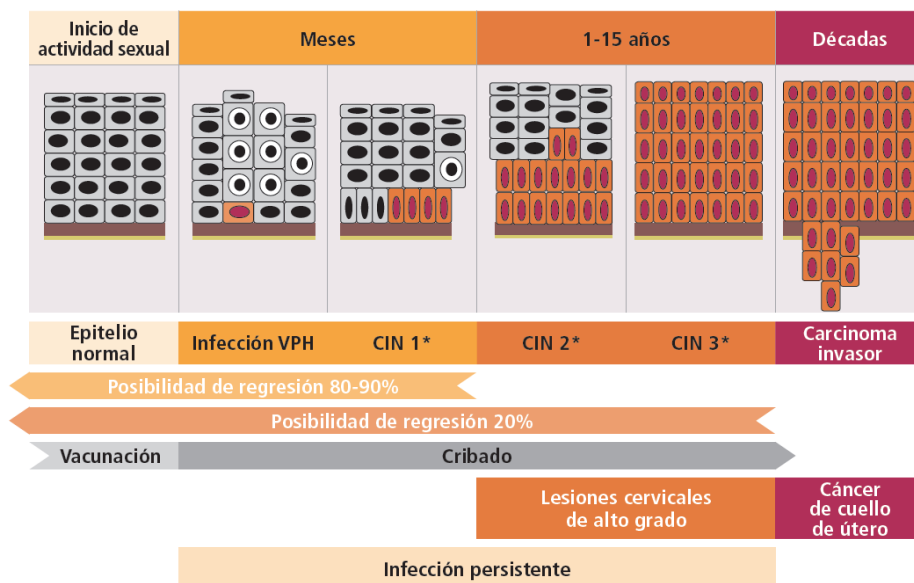
infecciones distintas a través de contactos sexuales con parejas nuevas a una edad más madura (de Sanjosé *et al.*, 2007).

En España, la prevalencia sigue el patrón mundial, siendo mayor en mujeres jóvenes y experimentando un descenso gradual con la edad (llegando a valores inferiores a un 4% en edades perimenopáusicas). Sin embargo, no presenta un segundo pico en mujeres de mediana edad.

2.1.1.4 Historia natural de la infección

La evolución natural de la infección por VPH está descrita por el desarrollo de varias fases, que se describen a continuación de la Figura 5 (Castellsagué *et al.*, 2006; IARC, 2007).

Figura 5. Historia natural de la infección por VPH



Nota: Tomado de Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia [AEPCC], 2016.

Infección del epitelio cervical:

El ciclo viral del VPH en el cuello uterino comienza cuando las partículas virales infecciosas alcanzan la capa basal del epitelio, donde se unen y entran en las células a través de microlesiones. El genoma viral se mantiene en esta capa y puede permanecer inactivo durante un tiempo prolongado, por lo que la detección del virus puede evidenciarse años después de la transmisión (Doorbar *et al.*, 2012).

Los factores de riesgo para la adquisición de la infección por VPH han sido asociados al inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, un elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes y un elevado número de parejas sexuales de la pareja, ya sea masculina o femenina (Bruni *et al.*, 2019b).

En los países industrializados la edad de la primera relación sexual ha ido disminuyendo en los últimos años. En prácticamente todo el mundo se produce la iniciación sexual al final de la adolescencia (de los 15 a los 19 años), pero las variaciones regionales y las diferencias entre hombres y mujeres son considerables (Bruni *et al.*, 2019b). La media de edad de inicio de relaciones sexuales en población española es de 16.4 años entre menores de 20 que han tenido relaciones sexuales (Sociedad Española de Contracepción [SEC], 2018).

Persistencia de la infección:

Tras la infección por VPH, la inmunidad innata y la adaptativa se activan con el fin de eliminarla, siendo la inmunidad mediada por células la principal responsable de este mecanismo. La inmunidad humoral, responsable de la síntesis de anticuerpos tras una infección

por VPH, no parece tener una gran relevancia en el aclaramiento viral (Beachler *et al.*, 2016). En algunas circunstancias, la inmunidad celular controla la infección, pero no es capaz de eliminarla, por lo que se mantiene un bajo número de copias del VPH (infección latente) y es difícilmente detectable.

La persistencia de la infección por VPH es el verdadero factor de riesgo para desarrollar un CCU (Ronco *et al.*, 2014), pero el concepto de “persistencia” y la medida de la misma no están bien establecidos. Teniendo en cuenta que la mayoría de las infecciones se aclaran en 2 años, para algunos autores la persistencia se define como aquella infección que tarda en eliminarse más que el tiempo medio de duración. Se ha demostrado que aquellas infecciones que persisten más de 2 años se asocian con mayor frecuencia a lesiones precancerosas (de Sanjosé *et al.*, 2018a).

Aunque el VPH es una causa necesaria para el desarrollo de lesiones precancerosas y CCU, se han identificado evidencias de cofactores de riesgo que parecen modificar el riesgo de progresión de la infección (Castellsagué *et al.*, 2002; Muñoz *et al.*, 2006). Estos cofactores pueden agruparse según la literatura en tres categorías: cofactores medioambientales o exógenos, cofactores virales y cofactores del huésped.

Cofactores medioambientales o exógenos:

- *Consumo de tabaco de largo tiempo de evolución:* Se trata del cofactor más importante de progresión. Aquellas mujeres fumadoras infectadas por VPH tienen un aumento del riesgo de 2 a 4 veces de

padecer lesiones precancerosas y un carcinoma escamoso de cuello uterino frente a las no fumadoras (Kjellberg *et al.*, 2000). Este aumento de riesgo puede ser debido a que el consumo de tabaco produce un estado de inmunosupresión local que dificulta el aclaramiento viral.

- *Uso a largo plazo de anticonceptivos hormonales combinados orales (AHCO)*: Esta relación ha sido ampliamente estudiada en estudios a gran escala (IARC, 2007; Roura *et al.*, 2016). El riesgo aumenta casi 3 veces en aquellas mujeres que han tomado AHCO entre 5 y 9 años seguidos, y más de 4 veces en aquellas que lo tomaron más de 10 años. Se conoce que el exceso del riesgo disminuye tras suspender su uso y en 10 años retorna al riesgo basal de las no usuarias (FSRH Clinical Effectiveness Unit, 2019). Otra de las causas de la relación podría ser que las mujeres que usan AHCO pueden ser más proclives a no usar preservativo y eso facilitaría también la infección por VPH.

- *Factores reproductivos*: Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término antes de los 17 años, son casi 2 veces más propensas a llegar a tener CCU que las que lo tuvieron a los 25 años o después (American Cancer Society, 2019). Por otra parte, varios estudios sugieren que las mujeres con 3 o 4 embarazos tienen un riesgo 2.6 veces más alto de presentar CCU que las mujeres nulíparas y que aquellas con siete o más partos tienen un riesgo 3.8 veces mayor (Castellsagué y Muñoz, 2003; International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2006). Los motivos que podrían explicar este riesgo aumentado, aunque no son conocidos con exactitud, podrían ser los niveles elevados de hormonas y los cambios

inmunitarios que se producen a lo largo del embarazo además del traumatismo del cuello uterino en el parto. Estos cambios mantienen la zona de transformación muchos años expuesta al VPH y contribuyen a la persistencia de la infección (Roura *et al.*, 2016; Vaccarella *et al.*, 2006).

- *Coinfección con otras ITS*: La ITS más estudiada como cofactor en el desarrollo de lesiones precancerosas es la infección por el VIH. La inmunodepresión producida por el VIH, y no el virus en sí mismo, aumenta el riesgo de presentar una mayor prevalencia de infección por VPH, la reactivación de infecciones latentes y la progresión a lesiones precancerosas y/o a CCU (de Pokomandy *et al.*, 2009). Un reciente análisis muestra que las pacientes que cumplen correctamente los tratamientos antirretrovirales reducen el riesgo de adquisición del VPH así como la incidencia de lesiones intraepiteliales y su progresión (Kelly *et al.*, 2018). Otros factores infecciosos estudiados han sido la *Chlamydia trachomatis* y el Virus del Herpes simple 2 (VHS-2). Aunque algunos estudios son inconsistentes, otros han mostrado un mayor riesgo de CCU en mujeres en las que había evidencias de una infección pasada o actual por *Chlamydia trachomatis* en serología o en exudados endocervicales, en comparación con las mujeres con resultados negativos (Samoff *et al.*, 2005; Silins *et al.*, 2005). Respecto al VHS-2, aunque la seropositividad de este virus puede actuar en conjunción con la infección por VPH para incrementar el riesgo de CCU, la evidencia de su efecto es insignificante si se compara con el de la infección por VPH (Castellsagué *et al.*, 2006).

Cofactores virales:

- *Genotipo viral:* Se trata del factor de riesgo más importante de persistencia viral y de progresión hacia una lesión preneoplásica. Los tipos 16 y 18 son los que presentan un mayor riesgo de progresión y ocasionan el 70% de los casos de CCU a nivel mundial (Khan *et al.*, 2005; Puig-Tintoré *et al.*, 2008). El genotipo infectante influye en la duración de la infección dentro del organismo. Por ejemplo, las infecciones producidas por los tipos de alto riesgo duran aproximadamente el doble que las ocasionadas por los tipos de bajo riesgo (Puig-Tintoré y Torné, 2008).

- *Coinfección de varios tipos del VPH:* El riesgo total de lesiones precancerosas para una mujer infectada por varios tipos del VPH puede ser mayor si se compara con mujeres infectadas con uno solo de esos mismos tipos del VPH (Molano *et al.*, 2003).

- *Variantes del VPH:* Las variantes pueden influir en la historia natural de la infección por las diferencias en su capacidad funcional o evasión del sistema inmunitario del huésped. Por ejemplo, se ha descrito que algunas variantes no europeas del tipo 16 se asocian a un riesgo elevado de CCU (Wang y Hildesheim, 2003).

- *Carga viral:* Una carga viral elevada indica una mayor posibilidad de integración del ADN viral en el genoma del huésped (Moberg *et al.*, 2005).

- *Integración viral:* El riesgo de que ocurra la integración del ADN viral en el ADN de la célula huésped es raro, pero parece ser crucial en

la progresión. Sin embargo, algunos autores apoyan la idea de que el tipo 16 es capaz de inducir la transformación maligna sin que haya integración, lo que indica que seguramente intervienen otros factores para que ocurra la malignización (Hudelist *et al.*, 2004).

Cofactores del huésped:

- *Factores genéticos:* Las variaciones individuales de los genes relacionados con la respuesta inmunitaria innata, humoral y celular pueden influir en la persistencia de la infección por VPH y su progresión a CCU (Wang y Hildesheim, 2003).

- *Otros factores relacionados con la respuesta inmunológica:* Las mujeres con enfermedades crónicas que requieren tratamiento a largo plazo por una patología autoinmune o por un trasplante de órgano están en mayor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas, por la consecuente disminución inducida de la respuesta inmune y la dificultad para permitir el aclaramiento viral (Cogliano *et al.*, 2005).

Por otra parte, también se han estudiado posibles cofactores de regresión y de aclaramiento viral como son:

- *Uso adecuado y consistente del preservativo:* Los resultados de los estudios son discordantes, ya que algunos autores encuentran asociación entre el uso del preservativo y la reducción en la transmisión del VPH (Lam *et al.*, 2014; Pierce-Campbell *et al.*, 2013), pero otros no la confirman (Winer *et al.*, 2003). Estos resultados contradictorios pueden ser debidos a que la eficacia del preservativo depende de su uso

correcto, del tipo de relaciones sexuales y a que este método no cubre todas las zonas que pueden ser infectadas por VPH. Por otra parte, hay estudios que concluyen que el preservativo protege frente a las lesiones precancerosas o el CCU (Warner *et al.*, 2018), o que incluso favorece la regresión de estas lesiones (Burchell *et al.*, 2010), y el aclaramiento del VPH (Hogewoning *et al.*, 2003).

- *Uso de los dispositivos intrauterinos (DIU)*: Según Bosch *et al.* (2018) el DIU de cobre, comparado con usuarias de DIU hormonal, puede disminuir el riesgo de progresión a CCU porque actúa favoreciendo el aclaramiento viral.

- *Factores nutricionales*: Existe cierta información que apoya la hipótesis de que la ingestión de alimentos antioxidantes, como frutas y vegetales, podrían desempeñar un papel protector en el desarrollo del CCU. Pero la evidencia disponible no ha podido demostrar una asociación entre la dieta, el estado nutricional y la carcinogénesis cervical por el VPH (Davies *et al.*, 2006; Rieck y Fiander, 2006).

Progresión a lesiones precancerosas:

Cuando el virus persiste, la aparición de las lesiones es gradual. La lesión crece lentamente durante años antes de la invasión, con un promedio de 15 años. Existen diferentes nomenclaturas para las lesiones precancerosas en función del sistema de clasificación utilizado. La terminología LAST (*Lower Anogenital Squamous Terminology*), utilizada por la OMS para las neoplasias del tracto

genital femenino, clasifica las lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) histológicas asociadas al VPH en dos grados:

- Lesiones de “bajo grado” (LSIL)
- Lesiones de “alto grado” (HSIL)

Esta clasificación descrita emplea la misma terminología utilizada para el resultado citológico en el sistema de Bethesda y emplea criterios semejantes (Solomon *et al.*, 2002):

1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad: cuando no existe evidencia celular de neoplasia, aunque existan otros hallazgos no neoplásicos como microorganismos.
2. Células epiteliales anormales:
 - 2.1 Células escamosas:
 - 2.1.1 Células escamosas atípicas (ASC)
 - de significado indeterminado (ASC-US)
 - que no pueden excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H)
 - 2.1.2 Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL). Incluye infección por VPH/displasia leve/CIN 1 (*Cervix intraepitelial neoplasia*)
 - 2.1.3 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL). Incluye displasia moderada y severa/CIN 2 y CIN 3/carcinoma escamoso in situ
 - 2.1.4 Con características sospechosas de invasión.
 - 2.2 Células glandulares:
 - 2.2.1 Células glandulares atípicas (AGC): células endocervicales, endometriales o glandulares sin especificar origen.
 - 2.2.2 Células glandulares atípicas, posiblemente neoplásicas.
 - 2.2.3 Adenocarcinoma endocervical *in situ* (AIS)
 - 2.2.4 Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino o sin especificar.

Una contribución importante de la terminología LAST es que propone la utilización de la misma terminología (LSIL y HSIL) para

todas las lesiones escamosas intraepiteliales asociadas a la infección por VPH independientemente de su localización genital. La terminología LAST acepta que la información se puede complementar con la terminología clásica “neoplasia intraepitelial” (IN) y la sigla correspondiente a su localización, acompañada de la graduación (-IN 1, 2 o 3). Por tanto, las lesiones precancerosas que pueden aparecer en el cuello uterino se identifican con la letra C, y son clasificadas como CIN 1, CIN 2 y CIN 3.

La CIN 1 no debe ser considerada como una lesión precancerosa como tal, ya que se trata de un diagnóstico histopatológico de la infección por VPH. La mayoría de lesiones CIN 1 tienen una alta tasa de regresión espontánea, por lo que tienen un riesgo menor de progresar a CCU (Insinga *et al.*, 2007), siendo la probabilidad de remisión menor conforme avanza la edad. En aquellos casos en que persista una CIN 1 hay que continuar con un seguimiento porque en algunos casos puede ocultar una CIN 2-3 no detectadas.

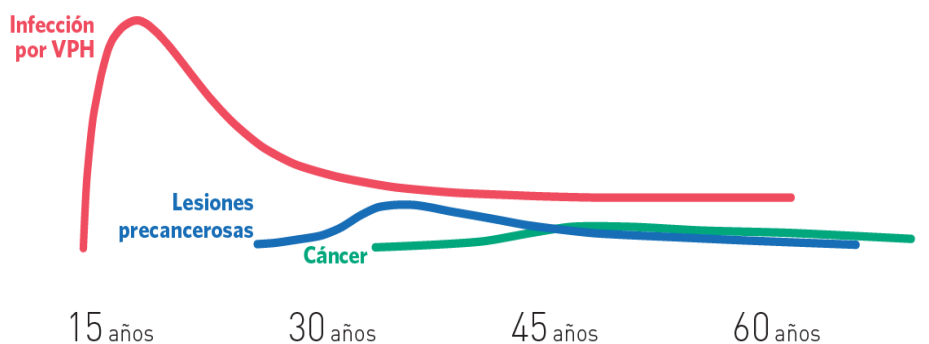
La CIN 2 se trata de una lesión heterogénea ya que en algunos casos se produce como consecuencia de infecciones por los VPH no carcinógenos. En un 40% de los casos se produce una regresión espontánea potencial en los 2 años siguientes.

Las CIN 3 comparten los mismos tipos del VPH y de cofactores de riesgo que el CCU, por lo que si no se tratan progresarán a CCU en una proporción de alrededor de un 30% en los siguientes 20 años.

Las lesiones precancerosas de alto grado (CIN 2-3) son típicamente diagnosticadas en mujeres de 25 a 35 años (Figura 6) y son generalmente asintomáticas, aunque en ocasiones pueden presentarse

síntomas locales tales como, por ejemplo: prurito, dispareunia y secreciones vaginales anómalas.

Figura 6. Prevalencia de infección por VPH, lesiones precancerosas y CCU según edad



Nota: Tomado de OMS, 2013a.

Invasión local:

Cuando las lesiones precancerosas avanzadas (CIN 3) no han sido detectadas y tratadas, pueden evolucionar a un cáncer invasor. Este tumor maligno puede crecer de varias maneras:

- Crecimiento local: Se puede producir por extensión directa hacia la vagina, o con menos frecuencia hacia el cuerpo del útero. Asimismo, puede crecer hacia los lados invadiendo los ligamentos que unen el útero a las paredes de la pelvis o hacia delante o detrás, invadiendo vejiga o recto.
- Diseminación linfática: Cuanto mayor es el crecimiento local del tumor, mayor es el riesgo de invasión linfática.

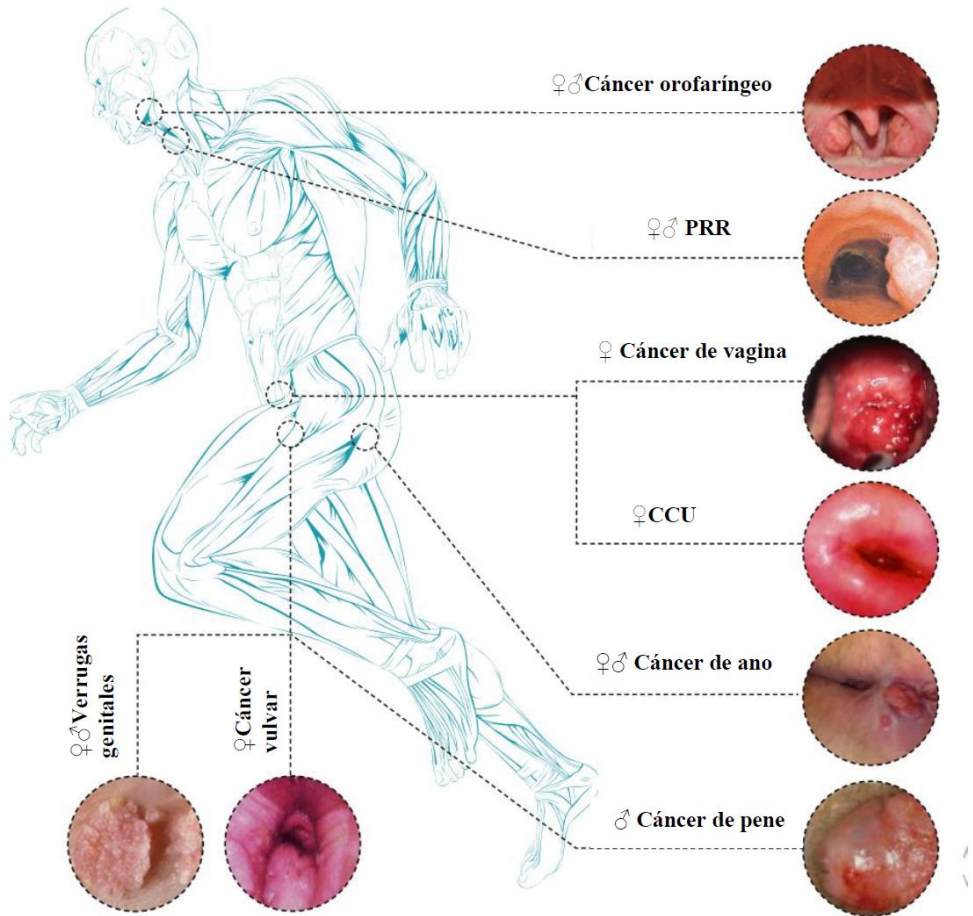
- Diseminación hematológica: Es muy poco frecuente y cuando aparece se produce a través de los vasos sanguíneos, preferentemente hacia el hígado, los pulmones y los huesos.

La mayoría de los CCU son carcinomas de células escamosas, el resto son adenocarcinomas, que se originan en las células glandulares. Con menor frecuencia, el CCU tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas, llamándose carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos (Martín-Angulo *et al.*, 2009).

2.1.1.5 Otras enfermedades producidas por VPH

Además del CCU, se ha descrito la asociación de la infección por VPH con otros tipos de cánceres anogenitales (Figura 7): vulva y vagina (Alemany *et al.*, 2014), ano (Alemany *et al.*, 2015) y pene (Alemany *et al.*, 2016a). El ADN del VPH también ha sido detectado en cánceres de cabeza y cuello en ambos sexos: de cavidad oral, orofaringe y laringe (Castellsagué *et al.*, 2016). Así mismo se ha identificado al VPH como la causa de un 99% de algunas enfermedades benignas, como las verrugas genitales (Garland *et al.*, 2009) o la papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) (Gillison *et al.*, 2012).

Figura 7. Espectro de enfermedades relacionadas con el VPH en mujeres y hombres



Nota: Adaptado de de Sanjosé y Tsu, 2018.

Cáncer de vulva: Tumor poco frecuente, en 2008 se estimaron 26.800 nuevos casos en el mundo, lo que representa un 4% de todos los cánceres ginecológicos (Siegel *et al.*, 2016). La etiología se divide en dos tipos diferenciados: tipo basiloide o verrugoso (asociado al VPH) y tipo queratinizante (no asociado VPH) (Forman *et al.*, 2012). Los

cánceres vulvares asociados con el VPH se producen principalmente en mujeres menores de 65 años, coexisten con lesiones precancerosas y están asociados con factores de riesgo sexual (Hoevenaars *et al.*, 2008).

Cáncer de vagina: Se trata de un cáncer poco común, con una incidencia estimada de 13.200 casos nuevos a nivel mundial, representando alrededor de un 2% de todos los cánceres ginecológicos (de Martel *et al.*, 2012). La mayoría de ellos son carcinomas de células escamosas (90%) generalmente atribuibles al VPH, seguidos por adenocarcinomas de células claras y melanoma. El cáncer vaginal invasivo se diagnostica principalmente en mujeres mayores de 50 años, aunque a menudo se diagnostican simultáneamente con el CCU ya que ambos tienen el mismo perfil de factores de riesgo (Smith *et al.*, 2009).

Cáncer de ano: Tumor muy raro que se desarrolla principalmente en la zona de transición entre el epitelio escamoso del canal anal y el epitelio mucoso del recto. A nivel mundial se estima que hay 26.600 nuevos casos cada año (de Martel *et al.*, 2012). Los tipos 16 y 18 causan casi un 90% de los cánceres anales y lesiones anales precancerosas (Alemany *et al.*, 2015). Es un cáncer que suele diagnosticarse en hombres y mujeres mayores de 50 años, siendo la incidencia especialmente elevada en los hombres homosexuales, mujeres con antecedentes de CCU o vulvar y poblaciones inmunodeprimidas (Moscicki *et al.*, 2015; Palefsky, 2017). Como en el caso del CCU, la mayoría de los casos de cáncer de ano (65%) son carcinomas escamosos celulares.

Cáncer de pene: Tumor maligno muy raro en Europa y Norteamérica, siendo más frecuente en Sudamérica y en Asia (Bruni *et al.*, 2019b). La carga anual de cáncer de pene se ha estimado en 21.600 casos en todo el mundo, de los cuales un 50% son atribuibles a la infección por VPH (de Martel *et al.*, 2012). En el desarrollo del cáncer de pene se han identificado varios factores de riesgo como son la fimosis, no estar circuncidado, la escasa higiene, el tabaco, las múltiples parejas sexuales y los antecedentes de verrugas genitales u otras ITS (Chaux y Cubilla, 2012).

Cáncer de cabeza y cuello: Cada año se detectan 10.000 casos nuevos, siendo sus principales factores de riesgo el consumo de tabaco, alcohol y la infección por VPH. Según un metaanálisis, que incluía estudios realizados en 44 países, la proporción de casos de estos tipos de cáncer atribuible al VPH era: 45.8% para cáncer orofaríngeo, 24.2% para la cavidad oral y 22.1% para la laringe (Cárcamo, 2018). Estos cánceres se producen en una población más joven que los cánceres no asociados al VPH y se asocian con el comportamiento sexual, incluida la práctica de sexo oral (Gupta *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2013).

Verrugas genitales: O condilomas acuminados, son tumores epiteliales benignos que se localizan en vulva, vagina, uretra, piel del tracto anogenital y pene. Se considera que los agentes causantes son los tipos 6 y 11, pudiéndose detectar en el 96-100% de todos los casos (Lacey *et al.*, 2013). Actualmente, se consideran una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes con una incidencia creciente en la mayoría de poblaciones. Las mujeres con antecedentes

de verrugas genitales tienen mayor riesgo de presentar lesiones precancerosas y CCU. Aunque no producen consecuencias graves para la salud ni se asocian a mortalidad, las connotaciones vinculadas a la transmisión sexual provocan un gran impacto físico, emocional y psicosexual entre las personas afectas (AEPCC, 2015).

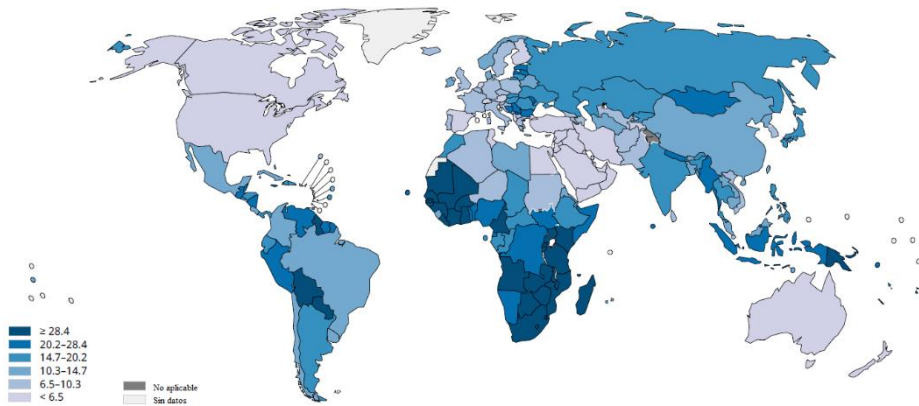
Papilomatosis Respiratoria Recurrente: Se trata del tumor laríngeo benigno más común en niños. Se cree que es causado por los VPH 6 y 11 durante el paso a través del canal de parto de una madre infectada. La incidencia es incierta, pero se ha estimado en 4.5 por 100.000 niños y 1.8 por 100.000 adultos en los Estados Unidos (EE. UU.). Aunque es un tumor benigno, la regresión espontánea es poco probable y su localización obliga a realizar múltiples extirpaciones quirúrgicas para mantener despejadas las vías respiratorias (Derkey y Wiatrak, 2008; Yuan *et al.*, 2012).

Otras enfermedades cutáneas relacionadas con la infección por el VPH son: la enfermedad de Bowen y la epidermodisplasia verruciforme. La enfermedad de Bowen es una forma de neoplasia intraepitelial de alto grado que tiene formas tanto genitales como extragenitales (Villalba-Martín *et al.*, 2010). La epidermodisplasia verruciforme, es una condición rara caracterizada por la aparición de lesiones similares a verrugas inducidas por el VPH en la infancia, con transformación maligna en aproximadamente la mitad de los pacientes durante la edad adulta, a menudo en superficies de la piel con exposición al sol.

2.1.2 Epidemiología del cáncer de cuello uterino

El CCU es el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, con aproximadamente 569.847 nuevos casos diagnosticados cada año (Bruni *et al.*, 2019b). Este cáncer es más prevalente en regiones en vías de desarrollo (Figura 8). Un 84% ocurre en mujeres que viven en zonas con escasos recursos, donde el acceso a las pruebas de detección y el tratamiento del CCU siguen siendo limitados (de Sanjosé y Tsu, 2018; Torre *et al.*, 2015).

Figura 8. Tasa de incidencia estandarizada por edad a nivel mundial del CCU



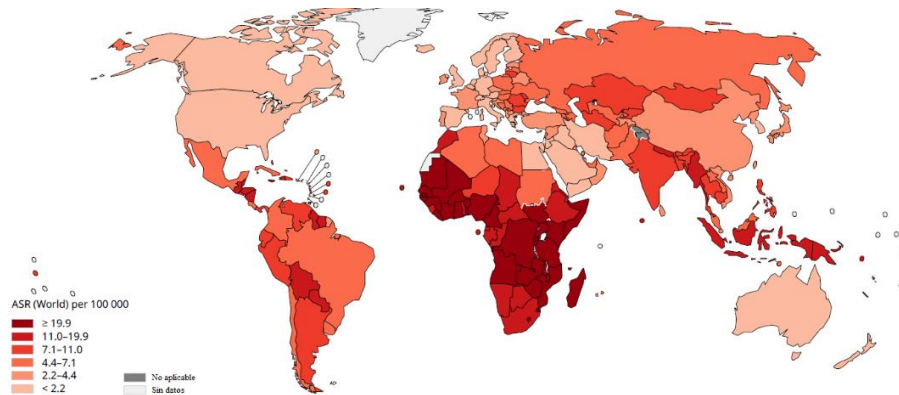
Nota: Tomado de Bruni *et al.*, 2019b.

La edad media de aparición son los 56 años, la mayoría de casos se detecta entre los 35-64 años. Sin embargo, la edad media del diagnóstico de cáncer es diferente en función del tipo del VPH que persiste en el cuello uterino, siendo menor para aquellas con el tipo 16 (48.1 años) y 18 (45.9 años) que para otros tipos de alto riesgo (52.3 años) (Wheeler *et al.*, 2009).

La incidencia estimada para el 2018 en España según el “*European Cancer Information System*” (ECIS) fue de 1.942 casos con una tasa de 7.5; siendo inferior a la media europea (12.2). En la Comunidad Valenciana, la tasa ajustada de incidencia del CCU es de 7.6 casos por 100.000 mujeres (Generalitat Valenciana, 2019).

En cuanto a la mortalidad, el CCU es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Se estiman 311.365 fallecimientos de mujeres al año, la mayoría en países de ingresos bajos y medios (Figura 9).

Figura 9. Tasa de mortalidad estandarizada por edad a nivel mundial del CCU

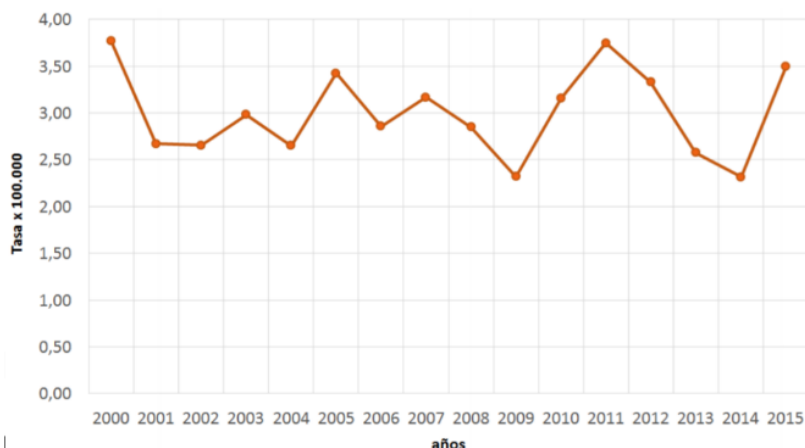


Nota: Tomado de Bruni *et al.*, 2019b.

El hecho de que sea una enfermedad de la mujer en edad reproductiva y la tendencia a incrementarse en mujeres cada vez más jóvenes en los últimos años, hace que sea una importante causa de muerte prematura y de años de vida perdidos (IARC, 2018).

Alrededor de 825 muertes por CCU ocurren anualmente en España. Se trata del segundo cáncer femenino más común en las mujeres con edades comprendidas entre 15 a 44 años (Bruni *et al.*, 2019a). Respecto a la Comunidad Valenciana, en 2015 la tasa de mortalidad por CCU fue de 3.5 muertes por 100.000 mujeres (94 muertes), manteniéndose con pocas oscilaciones dentro de un margen reducido desde el año 2000 (Figura 10).

Figura 10. Evolución de la mortalidad en la Comunidad Valenciana



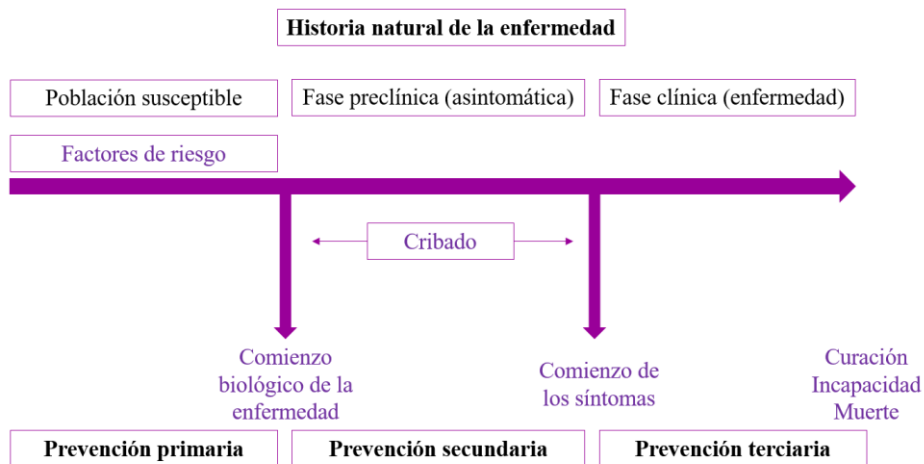
Nota: Adaptado de Generalitat Valenciana, 2019.

2.2 Prevención del cáncer de cuello uterino

2.2.1 Niveles de prevención

El control de la aparición de nuevos casos del CCU es posible a través de la prevención primaria y secundaria (Figura 11). Ambas cobran un papel importante en la prevención del CCU, ya que contribuyen a reducir la morbimortalidad por esta enfermedad (Jerónimo *et al.*, 2017; Kessler, 2017).

Figura 11. Relación entre la historia natural de una enfermedad y los tipos de prevención



La OMS (2013a) presentó una nota de orientación en la que desarrollaba un método integral de prevención y control del CCU. Según este documento, el principio central del método que define

consiste en actuar utilizando la evolución natural de la enfermedad para identificar, en los grupos de edad pertinentes, las oportunidades de efectuar intervenciones eficaces. Destaca que es conveniente que el método integral de prevención y control del CCU sea multidisciplinar y que tenga varios componentes clave que comprendan desde la educación comunitaria, la movilización social, la vacunación, la detección y el tratamiento, hasta los cuidados paliativos.

2.2.2 Prevención primaria

La prevención primaria es la protección de la salud (individual y comunitaria) que permite prevenir la aparición de la enfermedad. Está dirigida a individuos sanos o libres de la enfermedad (OMS, 1998). En el caso de la prevención del CCU, se consigue mediante la reducción o eliminación de la exposición a los factores de riesgo, e incluye la educación sanitaria y vacunación profiláctica frente al VPH (OMS, 2019).

2.2.2.1 Educación sanitaria

Según la definición de la educación para la salud por la OMS, esta no aborda 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. Así, la educación para la salud implica el desarrollo de habilidades personales dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (OMS, 1998).

En cuanto a la educación sanitaria, la OMS establece la importancia de difundir información dirigida a un público amplio: adolescentes, padres y madres, docentes, líderes y profesionales de la salud. Esto permite que las mujeres reciban información en todas las etapas de su vida (OMS, 2013b). Esta educación no debería ser un acontecimiento aislado en la comunidad, sino una actividad continua que tiene como objetivos:

- Incrementar el conocimiento público y la concienciación sobre el CCU, sus causas y su historia natural.
- Comunicar los comportamientos "de riesgo" en un contexto culturalmente sensible.
- Aumentar los conocimientos de los signos y síntomas del CCU y animar a las mujeres para que busquen asistencia si los presentan.
- Involucrar a la población en la participación de programas nacionales de cribado y otros programas preventivos.
- Sensibilizar la actitud de profesionales de salud pública y sus usuarios.
- Disminuir la ignorancia, el miedo y la vergüenza respecto al tema.

Esta información puede ser transmitida de manera individual o grupal. La educación grupal pretende animar a los miembros del grupo a que se realicen las pruebas de detección del cáncer, al explicar los beneficios de las mismas y las maneras de superar los obstáculos para su realización. La educación grupal a diversos grupos en diferentes

entornos puede ser proporcionada por profesionales de la salud y por no profesionales capacitados.

La enfermera es la profesional idónea para llevar a cabo esta tarea. Puede desarrollar sesiones educativas que tienen como finalidad sensibilizar a las mujeres y asegurar que reciban información específica que les ayude a adoptar estilos de vida saludables, reduciendo el riesgo de contraer el cáncer en general y específicamente el CCU (Kessler, 2017). Por ejemplo, puede introducir en las sesiones “El Código Europeo Contra el Cáncer”, ya que hace énfasis en las recomendaciones de prevención primaria del cáncer en general y específicamente para la prevención del CCU mediante la recomendación de la vacunación y el cribado (IARC, 2016):

1. No fume. No consuma ningún tipo de tabaco.
2. Haga de su casa un hogar sin humo. Apoye las políticas antitabaco en su lugar de trabajo.
3. Mantenga un peso saludable.
4. Haga ejercicio a diario. Limite el tiempo que pasa sentado.
5. Coma saludablemente:
 - a. Consuma gran cantidad de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
 - b. Limite los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas.
 - c. Evite la carne procesada; limite el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.
6. Limite el consumo de alcohol, aunque lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.

7. Evite una exposición excesiva al sol, sobre todo en menores. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
8. En el trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.
9. Averigüe si está expuesto a la radiación procedente de altos niveles naturales de radón en su domicilio y tome medidas para reducirlos.
10. Para las mujeres:
 - a. La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer en la madre. Si puede, amamante a su bebé.
 - b. La terapia hormonal sustitutiva (THS) aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer. Limite el tratamiento con THS.
11. Asegúrese de que sus hijos e hijas participen en programas de vacunación frente a:
 - a. La hepatitis B (los recién nacidos).
 - b. El VPH (las niñas).
12. Participe en programas organizados de cribado del cáncer: colorrectal (varones y mujeres), de mama (mujeres) y cervicouterino (mujeres).

Recientemente se ha publicado un artículo elaborado por el grupo de Prevención del Cáncer del Programa de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina

Familiar y Comunitaria (SemFYC), en el que se actualizan las evidencias y recomendaciones sobre prevención y detección precoz del cáncer en población de riesgo medio y de riesgo elevado (Marzo-Castillejo *et al.*, 2018). En este artículo, respecto a las recomendaciones sobre prevención del CCU, recomiendan los hallazgos descritos por Harper y Demars (2014):

- Realizar consejo sobre tabaco, alcohol y protección en contactos sexuales, ya que disminuyen el riesgo de lesiones precursoras y de CCU.
- Realizar consejo sobre el uso correcto y constante del preservativo en los contactos sexuales (uso del condón desde el principio de la penetración hasta el final, cambio de preservativo si la penetración dura más de 10 minutos, y otras cuestiones relacionadas con el manejo).
- Circuncisión en varones, ya que esta práctica reduce la prevalencia de infección en el varón, acorta el tiempo de aclaramiento viral y paralelamente puede disminuir el riesgo de contagio en la mujer.

En la educación sanitaria, es necesario recalcar que a pesar de que el empleo del preservativo masculino es una estrategia importante para evitar el contagio del VPH, no es totalmente efectivo, ya que no cubre todas las áreas corporales que pueden estar infectadas (CDC, 2015).

Otras recomendaciones propuestas para la educación sanitaria enfocada a la población por la *American Cancer Society* en 2019, son

promover prácticas sexuales seguras tales como retrasar el inicio de las relaciones sexuales con penetración, limitar el número de parejas sexuales y evitar prácticas sexuales con otra persona que haya tenido muchas otras parejas sexuales.

Por otra parte, una forma diferente de educación e información a la población es la concienciación de la enfermedad a nivel mundial. Existe el día de concienciación del CCU que se celebra anualmente el 26 de marzo, incluso también existe el mes de enero como mes de concienciación (American Cancer Society, 2020; Instituto Catalán de Oncología [ICO], 2018). En cuanto a la infección por VPH, recientemente se ha establecido el 4 de marzo como el “Día de Concienciación sobre el VPH”. Esta iniciativa reciente ha sido propuesta por la *International Papillomavirus Society* (IPVS), ya que consideran que aumentando los conocimientos de la población sobre el virus se estará concienciando también acerca de su alta prevalencia, la relación con el desarrollo de otros cánceres y se reducirá el estigma asociado a la infección (Palefsky, 2019).

2.2.2.2 Vacunación VPH

El desarrollo de las vacunas profilácticas para el VPH se ha centrado en una proteína estructural de la envoltura externa del virus obtenida mediante técnicas de ingeniería genética (proteína L1). Esta proteína se autoensambla cuando se expresa en cultivos de células eucariotas y forma partículas similares al virus (*virus-like particles* o VLPs) que son capaces de inducir una respuesta inmunitaria de anticuerpos neutralizantes. Estas VLPs, al no contener genoma viral,

no pueden causar infección ni tienen potencialidad para causar lesiones neoplásicas (Schiller *et al.*, 2012). Actualmente, existen tres vacunas profilácticas inactivadas frente al VPH, autorizadas a través del procedimiento centralizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de las vacunas comercializadas frente al VPH en España

Nombre	CERVARIX®	GARDASIL®	GARDASIL 9®
Principio activo	Proteína L1 del VPH: Tipos 16,18	Proteína L1 del VPH: Tipos 6,11,16,18	Proteína L1 del VPH: Tipos 6,11,16,18,31,33,45,52,58
Indicación	Prevención de lesiones genitales premalignas y CCU causados por tipos específicos del VPH en mujeres a partir de los 9 años de edad. Lesiones anales preneoplásicas y cáncer anal relacionados con ciertos tipos específicos del VPH en hombres y mujeres a partir de los 9 años	Prevención de lesiones genitales preneoplásicas y CCU relacionados con ciertos tipos específicos del VPH en mujeres a partir de los 9 años. Lesiones anales preneoplásicas, cáncer anal y verrugas genitales externas relacionadas con ciertos tipos específicos del VPH en hombres y mujeres a partir de los 9 años	Prevención de lesiones precancerosas y cánceres anogenitales causados por los tipos del VPH de la vacuna en hombres y mujeres a partir de los 9 años. Verrugas genitales causados por tipos específicos del VPH en hombres y mujeres a partir de los 9 años

Nota: Adaptado de Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría [CAV-AEP], 2020.

La posología aprobada actualmente para las vacunas frente al VPH es la que se expone en la Tabla 3.

Tabla 3. Posología de las vacunas VPH

CERVARIX®	GARDASIL®	GARDASIL 9®
<p>-Personas de 9 a 14 años (inclusive): Dos dosis: 0 y 6 meses. La segunda dosis se administra entre 5 y 13 meses después de la primera dosis. Si la segunda dosis de la vacuna se administra antes de que transcurran 5 meses desde la administración de la primera dosis, se debe administrar siempre una tercera dosis</p>	<p>-Personas de 9 a 13 años (inclusive), elegir entre: Dos dosis: 0 y 6 meses. Si la segunda dosis se administra antes de pasados 6 meses de la primera, se debe administrar una tercera dosis Tres dosis: 0, 2 y 6 meses. La segunda dosis debe administrarse, al menos, 1 mes después de la primera y la tercera, al menos, 3 meses después de la segunda. Las tres dosis deben administrarse en el plazo máximo de un año.</p>	<p>-Personas de 9 a 14 años (inclusive), elegir entre: Dos dosis: 0 y 6 meses. La segunda dosis debe administrarse entre 5 y 13 meses después de la primera; si se administra antes de 5 meses es preciso administrar una tercera dosis. Tres dosis: 0, 2 y 6 meses. La segunda dosis debe administrarse, al menos, 1 mes después de la primera y la tercera, al menos, 3 meses después de la segunda. Las tres dosis deben administrarse en el plazo máximo de un año</p>
<p>-Personas de 15 años en adelante: Tres dosis: 0, 1 y 6 meses. Si se requiere flexibilidad en el esquema de vacunación, la segunda dosis se puede administrar entre 1 mes y 2 meses y medio después de la primera y la tercera dosis entre 5 y 12 meses después de la primera dosis</p>	<p>-Personas de 14 años en adelante: Tres dosis: 0, 2 y 6 meses. La segunda dosis debe administrarse, al menos, 1 mes después de la primera y la tercera, al menos, 3 meses después de la segunda. Las tres dosis deben administrarse en el plazo máximo de un año</p>	<p>-Personas de 15 años en adelante: Tres dosis: 0, 2 y 6 meses. La segunda dosis debe administrarse, al menos, 1 mes después de la primera y la tercera, al menos, 3 meses después de la segunda. Las tres dosis deben administrarse en el plazo máximo de un año</p>

Nota: Tomado de Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [AEMPS], 2012, 2015; EMA, 2016.

La recomendación es también extensible a edades posteriores, en caso de retraso en su administración por diferentes motivos, dados

los beneficios que puede seguir aportando. Estas vacunas no están indicadas en menores de 9 años por la falta de estudios sobre inmunogenicidad y seguridad. La aplicación de una «dosis de recuerdo» aún no está consensuada, al no saber con certeza por cuánto tiempo permanecerá la respuesta de las células B de memoria tras la vacunación.

Los resultados de los ensayos clínicos realizados con estas vacunas demuestran una elevada seguridad, inmunogenicidad y eficacia en la prevención de las infecciones por VPH y lesiones precancerosas asociadas, especialmente si se administran en adolescentes, antes de sus primeras relaciones sexuales y, por tanto, antes de la primera exposición al virus (Bruni *et al.*, 2015; Ferris *et al.*, 2017; Joura *et al.*, 2015).

Las tres vacunas han mostrado un buen perfil de seguridad en los ensayos clínicos. Las reacciones locales más frecuentes son eritema, dolor e inflamación. Las reacciones sistémicas más frecuentes son cefalea y fiebre. El síncope puede ocurrir después de la administración de cualquier vacuna, especialmente en adolescentes (Genovese *et al.*, 2018).

La vacunación sistemática frente al VPH se considera actualmente la intervención más eficaz y efectiva para el control de la infección y la prevención de la carga de enfermedades asociadas al VPH (Brotherton y Bloem, 2018). Las VLPs de los genotipos presentes en las vacunas bivalente y tetravalente pueden llegar a prevenir entre un 70-80% de los casos de CCU, ya que existen otros genotipos del VPH no cubiertos por las mismas. La vacuna nonavalente aporta una

ampliación de la cobertura global de la patología oncológica cervical por el VPH del 70-90%, así como una prevención potencial del 85-95% de los cánceres vulvar, vaginal y anal relacionados con el VPH (Cameron *et al.*, 2016). Se ha demostrado protección cruzada significativa frente a los tipos 31, 33 y 45 con la vacuna bivalente (AEMPS, 2012) y de forma independiente solo para el tipo 31 con la vacuna tetravalente (AEMPS, 2015). Además, la vacuna tetravalente y la nonavalente, que contienen VLPs del tipo 6 y 11, tienen una alta eficacia para prevenir las verrugas genitales (Navarro-Illana *et al.*, 2017). A pesar de todos los beneficios que presenta, la vacunación no es un sustituto del cribado rutinario del CCU ni del uso de medidas preventivas frente a la exposición al VPH. Ninguna vacuna es efectiva al 100% y, además, ninguna de las tres vacunas proporciona protección frente a todos los tipos de VPH o ante infecciones por VPH ya establecidas en el momento de la vacunación.

En la primera década del uso de la vacuna contra el VPH, la estrategia principal a nivel mundial fueron los programas de vacunación sistemática para adolescentes y mujeres jóvenes. Posteriormente algunos países como EE. UU., Australia o Canadá han ido incluyendo más grupos específicos de alto riesgo que se beneficiarían de esta vacuna. A nivel nacional, la AEPCCC elaboró una guía donde también recoge las recomendaciones de vacunación contra el VPH en individuos de alto riesgo, basada en la revisión de la evidencia científica realizada por un panel de expertos independiente y multidisciplinario (Alemany *et al.*, 2016b).

Las personas de alto riesgo que se beneficiarían de la vacunación son:

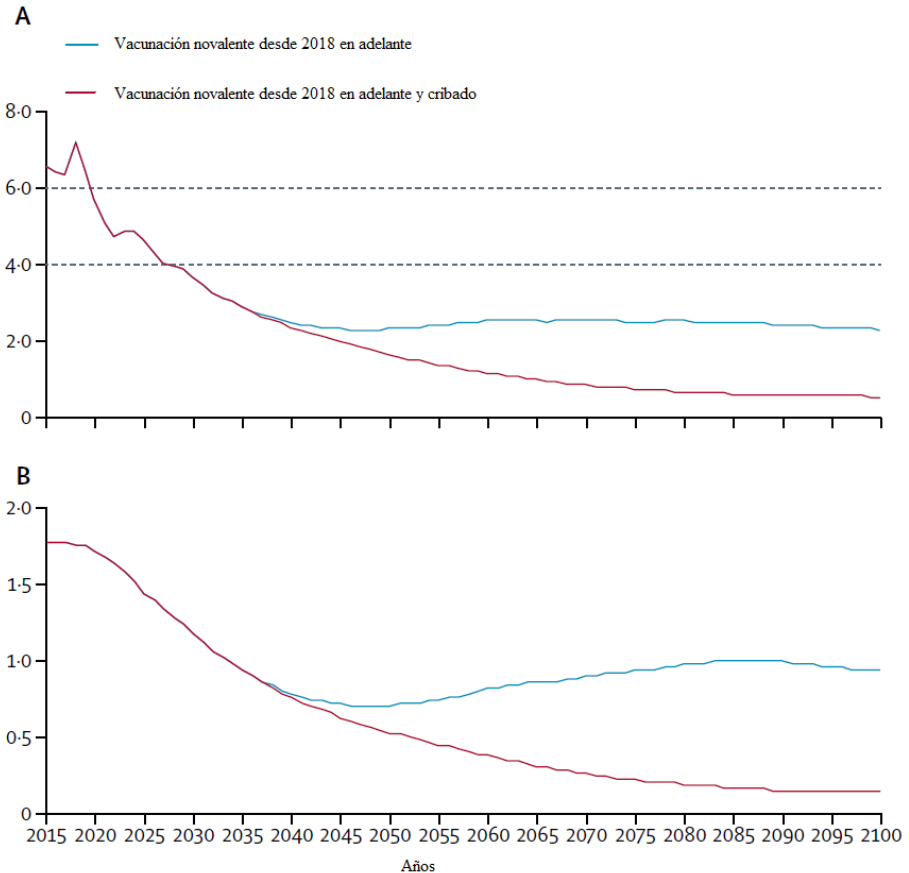
- Personas infectadas por el VIH de 9 a 26 años de edad.
- Hombres que tienen sexo con hombres de 9 a 26 años de edad.
- Mujeres con lesiones cervicales precancerosas.
- Personas con síndrome de fallo medular congénito.
- Mujeres que han recibido un trasplante de órgano sólido o trasplante de células madre de 9 a 26 años de edad.
- Personas diagnosticadas con PRR.

Por otra parte, las recomendaciones actuales cada vez fomentan más la vacunación universal en ambos sexos, es decir, que los chicos (sin estar incluidos en grupos de riesgo) también se beneficien de la vacuna. La vacunación en varones por calendario sistemático ya está implantada en 27 países, siendo los que tienen más experiencia al respecto EE. UU., Canadá y Australia desde 2010, 2012 y 2013 respectivamente (Phillips *et al.*, 2018). En Europa son 13 países los que han incorporado la vacuna a la población masculina: Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, República Checa, Dinamarca, Hungría, Italia, Liechtenstein, Noruega, Serbia, Suiza y Reino Unido (CAV-AEP, 2018). El estudio de Hall *et al.* (2019) estima eliminar el CCU en Australia en las próximas décadas (Figura 12) gracias a la introducción de la cobertura tanto en chicas como chicos, junto con el adecuado cribado de este cáncer.

Sin embargo, a pesar de estos resultados aún existe un debate abierto sobre la estrategia de vacunación en varones. Los primeros

análisis demuestran que la vacunación en varones podría ser coste-efectiva en situaciones de cobertura vacunal baja-moderada en niñas adolescentes (Bogaards *et al.*, 2015). Por otro lado, está emergiendo el debate acerca de la equidad entre sexos para la prevención de la patología oncológica mediante esta vacunación (Powell *et al.*, 2018).

Figura 12. Incidencia anual estandarizada por edad de CCU (A) y mortalidad asociada (B)



Nota: Adaptado de Hall *et al.*, 2019.

Las recomendaciones actuales de vacunación en España por parte del CAV-AEP son la vacunación sistemática universal frente al VPH, tanto de chicas como de chicos, preferentemente a los 12 años, para prevenir la enfermedad oncológica relacionada con este virus (Álvarez-García *et al.*, 2020). Ya en 2019, este comité publicó 10 razones que avalaban la vacunación en chicos (CAV-AEP, 2019):

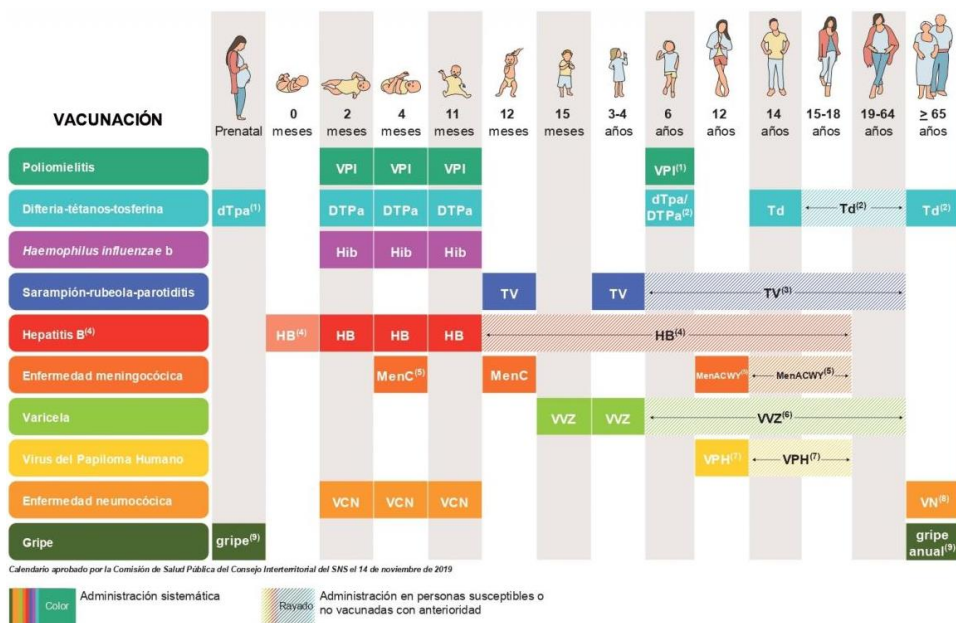
1. Fracción importante de casos en el varón de patología oncológica relacionada con el VPH.
2. Cáncer de cabeza y cuello y cáncer anal en aumento, sobre todo en varones.
3. Cáncer de cabeza y cuello relacionado con el VPH.
4. No hay cribado de las otras patologías oncológicas relacionadas con el VPH.
5. Impacto en las verrugas genitales en el varón.
6. La inmunidad de grupo generada con la vacunación solo de chicas es incompleta para el varón.
7. Mejora la inmunidad de grupo en la mujer.
8. Ayuda a la erradicación global de la infección por el VPH.
9. Igualdad-equidad sexual.
10. Autorización para el empleo de las vacunas VPH en el varón y experiencia en otros países.

Sin embargo, estas recomendaciones difieren del calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), publicado en enero del 2020, en el que recomienda la vacunación a los 12 años solo a las niñas mediante la administración

2. Antecedentes y estado actual del problema

de 2 dosis. Y para chicas con edades entre 12 y 18 años recomienda vacunar solo las no vacunadas, o las vacunadas parcialmente con anterioridad, administrándose 3 dosis si son mayores de 15 años como se puede ver en la Figura 13 (CISNS, 2019).

Figura 13. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida 2020



Nota: Tomado de CISNS, 2019.

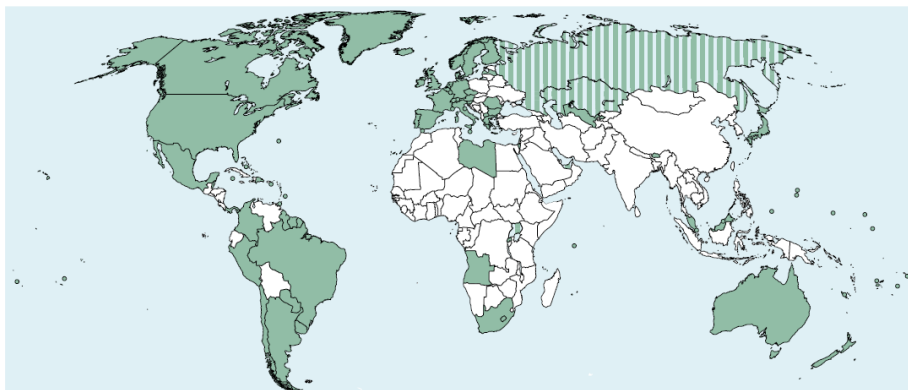
Por tanto, a pesar de que el CAV-AEP recomienda la vacunación sistemática en varones, no está dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) para esta población. En algunas CC. AA. como Asturias, Cataluña o Madrid, la vacuna está financiada para determinados casos de varones menores de 26 años que pertenecen a grupos de riesgo (CAV-AEP, 2018b). En la Comunidad Valenciana, la Estrategia contra el Cáncer 2019-2022 también tiene como uno de los principales objetivos: “Fomentar la vacunación en

grupos de riesgo ([...] en mujeres con tratamiento escisional de cérvix, en pacientes VIH positivos de ambos sexos, hombres que tienen sexo con hombres y en personas con cáncer y hemopatías malignas así como en convivientes)” (Generalitat Valenciana, 2019).

La vacuna financiada para las niñas valencianas y los grupos de riesgo es la vacuna bivalente Cervarix® (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2016), sin embargo, en otras CC. AA., administran la vacuna nonavalente en chicas por calendario oficial: Cataluña desde 2017 (CAV-AEP, 2017); Navarra y País Vasco desde 2018 (Gobierno Vasco, 2018) y Castilla y León desde 2019 (CAV-AEP, 2018a). *A priori*, los datos de coste-efectividad parecen favorables para la introducción de esta vacuna en todo el territorio nacional (López *et al.*, 2018).

Desde su autorización en 2006, la vacuna del VPH se ha ido introduciendo progresivamente en muchos países (Figura 14).

Figura 14. Países que han introducido la vacunación VPH



Nota: Países coloreados: implantación en todo el país; países coloreados a rayas: implantación en algunas regiones; países en blanco: sin implantación de la vacuna. Adaptado de Bruni *et al.*, 2016.

2. Antecedentes y estado actual del problema

Como se puede apreciar en la Figura 14, la vacunación es insuficiente en países de ingresos bajos y medianos, coincidiendo con poblaciones con mayor incidencia y mortalidad de CCU.

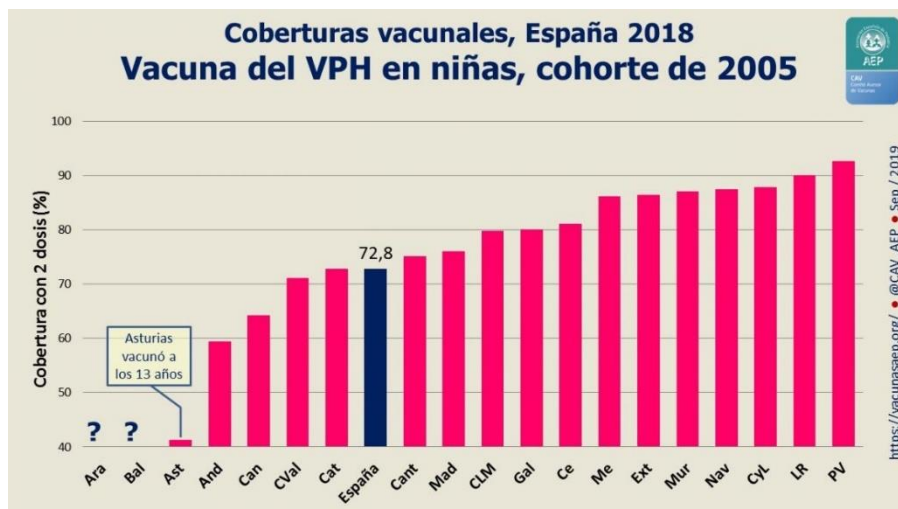
En cuanto a la cobertura global de vacunación frente al VPH en niñas adolescentes españolas, esta no es la deseable. La cobertura con dos dosis en el periodo 2009-2018 ha sufrido un descenso desde 2015 como se puede ver en la Figura 15.

Figura 15. Coberturas vacunales de VPH en niñas adolescentes españolas 2009-2018



Si vemos las coberturas vacunales según CC. AA. (Figura 16), cuatro tienen cifras inferiores a la media, entre las que se encuentra la Comunidad Valenciana (71.1%).

Figura 16. Coberturas vacunales de VPH en niñas adolescente españolas según CC. AA.



Nota: Tomado de CAV-AEP, 2019.

Tanto el CAV-AEP como otros autores, consideran imprescindible que todos los y las profesionales sanitarios estén adecuadamente informados sobre la efectividad y seguridad de estas vacunas y refuercen los mensajes positivos sobre esta vacunación, para mejorar la aceptación por parte de la población (Navarro-Illana *et al.*, 2018).

2.2.3 Prevención secundaria

La prevención secundaria es la detección precoz de una enfermedad (mediante la aplicación sistemática de una prueba que sea simple, segura y asequible económicamente) y el tratamiento oportuno en la fase preclínica de la misma. Significa identificar problemas de

salud existentes, antes de que se agraven o cuando los síntomas y los signos aún no son aparentes para así poder realizar un tratamiento de forma precoz para mejorar su pronóstico (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2017).

2.2.3.1 Cribado de cáncer de cuello uterino

El objetivo principal es detectar de forma precoz las lesiones premalignas asintomáticas, cuyo diagnóstico y tratamiento evitan su progresión a cáncer (Castells *et al.*, 2007). Se estima que más del 60% de las neoplasias de cérvix diagnosticadas recaen en mujeres sin cribado previo o con cribado inadecuado (Brinkmann *et al.*, 2005; Castillo *et al.*, 2016; Solares *et al.*, 2008).

Las estrategias de cribado difieren entre países. La detección precoz se puede efectuar en el marco de programas definidos de cribado poblacional o bien mediante una actividad oportunista. Torné-Bladé *et al.*, 2014 describe las diferencias entre ambos tipos de cribado (Tabla 4).

Tanto el cribado de CCU oportunista como el poblacional conducen a una reducción de hasta un 70-80% en la incidencia y la mortalidad del CCU, aunque sustancialmente en menor grado y a mayor coste utilizando un sistema oportunista (Adab *et al.*, 2004; Salo *et al.*, 2014).

Desde la década de los sesenta, varios países europeos han puesto en marcha programas organizados poblacionales. Sin embargo, todavía hay varios países europeos con cribado oportunista o parcialmente organizados.

Tabla 4. *Diferencias entre cribado poblacional y oportunista*

Cribado oportunista	Cribado poblacional
Falta de estructura propia, aprovecha para su captación la consulta realizada por el profesional (no garantiza equidad)	Tiene estructura propia, utiliza una base censal para la captación de la población diana, con sistemas de rellamada a las mujeres no asistentes (garantiza la equidad)
Cobertura inadecuada	Cobertura adecuada
Reiteración innecesaria de la prueba de cribado	Adecuación de los intervalos de aplicación de prueba
Falta de homogeneidad de las pruebas de cribado	Ofrece la técnica de cribado validada
No hay control de calidad de las muestras	Asegura el control de calidad de las pruebas
Los protocolos dependen de cada centro	Cuenta con circuitos propios de derivación, tratamiento y seguimiento de los casos detectados
Falta de monitorización y registro	Monitorización y registro del proceso

Las técnicas más utilizadas para llevar a cabo el cribado son la citología convencional, la citología en medio líquido, la determinación o el test del VPH y la inspección visual con ácido acético.

La citología convencional, también llamada citología de Papanicolaou o citología exfoliativa cérvicovaginal consiste en la obtención de células del cuello de útero. Para la toma endocervical se usa un cepillo y para la del exocérvix una espátula de madera (espátula de Ayre) que se esparcen sobre un portaobjetos y se fija inmediatamente con una solución para preservar las células. Este portaobjetos se envía al laboratorio de citología, donde se tiñe y se examina al microscopio para hacer una clasificación de las células.

La citología convencional es una técnica de uso universal debido a su gran especificidad y bajo coste (Arbyn *et al.*, 2011). Esta técnica ha demostrado ser efectiva en la reducción de la incidencia y mortalidad por CCU (por encima del 70-80%), especialmente cuando se realiza en el marco de programas de cribado organizados (Castells *et al.*, 2007). Sin embargo, su sensibilidad es relativamente baja, debido a la variabilidad del material biológico obtenido en la toma, a la calidad de la extensión citológica y a la preservación de la muestra, así como a la distinta capacidad de detección e interpretación de las características microscópicas por parte de profesionales. Por tanto, es fundamental la habilidad y experiencia de quienes intervienen en todo el proceso (Arbyn *et al.*, 2012; Castle *et al.*, 2016; Chen *et al.*, 2011). Por ello, en las últimas actualizaciones de las guías europeas (von Karsa *et al.*, 2015) se insiste en la necesidad de llevar a cabo un adecuado control de calidad en cada uno de los aspectos relacionados con esta técnica y utilizar una misma terminología, con la finalidad de obtener un registro adecuado de datos que permita comparar y homogeneizar los resultados. Por otra parte, aunque la especificidad de la citología es elevada, puede verse afectada en función de la cantidad de diagnósticos indefinidos (ASC-US) que emita cada laboratorio (Wright *et al.*, 2004).

Posteriormente se desarrolló la citología en medio líquido, con el objetivo de mejorar la efectividad del cribado, ya que aumentaba la sensibilidad de la citología convencional y reducía el volumen de muestras inadecuadas. El material obtenido se conserva inmediatamente tras su extracción en un medio líquido, que permite su

almacenaje y transporte, y la extensión se realiza en el laboratorio (Epstein *et al.*, 2014). La muestra, aunque con menor número de células, conserva mejor las características celulares y tiene menos material contaminante (sangre, moco, etc.) que puede dificultar la visión al microscopio (Frutos Pérez-Surio y Fernández-Alonso, 2017).

Los estudios publicados coinciden en que las muestras obtenidas en medio líquido son más representativas de sus zonas de origen y arrojan menos resultados falsos negativos, menos muestras no satisfactorias, acortamiento del tiempo de lectura al microscopio, y mayor facilidad para someter el material recogido a la prueba de ADN del VPH u otras técnicas auxiliares en la misma muestra de forma diferida (Akamatsu *et al.*, 2012; Pan *et al.*, 2013; Puig-Tintoré *et al.*, 2006; Wright *et al.*, 2014a).

En cuanto a la determinación del VPH, existen diferentes métodos de detección que se diferencian según se basen en el análisis de la presencia del ADN, del ARN que produce el virus o de las diferentes proteínas que se sintetizan a partir del ARN (Bennett, 2017). Independientemente de la prueba utilizada para la detección del VPH, es importante destacar la necesidad de automatizar las pruebas, ya que de esta manera se disminuye o elimina el procesamiento manual, lo que permite una mayor estandarización, al tiempo que se reducen sustancialmente los posibles errores del laboratorio.

La prueba del VPH ha demostrado más sensibilidad que la citología para la detección de tipos de alto riesgo y gran reproducibilidad. La mayor sensibilidad se evidencia por la observación de una menor incidencia de CCU después de 5 años de una

prueba del VPH negativa que después de 3 años de una citología negativa, siendo también más coste-efectiva (Díaz-Sanchís y de Sanjosé-Llongueras, 2016; Huh *et al.*, 2015; Pileggi *et al.*, 2014). Sin embargo, la especificidad de esta técnica se ve reducida respecto a la citología (Ronco *et al.*, 2014).

Actualmente, existe consenso en realizar la toma de muestra biológica cervical utilizando un medio líquido. Esto permite determinar el VPH y de forma diferida, en aquellos casos positivos, la determinación de una citología y/o pruebas adicionales (von Karsa *et al.*, 2015).

La inspección visual con ácido acético se trata de una alternativa al cribado basado en la citología y que suele ser más frecuente en entornos de bajos recursos (Ferlay *et al.*, 2015).

2.2.3.2 Cribado de cáncer de cuello uterino en España

El cribado de CCU se introdujo en España entre 1980 y 1990 en la mayoría de las CC. AA. y se ha llevado a cabo mayoritariamente por programas de cribado oportunistas (Kesic *et al.*, 2012; Limia y Pachón, 2011).

La introducción de la vacuna, las técnicas de detección del VPH y los avances en el conocimiento científico, reflejados en la actualización realizada por las “Guías europeas para la garantía de calidad en el cribado de cáncer de cérvix” (von Karsa *et al.*, 2015), plantearon la necesidad de revisar la manera en que se estaba ofertando este programa por parte del SNS. Por tanto, tras varios años de consensos y propuestas, la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento

y Financiación valoró una serie de solicitudes de actualización de la cartera de servicios y confirmó la introducción del cribado poblacional para el CCU. En 2019 se modificó y publicó una orden que actualizaba la cartera de servicios del SNS, en cuyo apartado 3.3.2.3 del anexo I recogía (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2019):

3.3.2.3 Cribado poblacional de cáncer de cérvix: Con carácter general, se realizará aplicando los siguientes criterios:

a) Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.

b) Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:

- Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años:

Citología cada tres años

- Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años:

Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR)

- Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.

- Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año.

En una de las disposiciones adicionales de dicho documento, también se establecía respecto a la implantación del cribado poblacional que se haría de forma progresiva en un plazo de 5 años intentando que en 10 la cobertura se aproximara al 100%.

En esta línea, una de los objetivos específicos de la Estrategia contra el Cáncer de la Comunidad Valenciana 2019-2022 ha sido: *“Elaborar un cribado poblacional de cribado de cáncer de cérvix y analizar la viabilidad de su implantación en todos los departamentos de salud”* teniendo como acción para desarrollar este objetivo la realización de una propuesta piloto en dos departamentos de salud (Generalitat Valenciana, 2019).

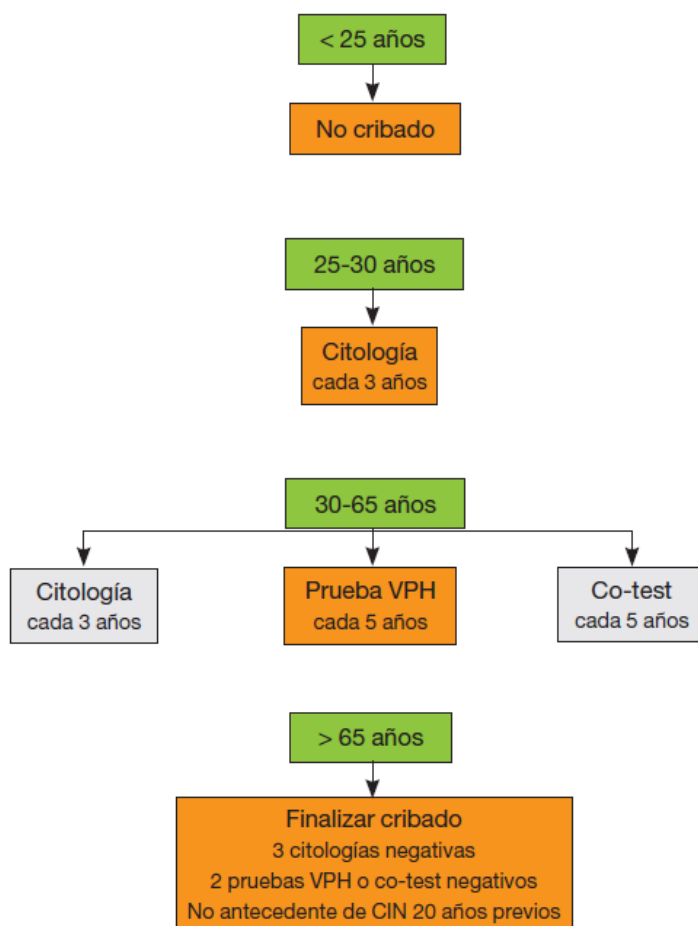
Meses después de la actualización de la cartera de servicios comunes del SNS en relación al cribado de CCU, sociedades científicas españolas relevantes como la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) o la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitarias (SESPAS), quisieron mostrar su apoyo manifestando que dichos cambios supondrían una garantía en la equidad de las prestaciones sanitarias y una disminución de los costes derivados del sobrediagnóstico y sobretratamiento del cribado oportunista actual (SESPAS, 2019; Zubizarreta *et al.*, 2019).

Previamente a la propuesta del SNS de introducir el cribado poblacional en España, varias asociaciones expertas en el tema como la AEPPC, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la Sociedad Española de Citología, publicaron en 2014 un documento de consenso denominado “Guía de cribado de cáncer de cuello de útero en España, 2014” en la que también establecían las estrategias de cribado en función del subgrupo de edad como se puede ver en la Figura 17.

Esta guía recomienda que la transición de citología cervical como cribado primario a cribado con prueba de VPH debería ser un

objetivo alcanzable en el plazo de 3-5 años. Por otra parte, el co-test (citología junto con prueba de VPH) no añade mayor rendimiento y eficacia a la prueba de VPH como método único y conlleva un mayor gasto de recursos; por lo que solo se debería de elegir cuando haya una finalidad transitoria mientras se incorpora e implementa la tecnología para la detección del VPH.

Figura 17. Estrategia de cribado propuesta por la AEPCC



Nota: Adaptado de Torné-Bladé *et al.*, 2014.

Por otra parte, esta guía también aborda cómo ha de ser el cribado en tres grupos especiales:

- *Mujeres con histerectomía previa por patología no relacionada con el CCU o sus lesiones precursoras:* No se recomienda realizar cribado (calidad de evidencia alta, recomendación fuerte a favor).
- *Mujeres con antecedente de CIN 2+:* Se recomienda realizar cribado durante 20 años (calidad de evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).
- *Mujeres inmunodeprimidas:* Se recomienda citología anual a partir de los 21 años (calidad de evidencia baja, recomendación fuerte a favor), y co-test a partir de los 30 años cada 3 años si los linfocitos cooperadores activos o CD4 (linfocitos cooperadores inductivos) ≥ 200 cl/ μ L o en tratamiento antirretroviral activo o anual si CD4 < 200 cl/ μ L o sin tratamiento antirretroviral (calidad de evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

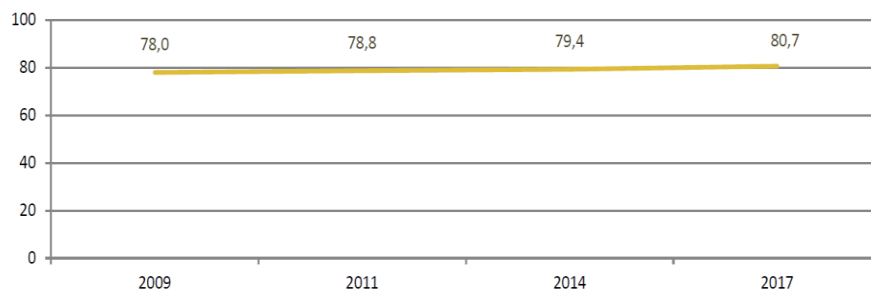
Por tanto, debido a que el cambio de cribado oportunista a poblacional por parte de las recomendaciones del SNS ha sido reciente y todavía no se ha implantado, la mayoría de departamentos de Ginecología de los hospitales públicos de España, han adoptado durante este tiempo las recomendaciones aportadas por las sociedades científicas. En la mayoría de los servicios ginecológicos privados españoles se continúan haciendo protocolos fuera de lo recomendado (con intervalo anual de cribado), a pesar de que se ha demostrado en

numerosos estudios que de esta forma es menos coste-efectiva, supone un sobrediagnóstico y sobretatamiento en las mujeres cribadas (SESPAS, 2019; Zubizarreta *et al.*, 2019).

En España es complicado conocer datos oficiales sobre la cobertura de cribado del CCU, bien porque una proporción importante de mujeres utilizan sistemas fuera del SNS y, por otra parte, porque no existe una base centralizada de información sistemática sobre cobertura tanto pública como privada (Castells *et al.*, 2007). Este problema se solucionará cuando se implante definitivamente el cribado poblacional, ya que la reciente Orden recomienda registrar la técnica junto con otros datos importantes relacionados con el cribado (BOE, 2019).

Los datos más orientativos de cobertura de cribado pueden obtenerse a través de las encuestas de salud elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en convenio de colaboración con el INE. La última publicada es ENSE 2017, en la que se encuestó a 20.050 mujeres mayores de 15 años de todas las CC. AA. españolas en el año 2016/2017 (Figura 18).

Figura 18. Citología realizada en los últimos 5 años según año de encuesta



Nota: Mujeres de 25-64 años (%). España 2009-2017. Adaptado de INE, 2018.

Los resultados de la última encuesta revelan que, aunque la cobertura general de cribado de CCU se acerca al 80%, está estabilizada desde hace años (INE, 2018). El 73.5% de las mujeres de 25 a 64 años se había hecho una citología vaginal en los últimos 3 años y el 7.2% hacía 3 años o más pero menos de 5 años. La cobertura fue del 78.8% en las mujeres de 25 a 34 años, y alcanzó el 85.1% entre los 35 a 44 años, descendiendo ligeramente a partir de esa edad, a 83% entre los 45 a 54 años y hasta 74.3% en las mujeres de 55 a 64 años (Tabla 5).

Teniendo en cuenta el nivel de estudios se aprecia un gradiente social, ya que en el grupo en el que se recomienda el cribado (25-64 años), la cobertura de citología en los últimos 55 años es del 72.1% en el nivel educativo básico y va aumentando hasta el 87.4% en el nivel educativo superior (INE, 2018).

Pero, a pesar de que la cobertura del CCU es alta en España, se detecta una cobertura insuficiente en ciertos grupos de población y áreas geográficas con mayor riesgo (Borrull-Guardeño *et al.*, 2019; Ricardo-Rodrigues *et al.*, 2015; Virtanen *et al.*, 2015, Barrera-Castillo, 2016). Por tanto, sigue siendo prioridad ofertar y promover la participación de mujeres con coberturas no óptimas hasta que se implante definitivamente el cribado poblacional (Torné-Bladé *et al.*, 2014).

Tabla 5. *Tiempo transcurrido desde la última citología según diversas características*

	Hace menos de 3 años	Hace 3 años o más pero menos de 5 años	Hace 5 años o más	Nunca le han realizado una citología vaginal
Total 25-64 años (N=7474)	73,51	7,22	7,15	12,12
De 25 a 34 años	73,41	5,36	2,33	18,90
De 35 a 44 años	78,53	6,53	5,36	9,58
De 45 a 54 años	75,71	7,27	7,22	9,80
De 55 a 64 años	64,49	9,76	13,79	11,96
Nivel de estudios				
Primaria/sin estudios	64,00	8,11	10,87	17,02
Secundarios	76,84	7,64	5,63	9,89
Universitarios	81,35	6,01	4,23	8,42
Comunidad autónoma				
Andalucía	64,11	7,51	12,91	15,47
Aragón	77,23	8,70	7,67	6,41
Asturias	76,77	3,90	6,82	12,52
Baleares	82,46	4,60	2,11	10,84
Canarias	81,88	5,49	8,69	3,94
Cantabria	58,31	6,48	9,24	25,97
Castilla y León	60,77	16,21	11,47	11,54
Castilla-La Mancha	72,64	9,20	4,58	13,59
Cataluña	76,50	6,56	3,60	13,33
C Valenciana	71,80	6,51	6,79	14,91
Extremadura	54,15	6,20	7,64	32,02
Galicia	77,91	5,12	3,06	13,90
Madrid	83,75	5,12	5,40	5,73
Murcia	68,36	13,05	8,55	10,04
Navarra	73,60	11,48	8,37	6,54
País Vasco	80,98	7,76	4,94	6,32
Rioja, La	81,88	3,65	7,60	6,86
Ceuta	26,66	13,59	2,57	57,18
Melilla	54,13	8,65	9,13	28,10

Nota: Adaptado de INE, 2018.

Respecto a la cobertura de cribado de CCU en la Comunidad Valenciana, los últimos datos publicados en ENSE 2017, describen que las tasas son inferiores a la media española. Un 71.8% se habían realizado la citología en un tiempo inferior a 3 años y un 6.5% en un

intervalo de 3 a 5 años. El 14.9% de las encuestadas no se habían realizado nunca una citología, siendo también estos datos superiores a la media nacional (INE, 2018). En el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana (POCV) 2011-2014, los encuestados (formados por representantes de asociaciones de ciudadanos y de asociaciones de pacientes y familiares) valoraban que existe desinformación sobre las medidas de prevención de CCU y acerca de los criterios adecuados para la realización de la citología. También consideraban que la confirmación diagnóstica era muy lenta y que valoraban al personal sanitario de consultas como poco implicado en la difusión de medidas preventivas (Conselleria de Sanitat, 2011b).

2.2.4 Prevención terciaria

La prevención terciaria es la utilización del tratamiento curativo o de las medidas destinadas a reducir o eliminar la mortalidad y discapacidades, evitar la cronicidad, favorecer la rehabilitación y minimizar el sufrimiento para mejorar el desenlace de la enfermedad entre los individuos afectados. Por tanto, la prevención terciaria se produce cuando ya se ha instaurado la enfermedad y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones. En la prevención terciaria del CCU, el objetivo de salud pública es reducir el número de defunciones debidas al CCU. Las intervenciones que se incluyen son las siguientes (OMS, 2007):

2. Antecedentes y estado actual del problema

- Un mecanismo de derivación de casos por profesionales de Atención Primaria a los recursos especializados que ofrecen diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- Un diagnóstico del cáncer exacto y oportuno, previo estudio del grado de invasión.
 - Un tratamiento apropiado para cada fase, basado en el diagnóstico. Si el cáncer se encuentra en estadios iniciales, el tratamiento puede lograr la curación. O, si el cáncer es avanzado y afecta a tejidos que se encuentran más allá del cuello uterino y del área pélvica o hay metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y reducir el sufrimiento.
- Cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento.

2.3 Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al cáncer de cuello uterino y su prevención

El nivel de los CAP de la comunidad es esencial para la identificación de los signos y síntomas del CCU, los factores de riesgo, el acceso a los servicios de salud y los métodos de prevención.

La mayor parte de las investigaciones que estudian los CAP de las mujeres respecto a la prevención del CCU, están realizados en países de Asia, Sudamérica o África, donde existe una alta incidencia de CCU en la mayoría de sus regiones (Bruni *et al.*, 2019b).

Muchos de los estudios publicados están centrados en conocer los CAP de grupos vulnerables en los que se ha visto que la cobertura del cribado es menor, como por ejemplo en mujeres inmigrantes (Gibson *et al.*, 2019), mujeres que viven en zonas rurales (Pryor *et al.*, 2017) o en minorías étnicas (Andreassen *et al.*, 2017; Craciun *et al.*, 2018).

La metodología de investigación más utilizada es cuantitativa, aunque también hay autores que utilizan la cualitativa o mixta, sobre todo para describir mejor las actitudes que tienen las mujeres respecto al tema (Craciun *et al.*, 2018; Jradi y Bawazir, 2019).

A pesar de la variabilidad de las metodologías utilizadas en los estudios y de las diferencias sociodemográficas y culturales entre países, la mayoría de las investigaciones coinciden en que existe un bajo nivel de conocimientos respecto al CCU por parte de las mujeres (Abiodun *et al.*, 2014; Al Khudairi *et al.*, 2017; Alafifi *et al.*, 2019; Deniz *et al.*, 2017).

Existe desconocimiento respecto a los factores de riesgo que podrían favorecer el desarrollo del CCU. En un estudio llevado a cabo en Etiopía, 223 (38.3%) mujeres participantes no tenían idea de qué factores aumentaban las posibilidades de contraer el CCU. Solo alrededor de 9 de cada 100 indicaron la infección por VPH como factor de riesgo, pero más de una cuarta parte de los participantes mencionaron como factor de riesgo relacionado el tener múltiples parejas sexuales (Aweke *et al.*, 2017). En otros países se evidencia que menos de la mitad de las mujeres han oído hablar alguna vez sobre el VPH y bastantes menos conocen el vínculo entre el VPH y el CCU (Chaka *et al.*, 2018; Koç *et al.*, 2019; Robison *et al.*, 2014).

En diversos estudios se afirma que el nivel de conocimientos acerca de este tipo de cáncer y de su prevención es mayor en mujeres con mayores niveles educativos, con resultados anormales en la citología, con más edad y casadas (Anwar *et al.*, 2018; Grigore *et al.*, 2017; Nardi *et al.*, 2016).

Existen mitos y creencias erróneas acerca de este cáncer y de su prevención. En un estudio realizado en China con una muestra de 7.100 mujeres de 21 a 70 años, un 96.1% desconocía las causas del CCU. Entre las principales causas que mencionaban, destacaba el uso

del DIU y el destino. Algunas mujeres creían que la ecografía vaginal o abdominal era el método de detección precoz para este cáncer (Abulizi *et al.*, 2018). Otras creencias erróneas también han sido halladas por otros autores, como por ejemplo que el CCU es contagioso (Basu *et al.*, 2014) o que con el inicio de la vacunación frente al VPH ya no es necesario continuar con el cribado (Bakogianni *et al.*, 2012).

Como se ha dicho anteriormente, la forma de estudiar las actitudes que tienen las mujeres respecto a la prevención del CCU ha sido mediante estudios realizados con metodología mixta o cualitativa. Los autores tienen interés en conocer las actitudes de las mujeres, ya que estas afectan a los comportamientos y a las prácticas de cribado del CCU (Craciun *et al.*, 2018; Kasting *et al.*, 2017). Los resultados son discordantes en cuanto a las actitudes de las mujeres respecto al tema. Hay estudios que reportan actitudes inadecuadas y principalmente ocurre en países en desarrollo (Jradi y Bawazir, 2019; Romli *et al.*, 2019). Sin embargo, en la mayoría de los estudios, las actitudes son buenas aunque no se reflejen en los comportamientos y en las prácticas de cribado (Al Khudairi *et al.*, 2017; Craciun *et al.*, 2018; Jassim *et al.*, 2018).

Otras investigaciones también han querido conocer la cobertura de CCU a nivel mundial y sus condicionantes sociodemográficos. La aceptación y la cobertura del diagnóstico precoz del CCU no solo varía entre países, sino que también existen diferencias dentro de ellos entre los diferentes grupos sociodemográficos, según factores que incluyen el origen étnico, la edad, la educación y el estado socioeconómico (Everett *et al.*, 2011). Se ha encontrado que las tasas de cribado más

bajas se producen en aquellas mujeres que son mayores, con menor nivel de estudios, de grupos socioeconómicos más bajos o que residen en grupos minoritarios (Araujo *et al.*, 2017; Ghanouni *et al.*, 2017; Kasting *et al.*, 2017; Marlow *et al.*, 2017).

La baja aceptación de esta prueba diagnóstica por algunas mujeres puede atribuirse a una serie de determinadas barreras, como son la falta de conocimientos acerca de la enfermedad y los factores de riesgo, lo que deduce que estas mujeres tienen una baja percepción de riesgo del mismo (Aweke *et al.*, 2017; Sudenga *et al.*, 2013). Según las conclusiones del estudio realizado por Turnbull *et al.* en 2018, muchas de las barreras que la población reconoce para la detección precoz son comunes en los diferentes cribados de cáncer (mama, cérvix y colon) aunque su escala, naturaleza e impacto varían considerablemente. Las barreras surgen en diferentes elementos, incluidos los sistemas de información inadecuados, el cribado oportunista, los factores que conducen a la no participación, las limitaciones de recursos humanos y financieros y la comunicación inadecuada entre organizaciones e individuos. Otros autores se han centrado en describir las barreras psicológicas que han encontrado en las mujeres respecto al acceso y realización del cribado del CCU. Las principales barreras mencionadas por los estudios son la vergüenza ante la técnica, el miedo a descubrir el cáncer y el miedo a ser tratado por un profesional varón. El miedo a la técnica en cuanto al posible dolor o incomodidad derivado del mismo ha sido estudiado principalmente como barrera en mujeres mayores (Freeman *et al.*, 2018; Hope *et al.*, 2017; Miri *et al.*, 2018; Rees *et al.*, 2017). Otras barreras que describen las mujeres son la falta de

conocimientos ante el cribado, las experiencias pasadas, la ausencia de síntomas del cáncer o la no necesidad de continuar con el mismo en mujeres mayores (Abulizi *et al.*, 2018; Acar y Pinar, 2015; Marlow *et al.*, 2019).

Existe información limitada con respecto a los conocimientos y actitudes de mujeres españolas frente al CCU, el VPH y su prevención, en comparación con la bibliografía publicada a nivel internacional. La mayoría de estudios nacionales van enfocados a conocer el grado de conocimiento sobre la infección sobre el VPH y la vacuna en población joven o universitaria, siendo principalmente bajo o limitándose a la existencia de la vacuna (Antón-Fernández, 2015; Caballero-Pérez *et al.*, 2015; Martínez-Martínez y Cuesta-Cambra, 2018; San Martín-González, 2016). En el resto de estudios que van dirigidos a conocer los conocimientos y actitudes en mujeres mayores de edad, los autores coinciden con lo publicado a nivel internacional. Es decir, los conocimientos sobre el tema son mayores en aquellas mujeres más jóvenes y está influido por diferentes factores, como son la cantidad de parejas sexuales, haber sufrido una ITS, realizarse las citologías regularmente, conocer la vacuna y el nivel educativo (Carrasco-Garrido *et al.*, 2014; Carstens, 2012; Martínez-Martínez y Cuesta-Cambra, 2018).

Según el estudio llevado a cabo por Carrasco-Garrido *et al.* (2014) en el que se evaluaba el conocimiento de hombres y mujeres acerca de los diferentes cribados llevados a cabo en España, se estableció que el conocimiento respecto al cribado del CCU era aceptable (85.4%) pero menor que el del cribado de cáncer de mama.

Sin embargo, era superior al cribado poblacional de cáncer de colon o al cáncer de próstata.

A pesar de que, según el estudio anterior, se encuentra un alto porcentaje de población que conoce la existencia del cribado del CCU, otros autores describen que existe desinformación en cuanto al objetivo y la frecuencia del mismo en mujeres españolas. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado en Galicia, de las 206 mujeres encuestadas, un 38.8% (80) contestaron que la citología servía para detectar el CCU, un 31.1% (64) que consistía en una revisión ginecológica completa, un 18.4% (38) para valorar la presencia de pólipos, miomas o quistes y un 11.7% (24) para detectar cáncer de útero, ovarios y trompas (Romeu-Martínez *et al.*, 2019).

En cuanto a los conocimientos respecto a la infección por el VPH, los estudios revelan que no existe gran conocimiento respecto al virus y la vacuna. En algunos sí que hay mujeres que asocian la infección con el desarrollo del CCU, aunque no describen la relación con las verrugas genitales o con el desarrollo de otros cánceres anogenitales (Carstens, 2012; Navarro-Illana *et al.*, 2015). Sin embargo, en otros se evidencia que las mujeres no conocen el desarrollo de un cáncer a través de una ITS (Romeu-Martínez *et al.*, 2019).

Ya que no hay un sistema de registro oficial para conocer la cobertura de cribado de CCU, varios autores han realizado estudios poblacionales transversales que estiman el porcentaje de mujeres a las que se le ha realizado una citología cervical a nivel nacional, bien con metodología propia o utilizando y comparando las diferentes encuestas

de salud publicadas a lo largo de los años (Carrasco-Garrido *et al.*, 2014; Luengo-Matos y Muñoz-van den Eynde, 2004; Puig-Tintoré *et al.*, 2008). Algunos investigadores españoles también han querido estudiar los perfiles sociodemográficos que pueden influir en los comportamientos de las prácticas de cribado, obteniendo resultados similares a los publicados internacionalmente (Carrasco-Garrido *et al.*, 2014; Luengo-Matos y Muñoz-van den Eynde, 2004; Puig-Tintoré *et al.*, 2008; Queiro-Verdes *et al.*, 2010).

2.4 Intervenciones dirigidas para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas

El bajo nivel de conocimientos sobre la infección por VPH y sobre el CCU entre las mujeres a nivel mundial puede ser debido a que las informaciones básicas respecto al tema no están llegando de manera eficaz u oportuna. Esta falta de conocimiento podría superarse llevando a cabo intervenciones educativas que eleven la concienciación sobre esta patología, reforzando o complementando las acciones ya establecidas por las autoridades.

Los estudios que han querido conocer la efectividad de posibles intervenciones para mejorar los conocimientos y actitudes han sido desarrollados principalmente en países en desarrollo (Bahmani *et al.*, 2017; Chigbu *et al.*, 2017; Shankar *et al.*, 2018).

Otros estudios van dirigidos a poblaciones más específicas como adolescentes (Ventura-Morales *et al.*, 2017), mujeres universitarias (Al-Shaikh *et al.*, 2017) o mujeres que viven en zonas rurales o marginales (Abiodun *et al.*, 2014; Malmir *et al.*, 2018; Thompson *et al.*, 2017).

Pueden utilizarse muchos métodos para incrementar el conocimiento y la concienciación pública. Existen estudios en los que abordan la información relativa al CCU, el VPH, la vacunación, el cribado y tratamiento, a través de debates comunitarios, emisiones en

programas de radio, presentaciones en televisión, mensajes en prensa escrita, testimonios personales, pósteres o folletos. Otros estudios más concretos buscan evaluar intervenciones comportamentales, cognitivas y sociales (Vasconcelos *et al.*, 2011), el uso del *counselling* (Ndikom y Ofi, 2011) o la información a través de las redes sociales (Cuesta-Cambra *et al.*, 2018).

Sin embargo, las intervenciones más utilizadas siempre son las intervenciones educativas. Dicha metodología se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos tanto humanos como materiales, entre otras ventajas (Riquelme *et al.*, 2012).

Según la revisión sistemática realizada por Felipe y Gilbert (2018), las intervenciones educativas son efectivas en el incremento de conocimientos en la población y la adquisición de actitudes preventivas. Un 50% de los artículos de la revisión refieren que después de la intervención educativa, se incrementó el conocimiento sobre los principales factores de riesgo del CCU. También se describe que en un 30% de los artículos, las intervenciones realizadas son efectivas para la adquisición de conductas preventivas, ya que se aumentó la cobertura de cribado. El tipo de metodología a utilizar es el elemento central de una intervención y su efectividad determina el éxito final de la misma. Según esta revisión, entre las intervenciones educativas más efectivas se observa que un 60% son charlas educativas, un 30% son sesiones de discusión y un 10% *role-play* o interpretación de roles.

En otros países han querido investigar diferentes intervenciones que pudieran motivar a la participación en el cribado a las mujeres

especialmente reticentes a acudir a los servicios preventivos. Por ejemplo, en diversos estudios se está proponiendo la citología realizada por la propia mujer (Arbyn *et al.*, 2018; Vahabi y Lofters, 2018), el recordatorio de la cita mediante llamada telefónica (Abdul-Rashid *et al.*, 2013) o a través de recepción de mensajes de texto (Le y Holt, 2018; Lee *et al.*, 2014); o el uso de aplicaciones de mensajería móvil (Khademolhosseini *et al.*, 2017).

No se encuentran estudios recientes realizados a nivel nacional con el objetivo de abordar posibles intervenciones que modifiquen los conocimientos y actitudes sobre prevención del CCU en mujeres españolas. Sin embargo, sí que existen varios autores que han querido realizar intervenciones educativas en determinados grupos como universitarias (Corredera-Hernández, 2014) o profesionales sanitarios (San Segundo-García, 2014).

En cuanto a la mejora de la cobertura de cribado de CCU, destacan dos tesis doctorales dirigidas a incrementar las tasas a través de la comparación de diferentes intervenciones, una de ellas enfocada a mujeres mayores de 25 años (Sánchez-Ortiz, 2016) y otra a mujeres con cribado incorrecto (Acera-Pérez, 2016). Este último y reciente estudio, llamado CRICERVA, concluyó que la estrategia que obtuvo la mayor cobertura incluía una invitación personalizada, un folleto informativo y una llamada telefónica los 3 días previos a la cita.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivo del estudio

3.1.1 Objetivo general

Determinar la eficacia de una intervención educativa breve a mujeres entre 25 y 65 años para aumentar los conocimientos y actitudes sobre la prevención del CCU y para favorecer la realización del cribado en aquellas con menor adherencia, del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia).

3.1.2 Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del CCU de mujeres en edad de cribado del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.
- Diseñar y determinar las características psicométricas de un cuestionario para conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres.
- Determinar los conocimientos y actitudes sobre la prevención del CCU 6 meses después de realizar una intervención educativa.
- Medir si a través de la intervención educativa aumentan las prácticas preventivas de las mujeres con menor adherencia al mismo.

3.2 Hipótesis del estudio

3.2.1 Hipótesis alternativa (H1)

1. La intervención educativa es efectiva en aumentar el nivel de conocimientos y favorecer las actitudes sobre la prevención del CCU de las mujeres del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.
2. La intervención educativa aumenta las prácticas de cribado en las mujeres con menor adherencia del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.

3.2.2 Hipótesis nula (H0)

1. La intervención educativa no es efectiva en aumentar el nivel de conocimientos y favorecer las actitudes sobre la prevención del CCU de las mujeres del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.
2. La intervención educativa no aumenta las prácticas de cribado de las mujeres con cribado inadecuado del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.

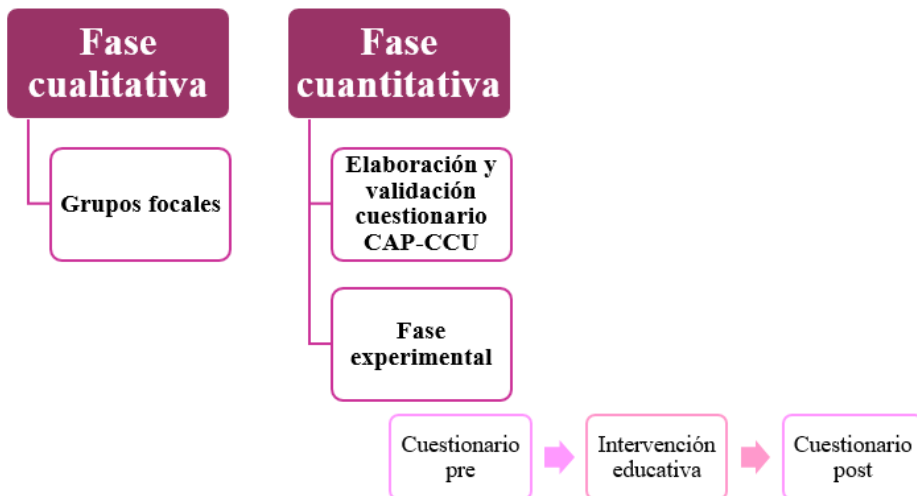
CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio de intervención cuasi-experimental (antes-después), longitudinal, prospectivo y sin grupo control. El estudio implementó metodología mixta por lo que fue llevado a cabo en dos fases: una primera cualitativa y otra segunda cuantitativa, como se representa en la Figura 19.

Figura 19. *Diseño del estudio*



4.1.1 Introducción a la metodología mixta

El uso de la metodología mixta en el campo de la salud está en auge. Los métodos mixtos implican la integración de métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, aprovechando las fortalezas

de ambos para abordar una cuestión de investigación en la que un método por sí solo sería inadecuado (Guetterman *et al.*, 2015; Ozawa y Pongpirul, 2013).

Para la fase cualitativa se optó por el método científico de la fenomenología, siendo la recogida de datos a través de grupos focales. En el campo de la salud, la fenomenología tiene la finalidad de acercarse a los fenómenos propios relacionados con el cuidado, por tanto, los grupos focales constituyen una opción adecuada para la investigación y evaluación en dicho campo (Tuohy *et al.*, 2013). Especialmente se utilizan para aquellos temas en los que se requiere incorporar la perspectiva de las personas a las que van dirigidas nuestras actuaciones como profesionales sanitarios (García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2000). Además de sus numerosos beneficios, los resultados obtenidos ayudaron y complementaron la parte cuantitativa tanto en la elaboración del cuestionario como en la estructura de la intervención educativa posterior. En todo momento se intentó respetar al máximo la individualidad de cada metodología para conseguir mantener la integridad y la coherencia de cada una de ellas (Berenguera *et al.*, 2014).

4.2 Ámbito y tiempo del estudio

Se trata de un estudio de ámbito comunitario, cuya recogida de datos se llevó a cabo en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria. Este es uno de los 11 departamentos sanitarios de la provincia de Valencia (España) y está formado por 16 Zonas Básicas de Salud, atendiendo a una población total de 311.000 habitantes (Conselleria de Sanitat, 2019). Este Departamento está compuesto por 49 municipios rurales, semirurales y urbanos, con una importante dispersión geográfica (véase Figura 20).

Figura 20. *Ámbito de actuación*

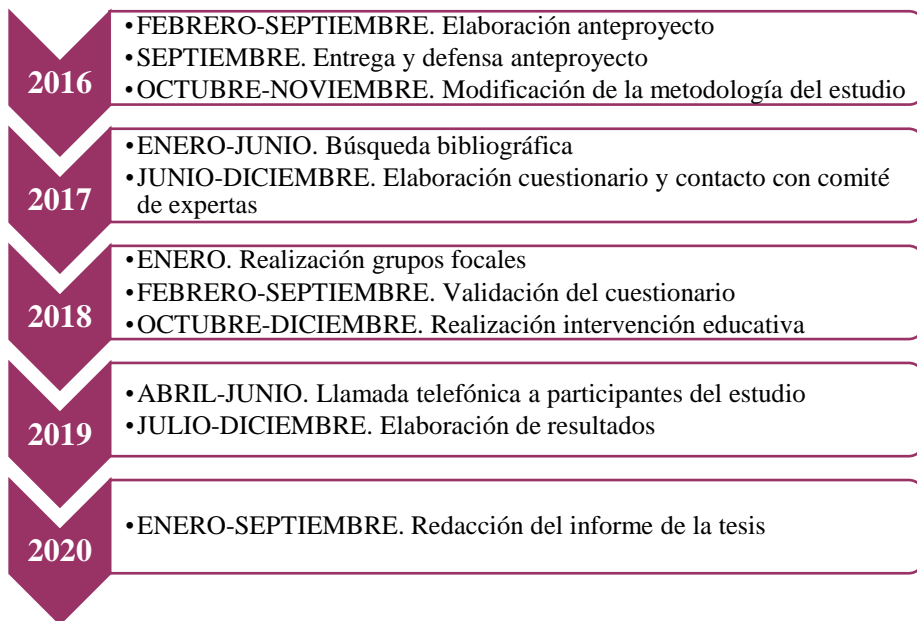


Nota: Tomado de Conselleria de Sanitat, 2019.

En los diferentes municipios convive una población femenina aproximada de 151.420 mujeres, teniendo unas 76.438 mujeres edades comprendidas entre 25 a 64 años (Generalitat Valenciana, 2018).

El estudio fue llevado a cabo desde febrero del 2016 hasta junio del 2019. En la Figura 21 se puede observar cómo se han ido desarrollando las actividades en este periodo de tiempo.

Figura 21. *Tiempo y desarrollo del estudio*



4.3 Fase de análisis cualitativo: los grupos focales

4.3.1 Introducción

El grupo focal (GF) es una técnica de investigación cualitativa que consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador o moderadora en la que se busca la interacción entre los participantes como método para generar y contrastar información (Prieto-Rodríguez y March-Cerdá, 2002). Este método examina qué piensa la persona, cómo lo piensa y por qué piensa de esa manera, por lo que es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, creándose una gran riqueza de testimonios (Kitzinger, 1995). La técnica tiene su origen en los años treinta, aunque se popularizó décadas más tarde y, progresivamente, su uso se ha ido incrementando de forma considerable en todos los campos de las ciencias humanas.

Los grupos deben estar compuestos por un conjunto de personas “representantes” de la población diana y han de compartir ciertas características que permitan que se pueda hablar sobre un tema o experiencia común sin que la presencia de algunos inhiba la opinión de otros. Es decir, los grupos focales han de ser homogéneos intragrupalmente. Con la homogeneidad se busca la interacción de los

y las participantes y que las opiniones que se verbalicen puedan ser discutidas y argumentadas en función de las visiones y perspectivas de otros participantes (Kitzinger, 1995). Según Katayama-Omura (2014), los requerimientos para la selección de los sujetos de la muestra son:

1. Que previamente no se conozcan entre sí, ya que podrían mantener diálogos paralelos o discutir entre ellos y no de cara al resto del grupo.
2. Que no tengan experiencia en la realización de grupos focales. La familiaridad con la técnica podría derivar a “orientar” a los participantes que nunca la hayan llevado a cabo respecto a cómo deben hacer o decir, incluso podrían llegar a desplazar al moderador (intentando liderar la discusión).
3. Que no sean expertos en el tema de la investigación.

Respecto al número de participantes que tienen que formar un grupo focal, sería adecuado de 5 a 10 personas además de un moderador/a y, si es posible, un observador/a. Los miembros del grupo focal deben sentirse cómodos para poder interactuar entre ellos “en confianza”, por este motivo, no se recomiendan grupos grandes (Katayama-Omura, 2014). Mayan (2001), recomienda invitar a un 20% más de los participantes que se necesitan, ya que de esta forma podemos asegurarnos que si no acuden, el grupo continuará contando con suficientes miembros para llevar a cabo el grupo de discusión.

Freeman (2006) aconseja que la duración de cada sesión de los grupos focales esté en un rango entre una y dos horas, ya que es un proceso que requiere tiempo para las observaciones de la apertura y del

cierre de la sesión, además de que la capacidad de las personas para mantener la atención es limitada.

Según Díaz-Llanes (2005), el lugar para realizar la sesión de los grupos focales debe cumplir una serie de requisitos: ser privado (acceso único para participantes y el equipo investigador), estar ventilado, iluminado, no debe haber ruidos para grabar sin interferencias y debe ser cómodo. Otros autores también coinciden en proponer que el lugar de reunión sea neutral, es decir, que no tenga un significado especial para ninguno de los participantes y que no interfiera con el tema del estudio (García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2000).

4.3.2 Material y métodos

4.3.2.1 Diseño

Se realizaron tres grupos focales con mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años, rango de edad de cribado del CCU según las últimas recomendaciones de la AEPCC (Torné-Bladé *et al.*, 2014). Para permitir una homogeneidad intragrupo, se agrupó a las mujeres en diferentes grupos según rangos de edad:

- Grupo focal de mujeres de 25 a 35 años.
- Grupo focal de mujeres de 36 a 50 años.
- Grupo focal de mujeres de 51 a 65 años.

4.3.2.2 Reclutamiento de participantes

El reclutamiento de las participantes se realizó mediante muestreo de conveniencia a través de la investigadora principal por criterios de acceso y tiempo. Se contactó con un total de 23 mujeres que fueron invitadas a participar, de las cuales aceptaron 21. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer de entre 25 y 65 años de edad, residente en la zona que cubre el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria y aceptar participar en el estudio. Se realizaron dos recordatorios: dos días antes y el día de la reunión, en el que se volvió a contactar con las participantes para informar de nuevo de la hora de inicio de la reunión, el tiempo previsto de duración y la dirección exacta del lugar de realización.

4.3.2.3 Lugar y fecha de celebración

La investigadora principal pidió los permisos pertinentes al Coordinador médico del centro de salud de L'Elia (perteneciente al Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria) y, tras su aprobación, se pudieron celebrar los tres grupos focales en tardes consecutivas en el espacio ofrecido para ello. Se realizaron en el gimnasio del centro de salud, es decir, en un espacio cerrado, de fácil acceso, amplio y con buena acústica, de tal modo que las componentes se sintieran cómodas y así facilitar su participación en el grupo.

4.3.2.4 Desarrollo

Cada grupo estaba compuesto por 7 mujeres, más la moderadora y la observadora. La moderadora fue en todos ellos la investigadora principal, ya que, como recomiendan Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2013) es importante que sea un miembro del equipo de investigación quien dirija el diálogo, dé la palabra a los participantes y estimule su participación equitativa. Respecto a la observadora, dos enfermeras diferentes tuvieron este rol: una voluntaria ajena al equipo participó en una sesión y una integrante del equipo de investigación en las otras dos.

La moderadora dirigía el grupo apoyándose en un guion de entrevista previamente elaborado. Este guion estaba compuesto por preguntas concretas, estimulantes y flexibles y que pretendían guiar la discusión de lo más general a lo específico (Aigner, 2006). Se realizó un banco de preguntas a través de otros estudios similares (Kim *et al.*, 2015; Lee y Lee, 2017; O'Connor *et al.*, 2014) que se agruparon en tres temas principales descritos a continuación:

1) Conocimientos y actitudes sobre el CCU:

P.1: Está demostrado que el tabaco puede producir cáncer de pulmón. ¿Podrías decir si hay algún factor que pueda producir cáncer de cuello uterino?, ¿sabéis si todas las mujeres tienen las mismas posibilidades de padecer un cáncer de cuello uterino o hay mujeres que tienen más posibilidades de padecerlo que otras?

P.2: ¿Podéis decir si se trata de un cáncer que se pueda prevenir? ¿cómo?

2) Conocimientos y actitudes sobre el VPH:

P.3: Contad qué sabéis del virus: ¿cómo se transmite? ¿es fácil el contagio? ¿es frecuente en la población? Si alguien tiene el VPH, ¿produce síntomas? ¿cuáles?

P.4: ¿Sabéis si está relacionado con el cáncer de cuello uterino o puede causarlo?

P.5: ¿Sabéis si existe una vacuna para prevenir el VPH? ¿qué podéis contar acerca de esta vacuna?

P.6: ¿Sabéis si está incluida en la seguridad social o hay que pagarla? ¿a qué grupo de edad se le administra dentro del calendario vacunal?

P.7: ¿Alguna de vosotras la lleva puesta? A aquellas que no, si os lo indicara vuestro/a médico/a, ¿os la pondría? ¿por qué?

3) Conocimientos y actitudes frente a la citología vaginal:

P.8: ¿Podéis argumentar para qué sirve? ¿Sabrías describir en qué consiste la técnica?

P.9: ¿Os suena una nueva técnica o test que detecta si tenéis el virus del papiloma?

P.10: ¿Los y las profesionales sanitarios os han dado información acerca del cáncer de cuello uterino, la citología y los posibles resultados? ¿Os gustaría que esta información os la dieran escrita, con folletos o mediante charlas? ¿Qué profesional os gustaría que hiciera las charlas: médico/a de Atención Primaria, enfermera, matrona o ginecólogo/a? Y sobre qué información: ¿cáncer de cuello uterino, VPH o citología? ¿Otros?

P.11: Decid ¿qué mujeres se deberían de realizar las citologías? ¿Por qué creéis que es importante que las mujeres se hagan las citologías?

P.12: ¿Cuándo se debe realizar la primera citología una mujer? ¿Con cuántos años se debería hacer la última?

P.13: ¿Cada cuánto tiempo hay que repetir las? ¿Qué opináis acerca del tiempo que pasa entre una y otra citología?

P.14: Ahora pensad en la última citología que os hicisteis y cuál fue el motivo de hacérsela: porque os acordabais, porque os lo recordó algún/a profesional, porque os lo recordó algún conocido...

P.15: Ahora pensad en aquellas personas que nunca se han hecho una citología o hace más de 5 años de la anterior, ¿qué motivos creéis que tienen para no hacérsela?

P.16: ¿Os gustaría que os enviaran una carta de recordatorio para la nueva cita como ocurre con las mamografías? ¿propondrías otras formas de recordatorio?

P.17: Si una amiga que nunca se ha hecho una citología os preguntara acerca de esta, ¿qué sentimiento os provocó la prueba antes, durante y después de la prueba?

P.18: Estas “molestias” durante la prueba que habéis comentado, ¿cómo se podrían evitar o qué mejoras propondrías?

P.19: ¿Qué profesionales sanitarios se encargan de hacer esta prueba? ¿en qué centros?

P.20: Respecto al género del profesional que os haga la prueba, ¿preferís que sea hombre o mujer? ¿o es indiferente?

P.21: Contadme cómo os comunicaron el resultado. ¿Acudisteis después a por los resultados?

P.22: Si el resultado de la citología sale positivo, ¿qué indica? ¿se diagnostica cáncer de cuello uterino?

Todos los grupos fueron registrados en audio, con una grabadora Olympus. Siguiendo las recomendaciones de García-Calvente y Mateo-Rodríguez (2000), cada reunión de grupo focal se desarrolló en 4 etapas:

- Introducción: Previo a la llegada de las participantes, moderadora y observadora accedieron al lugar habilitado de la reunión antes de la hora prefijada para preparar el material (colocación de sillas en forma de U, botellas de agua, snacks y caramelos). Conforme iban llegando las participantes, se les invitaba a que tomaran asiento y se anotaban los datos sociodemográficos e información acerca de la última citología vaginal realizada en un cuestionario *ad hoc* (ver Anexo 1). Se les entregó una pegatina a cada una, con un número para poder identificarlas, según el orden de llegada. Estando el total de las mujeres ya sentadas, la moderadora realizó las siguientes actividades:

- Presentación de la moderadora y la observadora.
- Bienvenida y agradecimiento a las participantes.
- Exposición en términos generales del propósito de la reunión.
- Descripción de las similitudes entre las participantes.

- Reparto de documentación a las participantes: hoja de información del estudio y consentimiento informado (Anexo 2), folios en blanco y bolígrafos.
- Explicación de la documentación repartida y aclaración de dudas al respecto.
- Recogida de los consentimientos informados firmados (el resto de documentación repartida se la quedaban las participantes por si querían hacer anotaciones).
- Exposición y argumentación de las normas de conducta en el grupo focal: confidencialidad de los datos, respeto en el turno de palabras y de las opiniones de las demás, fomento de las opiniones divergentes e importancia de la interacción entre los participantes.

- Preparación del grupo: Se realizó una pregunta introductoria para “romper el hielo”: *“Ahora me gustaría que os presentarais diciendo el número de vuestra etiqueta, la edad y que comentéis brevemente si conocéis a alguna persona cercana o lejana (incluso famosa) que tenga o haya tenido cáncer de cuello uterino”*. Una vez que ya había hablado alguna participante, se les explicaba que desde entonces todo lo que se comentara iba a quedar grabado para su posterior análisis.

- Debate a fondo: Las preguntas planteadas siguieron el guion descrito anteriormente. A pesar de que este guion formó la base de las

discusiones, se utilizó dinámicamente y se dejó evolucionar espontáneamente en determinados temas en los que las participantes mostraron mayor interés o desconocimiento.

- **Clausura del grupo:** Una vez discutidos todos los temas, la moderadora avisó de la finalización de la reunión, encargándose de las siguientes actividades:

- Apagado de la grabadora.
- Resumen de los principales temas identificados y aclaración de dudas al respecto.
- Comentario sobre la utilidad que se iba a dar a los resultados y que el grupo no se iba a volver a reunir como tal.
- Agradecimiento por la colaboración de las participantes.
- Entrega de un pequeño detalle (marcapáginas) a cada mujer como agradecimiento por la participación (Anexo 3).

Todas las reuniones tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos. El ambiente general en todos los grupos fue cordial, participativo y estimulante. En los tres grupos se pudieron realizar todas las preguntas e incluso salieron espontáneamente nuevos temas que no estaban contemplados en el guion inicial pero que podían aportar a la investigación.

En ninguno de los grupos se plantearon problemas en la conducción. A lo largo de las diferentes preguntas, se podía conocer en los grupos quiénes eran aquellas participantes que intervenían con más frecuencia y lideraban el grupo, así como aquellas que no intervenían o lo hacían en pocas ocasiones. En ambos casos, la moderadora de la

reunión se encargaba de hacer partícipe a todas las componentes del grupo.

Los comentarios que se realizaron al finalizar la reunión sugirieron que la satisfacción general fue positiva. Las participantes incluso solicitaron determinados detalles sobre los temas en los que había disparidad de opiniones por falta de conocimientos.

4.3.2.5 Tratamiento y análisis de los datos

Se codificó la identidad de las participantes para preservar la confidencialidad. Se enmascararon y se anonimizaron los datos identificativos que pudieran aparecer durante las reuniones. La información se interpretó mediante un análisis de contenido por parte de la investigadora principal y la revisión posterior realizada por el resto del equipo investigador, utilizando el programa informático Atlas.ti (Versión 7.5.7, Berlín). Las entrevistas grupales fueron transcritas y analizadas en su idioma original. Las tareas para el análisis cualitativo del contenido fueron:

- Escucha repetida de las grabaciones y lectura atenta de cada transcripción.
- Identificación en el texto de citas a las que se les asignaba un código, ya acordado o emergente.
- Construcción de las categorías a través de la combinación de los códigos.
- Discusión de los hallazgos encontrados.

4.4 Fase de análisis cuantitativo

4.4.1 Elaboración y validación del cuestionario CAP-PCCU

4.4.1.1 Introducción y justificación

Para poder cuantificar, universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la recogida de datos, se optó por la elaboración de un cuestionario. Este método es la técnica de recolección de datos más empleada en investigación ya que cuenta con numerosas ventajas: menor coste, llega a un mayor número de participantes y facilita el análisis de los datos (Martín-Arribas, 2004).

Se realizó una búsqueda bibliográfica, con el objetivo de encontrar un cuestionario validado que recogiera los CAP de las mujeres frente a la prevención del CCU. En los documentos hallados se detectaron diferentes limitaciones:

- En la mayoría de las investigaciones que estudiaban el tema, los cuestionarios que se utilizaban no estaban validados en castellano. Un número importante de autores utiliza el cuestionario “*The Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test*” desarrollado y validado por Guvenc *et al.*, en 2011.

- Por otra parte, los cuestionarios que sí estaban validados en español, estaban adaptados a la cultura latinoamericana y, por tanto, precisaban de una validación de traducción al castellano y adaptación al nivel cultural de este estudio.
- Los estudios españoles utilizaban para la recogida de datos cuestionarios *ad hoc*, no validados o que derivaban de un proceso de validación deficiente.

Todo ello hizo que se viera la necesidad de crear un cuestionario propio para la utilización en este estudio.

4.4.1.2 Elaboración del cuestionario

A continuación, se va a describir qué pasos se siguieron para elaborar el cuestionario inicial que posteriormente sería validado para su utilización en el estudio de investigación.

- Construcción del cuestionario inicial:

Para valorar los CAP de las mujeres respecto a la prevención del CCU, se planteó realizar un cuestionario con 4 dimensiones:

1. Perfil sociodemográfico.
2. Conocimientos sobre el CCU, el VPH y la citología vaginal.
3. Actitudes y opiniones frente a la prevención del CCU.
4. Prácticas de cribado del CCU.

Para dotar de contenido a cada dimensión, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica que permitiese conocer otras herramientas que

midieran lo mismo y fueran recientes, publicadas en los últimos 10 años. Esta búsqueda permitió recopilar un banco inicial de ítems. La primera versión del cuestionario se compuso de ítems extraídos de este banco inicial, en su forma original o modificados (Al Khudairi *et al.*, 2017; Anaman, 2016; Solís-Villanueva, 2013; Wright *et al.*, 2014b), y otro conjunto de ítems originales creados por el equipo investigador para su validación. Este cuestionario inicial estaba compuesto por 27 ítems.

Para la elaboración y el diseño del cuestionario se siguieron las recomendaciones recogidas por varios autores sobre redacción de ítems (Cea-D'Ancona, 2005; García-Alcaraz *et al.*, 2006; Navas-Ara, 2001).

- Aportaciones de los grupos focales:

Según diversos autores, la información obtenida a través de los grupos focales puede ayudar a construir un cuestionario utilizando las palabras y categorías propias de la población a la que va dirigido. El discurso del grupo focal puede ser utilizado para obtener un banco de preguntas, mejorar su inteligibilidad y/o facilitar un vocabulario adecuado (García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2000; Kitzinger, 1994).

Por tanto, además de conocer en profundidad los conocimientos y actitudes de las mujeres frente a la prevención del CCU, se realizaron estos grupos focales con el objetivo de adecuar el contenido del instrumento a la población específica. Tras la finalización de los mismos, se analizó cualitativamente el discurso de las participantes y se adaptaron los ítems de la primera versión de acuerdo con los

comentarios y opiniones. Otros ítems se eliminaron por no ser relevantes y se añadieron algunos nuevos que suscitaban menor confusión, obteniéndose así una segunda versión para iniciar el proceso de validación. Esta segunda versión contaba con 26 ítems.

4.4.1.3 Validación del cuestionario

Para que un cuestionario se utilice con garantía, es necesario comprobar que mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica y que en la práctica no presenta dificultades de aplicación. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación. Es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas, con distintas poblaciones y sujetos (Carvajal *et al.*, 2011).

Existen diferentes métodos para evaluar las propiedades métricas de un cuestionario, entre los que encontramos el Método Delphi.

El Método Delphi:

El método Delphi es un procedimiento eficaz y sistemático cuyo objetivo es lograr un consenso fiable entre las opiniones de un grupo de expertos, a través de una serie de cuestionarios que se responden anónimamente en varias rondas (Garavalia y Gredler, 2004; Landeta, 2006). Desde los inicios de su utilización en la década de los cincuenta, ha ganado amplia popularidad a través de las disciplinas

científicas como técnica de investigación. Consiste en el uso de un cuestionario estructurado al que se van realizando cambios o adiciones en función de las aportaciones de los expertos en las sucesivas revisiones (Linstone y Turoff, 1975).

Este método de validación ofrece algunas ventajas sobre otros, considerándose una herramienta especialmente adecuada en situaciones en las que existe poca evidencia empírica, los datos son difusos o hay factores subjetivos. Otras de sus ventajas son la heterogeneidad de los expertos, la interacción y retroalimentación entre ellos, el anonimato y la evitación de problemas asociados con las reuniones de consenso (Urrutia-Egaña *et al.*, 2014).

El Método Delphi como instrumento de validación de cuestionarios ha sido ampliamente utilizado en numerosos estudios y ámbitos de conocimiento: educación, administración (Hung *et al.*, 2008; Yañez Gallardo y Cuadra Olmos, 2008) y ciencias de la salud (Cobos-Serrano, 2016; García-Delgado *et al.*, 2009; Quiñones-Tafur *et al.*, 2016).

La implementación de este método conlleva una secuencia en tres fases, todas de gran trascendencia ya que aseguran la solidez metodológica y la calidad de los resultados (Steurer, 2011). Los pasos que se siguieron fueron:

- **Fase Preliminar.** En esta primera fase se conformó el grupo coordinador, constituido por la investigadora principal y los directores de tesis. Este grupo se encargó de seleccionar al grupo de expertos siguiendo las sugerencias propuestas por Skjong y Wentworth (2001):

experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en la evidencia, reputación en la comunidad además de la disponibilidad y motivación para participar. Se les invitó y se consiguió su compromiso de colaboración. Se propusieron 10 candidatos y candidatas, ya que lo recomendable es entre 7 y 30 expertos como aconsejan autores como Landeta (2006). La investigadora principal se puso en contacto con las personas propuestas mediante teléfono o correo electrónico y se ofreció a visitarlas en el caso de que necesitaran más información. En este primer contacto, se presentó al grupo coordinador y se aportó información escrita sobre los objetivos del estudio, los pasos del método y las dos rondas previstas (Anexo 4). Todos los candidatos y candidatas aceptaron la invitación y quisieron participar en esta parte del estudio.

Una vez establecida la comunicación entre ambos grupos, se elaboró el documento derivado del análisis documental y de los resultados de los grupos focales (segunda versión).

- ***Fase Exploratoria.*** En esta fase, el cuestionario inicial se somete a determinadas modificaciones hasta llegar a la versión definitiva. Las actividades que se llevaron a cabo en esta fase fueron:

- *Envío de la documentación relativa a la primera ronda de validación:* La investigadora principal se volvió a poner en contacto con los expertos para empezar la primera ronda, adjuntando los documentos explicativos (Anexo 5) junto con el cuestionario provisional (segunda versión). El plazo máximo

que se les ofreció para la recepción de los resultados fue de 21 días.

- *Recepción de los resultados de la primera ronda de expertos.*
- *Análisis de los datos y modificación pertinente del cuestionario:* Las puntuaciones de los 10 expertos fueron resumidas mediante la media y la desviación típica.
- *Envío de la documentación relativa a la segunda ronda de validación:* El plazo máximo que se les ofreció fue de 21 días.
- *Recepción de los resultados de la segunda ronda de expertos.*
- *Análisis de los datos y modificación pertinente del cuestionario:* Las puntuaciones de los 10 expertos fueron resumidas mediante la media y la desviación típica.

En ambas rondas, siguiendo las recomendaciones de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) para la estandarización de la cumplimentación de la valoración de los ítems (de todas las dimensiones menos del apartado de datos demográficos), se pasó una escala definida respecto a las categorías: **Adecuación**, **Claridad**, **Relevancia** y **Suficiencia**. Estas categorías estaban definidas y se solicitaba a los expertos que calificaran cada ítem utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos, en la que cada puntuación tenía diferentes significados explicados en las instrucciones del Anexo 5. También se acompañaba cada ítem de una pregunta abierta para recoger las valoraciones cualitativas acerca de los ítems planteados o la necesidad de introducción de alguno nuevo.

- ***Fase Final.*** En esta última fase se sintetizaron los resultados de todo el proceso de validación de la versión definitiva del cuestionario para su posterior aplicación al grupo piloto.

Estudio piloto:

Para completar el proceso de validación y conocer la utilidad de un cuestionario, es primordial que se evalúe mediante la realización de un estudio piloto, también llamado pretest cognitivo. Puede realizarse con un grupo de entre 30 a 50 personas, no necesariamente representativas de la población objeto de estudio, pero sí semejantes a sus características. El estudio piloto permite identificar los tipos de preguntas más adecuadas, evaluar si los enunciados son comprensibles y de extensión correcta, examinar si la categorización de las respuestas es la adecuada, determinar si existe rechazo a alguna pregunta, si el ordenamiento interno es lógico y si la duración de administración es aceptable (Luján-Tangarife y Cardona-Arias, 2015; Martín-Arribas, 2004).

El estudio piloto estuvo conformado por 30 mujeres con edades comprendidas entre 25 a 65 años y que pertenecían a la población de estudio. Previo a la administración del cuestionario, se les explicó el objetivo de la validación y el anonimato del mismo. Se registraron todos aquellos comentarios que se realizaron de forma verbal o escrita durante la cumplimentación del cuestionario. El tiempo medio de cumplimentación del cuestionario fue de 4 minutos.

Para el análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio piloto, los datos se resumieron mediante la media (desviación típica) y mediana en el caso de las variables numéricas y mediante la frecuencia absoluta (frecuencia relativa) en el caso de las variables cualitativas. Para el estudio de la asociación de las distintas preguntas del cuestionario se realizó un análisis cluster de variables mediante la medida de *Goodman and Kruskal's tau* utilizando el paquete de R clickR (versión 0.4.1).

4.4.2 Fase experimental

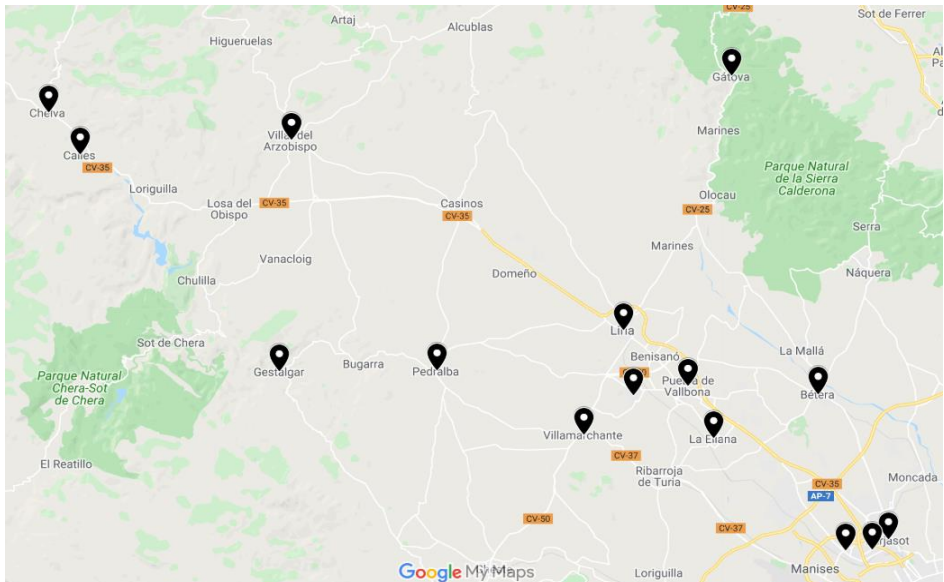
4.4.2.1 Población diana

La población diana del estudio la constituyen las mujeres de edad comprendida entre 25 y 65 años que viven en la zona delimitada por el Departamento de Salud: Arnau de Vilanova-Llíria. Para acceder a la muestra, la investigadora principal se puso en contacto con diferentes asociaciones de la zona que tuvieran mujeres en ese rango de edad (asociaciones de amas de casa, de madres y padres de alumnos (AMPAs), religiosas, fallas...) o directamente con los Ayuntamientos.

Entre mayo y septiembre de 2018 se contactó mediante correo electrónico con un total de 263 asociaciones y Ayuntamientos de la zona de estudio, de los cuales 51 contestaron y 34 quisieron participar en el estudio. Debido a la dispersión geográfica de la zona de estudio, se pudo acceder a mujeres que pertenecían a municipios más urbanos y más rurales (Figura 22). El resto de asociaciones o Ayuntamientos

contactados no participaron en el estudio, bien porque no contestaron al correo inicial o bien porque no podían hacerlo debido a las características del estudio: falta de instalaciones, falta de mujeres para realizar intervención grupal o por no cumplir los criterios de inclusión.

Figura 22. *Municipios donde se llevaron a cabo las intervenciones grupales*

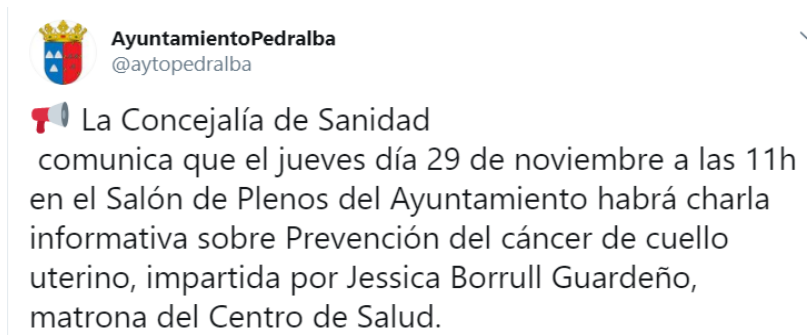


Nota: Recuperado de: Borrull-Guardeño, 2019.

Tras la comunicación con el o la representante de cada asociación o Ayuntamiento, se acordó una fecha para la intervención grupal y se invitó a todas las mujeres que quisieran participar que tuvieran entre 25 y 65 años. El anuncio de la charla se realizó en la mayoría de los casos a través de un cartel informativo (Anexo 6). Este cartel se difundió por parte de las asociaciones o Ayuntamientos de

diferentes formas: página web oficial del ayuntamiento, bando municipal, redes sociales (Facebook y/o Twitter) o impreso y colocado en puntos estratégicos del municipio. En la Figura 23 aparece uno de los ejemplos de difusión de la intervención y en el Anexo 7 se describe el total de asociaciones que participaron por municipio, lugar de celebración y medios de difusión principales.

Figura 23. *Ejemplo de difusión de la intervención en Twitter*

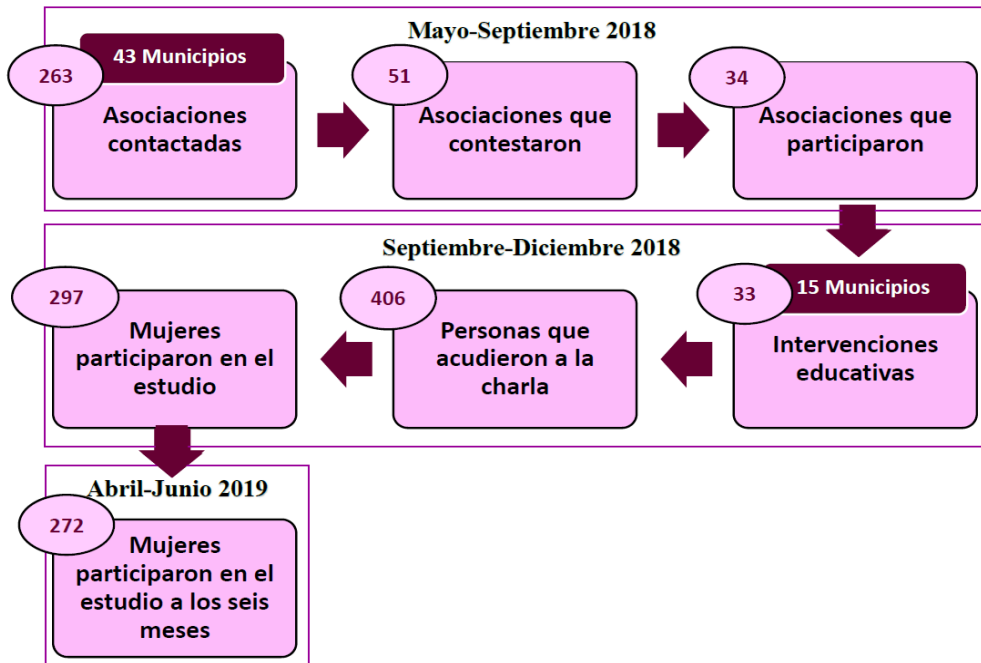


Nota: Recuperado de: Ayuntamiento de Pedralba [@aytopedralba], 2018.

Se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo. Todas aquellas mujeres que acudieron a la cita concertada, que decidían participar libremente en el estudio, cumplían los criterios de inclusión y firmaban el consentimiento informado (Anexo 8) se incluyeron en la muestra del estudio. Algunas mujeres que no cumplían criterios de inclusión, otras que no estuvieron en el comienzo de la charla, así como hombres y menores que asistieron se beneficiaron de la intervención educativa, aunque no participaran en el estudio (Figura 24). Por tanto, todas las charlas fueron impartidas a un total 406 mujeres, hombres o

menores. Las intervenciones comenzaron en octubre de 2018 y finalizaron en diciembre de 2018.

Figura 24. Algoritmo de participación en estudio en la fase experimental



4.4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 25 a 65 años que consintieran por escrito participar en el estudio.
- Mujeres residentes en la zona del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.
- Mujeres que entendieran español y pudieran leer y escribir.

- Mujeres que llegasen a tiempo a la intervención para cumplimentar el cuestionario previo.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con historia de histerectomía previa.

4.4.2.3 Cálculo del tamaño muestral

En el total de municipios que pertenecen al Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria, viven aproximadamente 151.420 mujeres, de las cuales 76.438 tienen edades entre 25 a 64 años (Generalitat Valenciana, 2018). Por tanto, considerando un tamaño de población de 76.438, una frecuencia esperada de participación en el cribado del CCU del 79%, una potencia estadística del 95% y un error alfa del 5%, el tamaño muestral requerido ascendió a 255 participantes. Dicho tamaño muestral se incrementó en un 20% para compensar las no respuestas previsibles en el seguimiento postintervención.

4.4.2.4 Instrumento recolección de datos

El mismo día que las mujeres iban a recibir la intervención educativa, la investigadora principal se presentó, explicó que se trataba de un estudio de tesis doctoral y solicitó la colaboración al mismo. A las mujeres que cumplían los criterios de inclusión se les entregaba el consentimiento informado, el cuestionario validado durante el estudio denominado CAP-PCCU (Anexo 9) y bolígrafos. Se les explicaba que tenían que rellenar los documentos en ese momento y entregar a la investigadora principal para poder iniciarse la intervención grupal.

La encuesta era autoadministrada y se tardaba en cumplimentar entre 5 y 6 minutos. Si alguna mujer tenía preguntas en cuanto a la cumplimentación, la investigadora las respondía en el momento. Se insistía en la importancia de rellenar todas las hojas y escribir en la última línea un teléfono para el contacto 6 meses después. Una vez que todas las mujeres habían cumplimentado la encuesta y el consentimiento informado, se empezaba con la intervención.

Tras la finalización de cada intervención, las respuestas fueron introducidas en una base de datos y se calculaba la puntuación obtenida por el cuestionario CAP-PCCU. Tras completarse todas las intervenciones, se revisaron los datos obtenidos para detectar los incompletos o erróneos, procediéndose finalmente a su depuración y análisis.

En la Tabla 6, se indican las diferentes puntuaciones que se pueden obtener con el cuestionario CAP-PCCU y que permiten conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la prevención del CCU.

Tabla 6. Puntuación del cuestionario CAP-PCCU

DIMENSIÓN	CALIFICACIÓN	RESPUESTAS
Conocimientos	<i>Nivel alto</i>	<p>Si obtiene una puntuación mayor o igual a 10 puntos.</p> <p>Ítem 5: a) Sí (1 punto).</p> <p>Ítem 6: a) Infección por VPH (1 punto).</p> <p>Ítem 7: a) Sí. Acierta: Citología, Test VPH, Co-test, revisiones ginecológicas (1 punto).</p> <p>Ítem 8: a) Sí (1 punto).</p> <p>Ítem 9: c) Por mantener relaciones sexuales sin protección (1 punto).</p> <p>Ítem 10: a) Sí (1 punto) o Indique cuáles: Verrugas en genitales o cáncer (1 punto). b) No los produce (2 puntos).</p> <p>Ítem 11: Sí (1 punto) o Indique cuáles: Verrugas en genitales o cáncer (1 punto). b) No los produce (2 puntos).</p> <p>Ítem 12: a) Es la toma de muestras por barrido y el análisis de las células del cuello uterino (1 punto).</p> <p>Ítem 13: a) Sí (1 punto).</p> <p>Ítem 14: c) A partir de los 25 años (1 punto).</p> <p>Ítem 15: c) Cada 3 o cada 5 años según la edad (1 punto).</p>
	<i>Nivel intermedio</i>	Si obtiene una puntuación 5 a 9 puntos.
	<i>Nivel bajo</i>	Si obtiene una puntuación menor o igual a 4 puntos.
Actitudes	<i>Favorable</i>	Si responde “De acuerdo” o “Muy de acuerdo” ≥ 4 respuestas
	<i>Desfavorable</i>	≤ 3 respuestas favorables de actitudes
Prácticas	<i>Correctas</i>	<p>Mujeres con edad menor a 35: última citología hace < 3 años</p> <p>Mujeres con 35 o más años: última citología hace < 5 años</p>
	<i>Incorrectas</i>	<p>Mujeres con edad menor a 35: última citología hace > 3 años</p> <p>Mujeres con 35 o más años: última citología hace > 5 años</p>
		Mujeres que no se han realizado una citología

El cuestionario CAP-PCCU se volvió a pasar 6 meses postintervención mediante una llamada telefónica por parte de la investigadora principal. Debido a la dispersión geográfica de la muestra del estudio, se eligió el procedimiento de recogida de la información mediante la encuesta telefónica por su mejor tasa de respuesta y otras ventajas como su bajo coste y rapidez (Guix, 2004). El seguimiento mediante llamada telefónica se realizó desde abril hasta junio de 2019.

Durante la llamada, la investigadora principal se presentaba brevemente, recordaba el motivo de la llamada y si la mujer aceptaba contestar en ese momento, se pasaba la encuesta, con una duración estimada de 4 minutos. Con las mujeres que no podían contestar el cuestionario en ese momento, se acordaba otro horario para realizarlo. A las mujeres que tras varias llamadas en horarios diferentes no cogían el teléfono, se les informó mediante mensaje instantáneo del motivo de la llamada y se les preguntaba por el horario que ellas eligieran para la rellamada. Las mujeres que no contestaron a las llamadas ni al mensaje instantáneo, fueron descartadas del estudio postintervención.

La recogida de datos telefónica seleccionaba determinados apartados del cuestionario CAP-PCCU. A todas las mujeres se les preguntó por los apartados *Conocimientos* y *Actitudes/opiniones*. Sin embargo, solo se preguntó el apartado *Prácticas* a aquellas mujeres que nunca habían sido cribadas o en las que hubieran pasado más de 3 o 5 años desde el cribado anterior, en función de la edad. Debido a que no se recogían de nuevo todos los datos del cuestionario, en la fase posterior a la intervención no se calculó la puntuación obtenida por el mismo.

4.4.2.5 Definición de variables

Las variables que conformaron el cuestionario CAP-PCCU se describen en la siguiente Tabla 7:

Tabla 7. Operacionalización de las variables estudiadas

DATOS GENERALES Y REPRODUCTIVOS			
I*	VARIABLE	VALORES POSIBLES	TIPO Y NIVEL
1	Edad	25 a 65 años	Cuantitativa Continua
2	Estudios completados	a.Ninguno b.Obligatorios c.Ciclos formativos/Bachiller d.Estudios universitarios	Cualitativa Ordinal
3	Estado civil	a.Soltera b.Casada c.Separada/Divorciada d.Viuda	Cualitativa Nominal
4	Número de hijos	Abierto	Cuantitativa Discreta
CONOCIMIENTOS			
5	Conocedor CCU	a.Sí b.No c.No lo sé	Cualitativa Nominal
6	Factor de riesgo más relacionado con desarrollo CCU	a.Antecedentes familiares del CCU b.Embarazos previos c.Consumo de tabaco d.Infección por VPH	Cualitativa Nominal
7	Conocimiento de técnica de prevención que detecta CCU	a.Sí (ítem abierto) b.No	Cualitativa Nominal
8	Conocimiento relación VPH con CCU	a.Sí b.No	Cualitativa Nominal

9	Conocimiento transmisión VPH	a.Por contacto con secreciones corporales: sudor, orina, lágrimas b.Por dar la mano o abrazar a alguien con el virus c.Por mantener relaciones sexuales sin protección d.Por uso de drogas e.No lo sé	Cualitativa Nominal
10	Conocimiento síntomas VPH en hombre	a.Sí (ítem abierto) b.No los produce c.No lo sé	Cualitativa Nominal
11	Conocimiento síntomas VPH en mujer	a.Sí (ítem abierto) b.No los produce c.No lo sé	Cualitativa Nominal
12	Conocimiento definición citología cérvicovaginal (prueba Papanicolau)	a.Es la toma de muestras por barrido y el análisis de las células del cuello uterino b.Es la toma de muestras y el análisis del flujo vaginal c.Es una biopsia del cuello uterino d.No lo sé	Cualitativa Nominal
13	Conocimiento citología es una forma de prevenir CCU	a.Sí b.No c.No lo sé	Cualitativa Nominal
14	Conocimiento momento recomendado para realización primera citología	a.A partir de la primera regla b.Desde el inicio de las relaciones sexuales c.A partir de los 25 años d.Si aparecen síntomas como dolor, mal olor vaginal, sangrado anormal... e.No lo sé	Cualitativa Nominal
15	Conocimiento frecuencia recomendada realización cribado CCU	a.Cada año b.Cada 2 años c.Cada 3 años o cada 5 según la edad d.No lo sé	Cuantitativa Intervalo de clase

ACTITUDES Y OPINIONES

- | | | | |
|-----------|--|--|------------------------|
| 16 | Consideración necesaria mayor difusión de información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino (mediante charlas, folletos, campañas publicitarias...) | | |
| 17 | Posibilidad de vacunación del VPH en caso de que lo indicara el personal sanitario | | |
| 18 | Disposición para la realización de citologías periódicas | Muy en desacuerdo
En desacuerdo
De acuerdo
Muy de acuerdo | Cualitativa
Ordinal |
| 19 | Recomendación a otras mujeres de la realización citología como prevención del CCU | | |
| 20 | Consideración de recuerdo por carta o por mensaje el momento de la realización de la próxima citología | | |
| 21 | Consideración de recepción de información sobre resultados de la citología explicados de forma comprensible | | |

PRÁCTICAS

- | | | | |
|-----------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 22 | Realización previa de citología | a.Sí
b.No
c.No recuerda | Cualitativa
Nominal |
| 23 | Edad realización primera citología | a.De 15 a 21 años
b.De 21 a 30 años
c.De 31 a 50 años
d.Más de 51 años
e.No lo recuerdo | Cuantitativa
Intervalo de
clase |
| 24 | Tiempo pasado desde última citología | a.Menos de un año
b.De 1 a 3 años | |

		c.De 3 a 5 años d.Más de 5 años e.Más de 10 años f. No lo recuerdo	Cuantitativa Intervalo de clase
25	Tipo de centro realización última citología	a.Público b.Privado c.No lo recuerdo	Cualitativa Nominal
26	Motivo realización última citología	a.Por iniciativa personal b.Me correspondía por fecha c.Por recomendación de profesionales sanitarios d.Por presión de mis familiares y/o amigos e.Porque presenté síntomas	Cualitativa Nominal
27	Conocimiento resultado última citología	a.Sí b.No c.No lo recuerdo	Cualitativa Nominal
28	Motivo de discontinuación con citologías (por más de 5 años)	a.Porque no sabía con qué frecuencia se hacían b.Por descuido o falta de tiempo c.Por miedo a la prueba d.Por temor al resultado e.Porque no he presentado molestias o síntomas f. Otros (ítem abierto)	Cualitativa Nominal

Nota: I.: ítem.*

4.4.2.6 Descripción de la intervención educativa

La intervención educativa consistió en una charla grupal de 45 minutos, llevada a cabo por la investigadora principal, sobre prevención del CCU. La charla tuvo en cuenta las deficiencias de información que encontramos tras la realización de los grupos focales y tras los resultados obtenidos en el estudio piloto de la validación del

cuestionario. Los contenidos que formaban parte de la misma eran los siguientes:

- Definición del cáncer
- Definición y síntomas CCU
- Epidemiología del CCU
- Factores de riesgo del CCU
- Infección por VPH: prevalencia, transmisión, síntomas, factores de adquisición y persistencia
- Prevención primaria del CCU: vacuna y uso preservativo masculino
- Prevención secundaria del CCU: cribado recomendado actualmente
- Conclusiones

Para la estandarización de la charla educativa, se preparó una presentación en formato Power-Point con un total de 76 diapositivas en español. El contenido de dicha presentación fue extraído de recomendaciones de sociedades científicas (AEPPC, 2016; American Cancer Society, 2016; Bruni *et al.*, 2019a), adaptando el lenguaje a todas las edades para evitar tecnicismos. Se puede visualizar el contenido de la charla a través del siguiente enlace: **<https://drive.google.com/open?id=1ahfd7tdI4jMzbAo6bWPZIPzEJn3IYAKs>**

Se eligió una única sesión educativa inferior a 60 minutos por los buenos resultados obtenidos en otros estudios (Li *et al.*, 2015; Marek *et al.*, 2012; Rosser *et al.*, 2015) y por la dificultad de acceso a

la muestra, principalmente debido a la dispersión geográfica de la población del estudio. Durante y después de la sesión, las mujeres preguntaban determinadas cuestiones que en la mayoría de los casos derivó a que se realizara un debate del tema entre las mismas.

La charla se llevó a cabo en las instalaciones propias de cada asociación o bien en espacios cerrados cedidos por el Ayuntamiento de cada municipio, como por ejemplo un salón de actos. En el caso de que la asociación no contara con el material necesario para la proyección de la charla, la investigadora principal aportaba un proyector y un ordenador portátil. Se formaron grupos con un tamaño máximo de 24 asistentes, siendo la duración de las sesiones de aproximadamente 60 minutos.

4.4.2.7 Consideraciones éticas

El estudio se realizó respetándose los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumpliendo los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Las participantes fueron informadas de forma verbal y escrita de los objetivos y metodología del proyecto antes de firmar el consentimiento. Se les explicó que su colaboración era totalmente voluntaria y que podían retirarse del estudio a pesar de haber firmado el consentimiento. Se adoptaron las medidas oportunas para garantizar la completa confidencialidad de los datos personales de las mujeres que participaban en el estudio, de acuerdo con la Ley De Protección de

Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre. Los datos recogidos se almacenaron y analizaron garantizando el anonimato de las participantes, sin utilizar iniciales ni otros códigos que las pudieran identificar.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València con número de procedimiento H1512066268329 (Anexo 10).

4.4.2.8 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los datos estratificado por momento (pre y post intervención) para cada una de las preguntas del cuestionario (excepto las que no cambian entre momentos). En el apartado descriptivo, las variables numéricas se resumieron mediante media y mediana, así como las categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se estudió la modificación de las respuestas a cada una de las preguntas por la intervención mediante la utilización de modelos mixtos de regresión multinomial y ordinal (en el caso de las variables en escala Likert) en los que se incluía a la persona como factor aleatorio para controlar así la no independencia de las observaciones (medidas pareadas). Estos modelos se ajustaron mediante metodología bayesiana para evitar problemas de separación perfecta, dado el escaso número de respuestas para algunas de las categorías estudiadas en algunas preguntas. Todos los análisis se realizaron mediante el software R (versión 3.6.1) y los paquetes brms (versión 2.9.0) y clickR (versión 0.4.32).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados de las tres etapas que componen la tesis. Primero se llevó a cabo la fase cualitativa, que consistió en la realización de tres grupos focales. Sus resultados se aplicaron en la elaboración del cuestionario, CAP-PCCU, que fue validado mediante Método Delphi y un estudio piloto. Los resultados de la última fase hacen referencia a la parte experimental, en la que se administró dicho cuestionario previo a la intervención educativa y 6 meses después, a través de una llamada telefónica.

5.1 Fase cualitativa: los grupos focales

5.1.1 Datos descriptivos

En los tres grupos focales que se llevaron a cabo, participaron un total de 21 mujeres. La media de edad de las mujeres fue de 40.1 ± 12.1 siendo el rango entre 29 y 65 años. Más de la mitad de las mujeres estaban casadas ($n=11$) y una parte importante tenía estudios universitarios completados ($n=9$). En cuanto a la realización de las citologías, solo una de las participantes del grupo más joven no la tenía realizada. Un 85.7% de las mujeres tenían una citología hecha en los últimos 3 años, acudiendo prácticamente por igual a sistemas sanitarios públicos como privados. La Tabla 8 muestra las características sociodemográficas y de cribado de CCU con más detalle.

Tabla 8. Datos sociodemográficos y de cribado de CCU de los grupos focales

Características		GF	GF	GF	TOTAL
		25-34 n=7	35-50 n=7	51-65 n=7	n=21
Edad (años)	Media (DE)	30.1 (1.6)	41.5 (5.2)	57.3 (4.4)	40.1 (12.1)
	Rango	29-33	35-50	51-65	29-65
Estado civil	Soltera	5	2	0	7
	Casada	2	3	6	11
	Separada/divorciada/viuda	0	2	1	3
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0	0	0
	Obligatorios	1	2	4	7
	Ciclos/Bachiller	1	3	1	5
	Estudios universitarios	5	2	2	9
Última citología	<1 año	3	3	2	8
	1-3 años	3	4	3	10
	>5 años	0	0	1	1
	>10 años	0	0	1	1
Centro médico	Nunca	1	0	0	1
	Público	2	3	4	9
	Privado	4	4	3	11

Nota: DE (Desviación estándar), GF (grupo focal).

5.1.2 Análisis del contenido

Mediante el análisis de contenido, se obtuvieron un total de 20 subtemas que se agrupaban en 4 temas principales. Los códigos que formaron parte de estos subtemas están recogidos en el Anexo 11. A continuación, se resumen los principales resultados y citas más representativas de los códigos analizados de los tres grupos focales.

5.1.2.1 Tema: Conocimientos y actitudes acerca del cáncer de cuello uterino y su prevención

Subtema: Factores de riesgo

En todos los grupos existía desconocimiento sobre los factores de riesgo implicados en el desarrollo de un CCU. Las mujeres mencionaban principalmente las relaciones sexuales de riesgo (sin protección o con varias parejas sexuales) y la genética. También se nombraron otros factores como el tabaco, la alimentación inadecuada, algunas ITS, los embarazos, los desajustes hormonales, el uso de pastillas anticonceptivas o el conjunto de factores:

- *Pues yo tenía entendido que el número de embarazos, que también podría desarrollar porque todo eso ahí se mueve o varía [mueve las manos] o no sé muy bien qué pasa. Desde el desconocimiento (P1, GF 25-34 años).*
- *Y desajustes hormonales, no sé, a lo mejor... Mujeres que no son regulares en la regla y que tengan algún desajuste hormonal, igual eso también favorece, a la larga, algún tipo de problema. No sé... (P4, GF 25-34 años).*

Una de las mujeres del grupo de 51 a 65 años atribuía como factor de riesgo principal la falta de prevención a nivel de salud pública, comparándolo con la buena prevención del cáncer de mama:

- *¿Factores? Sobre todo, la falta de... me imagino que el tabaco como en todos los cánceres, pero la falta de prevención y de organización de la sanidad pública en... igual que el cáncer de mama te hacen las revisiones pues, no les cuesta en absoluto llamarte cada 2 años a determinada edad. O sea, prevención y sobre todo pagada con el dinero de los demás, o sea con nuestro dinero (P6, GF 51-65 años).*

Subtema: Posibilidad de prevención

En cuanto a la posibilidad de desarrollar el CCU, había disparidad de opiniones. Algunas participantes opinaban que todas las mujeres tenían la misma probabilidad, mientras que otras referían que unas tienen más riesgo que otras, en función de los factores de riesgo, poniendo como ejemplo la genética:

- *Todas por igual, pienso yo (P4, GF 35-50 años).*
- *Unas más que otras porque si es por genética... que, si coincide todo lo que hemos dicho, pues hay muchas más probabilidades de que lo coja (P7, GF 35-50 años).*

En los grupos había dos vertientes. Por una parte, las participantes que creían que sí que se podía prevenir señalaban como ejemplos los buenos hábitos, las relaciones sexuales seguras, las citologías, las revisiones ginecológicas, entre otros. Por otra, las mujeres que relacionaban la genética o los antecedentes familiares con el desarrollo del cáncer, referían que por este motivo no era prevenible pero que sí que se podía detectar de forma precoz.

Subtema: Síntomas del CCU

Por otra parte, muchas mujeres desconocían si el CCU da síntomas, aunque algunas coincidían en que era asintomático, sin embargo, en el grupo de 35 a 50 años señalaron el sangrado y dolor abdominal.

Subtema: Información a través de profesionales

La mayoría de las mujeres de los tres grupos negaban haber recibido información por parte de profesionales sanitarios acerca del CCU, de la vacuna del VPH o en qué consistía la citología:

- *Por ejemplo, citología y todo eso no, nunca nadie... qué es ni...* (P3, GF 25-34 años).

Dos mujeres del grupo de edad de 51 a 65 años, consideraban que esta falta de información podría ser debida a que la mujer no pregunta las dudas durante la consulta, por la falta de tiempo o bien al carácter del o de la profesional. Aquellas que sí que habían recibido información por parte de profesionales, eran aquellas que habían acudido a una consulta ginecológica privada:

- *Pero es que, si vas allí, si no dices tú algo, si quieres saber algo lo tienes que preguntar* (P2, GF 51-65 años).
- *Depende de la persona, de las ganas que tengan de informar y del carácter que tenga en ese momento dado...* (P7, GF 51-65 años).

Las mujeres indicaban que esta falta de información en consulta podría suponer una falta de concienciación, así como una baja percepción del riesgo del desarrollo del mismo por parte de las mujeres:

- *Claro, si te hacen la citología es para prevenirte de algo, para avisarte, pues entonces explícame para qué es la citología, pero explícame el por qué, el qué puede venir si no me la hago o qué me puede alertar si me la hago...* (P7, GF 35-50 años).
- *A lo mejor, también, si tuviéramos más información, le daríamos más importancia como para saber que tenemos que ir todos los años[...]* No

somos conscientes de todo lo que podría pasar de no ir a las revisiones o...
(P3, GF 25-34 años).

- *Pero yo creo que es porque estamos faltas de información, que es lo que estamos hablando ahora, que como no sabemos el riesgo que corremos y lo que puede ser pues... como aquel... pues no, no vamos, no nos la hacemos y ya está. Si tuviéramos más, o nos preocupásemos más, que nos tenemos que preocupar más nosotros y supiésemos el riesgo que podemos correr o lo que pudiésemos tener, yo creo que iríamos más* (P3, GF 35-50 años).

El grupo de mujeres de 35 a 50 años creía conveniente que el momento de dar esta información por parte de profesionales sanitarios era durante la consulta, preferiblemente antes de la realización de cualquier técnica. El grupo de mujeres de 25 a 34 años, proponía que como mínimo la primera vez que se acude a una consulta ginecológica se debería de dar esta información:

- *En tu primera revisión ginecológica tiene dos fases: la primera informativa y la segunda revisión, por ejemplo [...] O sea que la primera consulta debería ser una consulta doble. Aunque seas tú sola. Primera informativa, luego te hacen... para contártelo. Porque es verdad que, o te pasa algo o no le prestas atención a lo que sea* (P2, GF 25-34 años).

En todos los grupos, todas las participantes estaban de acuerdo en que les gustaría que los y las profesionales sanitarios dieran la información relativa al cáncer y a su prevención mediante información escrita o intervenciones grupales, aunque algunas matizaban en la forma en la que pudiera ser dada esta información y discutían cuál sería la opción más eficaz:

- *El folleto yo creo que se pierde, se extravía, pero una charla como que te...cuando te lo están contando y te lo cuentan con nuestras palabras pues lo vas entendiendo un poco más (P1, GF 35-50 años).*
- *Un folleto para explicarte un poco por encima y después si quieres ampliar información, “aquí tienes el folleto”, “aquí hay una charla” (P6, GF 35-50 años).*

En el grupo de mujeres de 35 a 50 años planteaban que una buena forma de informar por parte de profesionales podría ser a través de medios electrónicos. Hablaban de recomendar videotutoriales o redes sociales, siempre que se utilizasen enlaces o páginas propuestos por profesionales para no dejar que las pacientes buscaran libremente por internet, y así evitar información errónea.

- *Un tutorial de YouTube, es una buena idea. Digo “ostras voy a ver esto como era” y me lo veo (P1, GF 35-50 años).*
- *En las redes sociales [...] En este enlace tienes la información veraz y contrastada... (P6, GF 35-50 años).*
- *Pero, por ejemplo, la misma doctora que te lo hace te puede decir mira coge este enlace y entra, que tengo yo hecha una explicación (P7, GF 35-50 años).*

En todos los grupos estaban de acuerdo en que el o la profesional encargada de llevar a cabo las charlas grupales para aumentar los conocimientos en las mujeres acerca del CCU y su prevención, debía ser especialista en la materia (matrona o ginecólogo/a) mejor que el médico/a de Atención Primaria u otro profesional:

- *En el caso de información sobre esto: matrona o ginecólogo (P5, GF 25-34 años).*

- *Médico de cabecera tendrá nociones primeras, pero no creo que pueda dar una explicación más específica (P1, GF 35-50 años).*

Algunas mujeres prefieren como educadora sanitaria a la matrona para evitar el uso de la terminología médica y el trato más cercano:

- *Normalmente, el ginecólogo, quizás hasta el vocabulario que utiliza a veces... la matrona creo que está más en contacto directo, con la mujer... más cercano y que es la voz incluso de Atención Primaria, como ahora los casos de maltrato que se están haciendo protocolos de Atención Primaria. Que tu médico de cabecera, si no lo sabe, que diga "pues vete a la matrona bajo" o mira "la matrona da charlas" o ya, según lo que tienes, ya te vas al especialista. Pienso eh, es una manera de...como en los partos, la que te atiende primero es la matrona. El ginecólogo cuando viene ya es cuando... Esto creo, ¿creo no? ... que sería ... y que supiera de... No quiero decir que te hable una mujer. Pero si te habla una matrona, a mí personalmente... (P6, GF 51-65 años).*

Subtema: Concienciación de este cáncer en la sociedad

A pesar de que las mujeres habían oído hablar del CCU en algún momento de su vida, no conocían a ninguna persona de su entorno o famosa que lo hubiera desarrollado. En general, todos los grupos coincidían en que había poca concienciación sobre este cáncer y su prevención en la sociedad, comparándolo con otros cánceres que se conocen más, como el de mama:

- *Pues igual ves un anuncio y dices, o ves el "Sálvame" y dices "ay, pues otra, cáncer de mama" pero no dices: "uh, cáncer de útero, tendré que irme a hacer una citología" (P1, GF 25-34 años).*

De todos los grupos, solo una mujer del grupo de 25 a 34 años y otra del de 51 a 65 años había visto información acerca de la prevención del CCU en televisión, prensa o carteles informativos:

- *Pero en la tele lo ves, en el... vas por un centro de salud o en un hospital y hay carteles. En no sé dónde, lo ves. O sea, aunque no seas consciente, está (P2, GF 25-34 años).*

Las mujeres consideraban que esta información acerca de la prevención partía principalmente desde el nivel familiar o desde el colegio:

- *Ya, claro, pero si tu madre por ejemplo no te hubiera concienciado y en el colegio te dicen un día: “es importante ir” y tú dices: “vale, es importante ir”. Ahí se queda la cosa. Tú no tienes a alguien que te vuelva a repetir: “es importante”, “es importante”, “la prevención...” (P1, GF 25-34 años).*

Esta información continua de prevención desde el ámbito familiar era el principal motivo de concienciación de las mujeres, sobre todo en el grupo de las mujeres más jóvenes (25 a 34 años) ya que algunas referían que la visita al ginecólogo/a era un control de salud “obligado” como otros:

- *Ya, pero eso de: “¿por qué te lavas los dientes?”. En mi cabeza es igual de: “¿cómo no voy a ir al ginecólogo una vez al año?” (P2, GF 25-34 años).*

Aun así, otras mujeres consideraban que debería haber más concienciación desde la sociedad y esta debería empezar desde el colegio mediante charlas, como ya se tratan otros temas relacionados con la salud.

5.1.2.2 Tema: Conocimientos y actitudes acerca del VPH

Subtema: Relación cáncer de cuello uterino y VPH

Ante la pregunta inicial de los factores de riesgo para el desarrollo del CCU, una participante habló de las enfermedades de transmisión sexual, pero ninguna de ellas nombró la infección por el VPH. En general, hubo bastante confusión y desconocimiento en todos los grupos respecto a ambos términos. Algunas participantes creían que el CCU y el VPH eran lo mismo, pero conforme iba avanzando la discusión, se iban aclarando entre ellas los conceptos:

- *Se relaciona, pero yo creo que no es lo mismo [...] Igual es que está todo por el mismo sitio, por el útero (P5, GF 35-50 años).*
- *¿Entonces el virus ese del papiloma ¿qué es, un cáncer de matriz? O... es que no lo sé yo... [...] Pero, a ver, el cáncer y el papiloma, ¿es lo mismo? (P2, GF 35-50 años).*

Sin embargo, posteriormente, en la mayoría de los grupos coincidían en que sí había relación entre el virus y el CCU, aunque pocas participantes sabían en qué consistía dicha relación:

- *El virus puede desarrollar un cáncer [...] Irá relacionado digo yo... (P3, GF 25-34 años).*
- *Que no quiere decir que sea un cáncer, un cáncer, pero que sí. A mí me dijeron que se podía tratar perfectamente y no tenía por qué ser un cáncer. Porque se empieza primero por una simple infección o eso, pues ya empiezan a tratarla. Que oímos la palabra papiloma y entonces ya lo relacionas todo con palabra cáncer. Que no puede ser siempre llegar a cáncer, sino que puede tratarse y no llegar a ser cáncer. Hay tratamientos para eso (P7, GF 51-65 años).*

Subtema: Prevalencia de la infección por VPH en la población

Había disparidad de opiniones entre las participantes respecto a la presencia del VPH en la población general. Por una parte, había desconocimiento, ya que no conocían a ninguna mujer que estuviera infectada por esta ITS. Sin embargo, una participante del grupo de 35 a 50 años, comentó que sí que conocía un caso, pero conforme avanzaba el discurso dedujo que realmente conocía a una mujer con CCU, sin saber si estaba infectada del VPH o no.

Algunas consideraban que la infección por VPH no era frecuente, sin embargo, otras consideraban que sí era frecuente, incluso cada vez más y por eso existía concienciación, sobre todo desde el ámbito escolar:

- *Yo creo que también porque se nos está concienciando y luego nos han hablado... Igual ahora no, pero en el colegio sí que nos han comentado o lo han tratado. O sea, igual no es algo que pensemos que es frecuente pero que se da (P1, GF 25-34 años).*

En el grupo de mujeres de 51 a 65 años, una afirmaba que se trataba de un virus más frecuente en población joven.

Subtema: Formas de transmisión del VPH

Todos los grupos coincidían en que el virus se contagia mediante relaciones sexuales. El grupo de mujeres de 35 a 50 años y el de 51 a 65 especificaban que se transmite mediante relaciones sexuales sin método barrera. Cuando se profundizaba más, había cierto desconocimiento en cuanto a quién era el portador de la infección:

- *Yo creo que son los hombres los portadores, nosotras las sufridoras. Creo...* (P2, GF 25-34 años).
- *Entonces, el virus del papiloma ¿no solamente viene de las mujeres? ¿Viene de los hombres?* (P2, GF 35-50 años).
- *Y sí, te la trasmítes tú, es porque él se lo ha pasado una mujer. Porque lo producimos nosotras y tú lo vas... lo vas propagando. Porque se ha acostado con otra...* (P7, GF 35-50 años).

En el grupo de mujeres de 25 a 34 años siempre hacían referencia a relaciones sexuales llevadas a cabo por parejas estables y heterosexuales. Algunas participantes hablaban de promiscuidad sexual como algo poco probable. Otras participantes del grupo de mujeres de 35 a 50 años proponían otras formas de contagio como la genética u otros motivos:

- *Porque a lo mejor venía de genética más que por transmisión sexual... porque las niñas de 12 años no tienen relaciones como para que... bueno, no sé* (P2, GF 35-50 años)
- *Estamos entrando en la transmisión sexual y a lo mejor no es de eso...A lo mejor es como si cuando vas a un sitio y a lo mejor coges hongos de... del baño o de cualquier cosa, no sé. No, ¿no?* (P3, GF 35-50 años).

Subtema: Síntomas de la infección por VPH

La mayoría negaban conocer los síntomas, pero sí que creían que podían existir algún tipo a nivel genital, siendo algunas participantes del grupo de 25 a 34 años y las de 51 a 65, las que mencionaban síntomas más específicos, como verrugas.

- *Supongo que tendrá molestias en... [...] No abdominal no, abajo en los genitales* (P1, GF 35-50 años).

- [...] “¡Ostras!” Ahora uno tiene un picor en un sitio o le ha salido una verruguita entonces resulta que es un... VPH (P6, GF 51-65 años).

Subtema: Vacuna del VPH

La mayoría de mujeres de todos los grupos la conocían, principalmente por el alto coste de la misma. A lo largo de la discusión que se generaba, asociaban que se administraba para prevenir el desarrollo del CCU, aunque no lo hubieran mencionado previamente como medida preventiva. Sin embargo, una mujer del grupo de 25 a 34 años desconocía completamente la existencia de esta vacuna, denunciando no haber sido informada al respecto:

- *Eh no. Yo no lo sé, sino me la hubiera puesto por si acaso* (P6, GF 25-34 años).

Cuando se profundizaba en la vacuna, aquellas mujeres que la tenían puesta o eran madres de hijas vacunadas, tenían mayores conocimientos en cuanto a efectividad de la vacuna que las que no estaban vacunadas o no conocían ningún caso cercano:

- *No sé cuánto tiempo hace, pero una de las cosas que decían “es menos efectiva”, es a partir de las ... las nenas de 14 años son cuando se les pone y ya era... pues “si has tenido relaciones sexuales es menos efectiva”. Si has tenido... entonces empezaron a decir varias cosas y... éramos más mayores [...] Yo sabía varias cosas, sabía que había varios peros... que contra más pequeña eres, pequeña, pues eso, 13-14, 14-15 no sé, no me acuerdo muy bien... era mejor. Si no habías tenido relaciones sexuales, era mejor, si no habías tenido un embarazo, era mejor. Había varias cosas, pero en ningún momento ni ginecólogos ni nada nos dijeron “no te la pongas”. Yo sabía varias cosas* (P2, GF 25-34 años).

Un tema que generaba bastante confusión era la edad a la que se administraba la vacuna y si entraba en calendario vacunal y, por tanto, estaba financiada. Siempre se hacía referencia a vacunar a las chicas:

- *Han empezado a ponérsela a las adolescentes, ¿no? Jovencitas... Y hay que pagarla (P5, GF 25-34 años).*
- *Sí, que creo que no entra por la seguridad social y hay que pagarla. O la seguridad social paga algo... pero sí que es cara (P4, GF 35-50 años).*
- *A partir de los 16 años, privado (P3, GF 51-65 años).*

Se les preguntó si, en el caso de que no la llevaran puesta y si eran aconsejadas por su profesional sanitario, se la pondrían. La mayoría de mujeres afirmaban que sí que lo harían, aunque dudaban si por la edad podrían vacunarse o no:

- *Pero igual hay una recomendación de edad, no sé... No sé si después de los embarazos se puede seguir poniendo (P6 está embarazada) porque... yo también tenía entendido que, por ejemplo, muchos embarazos también... (P1, GF 25-34 años).*
- *Lo que no sabemos si por edad ya hemos llegado tarde o no [...] Si lo ponen tan pronto, igual nosotras ya... Ya hemos llegado tarde... (P3, GF 35-50 años).*
- *Es que no sé hasta qué edad se indica. Me imagino que es el... porque la concepción que hay desde determinada edad es que ya no se practica casi el sexo... Si no es con la pareja... sinceramente es que hay mucho desconocimiento... Creo, que es así (P6, GF 51-65 años).*

Algunas mujeres habían intentado vacunarse en el pasado, pero no se les recomendó por diferentes motivos:

- *Sí. Yo, de todas formas, cuando salió el tema de la vacuna y vine al ginecólogo, la enfermera me dijo que si tenía una pareja estable... que tampoco hacía falta ponerla* (P3, GF 25-34 años).
- *Yo intenté ponérmela y me dijo que, por mi problema que tengo “es tontería que te gastes el dinero, porque no te va hacer nada”* (P7, GF 51-65 años).

En el grupo de mujeres de 35 a 50 años, hubo una participante que aseguraba que bajo ningún concepto se la pondría. Sin embargo, otras mujeres del resto de grupos referían que tendrían en cuenta el riesgo/beneficio:

- *Hombre si no tiene ningún efecto y se supone que te vacunan y es todo beneficios, ¿por qué no te vas a vacunar?* (P2, GF 35-50 años).
- *Pero es igual que lo de la gripe, que realmente te meten el virus. Por eso me refiero que igual yo digo que sí, pero... [...] Me informaría antes* (P4, GF 35-50 años).

En el grupo de mujeres de 25 a 34 años profundizaron más en temas específicos, como la posología o la seguridad de la vacuna, haciendo referencia a las noticias que salieron publicadas en los inicios de la vacunación en España y concretamente en la Comunidad Valenciana:

- *Eso salió hace muchos años, es que salió hasta en las noticias...* (P5, GF 25-34 años).
- *[...] A mí cuando fue el boom este que empezaron a salir que... sentaron mal a algunas niñas... o lo que sea, mi padre lo vio en las noticias y fue y preguntó. Fuimos nosotros los que fuimos al médico a decir: “¿se las pueden poner?”* (P2, GF 25-34 años).

5.1.2.3 Tema: Conocimientos y actitudes acerca del cribado del cáncer de cuello uterino

Subtema: Objetivo de la técnica

Después de haber planteado de forma abierta la prevención del CCU, se cuestionó a las participantes el objetivo de la realización de la citología vaginal. Algunas mujeres hablaban de detección precoz de una enfermedad o anomalías y otras de prevención sin especificar más:

- *Para cogerlo a tiempo ¿no? Para detectarlo a tiempo y que puedan ¿tratarte? (P6, GF 25-34 años).*

Cuando se les preguntó si podrían describir con más detalle la técnica, algunas mujeres hablaban del material que se utilizaba: “hisopo”, “pato”, “potro” o “palo”. En general, había desconocimiento y confusión sobre con qué tejido se recogía la muestra, incluso alguna confundía la técnica con una biopsia:

- *Es como que te arrancan algo [...] Un trozo de carne (P2, GF 25-34 años).*
- *Es mucosidad ¿no? La mucosa (P4, GF 25-34 años).*
- *Sí, te sacan una muestra de tejido epitelial y la analizan, ya no sé más (P5, GF 35-50 años).*
- *A ver, es un pellizco (P4, GF 35-50 años).*
- *Pero ¿eso una biopsia? ¿Entonces? ¿Cómo una biopsia...? (P1, GF 51-65 años).*

Respecto a la técnica, dos grupos creían que la citología era una técnica mejorable, incluso alguna mujer proponía el uso de una pequeña sedación o anestesia para reducir las molestias durante la misma:

- *A ver, si te tienen que llegar a un parte del cuello... te podrían anestesiar, pero tampoco creo que sea para tanto... (P4 (GF 35-50 años).*

En todo momento se hablaba de la técnica de la citología, solo una mujer del grupo de 51 a 65 años comentó el test de VPH como otra forma de cribado.

Subtema: Actitud antes, durante y después de la técnica

Para conocer las actitudes frente a la citología, se preguntó en los grupos qué sentimientos, emociones o pensamientos tenían antes, durante y después de la prueba. Todos los grupos coincidieron en que antes de la técnica sentían nervios y vergüenza ante la futura exposición de sus genitales a un profesional:

- *Nervios, un poco de tensión porque a ver no es una situación que se vea todos los días. A ver, ahí existe algo de incomodidad de uno mismo ¿no?, de que estás ahí...no sé (P6, GF 35-50 años).*

El grupo de mujeres de 51 a 65 años profundizó un poco más y hablaban continuamente de miedo. Varias participantes referían que tenían miedo a los posibles resultados, mientras que otras referían tener miedo a la técnica por la molestia que puede producir:

- *El ya entrar a la ginecóloga, le tengo pavor. Pavor. Yo le digo: "estoy acojonada no, lo siguiente. A ver lo que estás viendo por ahí que no quiero que veas nada". Miedo a la mamografía, a la citología... (P7, GF 51-65 años).*

Cuando se les preguntaba qué sentían mientras se les estaba realizando la técnica, todos los grupos referían tensión y cierta

incomodidad. El grupo de mujeres de 25 a 34 años identificaba que la citología no es una técnica dolorosa, sino molesta o incómoda. Sin embargo, los otros dos grupos sí que se discutían si la técnica era dolorosa. Continuamente comparaban esta técnica con la mamografía:

- *Pero que no es algo que vayas ahí a sufrir... bueno desde mi punto de vista. A lo mejor duele más una mamografía eh* (P5, GF 35-50 años).
- *Duele más la mamografía* (P1, GF 35-50 años).

Algunas participantes comentaban que la técnica duele por la tensión de la postura y de la prueba, y que lo importante era que no durase mucho tiempo.

Todos los grupos repetían varias frases que suelen decir los y las profesionales a lo largo de la técnica:

- *Sí eso es muy incómodo, nunca estás suficiente... y yo siempre le digo: “pero es que me voy a caer!” Y sino: “no, no, baja más, baja más”* (P7, GF 25-34 años).
- *“Estate tranquila, ya acabamos” [...]* (P1, GF 25-34 años).
- *A mí el mío me dice: “¿pero puedes relajarte?”* (P3, GF 51-65 años).

Una vez finalizada la técnica, las mujeres referían que pasa la tensión y se quedan tranquilas. La mayoría de ellas no presentaban síntomas ni molestias importantes, siendo algunas informadas de que podían tener un pequeño sangrado vaginal después de la técnica.

Subtema: Población diana

Todos los grupos contestaron que las citologías debían realizárselas todas las mujeres. Solo el grupo de mujeres de 25 a 34 años especificó qué mujeres no deberían de hacérsela:

- *Bueno, igual a las mujeres que les hayan quitado el útero y tal, igual ya no les hace falta... ¿No? Si es cáncer de cuello de útero y no tienes... (P6, GF 25-34 años).*

Respecto al inicio del cribado, las mujeres desconocían la edad exacta. La mayoría de mujeres estaban de acuerdo en que el momento de iniciar las citologías era la menarquia. Sin embargo, otras consideraban que el inicio del cribado era posterior si la mujer presentaba desarreglos menstruales que hicieran acudir al ginecólogo/a o coincidir con el inicio de las relaciones sexuales:

- *Sí, yo a mis hijas las he llevado desde que tuvieron la menstruación, las llevé a la ginecóloga y las ha estado llevando y les dio sus anticonceptivos y les dio sus cosas... (P7, GF 51-65 años).*
- *A partir de las relaciones, creo que me dijeron a mí. A partir de que empezaran las relaciones es cuando hay que mirarse (P7, GF 35-50 años).*

A raíz de este motivo, algunas mujeres discutían que no hacía falta iniciar las relaciones sexuales para acudir a la consulta ginecológica y así empezar el cribado del CCU:

- *Hombre si tienes alguna molestia puedes ir cuando quieras, pero yo por lo menos empecé a ir ahí (con el inicio de las relaciones sexuales) (P4, GF 35-50 años).*

Había más desconocimiento acerca de la finalización del cribado. Algunas participantes comentaban que no sabrían decir la fecha exacta, otras dudaban de si era con la menopausia y otras planteaban que no debería de finalizar nunca, ya que siempre hay riesgo de cáncer en la mujer:

- *Es que virus y cánceres... puedes coger hasta con 80 años (P5, GF 25-34 años).*
- *No sé si hay algo en concreto que pasa a las mujeres en concreto que es de: “a partir de esta edad, ya no” (P2, GF 25-34 años).*
- *Pero no sé si tiene que ver la menopausia... no tengo ni idea... (P5, GF 35-50 años).*
- *Hasta que me muera, así de claro te lo digo... yo creo que siempre (P7, GF 51-65 años).*

En este momento, se planteaban si las mujeres ancianas habrían de hacerse revisiones ginecológicas, ya que refieren que hay menos posibilidad de relaciones sexuales:

- *Si esto va por contagio sexual, a una persona de 90 años no le hace falta una citología para nada (P6, GF 25-34 años)*

Subtema: Frecuencia del cribado

Este subtema fue uno de los más tratados. En los tres grupos aparecía el mismo patrón de respuestas, ya que existían dos vertientes principales: citología anual versus citología cada más años (Tabla 9).

Aquellas mujeres que acudían a consultas privadas y se realizaban citología de forma anual estaban convencidas de que era la frecuencia de cribado correcta y animaban al resto a aumentarla:

- *De aquí todas... Y el año que viene: “No, no, yo ahora voy todos los años. Yo me he concienciado y todos los años...” (P7, GF 25-34 años).*

Tabla 9. Frecuencia del cribado según las participantes de los grupos focales

		CÓDIGO				
		Cada año	Cada dos	Cada tres/ cinco	Otros	Cita
GF 25-34	P1					<i>Llamé una vez para porque me había dejado la privada y ya estaba en la pública [...] y me dijeron: “chica, pero... a tu edad cada 3 años...”.</i>
	P2					<i>Una vez al año</i>
	P3					<i>Yo por lo que he oído, cada dos años[...]</i>
	P5					<i>[...] La última que me hice fue hace dos años pues hasta que no me vuelva a quedar embarazada, no voy a ir...</i>
	P6					<i>Creo que va por edades</i>
	P7					<i>Como yo voy todos los años</i>
	P1					<i>Yo creo que cada año, sería anual</i>
GF 35-50	P2					<i>Yo creo que cada año [...]Yo creo que si te la haces 1 vez al año la seguridad social no te la van a hacer...</i>
	P4					<i>Voy todos los años en la misma fecha</i>
	P6					<i>Yo la última vez que fui me dijeron, en 3 años</i>
	P7					<i>Yo creo que depende de la edad, del riesgo y si te notas algo raro pues ahí sí que hacértela sí o sí, pero si tú estás bien...</i>
	P1					<i>¿Cada cinco?</i>
GF 51-65	P2					<i>Nosotras cada 2 años, vas y llamamos y vamos.</i>
	P7					<i>Yo voy privadamente y yo si todos los años me las hago.</i>

Las mujeres que no se lo realizaban anualmente, tenían más desconocimiento acerca de la fecha exacta:

- *Fíjate, que no sabemos ni cada cuánto hay que hacerla (P3, GF 25-34 años).*
- *No sé, ¿para qué? [...] Ya... pero como no sé qué es cada año, que es cada dos, no lo sé... Pues no voy. Cuando tenga que ir, pues iré (P5, GF 25-34 años).*

Algunas mujeres defendían que el cribado se debería de hacer con más frecuencia porque el cáncer podría no dar síntomas y diagnosticarse de forma tardía, incluso ponían ejemplos de casos conocidos:

- *Pero ese es el problema, que a veces no tienes síntomas y luego vas... (P2, GF 35-50 años).*
- *Yo tengo una conocida que le hicieron una citología y le salió bien, en teoría, en principio y a los meses, no llegaba al año, empezó a sangrar y tenía cáncer de matriz y ovarios (P1, GF 35-50 años).*
- *Pero es que creo que depende, porque si se hace el cáncer, por eso digo 1 vez al año porque a lo mejor corre demasiado y en 3 años ya no... llegas tarde (P5, GF 35-50 años).*

El grupo de mujeres de 51 a 65 años era el que más reivindicaba la falta de prevención y lo relacionaban con la falta de dinero o posibles recortes a nivel político:

- *Yo creo que es falta de... dinero [...] Falta de... de sanidad. Por ejemplo, la Comunidad Valenciana la situación es bastante patética. Por ejemplo, en Andalucía y también lo están... entonces restringen o recortan. Y ¿por dónde recortan? Pues mira oye, normalmente por temas como: prevención de enfermedades de mujeres, maltrato... cosas que ahora se detectan en primaria. ¿Por qué? Pues yo pienso sinceramente que porque sigue habiendo mucho jefe... sinceramente. Ahora, es economía eh. Es decir, es que no hay... Es que, si supiéramos la verdad [...] (P6, GF 51-65 años).*

Continuamente, las mujeres comparaban la detección precoz del CCU con la de mama en cuanto al tipo de cribado (frecuencia, inicio y finalización).

Subtema: Resultados citología

Entre las mujeres que acudían a la sanidad pública para la realización del cribado, la mayoría no conocían los resultados o lo sabían indirectamente, ya que el mensaje profesional solía ser que si los resultados eran negativos no serían avisadas. Sin embargo, todas las mujeres que acudían a ginecólogos privados eran conocedoras de los resultados y mediante diferentes vías: teléfono, correo electrónico...

- *La frase es “si está todo bien, no diremos nada. Si no, nos pondremos en contacto” (P2, GF 25-34 años).*
- *Yo es que sí que voy al privado y me dicen los resultados y me los explican... Pero en la seguridad social, no (P4, GF 35-50 años).*

Las mujeres volvían a poner ejemplos con el cribado del cáncer de mama, ya que con este cribado poblacional siempre se reciben los resultados de forma escrita:

- *La mamografía te lo dicen en el momento si todo ha salido bien. Y te dan el papelito con la (...) (P2, GF 51-65 años).*

Algunas mujeres de los grupos de 25 a 34 y 35 a 50 años, comentaban que, aunque los resultados sean normales, prefieren que se les avise de los mismos, preferentemente mediante otra citación con el profesional para la explicación personal de los resultados:

- *Por preferir, siempre prefieres que te llamen y te digan que está bien, lógicamente, o que te envíen los resultados también (P6, GF 35-50 años).*

La mayoría de las mujeres coincidían en que los resultados alterados de la citología significaban algo anormal. A pesar de que no sabían profundizar más, todas coincidían que no era un diagnóstico directo de cáncer.

Subtema: Motivo de realización de su última citología o motivo de incumplimiento

La mayoría de las mujeres referían que el motivo de acudir a la citología era que “les tocaba”, es decir, que acudían a la fecha prevista según protocolo:

- *Yo, porque me tocaba, porque siempre voy en marzo-abril y todos los años voy en la misma fecha (P4, GF 35-50 años).*

En el grupo de mujeres de 25 a 34 años asociaban el uso de la técnica de prevención con el embarazo, tanto antes como después. En el grupo de mujeres de 35 a 50 años asociaban hacerse la citología aprovechando la consulta ginecológica, aunque hubieran acudido por otros motivos:

- *Yo, ahora me acuerdo, que no te dicho que fue hace 4 años, creo que menos y fui, pero porque hacía 2 meses que no me bajaba la regla y entonces es cuando el médico de cabecera me mandó a hacérmela (P3, GF 35-50 años).*

Los motivos principales de incumplimiento de la técnica, según las mujeres, era la dejadez y la cierta incomodidad de la técnica o de la visita al ginecólogo/a:

- Y la incomodidad, sí, sí porque no es agradable [...] Entre que no te apetece ir y lo vas dejando... (P3, GF 25-35 años).

Tanto en el grupo de 25 a 34 años como en el de 35 a 50, hablaban de casos cercanos de otras mujeres que nunca se habían hecho la citología, o en caso en que la anterior había sido mucho tiempo atrás, y resaltaban lo importante de prevenir:

- Como mi cuñada la mayor, me dice: “desde que yo tuve a la chiquilla no he vuelto a ir al ginecólogo”. Y yo, ¿en serio? [...] Dice: “como no tengo problemas, pues para qué tengo que ir”. A ver, yo le digo, “tú haz lo que quieras... Ale, 33 años tiene la chiquilla... (P1, GF 35-50 años).

Las mujeres también hacían referencia a que, al no ser avisadas para la citación como ocurriría en un cribado poblacional, podría parecer que la prueba es menos obligada para algunas mujeres.

Subtema: Posibilidad de cribado poblacional

La mayoría de las mujeres estaban de acuerdo en que el cribado del CCU debería de realizarse de forma poblacional, de tal forma que fueran avisadas y citadas, como mínimo la primera vez. Criticaban las peculiaridades del cribado oportunista en cuanto a la citación y lo comparaban continuamente con el cribado del cáncer de mama que es el que más conocen.

- *Pero yo creo que es como todo. Tu no dices “me voy a hacer una mamografía”, tú estás esperando a que te llegue la carta...o que te llamen porque tú por tú cuenta, yo creo que no... (P2, GF 35-50 años).*
- *Yo creo que eso sería la solución, el que te manden una carta y te digan: “tal día te toca” (P6, GF 25-34 años).*
- *Porque por ejemplo para hacerte una mamografía sí que te mandan una carta para avisarte de que te toca en tal fecha y para las citologías a veces llamas y dicen “no, pero si te la hicimos el año pasado”. Otras veces llamas y te dicen “no, pero si ya te tenías que haber venido” ¿Uy? (P6 GF 25-34 años).*
- *Además, es que, si a mí, por ejemplo, por lo que sea, porque se me pasa, por mil cosas que me pueden pasar porque se me va de la cabeza y no me la hago, o bueno, pues nada, cuando me venga a la cabeza que me tengo que hacer una citología,a lo mejor ha pasado 5 años. Y a mí no me llega una carta como te llega con la mamografía de... prevención de cáncer de cuello de útero o de... lo que sea... No, no te llega, así que también tienes que estar tú pendiente de... (P6, GF 35-50 años).*

Muchas de ellas comentaban diferentes métodos de aviso de la citación: email, llamada telefónica, mensaje de texto... ya que creían que el sistema conoce sus datos:

- *Bueno yo hablo de la seguridad social, yo no hablo del privado. A mí la seguridad social, a mí me tiene fichada... ni una carta (P5, GF 35-50 años).*

Subtema: Profesional que realiza la técnica

En los tres grupos hubo disparidad de opiniones respecto a su preferencia de género del profesional que realiza la técnica. En la mayoría de los casos preferían un género u otro, o indiferente en función de la experiencia previa que hubieran tenido. Algunas mujeres hacían referencia a que con los hombres pasaban más vergüenza,

incluso en uno de los grupos, una mujer hacía referencia a que la edad del profesional también es importante:

- *Hombre yo cuando fui la primera sí que había un hombre, pero te digo que me da más vergüenza. Yo siempre lo he dicho que prefiero a un ginecólogo que... no por nada, pero por experiencia prefiero un hombre que una mujer. Y si es mayor, joven tampoco me gusta (P2, GF 35-50 años).*

Por tanto, muchas mujeres hacían referencia a que lo importante no era el género sino la forma en la que se realiza la técnica. Cuando las mujeres hablaban de la técnica, se centraban más en el posible dolor por la forma de realizarla por parte del profesional y no de la técnica en sí.

- *También hay ginecólogos más suaves que otros porque también...[...] Pues yo por la experiencia que he tenido, casi prefiero hombre porque yo antes iba a un ginecólogo de pago que es el que ha ido mi familia siempre y el señor vamos súper agradable, se ponía en el papel de la mujer ¿sabes? Con un tacto y... vamos. Y después fui a X y esa señora... (P6, GF 25-34 años).*
- *Yo fui al centro de salud X y cogí miedo, que ya os lo he dicho, y después fui a uno privado en que me atendió una chica, una ginecóloga y la verdad que superbién, con un montón de tacto porque le dije: "mira, estoy muy nerviosa porque me da miedo, porque tal..." y no sentí prácticamente molestias ni nada y superbién, mucho tacto y tal. Y que sea mujer, a mí me tranquiliza más, no sé. Creo. Tampoco he ido nunca a ningún hombre, pero así a priori... (P3, GF 25-34 años).*

Por otra parte, las mujeres demandaban ser mejor atendidas en cuanto al trato, e información que se da durante la consulta ginecológica, por el hecho de ser un aspecto delicado y de intimidad de la mujer.

- *Si también hay quien ni mira eh... que igual están hablando con el de al lado [...] Que a mí eso me pasó 1 vez. Que dices: “eh, que estoy aquí yo, eh!”, porque estaba en una conversación él emocionado que me dijo: “ay perdón” y dije yo: “gracias” (P7, GF 25-34 años).*
- *Depende de la persona, de las ganas que tengan de informar y del carácter que tenga en ese momento dado... (P7, GF 51-65 años).*
- *En el ambulatorio, mi experiencia, y la médica que yo tengo de cabecera, que la tengo de hace 20 años y es un encanto, me pregunta: “¿has ido?” Sabe que el ginecólogo voy por amistad y tal... y me dijo “chica por qué tienes que ir... vete al centro X”. Vale muy bien, que me tocaba. ¿Una cola? Impresionante... Una de las veces fui por la seguridad social adonde me tocaba, en X y mala pata, pero me tocó un “mala sombra” porque no solo no me informó, sino que casi no me habló y solo cuando yo le dije los síntomas me dijo que hiciera como su abuela, que fuera al herbolario... Pusimos una queja en atención al paciente... No, no, pero ¿dices tú de explicar? Pero si ni siquiera te habla... Algunos. No generalizo, pero en general (P6, GF 51-65 años).*

En todos los grupos señalaron que tanto el ginecólogo/a como la matrona pueden realizar el cribado. Sin embargo, en el grupo de mujeres de 35 a 50 años, hubo discusión acerca de por qué la matrona hacía la técnica y no era siempre el ginecólogo/a. A raíz de esta discusión, surgió el debate de las competencias de cada profesional:

- *Yo eso es la primera vez que lo oigo, lo de la matrona y las citologías (P5, GF 35-50 años).*

Subtema: Diferencias entre cribado privado y público

Este subtema surgía continuamente por parte de las entrevistadas. Las principales diferencias que señalaban las mujeres

que acudían a los centros privados eran: la frecuencia del cribado (siempre anual), información de los resultados y ausencia de lista de esperas:

- *Lo privado sí, tú llamas y te darán cita. Pero en lo público tú llamas y te darán... (P5, GF 25-34 años).*
- *Aunque yo también creo que sería un poco mentira, sobre todo si es privado es diferente porque...las horas... pero exigirle a un médico en un centro público que a cada persona que te entre le des (porque es una charla lenta, o sea corta). A lo mejor, la mujer tiene preguntas y tal, decirle que la mujer utilice 15-20 minutos de la esto para...no lo veo... (P2, GF 25-34 años).*

La única mujer que mencionó el test de VPH, lo describía desde el punto de vista de que era una técnica exclusivamente privada y también denunciaba que el cribado tuviera fecha de finalización en el servicio público:

- *[...] te hacen la citología y si detectan cualquier...eh... cualquier infección, te lo digo porque a mí me lo han hecho hace nada, te proponen, y te estoy hablando de la sanidad privada, te proponen el hacerte la prueba específica para el papiloma. Entonces, eso lo deberían de hacer no en el privado sino en la seguridad social[...] La seguridad social tiene unas... digamos, unas limitaciones[...] Entonces, creo conveniente que debería... porque si no, vas a lo privado y sí, te revisan cada 3 meses, cada 6 meses. Cada 3-6 meses te revisan, porque en la seguridad social, que todo el mundo tenemos derecho a la seguridad social, ¿por qué no llevan el mismo estudio que lo llevan privadamente?, ¿por qué? [...] Ciertas enfermedades deberían de llevar un control más... yo no te digo cada 3 o 6 meses como hacen en lo privado, pero sí anualmente. Les cuesta bien poco estar revisando: de mamografías, de citologías, de exploraciones... de todo tipo. Lo pagamos todos (P7, GF 51-65 años).*

5.1.2.4 Tema: Prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino

Subtema: Vacunación VPH

De las 21 participantes, solo 3 mujeres del grupo de 25 a 34 años llevaban puesta la vacuna del VPH. Las mujeres de edad superior siempre hablaban de la vacunación en sus hijas:

- *Yo a mi hija mayor la vacuné pagando porque ya había pasado digamos la edad que cubría la seguridad social pero la pequeña sí que llegó al cupo, y entonces le pusieron a la pequeña en la seguridad social las 3 dosis (P7, GF 51-65 años).*

Algunas mujeres no sabían si la llevaban puesta:

- *Pero ¿esa vacuna la tenemos todas? ¿Yo también la tengo? (P6, GF 25-34 años).*
- *Pero... que yo recuerde yo no me he vacunado y si me he vacunado ni me acuerdo (P1, GF 35-50 años).*

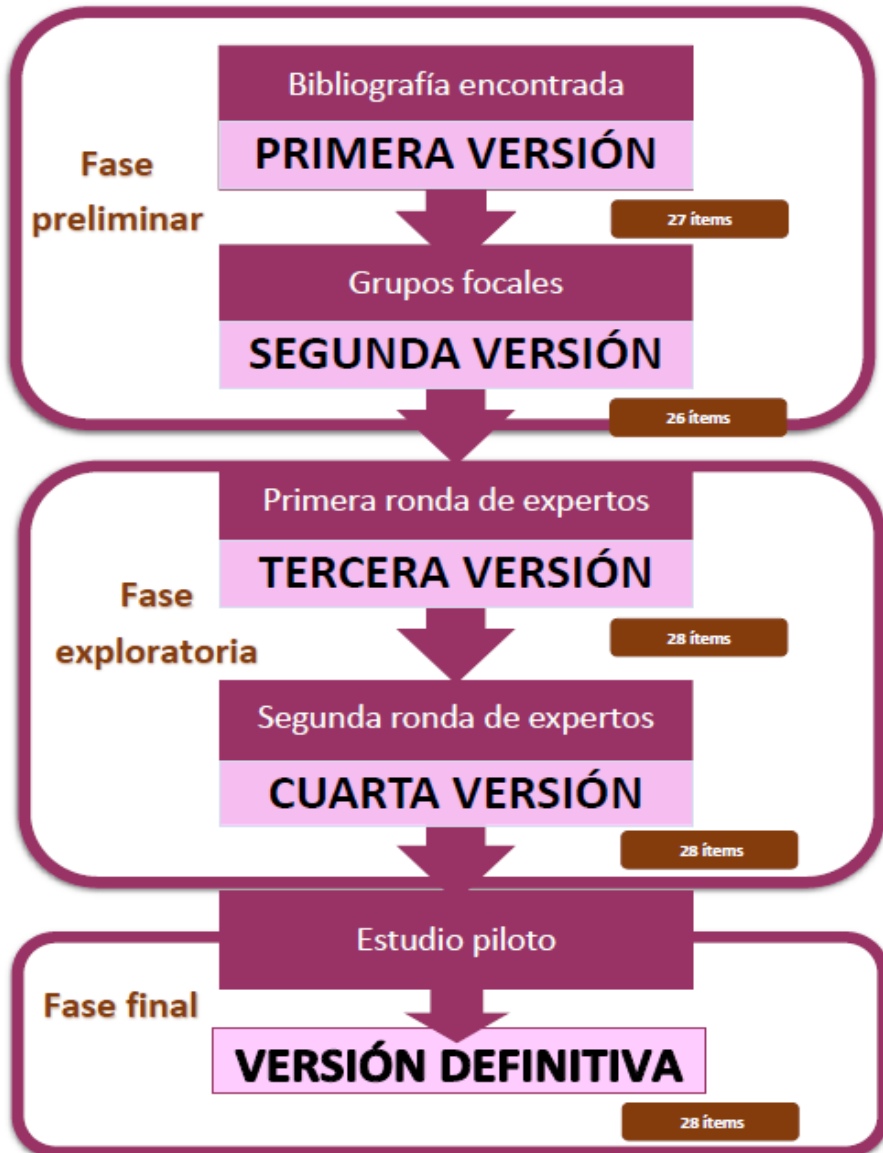
Subtema: Prácticas de cribado CCU

Como se detalla en la Tabla 9, la cobertura de cribado, en la mayoría de las mujeres de los tres grupos, estaba dentro de las recomendaciones actuales, es decir, con un cribado realizado en menos de 3 o 5 años en función de la edad. Una mujer del grupo de 51 a 65 años no tenía una citología hecha en los últimos 5 años, y otra, del mismo grupo, en los últimos diez. Solo una mujer del grupo de 25 a 34 años no tenía hecha una citología, aunque según su discurso consideraba que sí que la tenía hecha ya que la confundía con otra toma de muestras que le habían realizado durante su primer embarazo.

5.2 Fase cuantitativa: Validación del cuestionario

El cuestionario inicial, que se elaboró en la fase preliminar por el grupo coordinador, estaba basado en ítems extraídos de la búsqueda bibliografía y con la aportación de los grupos focales, pasó un proceso de validación (fase exploratoria) mediante comité de expertos con el Método Delphi y posteriormente, en la fase final, fue evaluado mediante un estudio piloto. En la Figura 25 se pueden repasar todos los pasos realizados para la elaboración y validación del este cuestionario nombrado CAP-PCCU.

Figura 25. Pasos realizados para la elaboración y validación del cuestionario CAP-PCCU



5.2.1 El Método Delphi

5.2.1.1 Primera ronda del comité de expertos

La investigadora principal se puso en contacto con las personas que aceptaron formar parte del comité de expertos e informó de la documentación que habían de rellenar en la primera ronda, relativa a su currículum y valoración de ítems según instrucciones (Anexo 5). Todos los expertos enviaron en el tiempo establecido (21 días) la documentación que se les había solicitado. La descripción de los participantes del comité de expertos se resume en la Tabla 10, siendo todas mujeres excepto un hombre.

Tabla 10. Descripción del comité de expertos

Nº	MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS	CARGO DESEMPEÑADO
1	Doctora en Medicina	Directora Médica de Atención Primaria del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria
2	Doctora en Psicología	Psicóloga Clínica en Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria
3	Enfermera Especialista Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)	Matrón en el Hospital Universitario de La Plana (Departamento de Salud La Plana). Profesor asociado en la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia
4	Enfermera Especialista Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)	Coordinadora de Matronas Atención Primaria del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria
5	Doctora en Psicología	Profesora titular en la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia
6	Doctora en Historia. Enfermera Especialista Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)	Profesora titular en la Escuela Enfermería La Fe (Universidad de Valencia)
7	Facultativa Especialista en Obstetricia y Ginecología	Médica en la USSYR Fuente de San Luís (Departamento de Salud Doctor Peset)

8	Enfermera Especialista Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)	Matrona en el Centro de Salud de Paterna (Departamento de Salud Arnau de Vilanova- Llíria)
9	Enfermera Especialista Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	Enfermera en la USSYR Fuente de San Luís (Departamento de Salud Doctor Peset)
10	Enfermera Especialista Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)	Directora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana

Nota: USSYR (Unidad Salud Sexual y Reproductiva).

Las puntuaciones de los ítems en las categorías solicitadas que hicieron las expertas, se pueden ver resumidas en la Tabla 11. La puntuación general de las categorías **Adecuación**, **Claridad** y **Relevancia** se acercaban a 4, la máxima puntuación ofrecida en la escala Likert. Sin embargo, la categoría **Suficiencia** obtuvo una puntuación inferior en las tres dimensiones.

Tabla 11. Valoración media de las diferentes dimensiones en la primera ronda de expertos

	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Adecuación	3.9 (0.46)	3.9 (0.32)	3.9 (0.47)
Claridad	3.4 (0.95)	3.3 (1.02)	3.8 (0.38)
Relevancia	3.8 (0.48)	3.8 (0.42)	3.9 (0.47)
Suficiencia	3 (1.1)	2.7 (1.01)	3.5 (0.03)

Nota: DE: Desviación estándar

Se intentó conocer el motivo de la baja calificación que obtuvo la categoría **Suficiencia** y tras consultarlo con las expertas, se llegó a la conclusión de que esta categoría estaba definida en las instrucciones de manera confusa y que pudo dar a error.

En cuanto al análisis de los ítems de manera individual, están resumidos en la Tabla 12. La dimensión *Conocimientos* tenía puntuaciones inferiores a 3 en **Claridad**, principalmente en los ítems 1 y 5. Dentro de la dimensión *Actitudes*, la **Adecuación** y la **Relevancia** tenían valores cercanos a 4; la **Claridad** tenía puntuaciones más bajas, sobre todo, el ítem 4. Por último, la dimensión *Prácticas* tenía puntuaciones cercanas a 4 en todos los ítems y en todas las categorías.

De los resultados obtenidos tras esta primera ronda, se podía concluir que los ítems 1, 5 y 7 de *Conocimientos*, el ítem 5 de *Actitudes* y el 5 y 7 de *Prácticas* necesitaban mejorar. Por otra parte, se deducía que la dimensión mejor valorada era la de *Prácticas* y que casi todas las expertas coincidían en que la **Suficiencia** era baja y la **Claridad** podía mejorar. Tras estas conclusiones, el grupo coordinador se reunió y se modificaron los siguientes aspectos conformando la tercera versión del cuestionario, compuesta por 28 ítems. En los cambios propuestos:

- Se cambió el orden de algunos ítems.
- Se añadió un nuevo ítem en la dimensión de *Conocimientos*, propuesto por una de las expertas.
- Se desglosó uno de los ítems en dos para diferenciar la pregunta entre hombres y mujeres.
- Se modificaron algunos ítems para mejorar la **Claridad**.

Tabla 12. Puntuaciones por ítems en la primera ronda de expertos

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9
CONOCIMIENTOS									
A	3.8 (0.63)	3.9 (0.32)	4 (0)	4 (0)	3.8 (0.63)	3.9 (0.32)	3.7 (0.95)	3.9 (0.32)	4 (0)
C	2.9 (0.99)	3.4 (1.07)	3.3 (1.06)	3.6 (0.84)	2.9 (1.29)	3.9 (0.32)	3.5 (1.08)	3.7 (0.48)	3.5 (0.85)
R	3.8 (0.63)	3.9 (0.32)	4 (0)	4 (0)	3.7 (0.67)	3.9 (0.32)	3.6 (0.97)	4 (0)	3.9 (0.32)
S	3 (1.15)								
ACTITUDES									
A	3.9 (0.32)	3.8 (0.42)	4 (0)	3.8 (0.42)	3.9 (0.32)	3.9 (0.32)			
C	3.4 (1.07)	3.4 (0.97)	3.3 (1.06)	2.8 (0.92)	3.2 (1.23)	3.5 (0.97)			
R	3.8 (0.42)	3.7 (0.67)	4 (0)	3.8 (0.42)	3.8 (0.42)	3.9 (0.32)			
S	2.7 (1.06)								
PRÁCTICAS									
A	4 (0)	4 (0)	4 (0)	3.7 (0.67)	3.9 (0.32)	3.7 (0.95)	3.9 (0.32)		
C	4 (0)	3.9 (0.32)	3.9 (0.32)	4 (0)	3.7 (0.48)	4 (0)	3.6 (0.7)		
R	4 (0)	4 (0)	4 (0)	3.7 (0.67)	3.9 (0.32)	3.7 (0.95)	3.9 (0.32)		
S	3.5 (1.08)								

Nota: A (Adecuación), C (Claridad), R (relevancia), S (Suficiencia).

5.2.1.2 Segunda ronda del comité de expertos

Las expertas recibieron el cuestionario modificado junto con una nueva plantilla de valoración de los ítems y con unas instrucciones aclaratorias respecto a la categoría **Suficiencia**. Los datos relativos a la segunda ronda del comité de expertos se recibieron en el plazo establecido (21 días). En la Tabla 13, se resumen las puntuaciones de cada categoría para las tres dimensiones. En esta segunda ronda, todas las puntuaciones aumentaron en todas las categorías, incluso en la **Suficiencia**. Se dedujo que la corrección en la descripción de esta categoría que se realizó tras la primera ronda, permitió a las expertas calificarla con mayor puntuación.

Tabla 13. Valoración media de las diferentes dimensiones en la segunda ronda de expertos

	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Adecuación	4 (0.23)	3.9 (0.35)	4 (0.17)
Claridad	3.9 (0.37)	3.8 (0.65)	4 (0.2)
Relevancia	3.9 (0.36)	3.9 (0.34)	3.9 (0.26)
Suficiencia	3.8 (0.4)	4 (0)	4 (0)

Nota: DE: Desviación estándar

Teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidos en la segunda y última ronda, solo se modificaron dos ítems en cuanto a Claridad. El resto de ítems permanecieron igual en contenido y número.

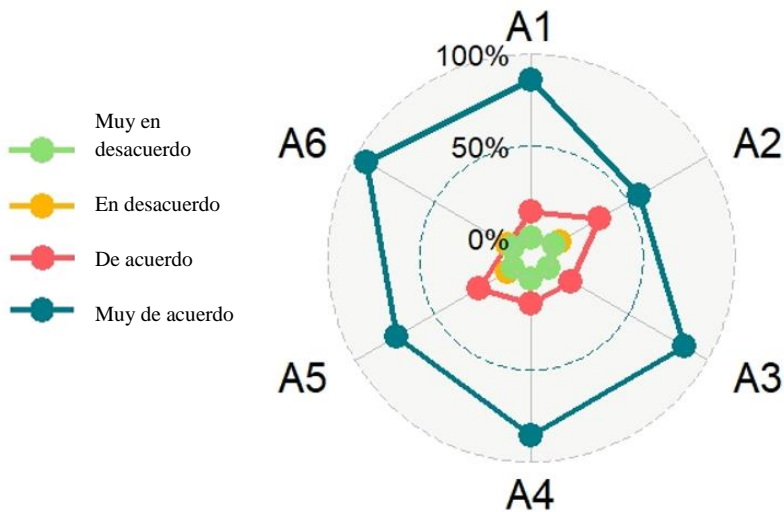
Finalmente, en esta última fase del Método Delphi se sintetizaron los resultados obtenidos de todo el proceso de validación,

obteniéndose así una cuarta versión del cuestionario para su posterior aplicación al grupo piloto. Esta versión también contaba con 28 ítems.

5.2.2 Estudio piloto

La última versión del cuestionario fue pasada a un conjunto de mujeres que pertenecían a la población de estudio. La muestra del estudio piloto estuvo conformada por 30 mujeres, con una edad media de 43 años, un 43% de las encuestadas eran universitarias y un 63% estaban casadas.

Los resultados obtenidos en el estudio piloto se pueden ver en el Anexo 12. Pero podemos destacar que existía un conocimiento general sobre la enfermedad ya que un 93.33% de las encuestadas habían oído hablar acerca del CCU y un 92.59% señalaban a la infección del VPH como factor más relacionado con el desarrollo de este cáncer. Sin embargo, a medida que se profundizaba en el tema, el conocimiento de la enfermedad era menor. En cuanto a las actitudes, la mayoría de las encuestadas mostraban actitudes a favor de fomentar la información y la precaución acerca de la prevención del CCU. En la Figura 26 están representadas las respuestas de la dimensión *Actitudes* mediante un gráfico radial. Los colores de las líneas hacen referencia a cada posible respuesta, con lo que se puede observar que la mayoría de las encuestadas estaban muy de acuerdo.

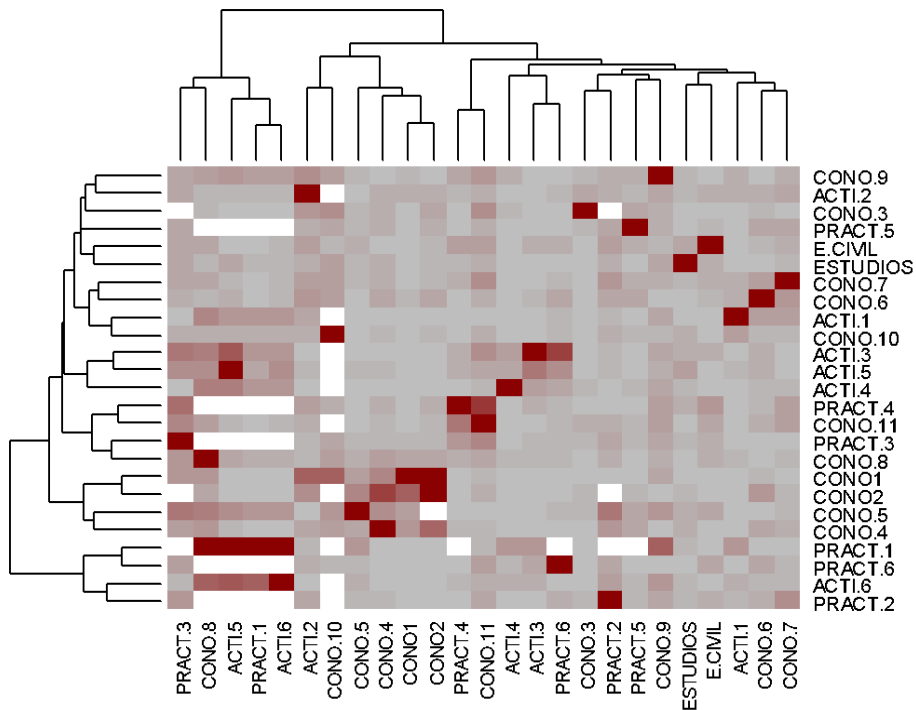
Figura 26. Gráfico radial de la dimensión Actitudes

Nota: La letra A hace referencia a “Actitudes” y los números indicados son los ítems que componen esta dimensión.

Se pueden visualizar las posibles asociaciones entre las distintas preguntas a través del mapa de color de la Figura 27. Aquellos ítems que mostraban una mayor asociación, se muestran coloreados con una tonalidad más intensa. Por ejemplo, existía asociación entre el ítem *Conocimientos 11* (*¿Sabe con qué frecuencia está recomendada la citología, salvo criterio médico?*) y el ítem *Prácticas 4* (*Esta última citología ¿en qué tipo de centro se la realizó?*), ya que las personas que contestaban “cada año” al ítem de *Conocimientos*, se hacían la última citología en un centro privado mientras que las que contestan “cada 3 o 5 años” se la hacían en un centro público. Otras asociaciones importantes eran entre los ítems *Conocimientos 1* (*¿Ha oído hablar alguna vez acerca del cáncer de cuello uterino?*) y *Conocimientos 2*

(¿Cuál de los siguientes factores cree que está más relacionado con el desarrollo de un cáncer de cuello uterino?) y entre los ítems Actitudes 5 (Me gustaría que me recordaran por carta o por mensaje el momento de la realización de la próxima citología), Actitudes 6 (Me gustaría recibir información sobre los resultados de la citología y que estén explicados de forma comprensible) y Prácticas 1 (¿Se ha realizado alguna vez una citología?).

Figura 27. Mapa de color del análisis cluster del total de ítems



Nota: CONO: Conocimientos; ACTI: Actitudes; PRACT: Prácticas. Los números indicados son los ítems que componen cada dimensión.

Sin embargo, se puede apreciar y recalcar en este gráfico que no existían muchas asociaciones de redundancia entre variables. Este hallazgo es algo positivo de cara a la elaboración y validación del cuestionario ya que, si hubiera habido muchas asociaciones entre ítems, habría significado que distintas preguntas habrían aportado la misma información y, por tanto, tendrían que haber sido eliminadas.

Una vez analizados los resultados, se percibieron los siguientes aspectos a tener en cuenta para la elaboración del cuestionario definitivo:

- En *Conocimientos*, en los ítems 1 y 4 la respuesta “*No lo sé*” era redundante con la respuesta “*No*”.
- Las preguntas con respuesta abierta de la dimensión *Conocimientos* (ítems 3, 6 y 7) eran difíciles de aprovechar, ya que las respuestas eran muy dispares y solo se daban cuando se elegía la primera opción.
- En *Prácticas*, la opción “*No lo recuerdo*” del ítem 1 debía suponer también la finalización del cuestionario.
- Los ítems: 2 (*Conocimientos*), 6 (*Actitudes*) y 1 (*Prácticas*) apenas tenían variabilidad, lo que recomendaba su exclusión o reformulación.
- Se recomendaba que la numeración de las preguntas fuera correlativa a lo largo de todas las dimensiones, ya que ayudaba a hacer referencia a las preguntas de las diferentes dimensiones de forma inequívoca.

5.2.3 Cuestionario final: Cuestionario CAP-PCCU

Con los resultados obtenidos de la validación mediante el comité de expertos y el estudio piloto, se obtuvieron conclusiones que permitieron al equipo coordinador elaborar la versión definitiva del cuestionario (Anexo 9). Este cuestionario está formado por 28 ítems divididos en las siguientes dimensiones:

- Datos generales y reproductivos (ítems 1 a 4).
- Conocimientos (ítems 5 a 15).
- Actitudes y opiniones (ítems 16 a 21).
- Prácticas (ítems 22 a 28).

Siguiendo las recomendaciones de García-Alcaraz *et al.* (2006), se tuvieron en cuenta algunos requisitos para la elaboración del cuestionario definitivo:

- *Identificación del organismo que lleva a cabo el estudio:* Cada hoja del cuestionario iba encabezada con el logo corporativo de la Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València.
- *Título del trabajo y declaración del tratamiento confidencial de la información:* Junto con el cuestionario, se entregaba la hoja de información del estudio donde se detallaban los objetivos del mismo, acompañado del consentimiento informado que era imprescindible para la participación en el estudio (Anexo 8).
- *Instrucciones para la cumplimentación de la documentación:* En la parte superior del cuestionario aparece un encabezado que

indica las instrucciones a seguir para poder rellenar el cuestionario.

- *Frase de agradecimiento para el encuestado por su esfuerzo:*
En la parte final de las instrucciones de cumplimentación se agradece de antemano la colaboración el estudio.

El nombre elegido para el cuestionario definitivo fueron las siglas CAP-PCCU, es decir, para resumir el nombre más largo: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y fue elegido y consensuado por el grupo coordinador.

5.3 Fase cuantitativa: Parte experimental

5.3.1 Fase preintervención

5.3.1.1 Descripción de la muestra

En total, 297 mujeres participaron en esta fase del estudio, con una media de edad de 47.65 ± 11.34 . La mayoría de las mujeres tenían estudios superiores o universitarios (35.42% y 34.02%), estaban casadas (67.46%) y tenían dos hijos (53.76%). Estos datos sociodemográficos están representados en la Tabla 14.

Tabla 14. Datos sociodemográficos de las participantes de la intervención educativa

	N	%
Grupos de edad		
25-34 años	45	15.2
35-44 años	69	23.2
45-54 años	89	30
55-65 años	94	31.7
Estudios completados		
Ninguno	4	1.3
Obligatorios	84	29.1
Ciclos/Bachiller	102	35.4
Universitarios	98	34
Estado civil		
Soltera	57	19.5
Casada	197	67.4
Separada/Divorciada	28	9.6
Viuda	10	3.4
Número de hijos		
0	37	13.9
1	69	25.9
2	143	53.8
3	15	5.7
4	2	0.75

5.3.1.2 Conocimientos, actitudes y prácticas en la preintervención

Contabilizando la puntuación obtenida en la dimensión *Conocimientos* del Cuestionario “CAP-PCCU”, los resultados fueron que un 53.2% de las mujeres mostraron un nivel de “Conocimiento medio”, un 29.3% “Conocimiento bajo”, y solo un 17.5% “Conocimiento alto”.

Respecto a la relación del nivel de conocimientos de las mujeres con los datos sociodemográficos obtenidos a través de una regresión ordinal, se encontró una asociación significativa entre la edad y el nivel de conocimientos siendo las mujeres de mayor edad las que menos conocimientos adquirirían ($p < 0.001$). Por otra parte, también se encontró una asociación estadísticamente significativa entre nivel de estudios y nivel de conocimientos ($p < 0.001$). Específicamente, se halló que las mujeres con estudios de ciclos formativos/bachiller y estudios universitarios alcanzaban mayores niveles de conocimientos que las de estudios obligatorios ($p < 0.001$ en ambos casos). En otro de los datos recogidos, como fue el estado civil, también se encontró de nuevo una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.028$). En concreto, se observó que las mujeres casadas obtenían un resultado significativamente peor que las solteras ($p = 0.029$).

El 89.1% (261) de las mujeres contestaban haber oído hablar alguna vez en su vida sobre el CCU. Respecto al conocimiento de los factores de riesgo de este cáncer, 194 mujeres (76.4%) respondieron que el factor más relacionado era la infección por el VPH, mientras que 55 de ellas (21.7%) indicaron que podría ser tener antecedentes familiares.

Un total de 206 mujeres (76.6%) contestaron que el VPH puede causar CCU. En cuanto a su transmisión, un 76.5% (218 mujeres) indicaban que era a través de relaciones sexuales sin protección; sin embargo, un 21.4% (61 mujeres) respondió que desconocía su transmisión. Un 69% (196) de las encuestadas desconocía si el VPH producía síntomas en el hombre y un 62.2% en la mujer. A pesar de estos resultados, de las mujeres que sí que referían que podían aparecer síntomas en mujeres, 13 mencionaron las verrugas genitales y 17 el desarrollo del CCU (Tabla 15).

Tabla 15. *Síntomas VPH en hombre y mujer según participantes*

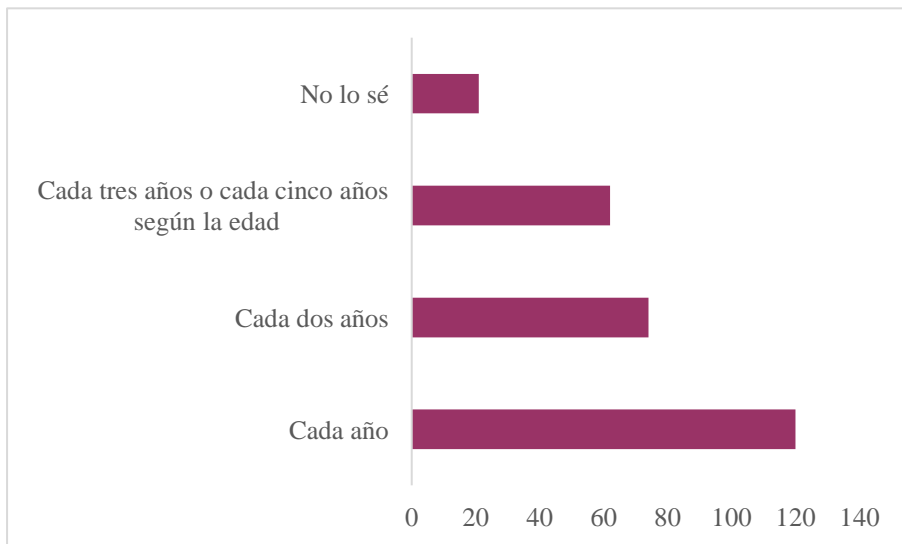
	Síntomas hombre	Síntomas mujer
Sí los produce	40 (14.1%)	83 (29.3%)
No los produce	49 (17.3%)	24 (8.5%)
No lo sé	196 (69%)	176 (62.2%)

Un 54% (155) de las mujeres indicaron no conocer ninguna técnica de prevención que ayudara a detectar el CCU. De las mujeres que afirmaban conocer técnicas, un 61.3% mencionaba la citología y un 18.5% las revisiones ginecológicas. Tres mujeres también mencionaron como técnica la detección del VPH. Otras respuestas hacían referencia a prevención mediante preservativo y la vacuna del VPH. Sin embargo, posteriormente, en otras preguntas, un 82.1% (238) de las mujeres contestaban que la citología era una forma de prevenir el CCU. En cuanto a los conocimientos respecto a la técnica, un 39.4% (110) de las mujeres contestaron correctamente, mientras que un 25.5%

(71) pensaba que era una toma de flujo vaginal, un 15.8% (44) una biopsia de cuello uterino y un 19.4% (54) lo desconocían.

Sobre la edad de inicio del cribado del CCU, un 44.2% (125 mujeres) afirmaba que el momento era a partir de las relaciones sexuales, un 20.9% (59 mujeres) a partir de los 25 años, un 15.9% (45) a partir de la primera regla, un 7.4% (21 mujeres) solo cuando aparecieran síntomas ginecológicos y un 11.7% (33 mujeres) lo desconocía. En cuanto a la frecuencia del cribado un 43.3% (120) contestó creía que la frecuencia era anual (Figura 28).

Figura 28. *Frecuencia de cribado del CCU*



La mayoría de los ítems en la dimensión de *Actitudes y Opiniones* obtuvieron una puntuación de “Muy de acuerdo” o de “De acuerdo”. Los ítems con mejores actitudes eran aquellos que demandaban más información sobre la prevención del CCU y sobre los

resultados de la citología desde un lenguaje comprensible. Sin embargo, el ítem que hacía referencia a la vacunación sobre el VPH ofrecida por profesionales sanitarios, fue el que tuvo peores resultados en comparación con el resto de ítems ya que 15 mujeres (5.3%) estaban en desacuerdo y 7 mujeres (2.5%) estaban muy en desacuerdo (Tabla 16).

Tabla 16. *Respuestas de participantes en dimensión Actitudes*

ITEM	MA	DA	ED	ME
Considero necesario que se difunda más información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino (mediante charlas, folletos, campañas publicitarias...)	227 (78.5%)	62 (21.5%)	0	0
Me vacunaría del virus del papiloma humano en el caso de que me lo indicara el personal sanitario	158 (56.2%)	101 (35.9%)	15 (5.3%)	7 (2.5%)
Estoy dispuesta a la realización de citologías periódicas	213 (73.4%)	77 (26.6%)	0	0
Recomendaría la citología a otras mujeres como prevención del cáncer de cuello uterino	221 (76.5%)	68 (23.5%)	0	0
Me gustaría que me recordaran por carta o por mensaje el momento de la realización de la próxima citología	218 (74.9%)	72 (24.7%)	0	1 (0.35%)
Me gustaría recibir información sobre los resultados de la citología y que estén explicados de forma comprensible	233 (80.3%)	57 (19.7%)	0	0

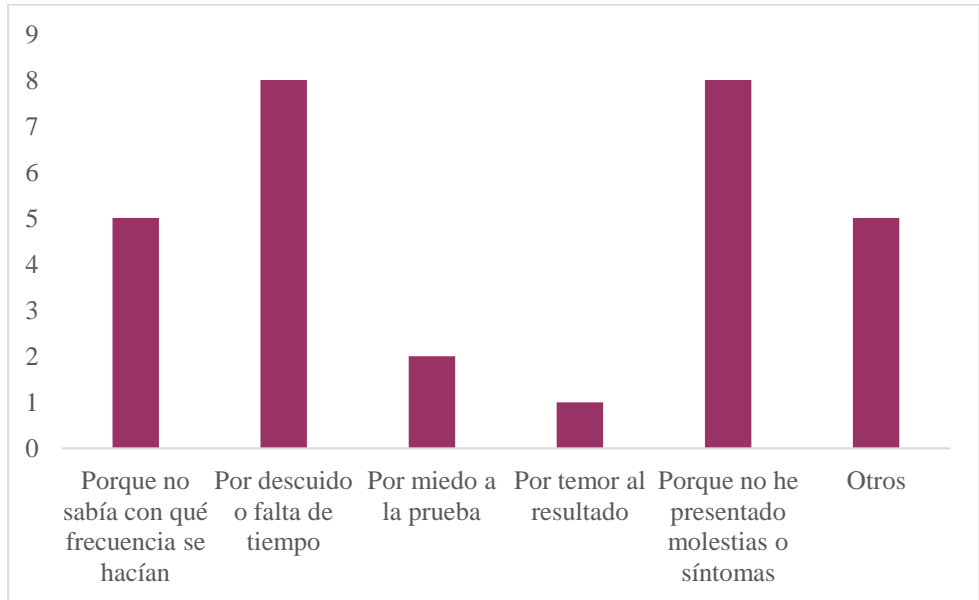
Nota: MA (Muy de acuerdo), DA (De acuerdo), ED (En desacuerdo), ME (Muy en desacuerdo).

Las prácticas de las mujeres que participaron fueron correctas en un 87.9% de la muestra. El resto de mujeres (12.1%) no tenían ninguna citología realizada o la última había sido más de 3 o 5 años

antes, según la edad. Un 96.2% (279) de las mujeres que participaron en el estudio se habían hecho una citología en algún momento de su vida, siendo entre los 21 y los 30 años (57.2%) la edad más frecuente en la que se la hicieron por primera vez. Respecto al número de años que habían pasado desde su última citología, en un 41.8% (119) de las mujeres había pasado menos de un año, en un 36.5% (104) habían pasado menos de 3 años, en un 10.9% (31) entre 3 a 5 años, en el 4.9% (14) hacía más de 5 años y en un 3.2% (9) hacía más de 10 años.

Un 65% (186) de las mujeres se habían realizado la última citología en un centro público y un 34.3% (98) en uno privado. Un 77.7% (220) conocía el resultado de su última citología, sin embargo, un 16.3% (46) los desconocía. El motivo de realización de la última citología fue principalmente porque correspondía por fecha de cribado (47.8%, 133 mujeres), seguido del resto de motivos como iniciativa personal (29.9%, 83 mujeres), por recomendación de profesionales (18.7%, 52 mujeres), al presentarse síntomas (2.9%, 8 mujeres) o por presión de familiares (0.72%, 2 mujeres).

Aquellas mujeres que hacía más de 5 años que no se habían realizado una citología debían responder el motivo de su no realización, siendo por descuido o falta de tiempo y por no haber presentado síntomas los principales motivos seleccionados (Figura 29).

Figura 29. Motivo incumplimiento si citología hace más de 5 años

A través de una regresión logística, se encontró una asociación estadísticamente significativa ya que valores de nivel de conocimiento bajos se relacionaron con una mayor probabilidad de unas prácticas incorrectas ($p = 0.022$).

Respecto a la relación entre las prácticas de las mujeres y los datos sociodemográficos, por una parte, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre mayor edad y mayor tiempo desde la última citología ($p < 0.001$). Y por otra, también se halló una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil con la fecha de la última citología ($p = 0.009$). En concreto, se observó que las mujeres casadas y especialmente las viudas tenían unos tiempos

desde la última citología claramente superiores a las solteras ($p = 0.011$ y $p = 0.005$ respectivamente).

5.3.2 Eficacia de la intervención educativa

En total, 272 mujeres contestaron al cuestionario 6 meses después de la intervención mediante llamada telefónica por parte de la investigadora principal.

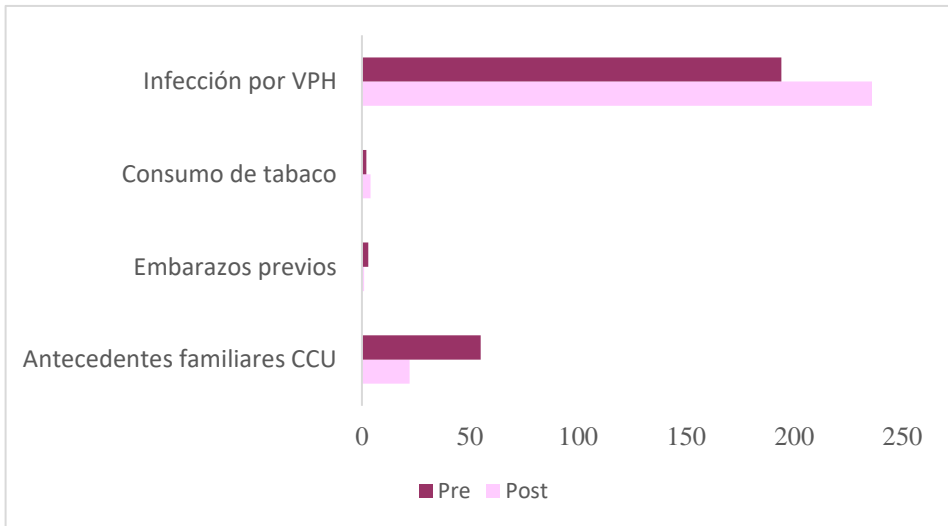
Hubieron diferencias estadísticamente significativas al comparar el cuestionario pre y post en las dimensiones *Conocimientos* y *Actitudes/opiniones*.

5.3.2.1 Conocimientos

En el Anexo 13 se muestran las frecuencias de respuestas obtenidas en el cuestionario pasado a los 6 meses de la intervención y su comparativa con los datos antes de la intervención. En cuanto al ítem que hacía referencia a los factores de riesgo se observó una disminución de las mujeres que contestaban “antecedentes familiares” tras la intervención. La mayoría (89.7%, 236 mujeres) señalaron como factor de riesgo “la infección por el VPH”, siendo este incremento estadísticamente significativo (OR 12.8; IC [4.4-46.8]) (Figura 30). Esta relación de la infección con el desarrollo de un CCU, también se evidenciaba en otro ítem, ya que había un aumento de mujeres que contestaban que la infección por VPH puede causar un CCU (92.4%), y por tanto una disminución de las que contestaban que no lo causa,

siendo estas diferencias estadísticamente significativas (OR 0.14; IC [0.06-0.29]).

Figura 30. Factores de riesgo del CCU antes y después de la intervención



En cuanto a los conocimientos sobre la transmisión del VPH, fue eficaz la intervención ya que aumentaron el número de mujeres que contestaron que la transmisión se realizaba a través de relaciones sexuales sin protección (92.3%) siendo menor el número de mujeres que desconocían la transmisión (5.2%) (OR 0.12; IC [0.02-0.5]).

Respecto a los síntomas que puede producir el VPH, a los 6 meses postintervención las mujeres pasaron a contestar tanto que sí se producen síntomas (34.2% en hombres y 46% en mujeres) como que es asintomático (31.6% en hombres y 26.8% en mujeres), siendo estos cambios estadísticamente significativos. Aumentaron el número de

respuestas que señalaban como síntomas las verrugas genitales (64 mujeres) y el cáncer genital (15 mujeres).

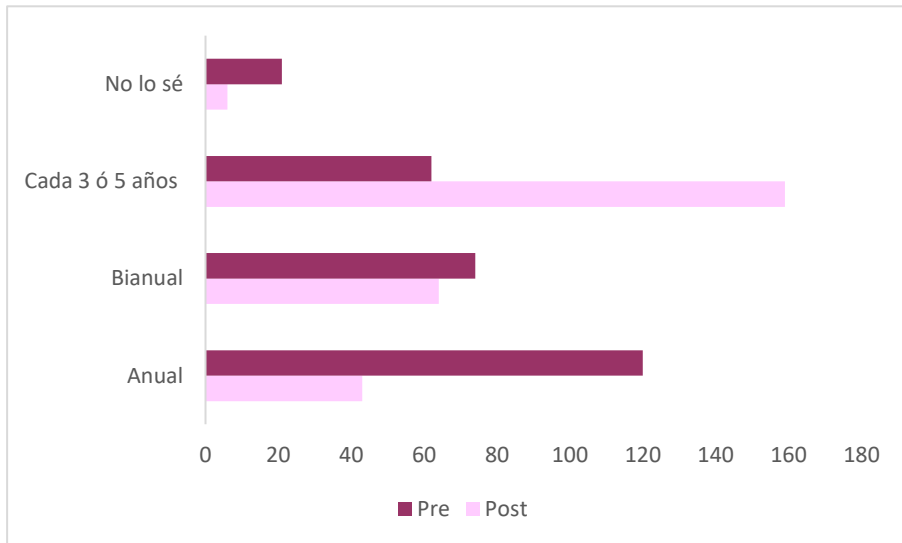
La intervención tuvo efecto en los conocimientos de las mujeres respecto a las técnicas de prevención del CCU, ya que disminuyeron significativamente aquellas respuestas de mujeres que denotaban no conocer ninguna técnica de prevención (OR 0.23; IC [0.12-0.39]) y aumentó el número de respuestas de mujeres que contestaban que la citología era una forma de prevención del CCU.

Referente al conocimiento de las mujeres en relación a la citología 6 meses después de la intervención, se produjo un aumento de respuestas correctas, recogida de muestras del cuello uterino por barrido (55.5%); a costa de una disminución en las frecuencias de respuesta “biopsia” (10.3%) (OR 0.4; IC [0.21-0.72]) o “no lo sé” (4.4%) (OR 0.06; IC [0.02-0.17]).

En cuanto al inicio del cribado, se produjo un aumento de la frecuencia de respuestas “a partir de las relaciones sexuales” (57.4%) y una disminución de la respuesta “a partir de los 25 años” (16.9%), de la respuesta “si presenta síntomas” (2.2%) o la respuesta “no lo sé” (6.6%).

En la frecuencia del cribado, se produjo un cambio drástico en las respuestas tras la intervención, ya que la respuesta correcta “cada tres o cada cinco según la edad” pasó a ser la más frecuente (58.5%) siendo este cambio estadísticamente significativo (47.98; IC [16.98-172.14]) como se puede apreciar en la Figura 31.

Figura 31. *Frecuencia de cribado del CCU antes y después de la intervención*

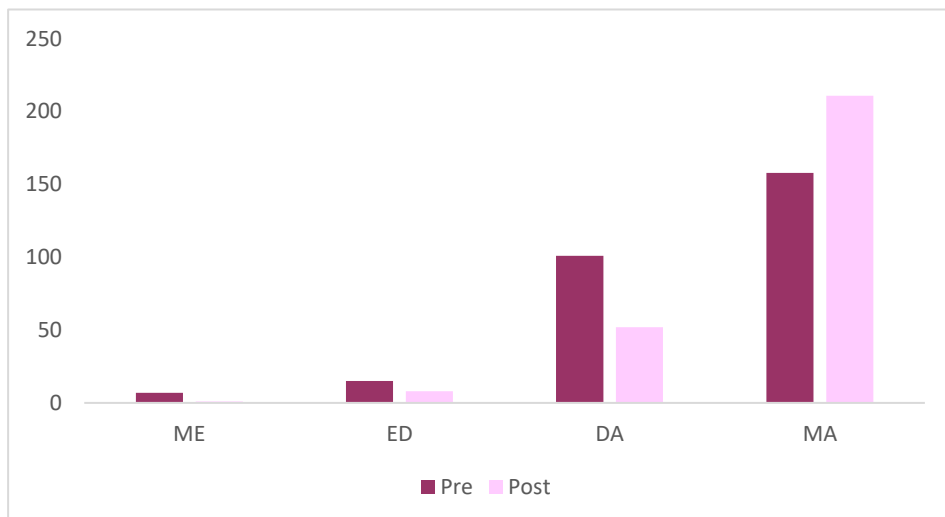


5.3.2.2 Actitudes

A pesar de que las actitudes y opiniones eran muy buenas antes de la intervención, todas las afirmaciones aumentaron de puntuación en la escala Likert, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

El ítem que preguntaba sobre la vacunación del VPH ofrecida por profesionales, mejoró sustantivamente, ya que disminuyeron las respuestas “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo” y “De acuerdo” y aumentaron significativamente la respuesta “Muy de acuerdo” (Figura 32).

Figura 32. Ítem 17: “Me vacunaría del VPH en el caso de que me lo recomendara el personal sanitario” antes y después de la intervención



Nota: ME (Muy en desacuerdo); ED (en desacuerdo); DA (de acuerdo); MA (muy de acuerdo).

5.3.2.3 Prácticas

A los 6 meses de la intervención, en este apartado se les preguntó a las mujeres que no tenían realizada una citología en los últimos 5 o 3 años según la edad. De las 32 mujeres que no tenían una correcta adherencia al cribado, solo una mujer contestó que en estos meses había ido a realizarse una nueva citología.

Durante la llamada telefónica, la mayoría de mujeres con prácticas inadecuadas indicaron a la investigadora principal que tenían intención de realizársela en los próximos meses.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

Según nuestro estudio, en la parte cualitativa se evidenció que los conocimientos de las mujeres eran bajos respecto al CCU, las actitudes favorables hacia la prevención y existía una buena adherencia al cribado. La parte cuantitativa permitió validar un cuestionario que, tras pasarlo a las participantes en la parte experimental, identificó resultados similares a la fase cualitativa. La intervención educativa fue eficaz para el aumento de los conocimientos y la mejora de las actitudes; sin embargo, no fue efectiva para aumentar las prácticas de cribado en aquellas mujeres con inadecuada adherencia al mismo.

En el este capítulo se van a discutir estos principales resultados siguiendo el mismo orden que se ha establecido tanto en el capítulo de la metodología como en el de los resultados. Así como las principales fortalezas y limitaciones del estudio que se han encontrado en el desarrollo del mismo para proponer futuras implicaciones para la práctica clínica.

6.1. Fase cualitativa: los grupos focales

6.1.1 Conocimientos

Los conocimientos demostrados por las mujeres que participaron en los grupos focales sobre el CCU, sus causas y prevención fueron bajos. Conforme se iba profundizando en los temas, las mujeres debatían y sacaban conclusiones a través del discurso del resto del grupo que, en ocasiones, eran erróneas. Esto mismo se ha

descrito en otros estudios internacionales, en los que la mayoría de mujeres también tenían la percepción de que poseían unos bajos conocimientos relacionados con el tema (Darj *et al.*, 2019; Marlow *et al.*, 2019).

Las mujeres del estudio habían oído hablar del CCU en algún momento de su vida, aunque no conocían a ninguna persona cercana o famosa que lo hubiera desarrollado. En un estudio realizado con 2200 mujeres saudíes, los resultados fueron parecidos ya que solo el 8.5% conocían algún caso de CCU (Alnafisah *et al.*, 2019).

En referencia a los factores de riesgo para el desarrollo de un CCU, las mujeres mencionaron en numerosas ocasiones las relaciones sexuales de riesgo, refiriéndose principalmente a relaciones sexuales sin método barrera. A pesar de que hacían referencia al posible riesgo producido por transmisión sexual, en ningún momento nombraron como factor de riesgo principal la infección por VPH. Por otra parte, en estudios llevados a cabo en sociedades más conservadoras, las mujeres atribuían el cáncer a determinadas prácticas sexuales o perfiles de mujer, estigmatizando a aquellas que lo desarrollaban. Esta asociación puede conllevar a una percepción del riesgo entendido como bajo y por tanto, una disminución de las prácticas o concienciación sobre la prevención (Jradi y Bawazir, 2019; Rees *et al.*, 2017; Vahabi y Lofters, 2016).

Otro de los factores de riesgo mencionados, principalmente por las mujeres del grupo de 25 a 34 años, fueron los antecedentes familiares o la influencia de la genética. Estos resultados también han sido descritos en otros estudios cualitativos (Bahmani *et al.*, 2016;

Chorley *et al.*, 2017; Fletcher *et al.*, 2014). Esta asociación puede estar relacionada con el hecho de que aproximadamente un 10% de los cánceres tienen un origen genético, aunque esta relación es percibida en mayor proporción por la población general (Comino-Delgado, 2019). Por este motivo, puede ser que las participantes consideraran que las mujeres con antecedentes familiares tendrían más posibilidades de desarrollar un CCU que las que no tenían. Aunque la herencia parece influir en la susceptibilidad al virus y en la respuesta inmunológica ante el mismo, el desarrollo de CCU está ampliamente demostrado que se produce por la persistencia durante años de una infección por VPH (Ronco *et al.*, 2014).

En nuestro estudio también se comentaron como factores de riesgo los embarazos, irregularidades en el ciclo o el uso de los AHCO. En un estudio realizado en Irán, también se señalaban creencias erróneas relacionadas con la salud íntima de la mujer, ya que indicaban el practicar sexo durante la menstruación como otro posible factor de riesgo (Khazae-Pool *et al.*, 2018).

Otras mujeres de los grupos focales mencionaron como posible factor de riesgo los “malos hábitos”, relacionándose según el contexto del discurso a hábitos no saludables referidos tanto a nivel sexual como a fumar o a la alimentación inadecuada. En la tesis desarrollada por Patel (2018), las mujeres estudiadas mencionaban como factor de riesgo la falta de higiene, principalmente de la pareja. En nuestro trabajo, la falta de higiene no fue mencionada como factor de riesgo, sin embargo, una participante sí que se refirió a la buena higiene como forma de prevención del desarrollo de un CCU.

El CCU es un cáncer asintomático en estadios precoces y puede ser sintomático cuando existe invasión local y diseminación a otros órganos (SEGO, 2018). Muchas participantes del estudio afirmaban desconocer los síntomas que puede producir este cáncer, sin embargo algunas discutían que era asintomático mientras que otras creían que sí podían aparecer síntomas ginecológicos como dolor abdominal. En la tesis de Patel (2018), las mujeres también señalaban que se trata de un cáncer asintomático principalmente y una de las participantes lo utilizaba como argumento para justificar y recordar la importancia de las revisiones periódicas. Este argumento también fue utilizado por nuestras participantes en forma de demanda en cuanto a servicios preventivos.

Nuestros hallazgos sugieren que existe poco conocimiento acerca de la infección por VPH, ya que la información que disponían las mujeres iba en relación a la existencia de la vacuna. Según la bibliografía, son varias las investigaciones que describen un bajo nivel de conocimientos en la población general, independientemente de la región, sociedad o cultura (González Cano-Caballero, 2018; Oneto-Fernández *et al.*, 2018; Taebi *et al.*, 2019). Este conocimiento puede variar en función del nivel educativo, mostrando mayor concienciación sobre el virus los padres y madres con mayores niveles educativos (Córdoba-Sánchez *et al.*, 2019).

A pesar de que las mujeres no mencionaban la infección por VPH como factor de riesgo, cuando eran preguntadas posteriormente, la mayoría sí relacionaban el VPH con desarrollo del CCU. Esta dificultad para relacionar el VPH con el desarrollo del CCU también

ha sido descrita en otras investigaciones. En un estudio realizado en mujeres africanas diagnosticadas de CCU, solo el 23% señalaron el VPH como posible causa de desarrollo del cáncer (Tapera *et al.*, 2019). Sin embargo, esta relación conllevaba cierta confusión ya que algunas mujeres pensaban que eran lo mismo, incluso una mujer señaló que conocía un caso, pero no supo distinguir si era solo infección o desarrollo de un CCU. Es decir, hubo dificultad entre las participantes de aclarar la relación exacta entre el virus y este cáncer, al igual que en el estudio llevado a cabo por Carstens (2012) en mujeres españolas y chilenas.

Algunas mujeres de este estudio consideraban que la infección por VPH no era frecuente, pero otras sí, incluso cada vez más. Una de ellas mencionó que esta infección es más habitual en mujeres jóvenes. Aunque las mujeres mayores de 30 años presentan una menor prevalencia de infección por VPH, este grupo de edad presenta un mayor porcentaje de persistencia, lo que incrementa el riesgo e incidencia de lesiones precancerosas a partir de esta edad (de Sanjosé *et al.*, 2018b). Estas creencias pueden conllevar a una disminución de la percepción del riesgo de contagio en mujeres mayores, por lo que se podrían descuidar las medidas de prevención.

La mayoría de mujeres hablaban de un contagio a través de las relaciones sexuales sin protección, sobre todo las del grupo de 25 a 34 años. Esta creencia posiblemente procede de la asociación de esta infección con otras ITS, en las que para la prevención es suficiente el uso adecuado del preservativo. Sin embargo, en el caso de la infección por VPH, el empleo del preservativo masculino reduce la posibilidad

de transmisión sin ser totalmente efectivo para evitar el contagio, ya que no se cubren todas las áreas corporales que pueden estar infectadas (Workowski y Bolan, 2015). Por otra parte, las mujeres discutían acerca del posible portador de la infección en la relación sexual. Algunas referían que el hombre podría ser el portador de la infección y la mujer la “sufridora” de los síntomas. Este desconocimiento coincide con otros estudios, en los que también encuentran creencias erróneas acerca de otras formas de contagio, como a través de los fluidos corporales, el uso de baños públicos o la falta de higiene (Córdoba-Sánchez *et al.*, 2019; Morales-Campos *et al.*, 2018).

En cuanto a la sintomatología producida por el virus, algunas participantes describían síntomas inespecíficos producidos a nivel genital, pero en pocas ocasiones mencionaron las verrugas genitales. Según la revisión de Coles *et al.* (2015), el conocimiento de las verrugas genitales y otras enfermedades asociadas con el VPH es bajo. En nuestro estudio ninguna mujer mencionó la posibilidad de desarrollo de otros cánceres anogenitales relacionados con el VPH en ambos sexos.

Algunas mujeres describían que el CCU sí que se podía prevenir y mencionaban el uso de la citología y las revisiones ginecológicas, sin embargo, no nombraron la vacuna. Otros autores también han estudiado si las mujeres conocen si el CCU es un cáncer prevenible. En el estudio llevado a cabo por Krishnaveni *et al.* (2018), el 79.7% de las mujeres afirmaban que se podía prevenir, aunque solo el 17.5% conocía la vacuna. En el estudio de Jradi y Bawazir (2019) realizado en mujeres árabes, el 52% no conocían formas de prevención,

otras señalaban la visita al ginecólogo cuando la mujer experimentara síntomas o dolor y otras nombraban como prevención el llevar una dieta sana y hacer ejercicio.

A pesar de que ninguna mujer del estudio mencionó como método de prevención del CCU la administración de la vacuna del VPH, la mayoría sí conocían su existencia. Posteriormente y debido a la discusión que se generaba, las mujeres asociaban que esta vacuna iba dirigida a prevenir el CCU. Sin embargo, como en el estudio de Siu *et al.* (2019), no nombraron que podía ser efectiva también para la prevención de otros cánceres anogenitales o verrugas genitales.

Los conocimientos relativos a la vacuna, como la edad administración, dosis necesarias y financiación, fueron bajos. En todo momento, el discurso de las participantes se centraba en la vacunación exclusiva en chicas y no mencionaron la posibilidad de vacunación en chicos. Esto puede ser debido a que la vacunación en chicos todavía no está incluida en el calendario de vacunación del CISNS aunque sí que esté recomendada por la Asociación Española de Pediatría o AEP (Álvarez-García *et al.*, 2020; MSCBS, 2020). Es normal que las mujeres no conozcan las nuevas actualizaciones en vacunación, sin embargo, algunos profesionales sanitarios tampoco son conocedores de estas recomendaciones. Según el estudio de González Cano-Caballero *et al.* (2018), pocos profesionales de Atención Primaria creían necesaria la vacunación en los varones. En cambio, las enfermeras de Atención Primaria que participaron en el estudio de Sánchez-Molero Martín *et al.* (2019), sí que recomendarían a los padres de hijos varones

la vacuna del VPH, siendo este consejo más frecuente en enfermeras de pediatría y en profesionales mujeres que hombres.

En cuanto a los conocimientos del cribado, todas las mujeres, independientemente del grupo de edad, conocían las citologías. Estos resultados difieren de las mujeres de los grupos focales de Queiro-Verdes *et al.* (2010), en el que eran las mujeres más mayores las que tenían más familiaridad con la prueba.

Las participantes describían las citologías como un método de prevención o detección del CCU o de posibles anomalías. Sin embargo, en ocasiones no sabían dónde era la toma exacta, confundiéndose con técnicas ginecológicas diferentes a la toma de muestra cervicovaginal. Esta confusión con otras técnicas también es recogida en otros estudios (Darj *et al.*, 2019; Kim *et al.*, 2017). En una investigación llevada a cabo en mujeres hindúes que vivían en Londres, una de las participantes de los grupos focales señaló que con la citología se revisaban el útero y los ovarios (Cadman *et al.*, 2015).

El discurso de las participantes se centraba en la citología convencional, solo una mujer del grupo de 51 a 65 años indicó que conocía el test del VPH porque recientemente se lo habían hecho. El resto de mujeres no lo conocía, a pesar de que, por edad, probablemente se lo habrían realizado. En otros estudios también se evidenció el desconocimiento sobre este test (McRae *et al.*, 2014). El test del VPH es una prueba más reciente que la citología convencional, que no está implantada en todos los laboratorios pero que ya lleva años realizándose en nuestro contexto. Concretamente, todas las mujeres del estudio pertenecen a un mismo departamento en el que esta técnica está

implantada desde el año 2015. Este desconocimiento puede ser debido a que los o las profesionales no informan de la técnica exacta que están realizando. Esto conlleva que la explicación de los resultados pueda dar a confusión, en función de lo que vayamos a obtener con la técnica.

Numerosos autores han descrito lo que las mujeres conocen sobre la frecuencia del cribado y lo que “consideran que es lo correcto para prevenir este cáncer”. Aproximadamente la mitad de las mujeres de nuestro estudio referían que la frecuencia del cribado era anual, coincidiendo que todas ellas eran usuarias de consultas ginecológicas privadas. En otros países también se ha descrito que las mujeres creen que las citologías se realizan anualmente (Getachew *et al.*, 2019; Khazae-Pool *et al.*, 2018).

Otras mujeres hablaban del cribado cada 2 años. Las mujeres del grupo de 51 a 65 años referían este periodo por sus experiencias personales, ya que en la Unidad de Diagnóstico Precoz a la que acudían bienalmente a realizarse las mamografías, también se les realizaba la citología como práctica habitual. Pocas mujeres del estudio hicieron referencia a las recomendaciones de cribado actuales, que aconsejan citología cada 3 o 5 años, en función de la edad o de la prueba realizada. Uno de los motivos que puede justificar el desconocimiento de la frecuencia del cribado, puede ser que, al tratarse de un cribado oportunista, ha sufrido varias modificaciones a lo largo de los años, en función de la comunidad autónoma donde se realizaba.

Anteriormente, según el protocolo de la Comunidad Valenciana, estaba establecido que se iniciara el cribado a los 20 años y posteriormente se realizaran citologías convencionales cada 3 años

(Conselleria de Sanitat, 2006). Este mensaje fue muy difundido a través de carteles y videos por parte de la Conselleria de Sanitat. El cartel, aún expuesto en algunas consultas de centros de Atención Primaria, cuenta con el eslogan “Con una citología cada tres años puedes prevenir el cáncer de cérvix” (Conselleria de Sanitat, 2011b). Por otra parte, existe un video de difusión que aporta más información sobre la prevención, pero se recalca el mismo eslogan (Generalitat Valenciana, 2012). Aunque en la actualidad este enunciado no es incorrecto, puede dar a confusión con las últimas recomendaciones a nivel estatal ya que con la incorporación al cribado del test del VPH, la frecuencia del cribado es cada 5 años en mayores de 35.

En cuanto al inicio del cribado, ninguna conocía el momento exacto, aunque algunas creían que se iniciaba con la menarquia, al igual que han mencionado otros autores (Jackowska *et al.*, 2012). Otras mujeres creían que debía empezar después del inicio de las relaciones sexuales. Durante muchos años, las recomendaciones de algunos organismos como la Sociedad Americana de Cáncer o la SEGO respecto al inicio del cribado, recomendaban a partir del tercer año tras las primeras relaciones sexuales (Conselleria de Sanitat, 2006). El cambio al inicio del cribado a los 25 años si se han iniciado las relaciones sexuales ha sido relativamente reciente, desde las recomendaciones de la AEPCC en 2014 (Torné-Bladé *et al.*, 2014). Otros estudios han señalado otros momentos diferentes para el inicio del cribado según el conocimiento de las mujeres. En el estudio de Marlow *et al.* (2019), aunque las mujeres también desconocían con exactitud el momento exacto de inicio del cribado, creían que era

después del matrimonio, entre los 20 a los 40 años. Este inicio en el cuidado ginecológico en mujeres casadas es mencionado en otros estudios realizados en culturas más conservadoras, aquellas en las que el marido autoriza estas revisiones o cuando la mujer planifica su primer embarazo (Adewumi *et al.*, 2019; Widiasih y Nelson, 2018). Respecto a la edad de finalización del cribado, ninguna mujer conocía la edad exacta.

6.1.2 Actitudes

A pesar de que las mujeres se percibían como un perfil de bajo riesgo para el desarrollo de un CCU, expresaban actitudes favorables hacia la prevención del cáncer en general y específicamente del CCU. Las mujeres estaban muy familiarizadas con el cribado e incluso demandaban más frecuencia del mismo. Por otra parte, la mayoría expresaban que se pondrían la vacuna del VPH si se la recomendasen. Estos datos contrastan con el trabajo de Córdoba-Sánchez *et al.* (2019), en que los padres y las madres que participaron en el estudio consideraron a la citología y el uso de preservativo como medidas de prevención más importantes que la vacunación del VPH.

Como hemos mencionado, había una buena aceptación de la vacuna en general, ya que la mayoría de mujeres se pondrían la vacuna en el caso de que fuera recomendado por un profesional sanitario. Estos resultados son similares a los del estudio de Morales-Campos *et al.* (2018), en el que padres y madres vacunarían a sus hijas siempre que los y las profesionales les aseguraran que la vacuna fuera efectiva y

segura. Según el estudio de Navarro-Illana *et al.* (2018), existe una importante influencia de profesionales sanitarios sobre los padres y madres cuando deciden si vacunar o no. En otro estudio realizado en profesionales de Atención Primaria de Sevilla, la mayoría estaban a favor de la administración de la vacuna, sin embargo, manifestaban dudas sobre sus beneficios o efectos adversos, dejando en manos de los progenitores la decisión (González Cano-Caballero *et al.*, 2018). En consecuencia, los padres y madres tenían menos probabilidad de vacunar a sus hijos o hijas si creían que la vacuna del VPH podría causarles daño. Es importante que los y las profesionales orienten y argumenten la vacunación desde la evidencia científica, ya que la población general tiende a filtrar mensajes y argumentos a través de sus creencias y experiencias previas, estando más preocupados por los riesgos que por los beneficios (Shapiro *et al.*, 2018).

Solo una mujer del grupo de 35 a 50 años aseguraba que bajo ningún concepto se la pondría, sin argumentar posibles motivos. Estas actitudes desfavorables hacia la vacuna también han sido halladas en el estudio de Jradi y Bawazir (2019) en el que el desconocimiento y la falta de información sobre la vacuna suponía una barrera importante en la vacunación de las mujeres. Esto concuerda con los determinantes que menciona Navarro-Illana *et al.* (2018), que describe que el conocimiento y las creencias sobre la vacuna del VPH influyen directamente sobre la decisión de vacunación.

En todos los grupos hicieron referencia a las noticias que salieron publicadas en los inicios de la vacunación en España y concretamente en la Comunidad Valenciana, cuando se atribuyeron a

la vacuna unos efectos secundarios graves en unas adolescentes tras su administración (La Vanguardia, 2009). Inmediatamente, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, estudió los casos y su conclusión fue que no había causalidad entre la vacuna y el efecto que se produjo (AEMPS, 2009). Por este motivo, la presencia de noticias controvertidas sobre esta vacuna en los medios pudo o continua generando desconfianza en la población diana de la vacuna (Moreno-Castro, 2015).

Una de las mujeres argumentaba que no se le había dado información por parte de profesionales sanitarios sobre la vacuna, porque en este caso cree que se habría vacunado en ese momento como método de prevención. Otra mujer refirió que consultó la idoneidad de ponérsela hace unos años, pero al haber iniciado las relaciones sexuales, la enfermera de su USSYR no se lo aconsejó. Estos resultados coinciden con los descritos en la tesis española de González Cano-Caballero (2018), en la que la mayor parte de los padres y madres participantes explicaban que los y las profesionales sanitarios les habían informado de que, si sus hijas habían mantenido relaciones sexuales, no debían ponerse la vacuna del VPH, por no ser efectiva. Esta falta de información general sobre la vacuna del VPH también ha sido recogida en otros estudios españoles (Camaño-Puig y Sanchis-Martínez, 2014; Queiro-Verdes *et al.*, 2010). Aunque lo ideal sería que las mujeres se vacunaran antes de que comiencen su actividad sexual y estén expuestas al VPH, no existe límite de edad para la vacunación. Las mujeres sexualmente activas se pueden beneficiar de los efectos protectores de la vacuna, ya que siguen teniendo el riesgo de poder

adquirir nuevas infecciones por VPH. La vacuna ha mostrado una eficacia alta, además de un buen perfil de seguridad en estas mujeres (Alemany *et al.*, 2016a; Torné-Bladé *et al.*, 2012).

Respecto a las actitudes hacia el cribado y la citología en las mujeres de este estudio, eran muy favorables, a pesar de que referían que con la realización de esta técnica se experimentan nervios, incomodidad o dolor y vergüenza. Estas sensaciones también han sido descritas en mujeres de otros países (Bahmani *et al.*, 2016; Khazae-Pool *et al.*, 2018). La vergüenza por la exposición de los genitales es una emoción muy común descrita por las mujeres que a veces está influida por el género del profesional sanitario. En nuestro estudio hubo conformidad en la mayoría de mujeres respecto a que la persona que realizara la técnica podía ser hombre o mujer, ya que consideraban que lo importante era el trato y no el género, como también describen otros autores (Rees *et al.*, 2017; Urrutia y Gajardo, 2018). Sin embargo, en otros estudios, las mujeres prefieren ginecólogas o matronas para la realización del cribado (Kim *et al.*, 2017; Urrutia *et al.*, 2017). Algunas mujeres de los grupos focales consideraban que el dolor experimentado durante la citología no era por la técnica en sí sino por el trato del profesional que la realizaba. Estos resultados también fueron encontrados en el estudio realizado por Hassani *et al.* (2017) en mujeres iraníes, en el que se consideraba que este aspecto podría ser determinante en que la mujer volviera a realizarse la siguiente prueba en el futuro.

En nuestro estudio, una mujer no se habían hecho una citología en los últimos 5 años y otra en los últimos diez. Aunque no conocemos

los motivos de incumplimiento del cribado en estas mujeres, se podría sospechar que uno de los motivos fueran las experiencias físicas y/o emocionales previas que podrían haber experimentado con esta técnica ginecológica; siendo numerosos los estudios que señalan estas barreras psicológicas (Gupta *et al.*, 2018; Rees *et al.*, 2017). Por este motivo se preguntó a las mujeres si consideraban que la técnica podría ser mejorada de alguna forma. Solo algunas mujeres del grupo de 51 a 65 años proponían como mejoras administrar medicación previa a la técnica que permitiera controlar la ansiedad o disminuir el dolor. Otros estudios han querido valorar diferentes técnicas que permitieran mejorar la adherencia del cribado. El método más usado en otros países es la autotoma del VPH (Arbyn *et al.*, 2018; Tota *et al.*, 2017). Algunos estudios han demostrado que aumentan las tasas de cobertura en aquellas mujeres que no suelen acudir al cribado (Duffy *et al.*, 2017; Gupta *et al.*, 2018), aunque como inconvenientes presenta que las mujeres se preocupan y dudan de si han realizado la técnica correctamente y de que las muestras podrían contaminarse o perderse (Williams *et al.*, 2017). Otro método, bien aceptado principalmente en mujeres mayores con prácticas inadecuadas, fue la toma de muestras sin la utilización de espéculo (Freeman *et al.*, 2018).

Otra de las emociones comentadas era el miedo o preocupación hacia los resultados del cribado y a recibir un diagnóstico de cáncer o alguna anomalía. En el estudio de Khazaee-Pool *et al.* (2018) consideraban que este aspecto puede resultar una barrera para el cribado. En los estudios de Darj *et al.* (2019) y Stuart *et al.* (2019)

también se menciona la ansiedad que puede generar la espera de los mismos.

Sin embargo, algunas mujeres de los grupos focales consideraban que, a pesar de estos inconvenientes, todas las mujeres independientemente de la edad, deben realizarse controles periódicos de salud. Refaei *et al.* (2018) también señalaban esta percepción por parte de las mujeres. En cambio, en la revisión de Chorley *et al.* (2017), algunas mujeres referían sentirse más vulnerables al desarrollo del CCU durante la menopausia, mientras para otras ser posmenopáusica significaba que la detección ya no se consideraba tan importante en comparación con edades jóvenes.

Debido al desconocimiento que tenían las mujeres respecto a la historia natural del desarrollo del CCU y las características del cribado, demandaban reiteradamente una mayor frecuencia del mismo. En otros estudios, las mujeres también se quejaban de que la frecuencia del cribado fuera con esos intervalos de tiempo (Jackowska *et al.*, 2012; Malhotra *et al.*, 2016).

A consecuencia del intervalo recomendado en función si las mujeres acudían a servicios ginecológicos públicos o privados, se generaban continuamente comparaciones y confusión. En algunos países está tan instaurada y se hacen tantos esfuerzos por la prevención, como ocurre en España, que las mujeres consideran que esta prueba debe de realizarse anualmente. Este desajuste de cribado también puede ser a consecuencia de utilizarse un cribado oportunista, ya que una de sus desventajas es que está marcado por un exceso de pruebas en una extensa población de bajo riesgo para CCU (Virtanen *et al.*, 2015).

Las mujeres no conocían que todo cribado anual tiene unos riesgos, como el sobrediagnóstico y sobretratamiento, además de que está demostrado que no aumenta la eficacia de la prevención (Coll-Benejam *et al.*, 2018). Esta demanda anual puede ser debida a la información que se transmite desde la mayoría de consultas de ginecología privadas, ya que no siguen las recomendaciones actuales y continúan ofertando la citología dentro de la visita ginecológica rutinaria. Por tanto, el discurso que se generaba entre las mujeres era que las que acudían a consultas privadas (con citología anual) consideraban que eran las que estaban bien cribadas, y aquellas que acudían al servicio sanitario público (citologías cada 3 o 5 años según la edad) tenían una desigualdad en términos de prevención.

Debido al desconocimiento y a la falta de información, las mujeres consideraban que las modificaciones en la frecuencia del cribado han sido consecuencia de los recortes económicos que ocurrieron en España hace unos años. Incluso en los inicios de la adaptación a lo establecido a nivel europeo, se recibieron quejas por parte de usuarias y tampoco fue bien recibido por algunos ginecólogos o ginecólogas que tildaban de “aberración” los cambios sucedidos (Las Provincias, 2011). Esta referencia a la falta de recursos económicos también fue nombrada en nuestro estudio en el grupo de mujeres de 51 a 65 años.

Aparte de la frecuencia, las mujeres demandaban que los cribados no deberían tener fecha de finalización, aunque veían poco práctico o dificultades a la hora de llevar a cabo la técnica en mujeres ancianas. En el estudio de Romeu-Martínez *et al.* (2019), el 79.6% de

las mujeres encuestadas afirmaron que las citologías se debían de realizar de por vida. Esta queja también fue recogida anteriormente en el POCV 2011-2014 ya que sus participantes (representantes de asociaciones de pacientes y familiares), manifestaron que muchas personas eran excluidas de los programas de detección precoz, bien por criterios de edad o por lugar de residencia (Conselleria de Sanitat, 2011a).

De esta discusión, surgía la necesidad de un cribado poblacional, igual que ocurría con el cáncer de mama. Para las mujeres era importante recibir un recordatorio o citación. En un estudio cualitativo realizado en mujeres chilenas, la dificultad de obtener una cita concertada, así como el tiempo de espera para ser atendida, eran aspectos que suponían una barrera al cribado (Urrutia y Gajardo, 2018). Este retraso en la citación también es comentado por algunas mujeres de nuestro estudio que acuden a servicios sanitarios públicos.

Según avanzaban todos los grupos y se profundizaba en diversos temas, las mujeres demandaban más documentación oral y escrita acerca de la prevención del CCU y justificaban que este déficit de divulgación era uno de los causantes de sus bajos conocimientos sobre el tema. Principalmente, consideraban que los y las profesionales sanitarios informan poco. Estos hallazgos son similares a los encontrados en un informe español de 2010 en el que se constataron carencias informativas en torno al cribado (finalidad de la prueba, intervalo de cribado y edad de inicio). Aparte de la escasez de datos, al igual que en nuestro estudio, referían que era difícil comprenderlos por el uso de un lenguaje demasiado técnico (Queiro-Verdes *et al.*, 2010).

En los estudios españoles de Romeu-Martínez *et al.* (2019) y de Oneto-Fernández *et al.* (2018) en el 59.2% y el 86% de las mujeres, referían que ningún profesional sanitario les había orientado sobre la citología y el cribado, siendo conocedoras solo por el boca a boca. Con la incorporación del cribado poblacional en España, las mujeres recibirán junto con la citación una hoja informativa relativa al cribado en la que se deberá aportar criterios mínimos sobre el objetivo, beneficios y riesgos, intervalo y población diana. Si las mujeres recibieran una justificación acerca del por qué se realizan las citologías cada 3 o 5 años, probablemente estarían de acuerdo con ese intervalo y acudirían a realizar el cribado correctamente.

Las mujeres demandaban más duración en la atención de las consultas de profesionales sanitarios. En la tesis española de González Cano-Caballero (2018), realizada en estudiantes, madres y profesionales sanitarios, en casi todos los grupos también argumentaban esa falta de tiempo necesaria para formar en estrategias de prevención, desde las consultas de los centros de salud. Sin embargo, las mujeres de nuestro estudio que acudían a ginecólogos privados referían que estaban bien informadas. Por lo general, las personas que acuden a consultas privadas reciben mejor atención (consultas de mayor tiempo, trato más atento y cordial) y suelen utilizar más los servicios preventivos, por lo que están más expuestas a mayor información (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2017; Soria-Trujano *et al.*, 2011). Estos resultados son discordantes con los obtenidos en el Informe Anual del SNS de 2018, que refleja que en varios años consecutivos las personas encuestadas

elegirían en mayor proporción el servicio sanitario público al privado (MSCBS, 2019). Según el estudio de Refaei *et al.* (2018) aparte del tiempo de consulta, influyen otros factores a la hora de informar y motivar para la realización del cribado. Según los hallazgos encontrados, es importante que el o la profesional de salud esté motivado y comprometido con su trabajo, establezca una buena relación con la paciente y confíe en la eficacia y efectividad del cribado.

Esta falta de comunicación entre profesionales de la salud y pacientes también ha sido descrita en otros estudios internacionales como una posible barrera al cribado (Malhotra *et al.*, 2016; Urrutia y Gajardo, 2018). Es necesario un rol profesional más activo en la educación: informar detenidamente sobre el cribado (preferiblemente antes de la técnica), utilizar un lenguaje claro y sencillo y mejorar sus habilidades de comunicación (Vahabi y Lofters, 2016).

Las mujeres de nuestro estudio discutían diferentes medios y herramientas de transmisión de información, señalando como opciones el reparto de folletos, la incorporación de charlas o la promoción en determinadas redes sociales, de videotutoriales o enlaces. Ya en 1986, con la Carta de Ottawa se estableció que los medios de comunicación son actores principales para la promoción de la salud (OMS, 1986). Internet está presente en nuestras vidas y permite crear plataformas, herramientas y redes sociales que favorecen la recepción de información y comunicación en salud.

En el caso de que se hicieran charlas, consideraban que el profesional idóneo fuera un especialista en la materia (ginecólogo/a o matrona). Sin embargo, consideraban que la matrona era más adecuada

por su cercanía y por su lenguaje menos técnico. Era importante que el o la profesional que impartiera estas charlas hiciera una educación dirigida a la prevención del cáncer en general y fuera especialista o tuviera los conocimientos suficientes sobre este cáncer ginecológico y la infección por VPH. En un estudio español que evaluaba los conocimientos de los y las profesionales de Atención Primaria sobre el Código Europeo contra el Cáncer, se concluyó que este código era desconocido por la mitad de profesionales encuestados. Quienes sí lo conocían, aplicaban más habitualmente estas medidas entre sus pacientes (Pérula de Torres *et al.*, 2020).

Otro de los motivos que las mujeres de los grupos focales atribuían a los bajos conocimientos, era a la baja concienciación que hay en la sociedad sobre este cáncer. Estos resultados concuerdan con los descritos en otros estudios (Malhotra *et al.*, 2016; Marlow *et al.*, 2019; Urrutia y Gajardo, 2018). Las mujeres referían que existía poca concienciación en comparación con otro cáncer ginecológico, el de mama. El cáncer de mama, al tratarse del primer cáncer en mujeres de todo el mundo, está ampliamente divulgado en la población (IARC, 2020). Aparte de existir un día de concienciación al año en el que se multiplican las campañas y las iniciativas rosas por parte de organizaciones y empresas patrocinadoras con el objetivo de insistir en la prevención, también es difundido por personajes públicos. Por otra parte, al tratarse de un cribado poblacional a través de mamografías bienales, es altamente conocido por las mujeres. Sin embargo, a pesar de que existe un día e incluso un mes de concienciación del CCU, en España este cáncer no está tan difundido en medios. A diferencia de

otros estudios en los que las mujeres recibieron información mediante la televisión, periódicos o internet (Luque *et al.*, 2017), en el nuestro solo dos mujeres reconocían haber visto anuncios institucionales relacionados, haciendo referencia al publicado a través del portal de salud de la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana, 2012). A nivel internacional, sí existen campañas de concienciación mediante la aparición de personas famosas o por ejemplo la publicación en Twitter a través de la etiqueta *#SmearForSmear* de la organización defensora de pacientes *Jo's Cervical Cancer Trust* de Reino Unido (Teoh *et al.*, 2018).

Por otra parte, las mujeres consideraban que la poca información que tenían sobre el tema era a través del entorno familiar. Diversos autores han confirmado que el apoyo familiar es fundamental en la realización del cribado (Kim *et al.*, 2017; Refaei *et al.*, 2018). Según Adewumi *et al.* (2019) y Stuart *et al.* (2019), es importante aumentar los conocimientos sobre la prevención del CCU, no solo en las mujeres sino en las parejas masculinas, para aumentar la concienciación sobre este cáncer.

En el grupo focal de las mujeres más jóvenes también se señalaba que el inicio de la concienciación debía ser desde la escuela. Según la bibliografía, el lugar ideal para la educación para la salud son los colegios o institutos (Colomer-Revuelta y PAPPS Infancia y Adolescencia, 2013; Delpino *et al.*, 2013). En la Comunidad Valenciana, desde el año 2009, cualquier centro educativo puede solicitar el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES), llevado a cabo por profesionales sanitarios y dirigido a alumnado de

segundo y tercero de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), donde se aborda la prevención de las ITS y, por tanto, la infección por VPH. Tanto este programa como otros desarrollados a nivel nacional, ya han sido evaluados y han demostrado un aumento en la mejora de los conocimientos entre adolescentes (Gómez-Calduch y Bernat-Adell, 2019; Lima-Serrano y Lima-Rodríguez, 2019).

6.1.3 Prácticas

Tres mujeres del grupo de 25 a 34 años, llevaban puesta la vacuna del VPH desde los 15 años, de forma no financiada por el SNS. El resto de mujeres confirmaban que no estaban vacunadas y otras lo desconocían por completo. Cuatro mujeres de los grupos focales tenían hijas a las que se les había administrado la vacuna. Dos participantes del grupo de 35 a 50 las habían vacunado porque les correspondía por calendario vacunal y dos del grupo de 51 a 65 referían que lo habían hecho fuera de la financiación del SNS. Las mujeres inmunizadas por las vacunas o las madres que habían vacunado a sus hijas tenían mejores conocimientos que el resto, coincidiendo con los resultados de la revisión de Coles et al. (2015) y el estudio de Navarro-Illana *et al.* (2015).

En cuanto a la cobertura del cribado, las tasas fueron altas, ya que 18 mujeres referían tener una citología realizada en los últimos 3 años. Sin embargo, una mujer del grupo de 25 a 34 años no se había hecho ninguna, y dos mujeres del grupo de 51 a 65 años hacía mucho tiempo que no acudían al cribado. Estos resultados coinciden con los

publicados en ENSE 2017, ya que a pesar de que la cobertura es alta, sigue existiendo un porcentaje de población con baja adherencia al cribado (INE, 2018).

6.2 Fase cuantitativa: Validación del cuestionario

Encontrar un cuestionario validado y adaptado a nuestro contexto que recogiera los CAP de las mujeres frente a la prevención del CCU fue una de las dificultades que se presentaron en el planteamiento de esta tesis. La mayoría de estudios internacionales recurren al instrumento validado por Guvenc *et al.* (2011) por lo que fue un referente a la hora de elaborar el nuestro. A pesar de que muchos estudios utilizaban herramientas *ad hoc*, se hizo una búsqueda para reconocer qué ítems describían y englobaban las preguntas que nos planteábamos respecto a los CAP de las mujeres.

La realización de los grupos focales fue un elemento enriquecedor en la elaboración del cuestionario inicial, ya que nos permitió conocer el vocabulario de las mujeres de nuestro contexto en referencia a la prevención del CCU. Todas las mujeres conocían qué era el cuello uterino, y que también se podía llamar cérvix. Todas habían oído hablar del VPH y sabían que existe una técnica ginecológica llamada citología. Por otra parte, la homogeneidad intragrupo permitió que las mujeres discutieran en un lenguaje comprensible entre ellas, adaptado a su grupo de edad.

Respecto al uso del método Delphi, numerosos estudios que han querido conocer los CAP de un determinado tema de salud han empleado esta técnica de validación de instrumentos (Andrés-García *et al.*, 2019; Contreras-Fernández *et al.*, 2017; Ramírez-Rojas y Díaz-Vélez, 2016). Esta técnica permitió que el grupo de expertas valorara los cuestionarios iniciales preparados por el grupo coordinador y lo enriqueciera desde un prisma externo al estudio. La mayor parte de las expertas fueron profesionales sanitarias relacionadas con el cribado (6 matronas y 1 ginecóloga) por lo que están en contacto continuo con mujeres en edad de cribado y conocen su lenguaje y demandas actuales.

El cuestionario definitivo que se pasó a las mujeres del estudio piloto obtuvo una buena aceptación por estas, incluso, una vez finalizado, planteaban sus dudas a la investigadora principal, ya que querían conocer más del tema. Los resultados obtenidos fueron similares a los obtenidos en el estudio experimental con una mayor muestra.

6.3 Fase cuantitativa: Parte experimental

6.3.1 Preintervención

6.3.1.1 Conocimientos

Más de la mitad de las mujeres que participaron en la intervención educativa tenían unos conocimientos medios de la prevención del CCU. Casi el 30% tenían conocimientos bajos y menos de un 20% altos. Estos resultados difieren de otros estudios en los que los conocimientos de la prevención del CCU son muy bajos (Anwar *et al.*, 2018; Grigore *et al.*, 2017; Nardi *et al.*, 2016).

El nivel de conocimientos puede verse influido por determinantes sociodemográficos como ya han estudiado otros autores. En nuestro estudio las mujeres más jóvenes y con estudios superiores son las que tienen mejores conocimientos sobre la prevención del CCU, coincidiendo con otras investigaciones (Anwar *et al.*, 2018; Gyamfua *et al.*, 2019; He y He, 2018; Tapera *et al.*, 2019). Sin embargo, y al contrario de otras publicaciones (Getachew *et al.*, 2019; Luna-Abanto *et al.*, 2020), nuestros resultados revelan que las mujeres solteras tienen mejores conocimientos que las casadas.

Si profundizamos en los conocimientos sobre la prevención del CCU, la mayoría de las mujeres que participaron en la intervención educativa (89.1%) habían oído hablar alguna vez en su vida sobre este

cáncer. A nivel internacional, por una parte existen muchos estudios que evidencian que este cáncer es conocido por las mujeres, con resultados similares a los nuestros (Gatumo *et al.*, 2018; Singh *et al.*, 2018; Yuanyue *et al.*, 2018); pero por otra, también existe un importante número de estudios en el que menos del 35% de las mujeres encuestadas lo conocían (Abulizi *et al.*, 2018; Geremew *et al.*, 2018; Khatuja *et al.*, 2019).

Este estudio muestra que un porcentaje alto (76.4%) de mujeres consideraba que el factor de riesgo más relacionado con el desarrollo del CCU era la infección por VPH. Sin embargo, cuando contrastamos los datos obtenidos con la bibliografía existente, las mujeres en general no suelen nombrarlo como factor de riesgo principal (Chaka *et al.*, 2018; Gatumo *et al.*, 2018; Kasa *et al.*, 2018). Incluso en resultados nacionales recientes, solo un 25.2% de las mujeres indicaba el virus como factor (Romeu-Martínez *et al.*, 2019). El 21.7% de las mujeres consideraban que los antecedentes familiares estaban implicados en el desarrollo de este cáncer, tal como ocurre en la fase exploratoria de nuestro estudio y en otros (Chaka *et al.*, 2018; Gamaoun, 2018). Aunque el tabaco como factor de riesgo no es muy señalado en nuestro estudio, en otro realizado en mujeres paquistaníes aparece como principal factor de riesgo para el desarrollo del CCU en el 58.1% de las respuestas (Javaeed *et al.* 2019).

Respecto a los conocimientos de las mujeres sobre la infección por VPH, a pesar de que el 21.4% de las mujeres desconocía cómo era su transmisión, el 76.5% conocía que era a través de relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, en otros estudios, los

conocimientos sobre la transmisión no son tan altos (Singh *et al.*, 2018; Yuanyue *et al.*, 2018).

En cuanto a los síntomas que puede producir este virus, se evidencia un gran desconocimiento de si produce síntomas o no en hombres y mujeres. Las participantes creían que produce más síntomas en la mujer que en el hombre (29.3% versus 14.1%), haciendo referencia a las verrugas genitales y el CCU. Como ocurrió en los grupos focales y en el estudio valenciano de Navarro-Illana *et al.* (2015), las mujeres no mencionaron otros cánceres anogenitales en ambos sexos. Solo el 17.25% de las mujeres creían que este virus es asintomático en hombres y el 8.48% en mujeres, coincidiendo con los resultados de He y He (2018).

En un estudio realizado en India, las mujeres tenían dificultades para señalar técnicas de prevención dirigidas al CCU, con resultados similares a nuestro estudio (Khatuja *et al.*, 2019). En el estudio de Koç *et al.* (2019), el 58.3% de las mujeres tampoco sabían métodos para protegerse del desarrollo de un CCU. Sin embargo, en nuestro estudio, aquellas mujeres que sí conocían técnicas de prevención del CCU, señalaban principalmente la citología cervicovaginal. Solo 3 mujeres señalaron el test del VPH. Es decir, al igual que ocurrió con los grupos focales, se evidenció que todavía no existen conocimientos suficientes sobre la prueba del VPH, a pesar de que lleva años implantada. En cambio, en el estudio llevado a cabo en EE. UU. en mujeres mayores de edad, el conocimiento del VPH fue un predictor significativo de haber recibido una prueba de VPH en los 5 años anteriores (Johnson *et al.*, 2020).

Un número importante de mujeres señalaban otras formas de prevención, como el uso del preservativo o la vacuna del VPH, a pesar de que la pregunta hiciera referencia exclusivamente a técnicas. Es decir, las mujeres señalaban medidas de prevención primaria. En contraste con los resultados de los grupos focales, las mujeres señalaban la vacuna como método de prevención antes de que apareciera nombrada en el cuestionario.

Cuando las mujeres eran preguntadas si consideraban la citología como una forma de prevención, el 82.1% lo afirmaban. En el estudio de Bayu *et al.* (2016) también obtuvieron resultados similares en mujeres etíopes.

Al profundizar en determinados aspectos del cribado o de la citología, se evidenciaban las carencias informativas. A pesar de que las mujeres del estudio conocían la citología, el 19.4% ignoraban qué toma de muestras implicaba o en qué consistía la técnica, como publica Kasting *et al.* (2017). Estos hallazgos aparecieron en mayor proporción en otro estudio español, en el que el 73.9% de las mujeres encuestadas no conocían el motivo para la realización de una citología (Oneto-Fernández *et al.*, 2018). Se puede deducir que si las mujeres no saben que se está recogiendo muestra por barrido de las células que se descaman del cuello uterino, pueden tener creencias erróneas de que se están visualizando o tomando muestra de otros órganos genitales, como se ha evidenciado en otros estudios (Darj *et al.*, 2019; Kim *et al.*, 2017).

Respecto al inicio del cribado, solo el 20.9% de mujeres encuestadas conocía que la primera citología se realizaba a partir de los 25 años. El 44.2% de las mujeres creían que el momento era a partir de

las relaciones sexuales. Estos resultados coinciden con el estudio de Romeu-Martínez *et al.* (2019). Si tenemos en cuenta que la fecha de inicio del cribado ha sido modificada “recientemente” y que en las anteriores recomendaciones de cribado se aconsejaba a partir de los 20 años o tras el inicio de las relaciones sexuales (Conselleria de Sanitat, 2006), tiene sentido que las mujeres estén confundidas. Sin embargo, el 15.9% de las mujeres del estudio consideraba que el momento de inicio del cribado era a partir de la primera regla (coincidiendo con algunas mujeres de la fase cualitativa) y el 7.4% solo si aparecían síntomas ginecológicos. En el estudio de Al Khudairi *et al.* (2017) realizado en 507 mujeres saudíes, el 42.4% consideraba que el inicio era después del matrimonio, el 30.4% a partir de los 30 años y el 27.2% a partir de los 40. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Getachew *et al.* (2019), ya que el 11.7% de las mujeres también desconocía cuál era la edad de inicio del cribado. Esta falta de información puede derivar en una dificultad de acceso al cribado siendo oportunista y puede ser corregida cuando se pase definitivamente a un cribado poblacional.

Tal como hallamos en los grupos focales, un 43.3% de las mujeres creían que el cribado era anual. En un estudio realizado en Rumanía, hasta el 83.4% de las mujeres encuestadas pensaban que la frecuencia del cribado era anual (Grigore *et al.*, 2017), igual que en otros estudios realizados en otros continentes (Abulizi *et al.*, 2018; Al Khudairi *et al.*, 2017; Krishnaveni *et al.*, 2018). Solo el 22.4% de las mujeres de nuestro estudio conocían que la citología se realizaba cada 3 o 5 años según las recomendaciones actuales de las sociedades

científicas españolas (Torné-Bladé *et al.*, 2014). Tal como ocurre con el inicio del cribado, algunos estudios muestran que las mujeres consideran que la citología se repite solo cuando presentan síntomas, al igual que en los estudios de Cimke y Borekci (2019) y Javaeed *et al.* (2019).

6.3.1.2 Actitudes

Las actitudes de las mujeres respecto a la prevención del CCU fueron positivas, coincidiendo con los estudios internacionales realizados por Al Khudairi *et al.* (2017), Craciun *et al.* (2018) y Jassim *et al.* (2018). Las mujeres de nuestro estudio estaban interesadas en que hubiera más difusión de la información relativa a este cáncer, coincidiendo esta demanda con los resultados obtenidos por Al Khudairi *et al.* en 2017. Por otra parte, las mujeres confiaban en el cribado como método de prevención, ya que marcaban en el cuestionario que se lo realizarían periódicamente y lo recomendarían a otras mujeres. A la mayoría de las mujeres les gustaría pasar a un cribado poblacional y recibir los resultados informados en un lenguaje comprensible. Sin embargo, estas actitudes no fueron tan favorables en otros estudios. Por ejemplo, en el trabajo de Chaka *et al.* (2018) realizado en Etiopía, solo el 7.1% de las mujeres se repetirían las citologías en los próximos 5 años.

Respecto a las actitudes frente a la vacunación del VPH, a pesar de que en la mayoría de casos se mostraban muy favorables, el 7.8%

de las mujeres no estaban de acuerdo o estaban muy en desacuerdo con administrársela. Al igual que en nuestro estudio, Gamaoun (2018) señaló que el 80% de las participantes estaban o estarían interesadas en recibir la vacuna del VPH y el 86% estaban o estarían interesadas en recomendarlas a sus hijas. Según el calendario de vacunación de la Comunidad Valenciana, debe de haber una recaptación de las niñas no vacunadas a los 12 años antes de los 18 (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2016). Por tanto, para las mujeres encuestadas en nuestro estudio, la vacuna no está financiada y es opcional; pudiendo ser el coste de la misma, una barrera para la adquisición de este hábito preventivo.

A pesar de que las tasas de coberturas son altas en adolescentes (71.1% en la Comunidad Valenciana) y han mejorado a lo largo de los años, continúa habiendo cierta desconfianza hacia esta vacuna. Hay bibliografía a nivel nacional e internacional que busca conocer la aceptación de esta vacuna, tanto en adolescentes como en sus padres y madres. Según Navarro-Illana *et al.* (2015) las madres que regularmente van al ginecólogo/a por controles rutinarios están más predispuestas a vacunar a sus hijas. Los principales motivos de rechazo de la vacunación en madres con hijas no vacunadas frente al VPH, fueron el miedo a los efectos adversos (45.6%) y la falta de información (11.8%). Las razones de la desconfianza o duda de los progenitores contra la vacuna contra el VPH son múltiples y complejas. Es importante que se continúen realizando investigaciones que estudien los factores psicosociales junto con continuos estudios de seguridad y eficacia (Shapiro *et al.*, 2018).

6.3.1.3 Prácticas

Las prácticas de cribado fueron muy adecuadas en nuestro estudio, obteniéndose unas tasas altas de cumplimentación del cribado, ya que el 96.2% de las mujeres encuestadas se había realizado una citología en su vida. Sin embargo, otros estudios realizados en países con tasas de incidencia y mortalidad más elevadas de CCU en comparación con España, no tienen coberturas tan altas (Aweke *et al.*, 2017; Grigore *et al.*, 2017; Khatuja *et al.*, 2019). Los resultados son más preocupantes en aquellos estudios en los que más de un 80% de las mujeres no se han hecho un cribado a lo largo de su vida, en países como India (Krishnaveni *et al.*, 2018), Camerún (Nkfusai *et al.*, 2019) o Arabia Saudí (Alnafisah *et al.*, 2019).

Casi la mitad de las encuestadas se habían realizado una citología en el último año, siendo estos resultados similares los estudios españoles recientes de Romeu-Martínez *et al.* (2019) y de Oneto-Fernández *et al.* (2018). Según nuestro estudio, el 36.5% de las mujeres tenían realizada una citología en los últimos 3 años, sin embargo, estos resultados difieren de los datos obtenidos según ENSE 2017 de la Comunidad Valenciana (71.8%). Esta diferencia puede ser debida a que en la encuesta nacional no se preguntaba por las prácticas del último año. El resto de tasas según el año de la última citología fueron relativamente similares entre los resultados de nuestro estudio y los publicados por el MSCBS. Según los datos publicados por ENSE 2017, el 14.9% de las mujeres valencianas en edad de cribado, hacía más de 10 años que no se hacían una citología, sin embargo, solo el 3.2% de las mujeres participantes en esta tesis estaban en esa situación (INE,

2018). Uno de los motivos de que nuestras tasas sean superiores a las publicadas a nivel nacional, puede ser que las mujeres que participaron en nuestro estudio estaban motivadas por la intervención educativa que se iba a realizar después del cuestionario, y por tanto más concienciadas con la prevención.

Los determinantes sociodemográficos que se han asociado de forma significativa con las prácticas de cribado en las mujeres de nuestro estudio han sido la edad y el estado civil. Los resultados obtenidos a través de las encuestas nacionales de salud también han establecido que la edad influye en las prácticas de cribado (INE, 2018; Puig-Tintoré *et al.*, 2008). Por otra parte, nuestro estudio revela que las mujeres solteras tienen mejor adherencia al cribado al igual que los datos obtenidos en la revisión de Alamneh *et al.* (2020). Sin embargo, tanto estudios nacionales como internacionales han asociado las buenas prácticas de cribado a las mujeres casadas (Gamaoun, 2018; INE, 2018). Es interesante recalcar que especialmente las mujeres viudas de este estudio tenían unos tiempos desde la última citología claramente superiores a las solteras ($p = 0.005$). Según la tesis española de Vega Guedes (2016), las mujeres viudas tienen un mayor riesgo de infección por VPH que las casadas por lo que es un grupo de población en el que deberíamos de enfocar nuestros esfuerzos en prevención.

Al contrario de lo que concluyen la mayoría de estudios respecto a que el nivel de estudios influye en las prácticas de cribado (Anwar *et al.*, 2018; Bansal *et al.*, 2015; Carrasco-Garrido *et al.*, 2014; Murfin *et al.*, 2020), en nuestros resultados no se ha encontrado evidencia de que estén asociados ($p = 0.06$).

El motivo principal de realización de la última citología en las mujeres de nuestro estudio había sido porque correspondía por frecuencia de cribado (47.8%), en cambio la principal causa según las mujeres de la Comunidad Valenciana de la última ENSE 2017 fue por la recomendación de profesionales sanitarios (57.7%) (INE, 2018). La siguiente razón más frecuente en las mujeres de nuestro estudio para realizarse la última citología fue la iniciativa propia, coincidiendo con los resultados obtenidos por Getachew *et al.* (2019).

Un 27.6% de las mujeres que no se había realizado una citología en los últimos años atribuía como motivo el descuido o la falta de tiempo. Este motivo puede ser real o, simplemente, la justificación a otra serie de barreras que la mujer no sepa identificar, como el posible miedo a la técnica, vergüenza a la misma o baja percepción del riesgo de desarrollo de un CCU. Sin embargo, el miedo a la prueba o a los resultados como hallan otros estudios (Koç *et al.*, 2019; Kocaöz *et al.*, 2018) no ha sido señalado como factor importante en la no realización de la citología en los últimos años según las mujeres de nuestro estudio. El mismo porcentaje de mujeres encuestadas referían no haber acudido por no haber presentado síntomas.

Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento bajo en estas mujeres y las prácticas inadecuadas. Estos bajos conocimientos o incluso desconocimiento del cribado también ha sido señalado con resultados similares en los estudios de Abulizi *et al.* (2018), Aweke *et al.* (2017) y Dunn *et al.* (2017).

6.3.2 Eficacia de la intervención educativa

En este estudio, los conocimientos y las actitudes sobre el CCU y su prevención mejoraron en las mujeres del Departamento Arnau de Vilanova-Llíria gracias a la intervención educativa realizada por la investigadora principal.

A los 6 meses tras la intervención, hubo un incremento estadísticamente significativo en señalar como factor de riesgo del CCU la “infección por VPH”. Por tanto, la intervención fue efectiva en recalcar que el CCU es un cáncer en el que no influye la genética. En otros estudios, también se indagó si las intervenciones educativas mejoraban el conocimiento de las mujeres sobre la asociación del CCU y el VPH. En un estudio canadiense, con la intervención educativa “*Inside Knowledge*” se mejoró el conocimiento de mujeres y profesionales sanitarios sobre la asociación del VPH con el CCU y el resto de cánceres ginecológicos asociados (Townsend *et al.*, 2018). En otro estudio realizado en Turquía, las intervención educativa dirigida a profesoras aumentó los conocimientos de estas respecto al cáncer de mama y al CCU (Bayık-Temel *et al.*, 2017).

En nuestro estudio también hubo un aumento en el conocimiento respecto a la infección y a su relación con el desarrollo de un CCU. Un mayor número de mujeres señalaban su transmisión a través de las relaciones sexuales sin protección y disminuyó el número de mujeres que no conocían dicha transmisión. En cuanto a la sintomatología, más mujeres señalaron que se trata de un virus que puede pasar desapercibido por ser asintomático y que podía producir síntomas como la aparición de verrugas genitales y CCU. En el estudio

de Li *et al.* (2015), en el que se llevó a cabo una intervención educativa realizada en mujeres que vivían en entornos rurales de China, también se aumentaron los conocimientos relativos a la infección por VPH; sin embargo, solo el 5% relacionaba el VPH y las verrugas genitales.

Tras nuestra intervención, aumentaron los conocimientos respecto a la citología, disminuyendo su asociación con una biopsia de cérvix. Sin embargo, en una intervención educativa dirigida por “Promotoras de Salud” en mujeres hispanas que vivían en la frontera entre México y EE. UU., no se observaron cambios en el conocimiento de la prueba, ya que había mujeres que después de la intervención continuaban creyendo que la citología era un análisis de sangre (Thompson *et al.*, 2014).

La intervención educativa no fue efectiva para mejorar los conocimientos relativos al inicio del cribado, ya que, a los 6 meses, un mayor porcentaje de mujeres señalaba como fecha del inicio del cribado “a partir de las relaciones sexuales”. De estos datos podemos sospechar posibles fallos en la intervención educativa, ya que puede que no se explicara con detenimiento este aspecto o no se profundizara en el mismo. Otra posibilidad es que, al mejorar los conocimientos de las mujeres respecto a que la infección por VPH se produce principalmente por transmisión sexual, este mensaje haya llevado a confusión a las mujeres encuestadas. Sin embargo, el mensaje de la frecuencia del cribado sí que fue efectivo ya que las mujeres contestaron en más ocasiones la respuesta correcta “cada 3 o cada 5 años, según la edad”, obteniéndose unos resultados similares a la intervención realizada por Townsend *et al.* (2018).

Otros autores también han querido estudiar la eficacia de una intervención en las actitudes hacia el CCU. En el estudio canadiense mencionado anteriormente, después de la intervención educativa los participantes contestaron tener intenciones de reducir el riesgo de infección por VPH, intención de dejar de fumar, predisposición hacia la vacuna profiláctica y mejorar la regularidad del cribado (Townsend *et al.*, 2018). Los beneficios de una intervención educativa sobre las actitudes también se hallaron en un estudio realizado en 342 mujeres turcas que residían en zonas rurales. En la segunda evaluación, se incrementaron las respuestas sobre los beneficios de la prevención a través de la citología y disminuyeron las barreras hacia la misma (Kocaöz *et al.*, 2018).

En otro estudio realizado en 2019 que buscaba determinar el impacto de una intervención educativa utilizando el modelo PRECEDE en las creencias y comportamientos de salud, se obtuvo también una mejora significativa en la concienciación sobre la gravedad de este cáncer y la motivación sobre aspectos relacionados con la salud (Koç *et al.*, 2019). Por otra parte, en un estudio español realizado en jóvenes universitarios que comparaba si el uso de un formato narrativo estructurado en Facebook producía un mayor impacto en el conocimiento del VPH y en las actitudes y conductas preventivas en comparación con un formato expositivo, se demostró que el perfil expositivo mejoraba los conocimientos, mientras que el narrativo mejoraba la actitud y conducta preventiva más responsable (Martínez-Martínez *et al.*, 2018).

En el presente estudio, a pesar de que la intervención aumentó los conocimientos y mejoró las actitudes de las mujeres respecto a la prevención del CCU, no se incrementaron las tasas de cribado de las mujeres con prácticas inadecuadas. Solo una mujer de las 32 que tenían prácticas inadecuadas había acudido a realizarse el cribado durante los 6 meses posteriores a la intervención. Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Rosser *et al.* (2015) en su estudio realizado en mujeres rurales de Kenia, en las que sí aumentaron los conocimientos después de la intervención educativa aunque no hubo diferencias significativas en las tasas de cribado al comparar el grupo control con el de la intervención.

Sin embargo, en otros estudios, incrementando el nivel de conocimientos y corrigiendo las creencias erróneas, la tendencia a la participación del cribado aumentaba (Kocaöz *et al.*, 2018). Una revisión sistemática de 2017 que estudiaba diferentes opciones de intervenciones dirigidas a incrementar las tasas de cribado de CCU, encontró que las tasas mejoraban de un 2% a un 20% (Duffy *et al.*, 2017). En el estudio canadiense de Dunn *et al.* (2017), realizado en mujeres en situación de exclusión, la intervención CARES (*Cancer Awareness: Ready for Education and Screening*) incrementó las tasas de cribado de cáncer de mama y cérvix en esta población vulnerable.

Durante la llamada telefónica a los 6 meses postintervención, la mayoría de mujeres que habían informado de prácticas inadecuadas indicaron a la investigadora principal que tenían intención de realizarse el cribado en los siguientes meses. En la intervención realizada Townsend *et al.* (2018), también mejoraron las intenciones de las

mujeres en recibir las vacunas contra el VPH y en realizarse el cribado. En este momento de la llamada se aprovechó para reforzar el mensaje de la importancia del cribado para la prevención del CCU.

6.4 Fortalezas y limitaciones del estudio

Esta tesis se ha desarrollado en tres etapas consecutivas que han permitido aportar una serie de beneficios a la comunidad científica. Se disponía de diversos estudios que pretendían conocer los CAP de las mujeres, principalmente en países con incidencias altas por CCU o mujeres en situaciones de vulnerabilidad con baja adherencia al cribado; sin embargo, no había estudios recientes realizados en el contexto nacional con la intención de medir o de planificar posibles intervenciones que modifiquen los CAP sobre prevención del CCU en mujeres españolas. Por tanto, a través de las tres fases que componen esta tesis se han podido explorar los CAP de las mujeres en un Departamento de Salud de Valencia desde diferentes perspectivas, así como la efectividad de una intervención educativa que permita mejorarlos.

Empezar el estudio con la realización de grupos focales repartidos en grupos homogéneos según edad, permitió recoger mejor los conocimientos y actitudes a través del discurso generado entre las mujeres. Acceder a las propias palabras de las participantes en estas sesiones fue enriquecedor ya que al actuar entre iguales y en interacción sin la interrupción de una persona experta en el tema, posibilitó que las mujeres pudieran tener conversaciones espontáneas. El empleo del método cualitativo en esta parte del trabajo, permitió acceder mejor a

las experiencias de las mujeres, así como a las emociones relacionadas con la técnica, el trato con profesionales sanitarios y el estar “cerca” del cáncer. Al finalizar cada sesión, se repitió el mismo patrón entre los diferentes grupos. Las mujeres verbalizaban que se habían sentido muy cómodas hablando del tema y que podrían seguir haciéndolo en otras ocasiones, pero principalmente querían saber más acerca de la prevención de este cáncer, ya que se daban cuenta de que las experiencias eran diferentes y no había un criterio homogéneo entre ellas. Analizar sus experiencias y necesidades fue crucial para orientar el resto del estudio y saber hacia dónde dirigir la intervención educativa. Por tanto, gracias a esta metodología, se pudo recoger información de las mujeres desde otro prisma más profundo y difícil de recoger a través de las técnicas cuantitativas.

La segunda fase principal, la elaboración y validación de un cuestionario sirvió tanto para medir objetivamente los CAP sobre la prevención del CCU en mujeres españolas como para determinar la eficacia de una intervención educativa. Es decir, se trata de una herramienta adaptada y apropiada a nuestro contexto, que se puede utilizar en futuras investigaciones españolas, sin la necesidad de recurrir a la validación transcultural de otros instrumentos. Otra de las fortalezas en esta fase del estudio era el hecho de que el grupo del comité de expertos que se precisaba para llevar a cabo el método Delphi, contara con la presencia de 9 mujeres. Todas ellas, mujeres en edad de cribado y la mayoría, en contacto continuo con el mismo por su práctica diaria. Esta tesis trata un cáncer exclusivo de mujeres por lo que era importante que estuvieran presentes en todos los procesos de la

investigación incluso en este apartado más específico de la metodología del estudio.

Uno de los beneficios de elegir este Departamento de Salud para llevar a cabo el estudio fue su dispersión geográfica. Se pudo realizar una intervención educativa en un ámbito comunitario muy heterogéneo, ya que se accedió a grupos de mujeres de municipios muy diferentes entre sí, unos más rurales y otros más urbanos. El contacto y coordinación con asociaciones de mujeres o Ayuntamientos fue un trabajo de varios meses. La organización de la intervención y la difusión de la sesión educativa fue crucial para acceder a las mujeres, gracias a la implicación de las asociaciones o los Ayuntamientos, bien a través del cartel proporcionado o de otros medios propios. Posterior a la intervención educativa, en la mayoría de asociaciones o municipios hubo un *feedback* positivo hacia el estudio, que se evidenció a través de la publicación en sus redes sociales. Otra de las demandas que realizaban la mayoría de asociaciones después de la intervención, era que esta se repitiera y se dirigiera a la población general, incluyendo a hombres y adolescentes.

El hecho de que tanto los grupos focales como la intervención educativa fueran llevados a cabo por la investigadora principal, que se presentaba como matrona de Atención Primaria, favorecía que algunas mujeres consultaran dudas ginecológicas aprovechando el estudio. Sentir que estaban en contacto con el sistema de salud, les permitía expresar sus demandas y necesidades relativas al tema.

Por otra parte, volver a contactar con las mujeres 6 meses después, permitió conocer qué había sucedido tras la intervención después de este tiempo, así como reforzar el mensaje de salud.

Este trabajo aporta información detallada de un Departamento de Salud que va a permitir replantear a los diferentes profesionales que están en contacto continuo con la prevención del CCU su forma de transmitir los conocimientos.

Sin embargo, el estudio también presenta ciertas limitaciones, ya que, al ser realizado en un único Departamento de Salud, no se genera evidencia suficiente para poder generalizar estos resultados al resto de departamentos, comunidad autónoma o país.

También se podría decir que existe un sesgo de representatividad, ya que las mujeres que acudieron a la intervención educativa conocían qué tema se iba a tratar, por lo que podrían estar más motivadas por el mismo. Por otra parte, en algunas ocasiones, el número de personas que acudió a la intervención educativa fue superior a lo deseado, formándose grupos grandes. Sin embargo, no se limitó el aforo para que fueran beneficiadas el mayor número posible de personas de la intervención educativa.

En cuanto a los datos proporcionados por las mujeres habría sido conveniente recoger más datos sociodemográficos para valorar su relación con el conocimiento del tema, así como las prácticas de cribado. Por otra parte, respecto a los datos obtenidos relativos a la cobertura de las prácticas de CCU, no se comprobó si las fechas que referían las participantes eran ciertas o había un sesgo de memoria. Sin embargo, al tratarse de un cribado oportunista, habría existido

dificultad para realizar esta comprobación, ya que no existen datos oficiales registrados y muchas mujeres son atendidas a través del circuito privado.

Tal como han planteado otros estudios, podría haber sido conveniente determinar la eficacia de la intervención con varias mediciones: inmediatamente, 2 o 4 meses después. De esta forma se podría valorar si los conocimientos y actitudes disminuyen o se estabilizan con el paso del tiempo. Pero en estos casos, tendríamos que tener en cuenta que podría aparecer un sesgo de memoria, ya que al contestar de forma repetida el mismo cuestionario, podrían rellenarlo de forma automática acordándose de las respuestas correctas a las preguntas.

6.5 Implicaciones para la práctica

Mediante esta tesis hemos explorado qué saben y qué actitudes tienen las mujeres respecto a la prevención del CCU, cómo mejoran a través de una intervención educativa y cuáles son sus demandas al sistema de salud y a sus profesionales. Los resultados y conclusiones obtenidos, ofrecen información interesante con la que plantear posibles intervenciones futuras o modificar las ofertadas para mejorar la práctica clínica. Por otra parte, se ha validado un cuestionario que permite estudiar los CAP de las mujeres respecto al tema y se puede aplicar a todo el ámbito español, pero se podría estudiar la posibilidad de una futura adaptación del instrumento para la población general.

Se ha constatado que la intervención educativa realizada en el estudio ha sido efectiva, ya que se han aumentado los conocimientos y las actitudes de las mujeres. Ya que ha sido probada, se podría empezar a implantar en los centros de Atención Primaria y seguir estudiando la eficacia de la intervención en diferentes grupos de población. Se podría incorporar esta intervención en otros Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, así como en otras CC. AA. A pesar de que ha sido efectiva, hacen falta más acciones y actores responsables para mejorar los resultados obtenidos. Además, a través de los grupos focales, sabemos que las mujeres solicitan más información sobre este

cáncer y su prevención, tanto por parte de la sociedad como de profesionales sanitarios.

Aunque en los próximos años vamos a pasar a un cribado poblacional, en el que ciertas limitaciones derivadas del cribado oportunista actual mejorarán, se debe trabajar en la promoción de la prevención de este cáncer. Por una parte, las autoridades sanitarias deberían hacer más hincapié en la concienciación del CCU. Es un cáncer que se puede prevenir por lo que hay que aunar esfuerzos para mejorar las tasas de cobertura, tanto de la vacuna del VPH como del cribado. En cuanto a la difusión de información sobre este cáncer ginecológico, una de las acciones a seguir de la Estrategia contra el Cáncer de la Comunidad Valenciana 2019-2022 es facilitar la información periódica a diferentes niveles y tipos de usuarios y usuarias, sobre los factores de riesgo y la situación del cáncer. Por tanto, una de las acciones que se debería de llevar a cabo es la actualización de la información visual y escrita que hay respecto al CCU. Las publicaciones institucionales más recientes han quedado parcialmente obsoletas (Conselleria de Sanitat, 2011b; Generalitat Valenciana, 2012) respecto a las últimas recomendaciones de cribado y porque nos dirigimos a un cribado poblacional.

Además de la información escrita, las mujeres demandaban charlas, aunque algunas consideraban que había dificultad para acudir en fechas o lugares concretos. El profesional óptimo para la Educación para la Salud es la enfermera (Murfin *et al.*, 2020; Soto *et al.*, 2018). Desde la infancia hasta la edad adulta puede ir educando a la población respecto a la prevención del cáncer. Como se ha mencionado, podría

hacer uso de esta intervención educativa ya probada, pero debería adaptarla a la población a la que se dirige.

Por una parte, la enfermera pediátrica o la enfermera escolar puede enfocar más la educación sanitaria a la prevención de la ITS más frecuente a nivel mundial, la infección por VPH, así como a la importancia de la vacunación tanto en chicas como en chicos. Este mensaje debería ser reforzado de forma anual y de manera más intensa en aquellas edades en las que se inician las relaciones sexuales.

Por otra parte, la enfermera comunitaria también puede realizar estas charlas educativas, ya que llega a un ámbito más amplio de población. Es importante que en la prevención de este cáncer ginecológico no solo estén implicadas las mujeres y sus respectivas madres, hijas, hermanas, sino también los hombres y las familias en general para reforzar el mensaje de salud.

Las mujeres del grupo focal preferían que las charlas fueran impartidas por un profesional especialista en la materia, como sería la matrona. La Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia (Matrona), cuida de las mujeres durante todas las etapas de su vida, por lo que su papel es muy importante tanto en la captación de las usuarias para el cribado como en la transmisión de información veraz y sencilla sobre la prevención de este cáncer. Algunas mujeres de los grupos focales no eran conocedoras de que las matronas de Atención Primaria también se encargaban de la realización del cribado. Por tanto, es importante recalcar que esta profesional no solo aborda el control del embarazo, parto, puerperio y lactancia, sino que está implicada en otros temas relacionados con la salud de la mujer, como el cribado del CCU.

Tanto si la información se transmite de forma individual o grupal, hay que hacer más hincapié en determinados temas según hemos podido comprobar con este estudio. Por una parte, hay que informar a los usuarios y usuarias acerca de la seguridad y eficacia de la vacuna del VPH, fomentar el uso del preservativo y destacar determinadas características del cribado (inicio, frecuencia y finalización). Es importante enfatizar en que todo cribado tiene sus beneficios, pero también sus riesgos, y que un aumento de la frecuencia del cribado no mejora la eficacia del mismo. Por lo que hay que insistir en que el cribado anual realizado en algunas consultas ginecológicas privadas no es más coste-efectivo. Es necesario asegurarse de que la información transmitida es entendida, que es clara, comprensible y adaptada a nivel cultural de quien la recibe.

En cuanto a la difusión de información a través de los recursos electrónicos, se podría grabar esta intervención educativa en su conjunto para aquellas mujeres o personas que no pueden acudir a la charla de forma presencial. Otra opción válida sería crear varios videos de menor duración con temas individuales contenidos en la charla, de tal forma que se pueda “recetar” este contenido electrónico según las necesidades del usuario o usuaria.

A pesar de que esta tesis nos ha aportado mucha información sobre las necesidades que tienen las mujeres respecto a la prevención del CCU, hemos visto que el menor nivel de conocimientos está relacionado con una mayor probabilidad de prácticas incorrectas. Por tanto, sería conveniente continuar estudiando las barreras de acceso que presentan las mujeres con cribado inadecuado, para valorar posibles

intervenciones específicas que permitan abordarlas. Entre las barreras psicológicas, los grupos focales propusieron alternativas de posible mejora de la técnica respecto a la molestia o dolor que puede producir. Para ello se podrían hacer estudios, como se ha hecho a nivel internacional con el uso de la autotoma o el no uso de espéculo (Arbyn *et al.*, 2018; Freeman *et al.*, 2018). Otro de los temas a trabajar sería estudiar la ansiedad que se produce antes de la técnica en algunas mujeres y valorar diferentes intervenciones que ayuden a disminuirla o manejarla.

Por otra parte, otra barrera que se mencionaba era la falta de recordatorio o citación, característica de un cribado oportunista. Según la tesis realizada por Acera-Pérez (2016), dirigida a mejorar las tasas de cribado en mujeres con cribado incorrecto, la estrategia que obtuvo la mayor cobertura incluía una invitación personalizada, un folleto informativo y una llamada telefónica 3 días antes de la cita. Este aspecto se podrá determinar cuando se implante definitivamente el cribado poblacional de CCU en todo el territorio español, ya que habrá que estudiar si estas estrategias son suficientes o no para este grupo de mujeres.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

A continuación, se detallan las conclusiones obtenidas a lo largo de las diferentes fases de esta tesis doctoral:

- La fase cualitativa permitió determinar que los conocimientos de las participantes eran bajos respecto al CCU. Las actitudes eran favorables hacia la prevención del CCU e incluso demandaban más concienciación por parte de la sociedad y recibir más información por parte de los y las profesionales sanitarios. Las mujeres argumentaban que esta información tenía que ser impartida por especialistas en la materia, entre los que destacaba la matrona por su accesibilidad, lenguaje y conocimiento. La mayoría de las mujeres que participaron en los grupos focales tenía buena adherencia al cribado.
- En la fase cuantitativa, se creó un instrumento sencillo y fiable, llamado CAP-PCCU, que fue validado específicamente. Este permitió identificar en qué ámbito las mujeres tienen menores conocimientos, qué aspectos se deberían trabajar para mejorar las actitudes y determinar si existe buena adherencia al cribado. Cuando se pasó este cuestionario antes de la intervención educativa se obtuvo que los conocimientos de las mujeres fueron mayoritariamente medios, sus actitudes favorables y presentaban una adherencia muy alta al programa de cribado oportunista. Por otra parte, permitió evidenciar que el nivel de conocimientos era inferior en mujeres mayores y casadas, y superior en mujeres con estudios superiores. En cuanto a las prácticas, también las mujeres mayores, las casadas y

especialmente las viudas, tenían una mayor probabilidad de un tiempo superior de realización desde la última citología.

- La intervención educativa breve fue eficaz para el aumento de los conocimientos y la mejora de las actitudes sobre la prevención del CCU; sin embargo, no fue efectiva para aumentar las prácticas de cribado en aquellas mujeres con inadecuada adherencia al mismo.
- Es necesario continuar evaluando diferentes estrategias de promoción de la salud y prevención de esta enfermedad para mejorar los conocimientos y aumentar las prácticas de cribado en aquellas mujeres con baja adherencia al mismo.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

- Abdul-Rashid, R. M., Mohamed, M., Hamid, Z. A., y Dahlui, M. (2013). Is the phone call the most effective method for recall in cervical cancer screening?—Results from a randomised control trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, *14*(10), 5901-5904. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.10.5901>
- Abiodun, O. A., Olu-Abiodun, O. O., Sotunsa, J. O., y Oluwole, F. A. (2014). Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and cervical screening uptake among adult women in rural communities in Nigeria. *BMC Public Health*, *14*(1), 814. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-814>
- Abulizi, G., Abulimiti, T., Li, H., Abuduxikuer, G., Mijiti, P., Zhang, S.-Q., Maimaiti, A., Tuergan, M., Simayi, A., y Maimaiti, M. (2018). Knowledge of cervical cancer and Pap smear among Uyghur women from Xinjiang, China. *BMC Women's Health*, *18*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0512-5>
- Acar, G. B., Pinar, G. (2015). Perspectives of Women during Reproductive Years for Cervical Cancer Scans and Influencing Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *16*(16), 7171-7178. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.16.7171>
- Acera-Pérez, A. (2016). *Evaluación de tres estrategias para la captación de mujeres con cribado incorrecto de cáncer de cérvix: Estudio CRICERVA* [Universidad de Barcelona].

<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/105506>

Adab, P., McGhee, S. M., Yanova, J., Wong, C. M., y Hedley, A. J. (2004). Effectiveness and Efficiency of Opportunistic Cervical Cancer Screening: Comparison with Organized Screening. *Medical Care*, 42(6), 600-609. <https://doi.org/doi:10.1097/01.mlr.0000128007.04494.29>.

Adewumi, K., Oketch, S. Y., Choi, Y., y Huchko, M. J. (2019). Female perspectives on male involvement in a human-papillomavirus-based cervical cancer-screening program in western Kenya. *BMC Women's Health*, 19(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0804-4>

AEMPS. (2012). Ficha técnica Cervarix. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cervarix-epar-product-information_es.pdf

AEMPS. (2015). Ficha técnica Gardasil. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1151007002/FT_1151007002.html

AEMPS. (2009). Nota informativa de la AEMPS sobre Seguridad de la Vacuna frente al Virus del Papiloma Humano Gardasil. https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2009/NI_2009-02_gardasil.htm

AEPC. (2015). AEPC-Guía: Condilomas acuminados. Publicaciones AEPC. <http://www.aepc.org/wp->

content/uploads/2019/04/AEPCC_guiaCONDILOMAS-
ACUMINADOS-ISBN.pdf

AEPCC. (2016). Infección por el Virus del Papiloma Humano.
<http://www.aepcc.org/infeccion-por-el-vph/>

Aignerren, M. (2006). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales, Artículo publicado en CEO. Revista electrónica, 7.

Akamatsu, S., Kodama, S., Himeji, Y., Ikuta, N., y Shimagaki, N. (2012). A Comparison of Liquid-Based Cytology with Conventional Cytology in Cervical Cancer Screening. *Acta Cytologica*, 56(4), 370-374. <https://doi.org/10.1159/000337641>

Al Khudairi, H., Abu-Zaid, A., Alomar, O., y Salem, H. (2017). Public Awareness and Knowledge of Pap Smear as a Screening Test for Cervical Cancer among Saudi Population in Riyadh City. *Cureus*, 9(1), e984. <https://doi.org/10.7759/cureus.984>

Alafifi, R., Kindratt, T. B., Pagels, P., Saleh, N., y Gimpel, N. E. (2019). Awareness and Knowledge of Human Papilloma Virus and Cervical Cancer in Women with High Pap Uptake. *Journal of Community Health*, 44(2), 332-338. <https://doi.org/10.1007/s10900-018-0591-0>

Alamneh, Y. M., Alamneh, A. A., y Shiferaw, A. A. (2020). *Knowledge, Attitude, and Practice of Cervical Cancer Screening and Associated Factors Among Reproductive Aged*

Women in Ethiopia: A Meta-Analysis and Systematic Review.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-24245/v1>

Alemany, L., Bayas, J., Borruel, N., Campins, M., Castellsagué, X., Curran, A., Díaz de Heredia, C., Martínez, X., Moraga-Llop, F. A., y Torné, A. (2016a). AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al Virus del Papiloma Humano en poblaciones de riesgo elevado. *AEPCC*, 1-46.

Alemany, L., Saunier, M., Alvarado-Cabrero, I., Quirós, B., Salmeron, J., Shin, H.-R., Pirog, E. C., Guimerà, N., Hernandez-Suarez, G., Felix, A., Clavero, O., Lloveras, B., Kasamatsu, E., Goodman, M. T., Hernandez, B. Y., Laco, J., Tinoco, L., Geraets, D. T., Lynch, C. F., ... Sanjosé, S. de. (2015). Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. *International Journal of Cancer*, 136(1), 98-107. <https://doi.org/10.1002/ijc.28963>

Alemany, L., Saunier, M., Tinoco, L., Quirós, B., Alvarado-Cabrero, I., Alejo, M., Joura, E. A., Maldonado, P., Klaustermeier, J., Salmerón, J., Bergeron, C., Petry, K. U., Guimerà, N., Clavero, O., Murillo, R., Clavel, C., Wain, V., Geraets, D. T., Jach, R., ... Bosch, F. X. (2014). Large contribution of human papillomavirus in vaginal neoplastic lesions: A worldwide study in 597 samples. *European Journal of Cancer*, 50(16), 2846-2854. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2014.07.018>

Alemany, L., Cubilla, A., Halc, G., Kasamatsu, E., Quirós, B.,

- Masferrer, E., Tous, S., Lloveras, B., Hernández-Suarez, G., Lonsdale, R., Tinoco, L., Alejo, M., Alvarado-Cabrero, I., Laco, J., Guimerà, N., Poblet, E., Lombardi, L. E., Bergeron, C., Clavero, O., ... de Sanjosé, S. (2016b). Role of Human Papillomavirus in Penile Carcinomas Worldwide. *European Urology*, 69(5), 953-961. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.12.007>
- Alnafisah, R. A., Alsuhaibani, R., Alharbi, M. A., Alsohaibani, A. A., y Ismail, A. A. (2019b). Saudi Women's Knowledge and Attitude toward Cervical Cancer Screening, Treatment, and Prevention: A Cross-Sectional Study in Qassim Region (2018-2019). *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 20(10), 2965-2969. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.10.2965>
- Al-Shaikh, G. K., Syed, S. B., Fayed, A. A., Al-Shaikh, R. A., Al-Mussaed, E. M., Khan, F. H., y Elmorshedy, H. N. (2017). Effectiveness of health education programme: Level of knowledge about prevention of cervical cancer among Saudi female healthcare students. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(4), 513-520.
- Álvarez-García, F. J., Cilleruelo-Ortega, M. J., Álvarez Aldeán, J., Garcés-Sánchez, M., García-Sánchez, N., Garrote-Llanos, E., Hernández-Merino, Á., Iofrío de Arce, A., Merino-Moína, M., Montesdeoca-Melián, A., Navarro-Gómez, M. L., y Ruiz-

Contreras, J. (2020). Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: Recomendaciones 2020. *Anales de Pediatría*, 92(1), 52.e1-52.e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.007>

American Cancer Society. (2016, noviembre 20). *¿Se puede prevenir el cáncer de cuello uterino?* <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/se-puede-prevenir-el-cancer-de-cuello-uterino.html>

American Cancer Society. (2019). *¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino?* <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

American Cancer Society. (2020). *Mes de conciencia del cáncer de cuello uterino.* <https://www.cancer.org/es/noticias-recientes/cobertura-especial/mes-de-conciencia-del-cancer-de-cuello-uterino.html>

Anaman, J. A. (2016). *Barriers to and facilitators of cervical screening practice among African immigrant women from refugee and non-refugee backgrounds living in Brisbane* [PhD Thesis, Queensland University of Technology]. <https://eprints.qut.edu.au/92791/>

Anderson, T. A., Schick, V., Herbenick, D., Dodge, B., y Fortenberry,

- J. D. (2014). A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sexually Transmitted Infections*, 90(7), 529-531. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051558>
- Andreassen, T., Weiderpass, E., Nicula, F., Suteu, O., Itu, A., Bumbu, M., Tincu, A., Ursin, G., y Moen, K. (2017). Controversies about cervical cancer screening: A qualitative study of Roma women's (non)participation in cervical cancer screening in Romania. *Social Science & Medicine*, 183, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.040>
- Andrés-García, I., Muñoz-Moreno, M. F., Ruiz-López del Prado, G., Gil-Sáez, B., Andrés-Puertas, M., y Almaráz-Gómez, A. (2019). Validación de un cuestionario sobre actitudes y práctica de actividad física y otros hábitos saludables mediante el método Delphi. *Revista Española de Salud Pública*, 93(1), e1-e12.
- Antón-Fernández, R. (2015). *Conocimientos y conductas frente al virus del papiloma humano y cáncer de cérvix en mujeres universitarias del Principado de Asturias*. <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/31563>
- Anwar, S. L., Tampubolon, G., Van Hemelrijck, M., Hutajulu, S. H., Watkins, J., Wulaningsih, W., y for the PILAR Research Network. (2018). Determinants of cancer screening awareness

- and participation among Indonesian women. *BMC Cancer*, 18(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4125-z>
- Araujo, M., Franck, J.-E., Cadot, E., Gautier, A., Chauvin, P., Rigal, L., Ringa, V., y Menvielle, G. (2017). Contextual determinants of participation in cervical cancer screening in France, 2010. *Cancer Epidemiology*, 48, 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.04.014>
- Arbyn, M., Castellsagué, X., de Sanjosé, S., Bruni, L., Saraiya, M., Bray, F., y Ferlay, J. (2011). Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Annals of Oncology*, 22(12), 2675-2686. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr015>
- Arbyn, M., Ronco, G., Anttila, A., Meijer, C. J. L. M., Poljak, M., Ogilvie, G., Koliopoulos, G., Naucler, P., Sankaranarayanan, R., y Peto, J. (2012). Evidence Regarding Human Papillomavirus Testing in Secondary Prevention of Cervical Cancer. *Vaccine*, 30, F88-F99. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.06.095>
- Arbyn, M., Smith, S. B., Temin, S., Sultana, F., Castle, P., y Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. (2018). Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: Updated meta-analyses. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 363, k4823. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4823>

Aweke, Y. H., Ayanto, S. Y., y Ersado, T. L. (2017). Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *PLOS ONE*, 12(7), e0181415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181415>

Ayuntamiento de Pedralba [aytopedralba]. (2018, noviembre 15). *La Concejalía de Sanidad comunica que el jueves día 29 de noviembre a las 11h en el Salón de Plenos del Ayuntamiento habrá charla informativa sobre Prevención del cáncer de cuello uterino, impartida por Jessica Borrull Guardañó, matrona del Centro de Salud [Tweet]*. Twitter. <https://twitter.com/aytopedralba/status/1063145887675891712>

Bahmani, A., Baghianimoghadam, M. H., Enjezab, B., Mazloomy Mahmoodabad, S. S., y Askarshahi, M. (2016). Factors Affecting Cervical Cancer Screening Behaviors Based On the Precaution Adoption Process Model: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 211-218. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p211>

Bahmani, A., Mahmoodabad, S. S. M., Enjezab, B., Askarshahi, M., y Baghianimoghadam, M. H. (2017). The Effect of Training Based on Precaution Adoption Process Model (PAPM) on Rural Females' Participation in Pap smear. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 1-7.

<https://doi.org/10.9734/BJPR/2017/32965>

Bakogianni, G. D., Goutsou, S. C., Liti, M. V., Rizopoulou, S. I., Nikolakopoulos, K. M., y Nikolakopoulou, N. M. (2012). Knowledge, attitude, and practice of cervical cancer screening among Greek students: A short report. *ijamh*, 24(4), 329–330. <https://doi.org/10.1515/ijamh.2012.047>

Bansal, A. B., Pakhare, A. P., Kapoor, N., Mehrotra, R., y Kokane, A. M. (2015). Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 6(2), 324-328. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.159993>

Basu, P., Hassan, S., Fileeshia, F., Mohamed, S., Nahoodha, A., Shiuna, A., Sulaiman, A. I., Najeeb, N., y Saleem, F. J. (2014). Knowledge, attitude and practices of women in maldives related to the risk factors, prevention and early detection of cervical cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 15(16), 6691-6695. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.16.6691>

Bayık-Temel, A., Dağhan, Ş., Kaymakçı, Ş., Öztürk Dönmez, R., y Arabacı, Z. (2017). Effect of structured training programme on the knowledge and behaviors of breast and cervical cancer screening among the female teachers in Turkey. *BMC Women's Health*, 17(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0478-8>

- Bayu, H., Berhe, Y., Mulat, A., y Alemu, A. (2016). Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. *PloS One*, *11*(3), e0149908. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149908>
- Beachler, D. C., Jenkins, G., Safaeian, M., Kreimer, A. R., y Wentzensen, N. (2016). Natural Acquired Immunity Against Subsequent Genital Human Papillomavirus Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, *213*(9), 1444-1454. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiv753>
- Bennett, K. M. (2017). Chapter 7—Molecular Testing for Human Papillomaviruses. En W. B. Coleman y G. J. Tsongalis (Eds.), *Diagnostic Molecular Pathology* (pp. 75-87). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800886-7.00007-8>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (1ª edición). Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). http://www.congreso enfermeria.es/2016/sites/default/files/styles/escucharobservarcomprender1parte_1424533205197.pdf

- BOE. (2019). *Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-6277>
- Bogaards, J. A., Wallinga, J., Brakenhoff, R. H., Meijer, C. J. L. M., y Berkhof, J. (2015). Direct benefit of vaccinating boys along with girls against oncogenic human papillomavirus: Bayesian evidence synthesis. *BMJ*, 350, h2016.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h2016>
- Borrull-Guardeño, J. (2019). Municipios donde se realizaron las intervenciones grupales [Map].
<https://www.google.com/maps/d/edit?hl=es&mid=18yLSt6so-JMmf8Y0SpjXPPwKPQiBrimf&ll=39.634446453642184%C2%0C-0.7002848769531056&z=11>
- Borrull-Guardeño, J., Domínguez, A., Merizalde-Torres, M. H., y Sánchez-Martínez, V. (2019). Cervical Cancer Screening in Women With Severe Mental Disorders: An Approach to the Spanish Context. *Cancer Nursing*, 42(4), E31-E35.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000608>
- Bosch, F. X., y de Sanjosé, S. (2003). Chapter 1: Human Papillomavirus and Cervical Cancer—Burden and Assessment of Causality. *JNCI Monographs*, 2003(31), 3-13.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a003479>

Bosch, J. M., Serrano, J. R., González, J. V., Lobo, P., López-Arregui, E., Quesada, M., Ramón y Cajal, J. M., y Vanrell, M. (2018). AEPCG-Guía: Métodos anticonceptivos y VPH. Publicaciones AEPCG, 1-47.

Brinkmann, D., Gladman, M. A., Norman, S., y Lawton, F. G. (2005). Why do women still develop cancer of the cervix despite the existence of a national screening programme? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 119(1), 123-124. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.07.021>

Brotherton, J. M. L., y Bloem, P. N. (2018). Population-based HPV vaccination programmes are safe and effective: 2017 update and the impetus for achieving better global coverage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 42-58. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.010>

Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F., y de Sanjosé, S. (2019a). *Human Papillomavirus and Related Diseases in Spain. Summary Report 17 June 2019*. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/ESP.pdf?t=1558255893915>

- Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F. X., y de Sanjosé, S. (2019b). *Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 22 January 2019*. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
- Bruni, L., Diaz, M., Barrionuevo-Rosas, L., Herrero, R., Bray, F., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., y Castellsagué, X. (2016). Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: A pooled analysis. *The Lancet Global Health*, 4(7), e453-e463. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30099-7)
- Bruni, L., Serrano, B., Bosch, X., y Castellsagué, X. (2015). Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 33(5), 342-354. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.03.018>
- Burchell, A. N., Tellier, P.-P., Hanley, J., Coutlée, F., y Franco, E. L. (2010). Influence of partner's infection status on prevalent human papillomavirus among persons with a new sex partner. *Sexually Transmitted Diseases*, 37(1), 34-40. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e3181b35693>
- Burchell, A. N., Winer, R. L., de Sanjosé, S., y Franco, E. L. (2006). Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*, 24 Suppl 3, S3/52-61.

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.031>

Caballero-Pérez, P., Tuells, J., Rementería, J., Bonmatí, A. N., López, V. N., y Fernández, J. A. (2015). Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en estudiantes universitarios españoles durante la etapa pre-vacunal: Un estudio transversal. *Revista Española de Quimioterapia*, 28(1), 2.

Cadman, L., Ashdown-Barr, L., Waller, J., y Szarewski, A. (2015). Attitudes towards cytology and human papillomavirus self-sample collection for cervical screening among Hindu women in London, UK: A mixed methods study. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(1), 38-47. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100705>

Camaño-Puig, R., y Sanchis-Martínez, M. M. (2014). Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. *Revista de Salud Pública*, 16(5), 647-659. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.41021>

Cameron, R. L., Kavanagh, K., Pan, J., Love, J., Cuschieri, K., Robertson, C., Ahmed, S., Palmer, T., y Pollock, K. G. J. (2016). Human Papillomavirus Prevalence and Herd Immunity after Introduction of Vaccination Program, Scotland, 2009–2013. *Emerging Infectious Diseases*, 22(1), 56-64. <https://doi.org/10.3201/eid2201.150736>

- Cárcamo, M. (2018). Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(4), 388-396. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.009>
- Carrasco-Garrido, P., Hernandez-Barrera, V., Lopez de Andres, A., Jimenez-Trujillo, I., Gallardo-Pino, C., y Jimenez-Garcia, R. (2014). Awareness and uptake of colorectal, breast, cervical and prostate cancer screening tests in Spain. *European Journal of Public Health*, 24(2), 264-270. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt089>
- Carstens, C. (2012). *Conocimiento y conductas asociadas a VPH: Un estudio descriptivo de Chile y España*. <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/120780>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martinez, M., y Sanz-Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), Article 1. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/10317>
- Castells, X., Sala, M., Ascunze, N., Salas, D., Zubizarreta, R., y Casamitjana, M. (2007). *Descripción del cribado del cáncer en España*. <https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/AATRM200601.pdf>
- Castellsagué, X., Alemany, L., Quer, M., Halc, G., Quirós, B., Tous, S., Clavero, O., Alòs, L., Biegner, T., Szafarowski, T., Alejo, M., Holzinger, D., Cadena, E., Claros, E., Hall, G., Laco, J.,

- Poljak, M., Benevolo, M., Kasamatsu, E., ... Xavier Bosch, F. (2016). HPV Involvement in Head and Neck Cancers: Comprehensive Assessment of Biomarkers in 3680 Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 108(6), djv403. <https://doi.org/10.1093/jnci/djv403>
- Castellsagué, X., Bosch, F. X., y Muñoz, N. (2002). Environmental cofactors in HPV carcinogenesis. *Virus Research*, 89(2), 191-199. [https://doi.org/10.1016/S0168-1702\(02\)00188-0](https://doi.org/10.1016/S0168-1702(02)00188-0)
- Castellsagué, X., Díaz, M., de Sanjosé, S., Muñoz, N., Herrero, R., Franceschi, S., Peeling, R. W., Ashley, R., Smith, J. S., Snijders, P. J. F., Meijer, C. J. L. M., y Bosch, F. X. (2006). Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(5), 303-315. <https://doi.org/10.1093/jnci/djj067>
- Castellsagué, X., y Muñoz, N. (2003). Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis—Role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *JNCI monographs*, 2003(31), 20-28.
- Castillo, M., Astudillo, A., Clavero, O., Velasco, J., Ibáñez, R., y de Sanjosé, S. (2016). Poor Cervical Cancer Screening Attendance and False Negatives. A Call for Organized Screening. *PloS One*, 11(8), e0161403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161403>

Castle, P. E., Bulten, J., Confortini, M., Klinkhamer, P., Pellegrini, A., Siebers, A. G., Ronco, G., y Arbyn, M. (2016). Age-specific patterns of unsatisfactory results for conventional Pap smears and liquid-based cytology: Data from two randomised clinical trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1067-1073. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02650.x>

CAV-AEP. (2017). *Cataluña incorpora al calendario la vacuna nonavalente frente al VPH.*
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/cataluna-incorpora-al-calendario-la-vacuna-nonavalente-frente-al-vph>

CAV-AEP. (2018a). *Castilla y León, primera en incorporar la vacuna frente a los meningococos A, C, W, Y al calendario infantil.*
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/castilla-y-leon-primera-en-incorporar-la-vacuna-frente-los-meningococos-c-w-y-al-calendario-infantil>

CAV-AEP. (2018b). *Alemania y Reino Unido recomiendan vacunar a varones frente al VPH.*
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/alemania-y-reino-unido-recomiendan-vacunar-varones-frente-al-vph>

CAV-AEP. (2019a). *Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2019.*
<https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvac-aep->

2018-razones-y-bases.pdf

CAV-AEP. (2019b). *Coberturas vacunales en España, 2018. Parte 4: Vacunaciones de los 12-14 años | Comité Asesor de Vacunas de la AEP.*
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/coberturas-vacunales-2018-parte4>

CAV-AEP. (2020). *Virus del papiloma humano. Manual de vacunas en línea de la AEP.*
<http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>

CDC. (2015). *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015.*
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>

CDC. (2019). *CDC Works 24/7.* Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/index.htm>

Cea-D'Ancona, M. A. (2005). La senda tortuosa de la «calidad» de la encuesta. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 111, 75-104.

Chaka, B., Sayed, A.-R., Goeieman, B., y Rayne, S. (2018). A survey of knowledge and attitudes relating to cervical and breast cancer among women in Ethiopia. *BMC Public Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5958-8>

Chaux, A., y Cubilla, A. L. (2012). The role of human papillomavirus

- infection in the pathogenesis of penile squamous cell carcinomas. *Seminars in Diagnostic Pathology*, 29(2), 67-71.
<https://doi.org/10.1053/j.semmp.2011.09.001>
- Chen, H. C., Schiffman, M., Lin, C.-Y., Pan, M.-H., You, S.-L., Chuang, L.-C., Hsieh, C.-Y., Liaw, K.-L., Hsing, A. W., y Chen, C.-J. (2011). Persistence of Type-Specific Human Papillomavirus Infection and Increased Long-term Risk of Cervical Cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 103(18), 1387-1396.
<https://doi.org/10.1093/jnci/djr283>
- Chesson, H. W., Dunne, E. F., Hariri, S., y Markowitz, L. E. (2014). The Estimated Lifetime Probability of Acquiring Human Papillomavirus in the United States. *Sexually transmitted diseases*, 41(11), 660-664.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000193>
- Chigbu, C. O., Onyebuchi, A. K., Onyeka, T. C., Odugu, B. U., y Dim, C. C. (2017). The impact of community health educators on uptake of cervical and breast cancer prevention services in Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 137(3), 319-324.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12150>
- Chorley, A. J., Marlow, L. A. V., Forster, A. S., Haddrell, J. B., y Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and

- barriers to participation in the context of an organised programme: A systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology*, 26(2), 161-172. <https://doi.org/10.1002/pon.4126>
- Cimke, V. S., y Borekci, G. (2019). The determination of the knowledge level and behavior of Turkish women from various occupations about human papillomavirus, cervical cancer, and pap smear test. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 15(6), 1235-1244. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_1195_16
- Cobos-Serrano, J. L. (2016). *Desarrollo y validación de un cuestionario que permita medir las diferentes dimensiones de la profesión de enfermería en España* [Info:eu-repo/semantics/doctoralThesis, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/40318/>
- Cogliano, V., Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., y WHO International Agency for Research on Cancer. (2005). Carcinogenicity of human papillomaviruses. *The Lancet. Oncology*, 6(4), 204. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(05\)70086-3](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(05)70086-3)
- Coles, V. A. H., Patel, A. S., Allen, F. L., Keeping, S. T., y Carroll, S. M. (2015). The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: A systematic review. *International Journal of STD & AIDS*, 26(11), 777-788.

<https://doi.org/10.1177/0956462414554629>

Coll-Benejam, T., Bravo-Toledo, R., Marcos-Calvo, M. P., y Astier-Peña, M. P. (2018). Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Atención Primaria*, 50, 86-95.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.004>

Colomer-Revuelta, J., y PAPPS Infancia y Adolescencia. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269.
<https://doi.org/10.4321/S1139-76322013000400016>

Comino-Delgado, R. (2019). *Cómo evitar el cáncer: Especial atención a los cánceres ginecológicos*. Punto Rojo Libros.

CISNS. (2019). *Calendario recomendado año 2020*.
https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion_Todalvida.pdf

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2016). *Protocolo de vacunación infantil en la Comunitat Valenciana*.
https://www.enferalicante.org/Documentos/2016/ProtocolodeVacunacionInfantil_diciembre%202016.pdf

Conselleria de Sanitat. (2006). *Informes de salud. Detección precoz de cáncer de cérvix*. N°93. <https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2016/09/DP-CANCER-DE-CERVIX.pdf>

- Conselleria de Sanitat. (2011a). *Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana* 2011-2014.
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4223-2011.pdf>
- Conselleria de Sanitat. (2011b). *Tríptico Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana* 2011-2014.
<http://www.lafe.san.gva.es/AreasyServicios/es/dam/jcr:f556a509-c0ef-4bdf-9cfc-c478c2f1d7ba/Programa%20de%20c%C3%A1ncer%20hereditario%20-%20Folleto%20Cervix%20.pdf>
- Conselleria de Sanitat. (2019). *Ámbito de actuación—Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria*.
<http://arnau.san.gva.es/ambito-de-actuacion2>
- Contreras-Fernández, E., Barón-López, F. J., Méndez-Martínez, C., Canca-Sánchez, J. C., Cabezón Rodríguez, I., y Rivas-Ruiz, F. (2017). Validación del cuestionario de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria*, 49(4), 233-239.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.004>
- Cooke, R., y French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health*, 23(7), 745-765.

<https://doi.org/10.1080/08870440701544437>

Córdoba-Sánchez, V., Tovar-Aguirre, O. L., Franco, S., Arias Ortiz, N. E., Louie, K., Sanchez, G. I., y Garces-Palacio, I. C. (2019). Perception about barriers and facilitators of the school-based HPV vaccine program of Manizales, Colombia: A qualitative study in school-enrolled girls and their parents. *Preventive Medicine Reports*, 16, 100977. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100977>

Corredera-Hernández, F. J. (2015). *Intervención educativa en conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva en la población universitaria de Salamanca* (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Salamanca]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=115102>

Craciun, I. C., Todorova, I., y Baban, A. (2018). "Taking responsibility for my health": Health system barriers and women's attitudes toward cervical cancer screening in Romania and Bulgaria. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105318787616>. [Epub ahead of print]

Cuesta-Cambra, U., Martínez-Martínez, L., y Niño-González, J. I. (2018). Estrategias y contenidos considerados más eficaces por los jóvenes para la prevención del virus del papiloma humano desde Facebook. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED)*, 29(3).

<https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83779>

- Cuzick, J., Szarewski, A., Cubie, H., Hulman, G., Kitchener, H., Luesley, D., McGoogan, E., Menon, U., Terry, G., Edwards, R., Brooks, C., Desai, M., Gie, C., Ho, L., Jacobs, I., Pickles, C., y Sasieni, P. (2003). Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: The HART study. *The Lancet*, 362(9399), 1871-1876. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14955-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14955-0)
- Darj, E., Chalise, P., y Shakya, S. (2019). Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 20, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.02.001>
- Davies, A. A., Davey Smith, G., Harbord, R., Bekkering, G. E., Sterne, J. A. C., Beynon, R., y Thomas, S. (2006). Nutritional interventions and outcome in patients with cancer or preinvasive lesions: Systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(14), 961-973. <https://doi.org/10.1093/jnci/djj263>
- de Martel, C., Ferlay, J., Franceschi, S., Vignat, J., Bray, F., Forman, D., y Plummer, M. (2012). Global burden of cancers attributable to infections in 2008: A review and synthetic analysis. *The Lancet. Oncology*, 13(6), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70137-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70137-7)

- de Pokomandy, A., Rouleau, D., Ghattas, G., Vézina, S., Coté, P., Macleod, J., Allaire, G., y Franco, E. L. (2009). Prevalence, Clearance, and Incidence of Anal Human Papillomavirus Infection in HIV-Infected Men: The HIPVIRG Cohort Study. *The Journal of Infectious Diseases*, 199(7), 965-973. <https://doi.org/10.1086/597207>
- de Sanjosé, S., Brotons, M., y Pavón, M. A. (2018a). The natural history of human papillomavirus infection. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 2-13. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.015>
- de Sanjosé, S., Diaz, M., Castellsagué, X., Clifford, G., Bruni, L., Muñoz, N., y Bosch, F. X. (2007). Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: A meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 7(7), 453-459. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)
- de Sanjosé, S., Serrano, B., Tous, S., Alejo, M., Lloveras, B., Quirós, B., Clavero, O., Vidal, A., Ferrándiz-Pulido, C., Pavón, M. Á., Holzinger, D., Halc, G., Tommasino, M., Quint, W., Pawlita, M., Muñoz, N., Bosch, F. X., Alemany, L., RIS HPV TT, VVAP and Head and Neck study groups, y Kulkarni, A. (2018b). Burden of Human Papillomavirus (HPV)-Related Cancers Attributable to HPVs 6/11/16/18/31/33/45/52 and 58. *JNCI Cancer Spectrum*, 2(4).

<https://doi.org/10.1093/jncics/pky045>

de Sanjosé, S., y Tsu, V. (2018). Spectrum of HPV related diseases. *HPV World*. https://igcs.org/wp-content/uploads/2018/03/2018_02_18_HPWorld-RZ.pdf

Delpino, M., Eresta, M., y Rivas, C. (2013). Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. *Gobierno de España. MSSSI*. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD19011.pdf>

Deniz, S., Kurt, B., Oğuzöncül, A. F., Nazlıcan, E., Akbaba, M., y Nayir, T. (2017). Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. *PLOS ONE*, *12*(11), e0188571. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188571>

Derkey, C. S., y Wiatrak, B. (2008). Recurrent respiratory papillomatosis: A review. *The Laryngoscope*, *118*(7), 1236-1247. <https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31816a7135>

Díaz-Llanes, G. (2005). Los grupos focales: Su utilidad para el médico de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *21*(3-4), 0-0.

Díaz-Sanchís, M., y de Sanjosé-Llongueras, S. (2016). Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud. *Scientia*. <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2887>

- Donati, S., Giambi, C., Declich, S., Salmaso, S., Filia, A., Atti, M. L. C. degli, Alibrandi, M. P., Brezzi, S., Carozzi, F., Collina, N., Franchi, D., Lattanzi, A., Meda, M., Minna, M. C., Nannini, R., Gallicchio, G., y Bella, A. (2012). Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women. *Vaccine*, 30(12), 2075-2082. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.057>
- Doorbar, J., Quint, W., Banks, L., Bravo, I. G., Stoler, M., Broker, T. R., & Stanley, M. A. (2012). The Biology and Life-Cycle of Human Papillomaviruses. *Vaccine*, 30, F55-F70. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.06.083>
- Duffy, S. W., Myles, J. P., Maroni, R., y Mohammad, A. (2017). Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *Journal of Medical Screening*, 24(3), 127-145. <https://doi.org/10.1177/0969141316664757>
- Dunn, S. F., Lofters, A. K., Ginsburg, O. M., Meaney, C. A., Ahmad, F., Moravac, M. C., Nguyen, C. T. J., y Arisz, A. M. (2017). Cervical and Breast Cancer Screening After CARES: A Community Program for Immigrant and Marginalized Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 589-597. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.023>
- EMA. (2016). *Resumen del EPAR para el público general. Gardasil 9*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/gardasil-9-epar-summary-public_es.pdf

- Epstein, D., Orly de Labry Lima, A., García-Mochón, L., Espín-Balbino, J., y Esquivias, J. (2014). A comparison of the accuracy of liquid cytology versus conventional screening: A meta-analysis of split-sample studies. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 177(1), 153-168. <https://doi.org/10.1111/rssa.12005>
- Erazo-Domínguez, J. V. (2007). *Manual de Patología Cervical*. Universidad Del Cauca.
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Everett, T., Bryant, A., Griffin, M. F., Martin-Hirsch, P. P., Forbes, C. A., y Jepson, R. G. (2011). Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002834.pub2>
- Felipe, J., y Gilbert, J. (2018). Efectividad de las intervenciones educativas en conocimientos y actitudes en la prevención de cáncer cérvico uterino en población de riesgo. *Universidad Privada Norbert Wiener*. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1589>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., y Bray, F. (2015). Cancer

- incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Ferris, D. G., Samakoses, R., Block, S. L., Lazcano-Ponce, E., Restrepo, J. A., Mehlsen, J., Chatterjee, A., Iversen, O.-E., Joshi, A., Chu, J.-L., Krick, A. L., Saah, A., y Das, R. (2017). 4-Valent Human Papillomavirus (4vHPV) Vaccine in Preadolescents and Adolescents After 10 Years. *Pediatrics*, 140(6), e20163947. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3947>
- Fletcher, F. E., Buchberg, M., Schover, L. R., Basen-Engquist, K., Kempf, M.-C., Arduino, R. C., y Vidrine, D. J. (2014). Perceptions of barriers and facilitators to cervical cancer screening among low-income, HIV-infected women from an integrated HIV clinic. *AIDS Care*, 26(10), 1229-1235. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.894617>
- Forman, D., de Martel, C., Lacey, C. J., Soerjomataram, I., Lortet-Tieulent, J., Bruni, L., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., Plummer, M., y Franceschi, S. (2012). Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*, 30 Suppl 5, F12-23. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.07.055>
- Freeman, M., Waller, J., Sasieni, P., Lim, A. W., y Marlow, L. A. (2018). Acceptability of non-speculum clinician sampling for cervical screening in older women: A qualitative study. *Journal of Medical Screening*, 25(4), 205-210.

<https://doi.org/10.1177/0969141318756452>

Freeman, T. (2006). 'Best practice' in focus group research: Making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 491-497. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x>

Frutos Pérez-Surio, A., y Fernández-Alonso, E. (2017). Revisión de la evidencia científico-técnica disponible con respecto a citología líquida. *Journal of negative abd no positive results*, 6, 245-259. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.1378>

FSRH Clinical Effectiveness Unit. (2019). *FSRH Guideline Combined Hormonal Contraception*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/>

Gamaoun, R. (2018). Awareness and knowledge about cervical cancer prevention methods among Tunisian women. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 59(1), E30-E35. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2018.59.1.709>

Garavalia, L., y Gredler, M. (2004). Teaching evaluation through modeling: Using the Delphi technique to assess problems in academic programs. *The American Journal of Evaluation*, 25(3), 375-380.

García-Alcaraz, F., Alfaro-Espín, A., Hernández-Martínez, A., y Molina-Alarcón, M. (2006). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: Metodología y limitaciones. *Revista*

clinica de medicina de familia, 1(5).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617616006>

García-Calvente, M. M., y Mateo-Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: Diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)

García-Delgado, P., Gastelurrutia-Garralda, M. Á., Baena-Parejo, M. I., Fisac-Lozano, F., y Martínez-Martínez, F. (2009). Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención Primaria*, 41(12), 661-668. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.011>

Garland, S. M., Steben, M., Sings, H. L., James, M., Lu, S., Railkar, R., Barr, E., Haupt, R. M., y Joura, E. A. (2009). Natural History of Genital Warts: Analysis of the Placebo Arm of 2 Randomized Phase III Trials of a Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, and 18) Vaccine. *The Journal of Infectious Diseases*, 199(6), 805-814.
<https://doi.org/10.1086/597071>

Gatumo, M., Gacheri, S., Sayed, A.-R., y Scheibe, A. (2018). Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi counties, Kenya: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 18.
<https://doi.org/10.1186/s12885-018-4642-9>

Generalitat Valenciana. (2012). *Cuídate CV: Prevención Cáncer de Cérvix*.

https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=_enfq6lGhDU

Generalitat Valenciana. (2018). *Municipis i comarques—Generalitat Valenciana*. <http://www.pegv.gva.es/va/bdt>

Generalitat Valenciana. (2019). *Estrategia contra el Cáncer de la Comunitat Valenciana 2019-2022*. Generalitat. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. <https://socvalped.com/wp-content/uploads/2019/06/EstrategiaCancer20190121.pdf>

Genovese, C., La Fauci, V., Squeri, A., Trimarchi, G., y Squeri, R. (2018). HPV vaccine and autoimmune diseases: Systematic review and meta-analysis of the literature. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 59(3), E194-E199. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2018.59.3.998>

Geremew, A. B., Gelagay, A. A., y Azale, T. (2018). Comprehensive knowledge on cervical cancer, attitude towards its screening and associated factors among women aged 30-49 years in Finote Selam town, northwest Ethiopia. *Reproductive Health*, 15(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0471-1>

Getachew, S., Getachew, E., Gizaw, M., Ayele, W., Addissie, A., y Kantelhardt, E. J. (2019b). Cervical cancer screening knowledge and barriers among women in Addis Ababa, Ethiopia. *PLOS ONE*, 14(5), e0216522.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216522>

- Ghanouni, A., Renzi, C., y Waller, J. (2017). A cross-sectional survey assessing factors associated with reading cancer screening information: Previous screening behaviour, demographics and decision-making style. *BMC Public Health*, 17(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4224-9>
- Gibson, E. G., Gage, J. C., Castle, P. E., y Scarinci, I. C. (2019). Perceived Susceptibility to Cervical Cancer among African American Women in the Mississippi Delta: Does Adherence to Screening Matter? *Women's Health Issues*, 29(1), 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.09.006>
- Gillison, M. L., Alemany, L., Snijders, P. J. F., Chaturvedi, A., Steinberg, B. M., Schwartz, S., y Castellsagué, X. (2012). Human papillomavirus and diseases of the upper airway: Head and neck cancer and respiratory papillomatosis. *Vaccine*, 30 Suppl 5, F34-54. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.05.070>
- Giuliano, A. R., Anic, G., y Nyitray, A. G. (2010). Epidemiology and pathology of HPV disease in males. *Gynecologic Oncology*, 117(2 Suppl), S15-19. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.01.026>
- Gobierno Vasco. (2018). *Adquisición de dosis de vacuna frente al virus del Papiloma Humano de 9 genotipos*. <http://www.euskadi.eus/web01->

s2osa/es/contenidos/anuncio_contratacion/expjaso10461/es_d
oc/es_arch_expjaso10461.html

Gómez-Calduch, A., y Bernat-Adell, M. D. (2019). Eficacia del Programa de Intervención en Educación Sexual en Estudiantes de Secundaria. *Enfermería Comunitaria*. <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11163>

González Cano-Caballero, M, García, E. G., Garrido-Peña, F., y Cano-Caballero Galvez, M. D. (2018). Opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Andalucía acerca del Virus del Papiloma Humano y su vacuna. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1), 27-34. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0126>

González Cano-Caballero, M. (2018). *Información y confianza sobre el uso de las vacunas: El caso del virus del papiloma humano*. [Universidad de Sevilla]. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/78748/TESIS%20MARIA%20GONZALEZ%20CANO%20CABALLERO.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Grigore, M., Popovici, R., Pristavu, A., Grigore, A. M., Matei, M., y Gafitanu, D. (2017). Perception and use of Pap smear screening among rural and urban women in Romania. *European Journal of Public Health*, 27(6), 1084-1088. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx112>

- Grupo de Trabajo VPH 2012. (2013). *Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones*. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. MSSSI. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>
- Guetterman, T. C., Feters, M. D., y Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 554-561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>.
- Guix, J. (2004). Dimensionando los hechos: La encuesta (I). *Revista de Calidad Asistencial*, 19(6), 402-406. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(04\)77731-3](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(04)77731-3)
- Gupta, B., Johnson, N. W., y Kumar, N. (2016). Global Epidemiology of Head and Neck Cancers: A Continuing Challenge. *Oncology*, 91(1), 13-23. <https://doi.org/10.1159/000446117>
- Gupta, S., Palmer, C., Bik, E. M., Cardenas, J. P., Nuñez, H., Kraal, L., Bird, S. W., Bowers, J., Smith, A., Walton, N. A., Goddard, A. D., Almonacid, D. E., Zneimer, S., Richman, J., y Apte, Z. S. (2018). Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing: Increased Cervical Cancer Screening Participation and Incorporation in International Screening Programs. *Frontiers in Public Health*, 6, 77. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00077>

- Guvenc, G., Akyuz, A., y Açikel, C. H. (2011). Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: Psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 428-437. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x>
- Gyamfua, A. A., Nkrumah, I., Ibitoye, B. M., Agyemang, B. A., Ofosu, E. S., Tsoka-Gwegweni, J. M., y Cumber, S. N. (2019). The level of knowledge and associated socio-demographic factors on cervical cancer among women: A cross-sectional study at Kenyase Bosore community, Ghana. *The Pan African Medical Journal*, 34. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.44.19471>
- Hall, M. T., Simms, K. T., Lew, J.-B., Smith, M. A., Brotherton, J. M., Saville, M., Frazer, I. H., y Canfell, K. (2019). The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: A modelling study. *The Lancet Public Health*, 4(1), e19-e27. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30183-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30183-X)
- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
- Harper, D. M., y Demars, L. R. (2014). Primary strategies for HPV infection and cervical cancer prevention. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(2), 256-278. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000027>
- Hassani, L., Dehdari, T., Hajizadeh, E., Shojaeizadeh, D., Abedini, M.,

- y Nedjat, S. (2017). Barriers to Pap Smear Test for the Second Time in Women Referring to Health Care Centers in the South of Tehran: A Qualitative Approach. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(4), 376-385.
- He, J., y He, L. (2018). Knowledge of HPV and acceptability of HPV vaccine among women in western China: A cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 18(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0619-8>
- Hoevenaars, B. M., van der Avoort, I. A. M., de Wilde, P. C. M., Massuger, L. F. A. G., Melchers, W. J. G., de Hullu, J. A., y Bulten, J. (2008). A panel of p16(INK4A), MIB1 and p53 proteins can distinguish between the 2 pathways leading to vulvar squamous cell carcinoma. *International Journal of Cancer*, 123(12), 2767-2773. <https://doi.org/10.1002/ijc.23857>
- Hogewoning, C. J. A., Bleeker, M. C. G., van den Brule, A. J. C., Voorhorst, F. J., Snijders, P. J. F., Berkhof, J., Westenend, P. J., y Meijer, C. J. L. M. (2003). Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: A randomized clinical trial. *International Journal of Cancer*, 107(5), 811-816. <https://doi.org/10.1002/ijc.11474>
- Hope, K. A., Moss, E., Redman, C. W. E., y Sherman, S. M. (2017). Psycho-social influences upon older women's decision to attend cervical screening: A review of current evidence.

Preventive Medicine, 101, 60-66.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.05.002>

Hudelist, G., Manavi, M., Pischinger, K. I. D., Watkins-Riedel, T., Singer, C. F., Kubista, E., y Czerwenka, K. F. (2004). Physical state and expression of HPV DNA in benign and dysplastic cervical tissue: Different levels of viral integration are correlated with lesion grade. *Gynecologic Oncology*, 92(3), 873-880. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2003.11.035>

Huh, W. K., Ault, K. A., Chelmow, D., Davey, D. D., Goulart, R. A., Garcia, F. A. R., Kinney, W. K., Massad, L. S., Mayeaux, E. J., Saslow, D., Schiffman, M., Wentzensen, N., Lawson, H. W., y Einstein, M. H. (2015). Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: Interim clinical guidance. *Obstetrics and Gynecology*, 125(2), 330-337. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000669>

Hung, H. L., Altschuld, J. W., y Lee, Y.-F. (2008). Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.005>

IARC. (2007). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* (Vol. 90). <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono90.pdf>

- IARC. (2016). *Código Europeo contra el Cáncer. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC). Comisión Europea: Doce formas de reducir el riesgo de cáncer—Centre international de recherche sur le cancer (OMS). Commission européenne: 12 façons de réduire votre risque de cancer.* <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>
- IARC. (2018). *Cancer today.* <http://gco.iarc.fr/today/home>
- IARC. (2020). *Cancer today.* <http://gco.iarc.fr/today/home>
- INE. (2018). *Encuesta nacional de salud ENSE 2017.* http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
- Insinga, R. P., Glass, A. G., Myers, E. R., y Rush, B. B. (2007). Abnormal outcomes following cervical cancer screening: Event duration and health utility loss. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 27(4), 414-422. <https://doi.org/10.1177/0272989X07302128>
- ICO. (2018). *26 de marzo: Día Mundial del Cáncer de Cérvix.* Instituto Catalán de Oncología. <http://ico.gencat.cat/es/detall/noticia/180326-Cancer-cervix>
- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical

- Cancer. (2006). Cervical carcinoma and reproductive factors: Collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *International Journal of Cancer*, 119(5), 1108-1124. <https://doi.org/10.1002/ijc.21953>
- Jackowska, M., von Wagner, C., Wardle, J., Juszczak, D., Luszczyńska, A., y Waller, J. (2012). Cervical screening among migrant women: A qualitative study of Polish, Slovak and Romanian women in London, UK. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 38(4), 229-238. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2011-100144>
- Jassim, G., Obeid, A., y Al Nasheet, H. A. (2018). Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care Centres in Bahrain. *BMC Public Health*, 18(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5023-7>
- Javeed, A., Shoukat, S., Hina, S., Hameed, Z., Ghauri, S. K., y Ahmed, M. M. (2019). Knowledge, Attitude, and Practices Related to Cervical Cancer Among Adult Women in Azad Kashmir: A Hospital-based Cross-sectional Study. *Cureus*, 11(3), e4234. <https://doi.org/10.7759/cureus.4234>
- Jerónimo, J., Castle, P. E., Temin, S., y Shastri, S. (2017). Prevención secundaria de cáncer cervicouterino: Resumen de las guías de

práctica clínica estratificada por recursos, preparada por de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. *Journal of Oncology Practice*, 13(2).
<https://doi.org/10.1200/JOP.2016.017889>

Johnson, N. L., Head, K. J., Scott, S. F., y Zimet, G. D. (2020). Persistent Disparities in Cervical Cancer Screening Uptake: Knowledge and Sociodemographic Determinants of Papanicolaou and Human Papillomavirus Testing Among Women in the United States. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 33354920925094.
<https://doi.org/10.1177/0033354920925094>

Joura, E. A., Giuliano, A. R., Iversen, O.-E., Bouchard, C., Mao, C., Mehlsen, J., Moreira, E. D., Ngan, Y., Petersen, L. K., Lazcano-Ponce, E., Pitisuttithum, P., Restrepo, J. A., Stuart, G., Woelber, L., Yang, Y. C., Cuzick, J., Garland, S. M., Huh, W., Kjaer, S. K., ... Luxembourg, A. (2015). A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *The New England Journal of Medicine*, 372(8), 711-723. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1405044>

Jradi, H., y Bawazir, A. (2019). Knowledge, attitudes, and practices among Saudi women regarding cervical cancer, human papillomavirus (HPV) and corresponding vaccine. *Vaccine*, 37(3), 530-537. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.11.065>

Kasa, A. S., Tesfaye, T. D., y Temesgen, W. A. (2018). Knowledge,

- attitude and practice towards cervical cancer among women in Finote Selam city administration, West Gojjam Zone, Amhara Region, North West Ethiopia, 2017. *African Health Sciences*, 18(3), 623-636. <https://doi.org/10.4314/ahs.v18i3.20>
- Kasting, M. L., Wilson, S., Zollinger, T. W., Dixon, B. E., Stupiansky, N. W., y Zimet, G. D. (2017). Differences in cervical cancer screening knowledge, practices, and beliefs: An examination of survey responses. *Preventive Medicine Reports*, 5, 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.12.013>
- Katayama-Omura, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/559>
- Kelly, H., Weiss, H. A., Benavente, Y., de Sanjosé, S., Mayaud, P., y ART and HPV Review Group. (2018). Association of antiretroviral therapy with high-risk human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, and invasive cervical cancer in women living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. HIV*, 5(1), e45-e58. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30149-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30149-2)
- Kesic, V., Poljak, M., y Rogovskaya, S. (2012). Cervical Cancer Burden and Prevention Activities in Europe. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 21(9), 1423-1433. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0181>

- Kessler, T. A. (2017). Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(2), 172-183. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.02.005>
- Khademolhosseini, F., Noroozi, A., y Tahmasebi, R. (2017). The Effect of Health Belief Model-Based Education through Telegram Instant Messaging Services on Pap smear performance. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(8), 2221-2226. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.8.2221>
- Khan, M. J., Castle, P. E., Lorincz, A. T., Wacholder, S., Sherman, M., Scott, D. R., Rush, B. B., Glass, A. G., y Schiffman, M. (2005). The Elevated 10-Year Risk of Cervical Precancer and Cancer in Women With Human Papillomavirus (HPV) Type 16 or 18 and the Possible Utility of Type-Specific HPV Testing in Clinical Practice. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 97(14), 1072-1079. <https://doi.org/10.1093/jnci/dji187>
- Khatuja, M. R., Renjhen, P., Prasad, S., Kadiyan, M., y Attuluri, L. (2019). Awareness of cervical cancer and its prevention among women attending a tertiary-care hospital in northern Delhi, India. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 49-51-51. <https://doi.org/10.7196/sajog.1415>
- Khazae-Pool, M., Yargholi, F., Jafari, F., y Ponnet, K. (2018). Exploring Iranian women's perceptions and experiences regarding cervical cancer-preventive behaviors. *BMC Women's*

Health, 18. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0635-8>

- Kim, K., Kim, B., Choi, E., Song, Y., y Han, H.-R. (2015). Knowledge, perceptions, and decision making about human papillomavirus vaccination among Korean American women: A focus group study. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 25(2), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.11.005>
- Kim, K., Kim, S., y Chung, Y. (2017). A qualitative study exploring factors associated with Pap test use among North Korean refugees. *Health Care for Women International*, 38(10), 1115-1129. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1359605>
- Kitzinger. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299-302.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Kjellberg, L., Hallmans, G., Ahren, A. M., Johansson, R., Bergman, F., Wadell, G., Angström, T., y Dillner, J. (2000). Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *British Journal of Cancer*, 82(7), 1332-1338. <https://doi.org/10.1054/bjoc.1999.1100>

- Koç, Z., Özdeş, E. K., Topatan, S., Çinarlı, T., Şener, A., Danacı, E., y Palazoğlu, C. A. (2019). The Impact of Education About Cervical Cancer and Human Papillomavirus on Women's Healthy Lifestyle Behaviors and Beliefs: Using the PRECEDE Educational Model. *Cancer Nursing*, 42(2), 106-118. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000570>
- Kocaöz, S., Özçelik, H., Talas, M. S., Akkaya, F., Özkul, F., Kurtuluş, A., y Ünlü, F. (2018a). The Effect of Education on the Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancer on the Women's Attitudes and Behaviors Regarding Participating in Screening Programs. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 33(4), 821-832. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1193-8>
- Krishnaveni, K., Roy, P., y Sambathkumar, R. (2018). Knowledge, attitude and practice related to cervical cancer and screening among women: Community based cross-sectional study. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(2), 722-729. [https://doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.9\(2\).722-29](https://doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.9(2).722-29)
- La Vanguardia. (2009). *Vuelven a la UCI las dos niñas afectadas por la vacuna del papiloma.* <https://www.lavanguardia.com/sucesos/20090305/53653282837/vuelven-a-la-uci-las-dos-ninas-afectadas-por-la-vacuna-del-papiloma.html>

- Lacey, C. J. N., Woodhall, S. C., Wikstrom, A., y Ross, J. (2013). 2012 European guideline for the management of anogenital warts. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(3), e263-e270. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04493.x>
- Lam, J. U. H., Rebolj, M., Dugué, P.-A., Bonde, J., von Euler-Chelpin, M., y Lynge, E. (2014). Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: Systematic review of longitudinal studies. *Journal of Medical Screening*, 21(1), 38-50. <https://doi.org/10.1177/0969141314522454>
- Landeta, J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*, 73(5), 467-482. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2005.09.002>
- Las Provincias. (2011, junio 9). *Sanidad retrasa a tres años las revisiones anuales de ginecología*. Las Provincias. <https://www.lasprovincias.es/v/20110609/comunitat/sanidad-retrasa-tres-anos-20110609.html>
- Le, D., y Holt, C. L. (2018). CervixCheck: A Spiritually-Based Text Messaging Intervention to Promote Cervical Cancer Awareness and Pap Test Screening Intention among African-American Women. *Journal of health communication*, 23(9), 842-853. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1528317>
- Lee, H. Y., Koopmeiners, J. S., Rhee, T. G., Raveis, V. H., y

- Ahluwalia, J. S. (2014). Mobile phone text messaging intervention for cervical cancer screening: Changes in knowledge and behavior pre-post intervention. *Journal of medical Internet research*, 16(8), e196. <https://doi.org/10.2196/jmir.3576>.
- Lee, H. Y., y Lee, M. H. (2017). Barriers to Cervical Cancer Screening and Prevention in Young Korean Immigrant Women: Implications for Intervention Development. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(4), 353-362. <https://doi.org/10.1177/1043659616649670>
- Li, J., Kang, L.-N., Li, B., Pang, Y., Huang, R., y Qiao, Y.-L. (2015). Effect of a group educational intervention on rural Chinese women's knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines. *BMC Cancer*, 15(1), 691. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1682-2>
- Li, X., Gao, L., Li, H., Gao, J., Yang, Y., Zhou, F., Gao, C., Li, M., y Jin, Q. (2013). Human papillomavirus infection and laryngeal cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, 207(3), 479-488. <https://doi.org/10.1093/infdis/jis698>
- Lima-Serrano, M., y Lima-Rodríguez, J. S. (2019). Efecto de la estrategia de promoción de salud escolar Forma Joven. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.009>

- Limia, A., y Pachón, I. (2011). Coverage of human papillomavirus vaccination during the first year of its introduction in Spain. *Eurosurveillance*, 16(21), 19873. <https://doi.org/10.2807/ese.16.21.19873-en>
- Linstone, H. A., y Turoff, M. (1975). *The delphi method*. Addison-Wesley Reading, MA. <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>
- López, N., Torné, A., Franco, A., San-Martin, M., Viayna, E., Barrull, C., y Perulero, N. (2018). Epidemiologic and economic burden of HPV diseases in Spain: Implication of additional 5 types from the 9-valent vaccine. *Infectious Agents and Cancer*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13027-018-0187-4>
- Luengo-Matos, S., y Muñoz-van den Eynde, A. (2004). Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Atención Primaria*, 33(5), 229-234. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)79407-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79407-X)
- Luján-Tangarife J. A., y Cardona-Arias, J. A. (2015). Construcción y validacion de escalas de medición en salud: Revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11(3). <http://www.archivosdemedicina.com/abstract/construccion-y-validacin-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas-6694.html>
- Luna-Abanto, J., Gil-Olivares, F., y Mendoza, Á. D. (2020).

- Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de citología cervical en una población rural peruana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), 112-124.
- Luque, J. S., Tarasenko, Y. N., Reyes-Garcia, C., Alfonso, M. L., Suazo, N., Rebing, L., y Ferris, D. G. (2017). Salud es Vida: A Cervical Cancer Screening Intervention for Rural Latina Immigrant Women. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 32(4), 690-699. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0978-x>
- Malhotra, C., Bilger, M., Liu, J., y Finkelstein, E. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening in Singapore: A mixed methods analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(8), 3887-3895.
- Malmir, S., Barati, M., Khani Jeihooni, A., Bashirian, S., y Hazavehei, S. M. M. (2018). Effect of an Educational Intervention Based on Protection Motivation Theory on Preventing Cervical Cancer among Marginalized Women in West Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 19(3), 755-761. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.755>
- Marek, E., Dergez, T., Rebek-Nagy, G., Szilard, I., Kiss, I., Ember, I., Gocze, P., y D’Cruz, G. (2012). Effect of an educational intervention on Hungarian adolescents’ awareness, beliefs and attitudes on the prevention of cervical cancer. *Vaccine*, 30(48), 6824-6832. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.09.012>

- Marlow, L. A. V., Chorley, A. J., Haddrell, J., Ferrer, R., y Waller, J. (2017). Understanding the heterogeneity of cervical cancer screening non-participants: Data from a national sample of British women. *European Journal of Cancer*, 80, 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2017.04.017>
- Marlow, L., McBride, E., Varnes, L., y Waller, J. (2019). Barriers to cervical screening among older women from hard-to-reach groups: A qualitative study in England. *BMC Women's Health*, 19(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0736-z>
- Martín-Angulo, M., Martínez Amores Martínez, B., Navarro-Expósito, F., y Álvarez de Mon, M. (2009). Cáncer de cérvix. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(24), 1606-1612.
- Martín-Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5(17), 23-29.
- Martínez-Martínez, L., y Cuesta-Cambra, U. (2018). Conocimiento y actitudes hacia el virus del papiloma humano en una población de universitarios españoles = Knowledge and attitudes towards human papillomavirus in a population of Spanish university students. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(1), 14-21. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4248>
- Martínez-Martínez, L., Cuesta-Cambra, U., Serrano-Villalobos, O., y Niño-González, J. I. (2018). Fórmulas para la prevención,

formato narrativo vs expositivo: Análisis comparativo de sus efectos en el conocimiento, actitud y conducta de los jóvenes sobre el VPH. *Revista Latina de Comunicación Social*, 73, 133-145.

Martorell, M., García-García, J. Á., Ortiz, C., Pérez-Vallés, A., Calabuig, C., Gómez-Cabrero, D., Escolano, M., y Montesinos, M. (2010). Prevalence and distribution of human papillomavirus findings in swab specimens from gynaecology clinics of the east coast of Spain. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 42(6-7), 549-553. <https://doi.org/10.3109/00365541003602056>

Marzo-Castillejo, M., Vela-Vallespín, C., Bellas-Beceiro, B., Bartolomé-Moreno, C., Melús-Palazón, E., Vilarrubí-Estrella, M., y Nuin-Villanueva, M. (2018). Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50, 41-65. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30362-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30362-7)

Matejic, B., Vukovic, D., Pekmezovic, T., Kesic, V., y Markovic, M. (2011). Determinants of preventive health behavior in relation to cervical cancer screening among the female population of Belgrade. *Health Education Research*, 26(2), 201-211. <https://doi.org/10.1093/her/cyq081>

Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos* (Vol. 34). <https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>

- McRae, J., Martin, C., O’Leary, J., y Sharp, L. (2014). “If you can’t treat HPV, why test for it?” Women’s attitudes to the changing face of cervical cancer prevention: A focus group study. *BMC Women’s Health*, 14, 64. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-64>
- MSCBS. (2019). *Percepción y Opinión de los ciudadanos. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.9_PercepcionOpinion.pdf
- MSCBS. (2020). *Calendario de Vacunación*. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/CalendarioVacunacion.htm>
- MSSSI. (2017). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuales_SNS_2016_completo.pdf
- Miri, M. R., Moodi, M., Sharif-Zadeh, G.-R., Moghadam, H. M., Miri, M., y Norozi, E. (2018). Cognitive predictors of cervical cancer screening’s stages of change among sample of Iranian women health volunteers: A path analysis. *PLOS ONE*, 13(3), e0193638. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193638>
- Moberg, M., Gustavsson, I., Wilander, E., y Gyllensten, U. (2005).

- High viral loads of human papillomavirus predict risk of invasive cervical carcinoma. *British Journal of Cancer*, 92(5), 891-894. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602436>
- Molano, M., Van den Brule, A., Plummer, M., Weiderpass, E., Posso, H., Arslan, A., Meijer, C. J. L. M., Muñoz, N., Franceschi, S., y HPV Study Group. (2003). Determinants of clearance of human papillomavirus infections in Colombian women with normal cytology: A population-based, 5-year follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 158(5), 486-494. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg171>
- Morales-Campos, D. Y., Snipes, S. A., Villarreal, E. K., Crocker, L. C., Guerrero, A., y Fernandez, M. E. (2018). Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccination: Exploring gendered perspectives, knowledge, attitudes, and cultural taboos among Mexican American adults. *Ethnicity & Health*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1494821>
- Mora-Perdomo, E., Perdomo-Soret, L., Muñoz, M., Guevara-Rivas, H., Cardozo-Castellano, R., y Ortunio-Calabres, M. (2013). Infección por VPH en niñas sin contacto sexual. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(2), 108-115.
- Moreno-Castro, C. (2015). La influencia de los medios de comunicación sobre el efecto Weber: Correlación entre las noticias publicadas sobre la vacuna del VPH y las alertas registradas en farmacovigilancia. *Panace@: Revista de*

Medicina, Lenguaje y Traducción, 16(42), 195-205.

Moscicki, A. B., Darragh, T. M., Berry-Lawhorn, J. M., Roberts, J. M., Khan, M. J., Boardman, L. A., Chiao, E., Einstein, M. H., Goldstone, S. E., Jay, N., Likes, W. M., Stier, E. A., Welton, M. L., Wiley, D. J., y Palefsky, J. M. (2015). Screening for Anal Cancer in Women. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 19(3 Suppl 1), S27-42.
<https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000117>

Muñoz, N., Castellsagué, X., de González, A. B., y Gissmann, L. (2006). Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*, 24 Suppl 3, S3/1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.115>

Murfin, J., Irvine, F., Meechan-Rogers, R., y Swift, A. (2020). Education, income and occupation and their influence on the uptake of cervical cancer prevention strategies: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 393-415.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15094>

Nardi, C., Sandhu, P., y Selix, N. (2016). Cervical Cancer Screening Among Minorities in the United States. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(10), 675-682.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.08.036>

Navarro-Illana, E., López-Lacort, M., Navarro-Illana, P., Vilata, J. J., y Diez-Domingo, J. (2017). Effectiveness of HPV vaccines

- against genital warts in women from Valencia, Spain. *Vaccine*, 35(25), 3342-3346.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.04.080>
- Navarro-Illana, P. Navarro-Illana, E., Vila-Candel, R., y Díez-Domingo, J. (2018). Drivers for human papillomavirus vaccination in Valencia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 32(5), 454-458. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.008>
- Navarro-Illana, P, Caballero, P., Tuells, J., Puig-Barberá, J., y Díez-Domingo, J. (2015). Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). *Anales de Pediatría*, 83, 318-327.
- Navas-Ara, M. J. (2001). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. e-libro, Corp.
- Ndikom, C. M., y Ofi, B. A. (2011). Pre-screening counseling in cervical cancer prevention: Implications for nursing. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 3(10), 158-164.
- Nkfusai, N. C., Cumber, S. N., Anchang-Kimbi, J. K., Nji, K. E., Shirinde, J., y Anong, N. D. (2019). Assessment of the current state of knowledge and risk factors of cervical cancer among women in the Buea Health District, Cameroon. *The Pan African Medical Journal*, 33.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.38.16767>

- O'Connor, M., Murphy, J., Martin, C., O'Leary, J., Sharp, L., y Irish Cervical Screening Consortium (CERVIVA). (2014). Motivators for women to attend cervical screening: The influential role of GPs. *Family Practice*, 31(4), 475-482. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu029>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <http://files.sld.cu/upp/files/2015/04/carta-de-ottawa.pdf>
- OMS. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
- OMS. (2013a). *Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: Un futuro más saludable para niñas y mujeres*. 16.
- OMS. (2013b). *Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: Un futuro más saludable para niñas y mujeres. Nota de orientación de la OPS/OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85344/9789275317471_spa.pdf?sequence=1

- OMS. (2019). *Mejores datos para tomar decisiones: Caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796>
- OMS. (2020). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Oneto-Fernández, L. P., Parrado-Soto, M. B., y Fajardo-Hervás, B. (2018). Importancia de la transferencia educativa sobre el cribado de cáncer de cérvix. Estudio de los niveles de conocimiento en una población específica de la provincia de Cádiz. *Parainfo Digital*, XII(28). <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e013.pdf>
- Ozawa, S., y Pongpirul, K. (2014). 10 best resources on ... Mixed methods research in health systems. *Health Policy and Planning*, 29(3), 323-327. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt019>
- Palefsky, J. (2019). *HPV Awareness day: Towards cervical cancer elimination*. www.HPVWorld.com. <https://www.hpvworld.com/communication/articles/hpv-awareness-day-towards-cervical-cancer-elimination/>
- Palefsky, J. (2017). Human papillomavirus-associated anal and cervical cancers in HIV-infected individuals: Incidence and

prevention in the antiretroviral therapy era. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 12(1), 26-30.
<https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000336>

Pan, Q.-J., Hu, S., Zhang, X., Ci, P., Zhang, W., Guo, H., Cao, J., Zhao, F., Lytwyn, A., y Qiao, Y. (2013). Pooled analysis of the performance of liquid-based cytology in population-based cervical cancer screening studies in China: LBC in Cervical Cancer Screening/Pan et al. *Cancer Cytopathology*, 121(9), 473-482. <https://doi.org/10.1002/cncy.21297>

Patel, H. (2018). *Attitudes, understanding and compliance with cervical cancer screening in Eastern European migrants to England*. University of Leicester.

Pérula de Torres, L. A., Moscosio Cuevas, J. I., Bartolomé Moreno, C., Martín-Carrillo, P., Martín-Rabadán, M., y Jiménez García, C. (2020). Conocimiento, conducta y actitud ante el Código europeo contra el cáncer por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 52(2), 67-76. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.002>

Phillips, M., Morais, E., Kothari, S., Tantri, A., Parellada, C., Cashat, M, editors. (2018). *Evolution of gender-neutral HPV vaccination in National Immunization Programs around the world*. 32nd International Papillomavirus Conference; 2018.

Pierce-Campbell, C. M., Lin, H.-Y., Fulp, W., Papenfuss, M. R.,

- Salmerón, J. J., Quiterio, M. M., Lazcano-Ponce, E., Villa, L. L., y Giuliano, A. R. (2013). Consistent condom use reduces the genital human papillomavirus burden among high-risk men: The HPV infection in men study. *The Journal of Infectious Diseases*, 208(3), 373-384. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit191>
- Pileggi, C., Flotta, D., Bianco, A., Nobile, C. G. A., y Pavia, M. (2014). Is HPV DNA testing specificity comparable to that of cytological testing in primary cervical cancer screening? Results of a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Cancer*, 135(1), 166-177. <https://doi.org/10.1002/ijc.28640>
- Powell, N., Hibbitts, S., y Evans, M. (2018). Gender neutral vaccination against HPV. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 362, k3837. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3837>
- Prieto-Rodríguez, M., y March-Cerdá, J. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366-373.
- Pryor, R. J., Masroor, N., Stevens, M. P., Sanogo, K. A., Hernández-O'Hagan, P. J., y Bearman, G. M. L. (2017). Cervical cancer screening in rural mountainous Honduras: Knowledge, attitudes and barriers. *Rural and remote health*, 17(2), 3820. <https://doi.org/10.22605/RRH3820>

- Puig-Tintoré, L. M., Castellsagué, X., Torné, A., de Sanjosé, S., Cortés, J., Roura, E., Méndez, C., y Bosch, F. X. (2008). Coverage and Factors Associated With Cervical Cancer Screening: Results From the AFRODITA Study: A Population-Based Survey in Spain. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 12(2), 82. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e3181599c16>
- Puig-Tintoré, L. M., Cortés, J., Castellsagué, X., Torné, A., Ordi, J., Sanjosé, S. de, Alonso, I., Cararach, M., Vidart, J. A., y Alba, A. (2006). Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol*, 49(supl 2), 5-62.
- Puig-Tintore, L. M., y Torné, A. (2008, febrero 13). *Historia Natural de la Infección por VPH. De la infección por VPH al cáncer de cérvix*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1887.5602>
- Queiro-Verdes, T., Cerdà-Mota, T., y España-Fernández, T. (2010). *Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer: Evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia: 2. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer de cérvix*. (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t N°. 2007/05-2, p. 205). Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. <https://www.sergas.es/docs/Avalia-t/avalia-t-Cribado-cervix.pdf>
- Quiñones-Tafur, M. A., Soto-Cáceres, V., y Díaz-Vélez, C. (2016).

Actitudes y prácticas sobre prevención de cáncer de mama de las mujeres que acuden a consultorio de un hospital. Validación de un cuestionario. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 28-34.

Ramírez-Rojas, K., y Díaz-Vélez, C. (2016). Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimientos y actitudes acerca de la Eutanasia en Estudiantes de medicina y médicos generales en el departamento de Lambayeque, Perú. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 42-45.

Rees, H. D., Lombardo, A. R., Tangoren, C. G., Meyers, S. J., Muppala, V. R., y Niccolai, L. M. (2017). Knowledge and beliefs regarding cervical cancer screening and HPV vaccination among urban and rural women in León, Nicaragua. *PeerJ*, 5, e3871. <https://doi.org/10.7717/peerj.3871>

Refaei, M., Dehghan Nayeri, N., Khakbazan, Z., Yazdkhasti, M., y Shayan, A. (2018). Exploring Effective Contextual Factors for Regular Cervical Cancer Screening in Iranian Women: A Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 19(2), 533-539. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.2.533>

Ricardo-Rodrigues, I., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Carrasco-Garrido, P., Jiménez-Trujillo, I., y López de Andrés, A. (2015). Social disparities in access to breast and cervical cancer screening by women living in Spain. *Public Health*,

- 129(7), 881-888. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.02.021>
- Rieck, G., y Fiander, A. (2006). The effect of lifestyle factors on gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(2), 227-251. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.10.010>
- Riquelme, G., Concha, X., y Urrutia, M. T. (2012). Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(2), 111-115. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000200006>
- Robison, K., Clark, L., Eng, W., Wu, L., Raker, C., Clark, M., Tejada-Berges, T., y Dizon, D. S. (2014). Cervical Cancer Prevention: Asian-American Women's Knowledge and Participation in Screening Practices. *Women's Health Issues*, 24(2), e231-e236. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.12.005>
- Romeu-Martínez, M., Cartelle-Loureiro, S., y González-Martínez, I. (2019). Conocimientos de las mujeres del área sanitaria de Ferrol sobre el cribado del cáncer de cérvix. *Enfermería Comunitaria*, 15(11541). <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11541>
- Romli, R., Shahabudin, S., Saddki, N., y Mokhtar, N. (2019). Cervical cancer and pap smear screening: Knowledge, attitude and practice among working women in northern state of Malaysia. *The Medical Journal of Malaysia*, 74(1), 8-14.

- Ronco, G., Dillner, J., Elfström, K. M., Tunesi, S., Snijders, P. J. F., Arbyn, M., Kitchener, H., Segnan, N., Gilham, C., Giorgi-Rossi, P., Berkhof, J., Peto, J., y Meijer, C. J. L. M. (2014). Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: Follow-up of four European randomised controlled trials. *The Lancet*, 383(9916), 524-532. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62218-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62218-7)
- Rosser, J. I., Njoroge, B., y Huchko, M. J. (2015). Changing knowledge, attitudes, and behaviors regarding cervical cancer screening: The effects of an educational intervention in rural Kenya. *Patient Education and Counseling*, 98(7), 884-889. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.017>
- Roura, E., Travier, N., Waterboer, T., de Sanjosé, S., Bosch, F. X., Pawlita, M., Pala, V., Weiderpass, E., Margall, N., Dillner, J., Gram, I. T., Tjønneland, A., Munk, C., Palli, D., Khaw, K.-T., Overvad, K., Clavel-Chapelon, F., Mesrine, S., Fournier, A., ... Castellsagué, X. (2016). The Influence of Hormonal Factors on the Risk of Developing Cervical Cancer and Pre-Cancer: Results from the EPIC Cohort. *PloS One*, 11(1), e0147029. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147029>
- Saei Ghare Naz, M., Kariman, N., Ebadi, A., Ozgoli, G., Ghasemi, V., y Rashidi Fakari, F. (2018). Educational Interventions for Cervical Cancer Screening Behavior of Women: A Systematic Review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*,

19(4), 875-884.
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.875>

Salo, H., Nieminen, P., Kilpi, T., Auranen, K., Leino, T., Vänskä, S., Tiihonen, P., Lehtinen, M., y Anttila, A. (2014). Divergent coverage, frequency and costs of organised and opportunistic Pap testing in Finland. *International Journal of Cancer*, 135(1), 204-213. <https://doi.org/10.1002/ijc.28646>

Samoff, E., Koumans, E. H., Markowitz, L. E., Sternberg, M., Sawyer, M. K., Swan, D., Papp, J. R., Black, C. M., y Unger, E. R. (2005). Association of Chlamydia trachomatis with persistence of high-risk types of human papillomavirus in a cohort of female adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 162(7), 668-675. <https://doi.org/10.1093/aje/kwi262>

San Martín-González, P. (2016). *Conocimientos sobre el virus del papiloma humano (VPH) y su vacuna dentro de la comunidad universitaria*.
<https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/129768>

San Segundo-García, M. (2014). *Eficacia de una intervención formativa para la prevención del virus del papiloma humano desde atención primaria*.

Sánchez-Molero Martín, M. del P., Suárez-Bárcena González, L., Lozano-Suárez, C., y Romero-Blanco, C. (2019). Conocimientos, actitudes y acciones de las enfermeras de

Atención Primaria ante la vacuna del virus del papiloma humano. *Metas de enfermería*, 22(6), 20-27.

Sánchez-Ortiz, M. P. (2016). *Efectividad de tres intervenciones para mejorar la adherencia al cribado del cáncer de cérvix* [Universidad de Castilla-La Mancha]. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/9131>

Sastre-Cantón, M. (2017). El virus del papiloma humano en cavidad oral y orofaríngea en estudiantes universitarios de 18 a 25 años en valencia [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universitat de València]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=252818>

Schiffman, M., Doorbar, J., Wentzensen, N., de Sanjosé, S., Fakhry, C., Monk, B. J., Stanley, M. A., y Franceschi, S. (2016). Carcinogenic human papillomavirus infection. *Nature Reviews. Disease Primers*, 2, 16086. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.86>

Schiller, J. T., Castellsagué, X., y Garland, S. M. (2012). A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. *Vaccine*, 30 Suppl 5, F123-138. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.04.108>

SEC. (2018). *Encuesta de Anticoncepción en España, 2018. Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos*.

<http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf>

SEOM. (2017). Manual SEOM de prevención y diagnóstico precoz del cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
<https://seom.org/manual-prevencion//files/assets/common/downloads/manual-prevencion.pdf>

SESPAS. (2019). SESPAS valora favorablemente la implantación del cribado poblacional de cáncer de cérvix en un artículo de Diario Médico. *Sespas*. <https://sepas.es/2019/07/08/sepas-valora-favorablemente-la-implantacion-del-cribado-poblacional-de-cancer-de-cervix-en-un-articulo-de-diario-medico/>

Shankar, A., Roy, S., Rath, G. K., Chakraborty, A., Kamal, V. K., y Biswas, A. S. (2018). Impact of Cancer Awareness Drive on Generating Awareness of and Improving Screening for Cervical Cancer: A Study Among Schoolteachers in India. *Journal of Global Oncology*, 4. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00074>

Shapiro, G. K., Head, K. J., Rosberger, Z., y Zimet, G. D. (2018). Why are some parents so hesitant about HPV vaccination? *Www.HPVWorld.Com*, 72, 4.

Siegel, R. L., Miller, K. D., y Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21332>

- Silins, I., Ryd, W., Strand, A., Wadell, G., Törnberg, S., Hansson, B. G., Wang, X., Arnheim, L., Dahl, V., Bremell, D., Persson, K., Dillner, J., y Rylander, E. (2005). Chlamydia trachomatis infection and persistence of human papillomavirus. *International Journal of Cancer*, 116(1), 110-115. <https://doi.org/10.1002/ijc.20970>
- Singh, J., Roy, B., Yadav, A., Siddiqui, S., Setia, A., Ramesh, R., y Singh, K. (2018). Cervical cancer awareness and HPV vaccine acceptability among females in Delhi: A cross-sectional study. *Indian Journal of Cancer*, 55(3), 233-237. https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_28_18
- Siu, J. Y., Fung, T. K. F., y Leung, L. H. (2019). Social and cultural construction processes involved in HPV vaccine hesitancy among Chinese women: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1052-9>
- Skjong, R., y Wentworth, B. H. (2001). *Expert judgment and risk perception*. The Eleventh International Offshore and Polar Engineering Conference. https://www.researchgate.net/profile/Rolf_Skjong/publication/265032303_Expert_Judgment_and_Risk_Perception/links/547c55a90cf293e2da2dafeb/Expert-Judgment-and-Risk-Perception.pdf
- Smith, J. S., Backes, D. M., Hoots, B. E., Kurman, R. J., y Pimenta, J.

- M. (2009). Human papillomavirus type-distribution in vulvar and vaginal cancers and their associated precursors. *Obstetrics and Gynecology*, 113(4), 917-924.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819bd6e0>
- SEGO. (2018). *Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario*. Publicaciones SEGO. http://www.seor.es/wp-content/uploads/2019/10/Cancer_cervix_2018_5.pdf
- Solares, M. C., García-Echevarria, A., Méndez, R., Pérez, C., y Velasco, J. (2008). Cáncer cervical uterino en el área sanitaria III de Asturias: Eficacia del cribado oportunista. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(2), 63-67.
[https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)71057-4](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)71057-4)
- Solís-Villanueva, M. N. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres del AAHH Tangay-Nuevo Chimbote, 2013*.
https://www.academia.edu/9994578/FACULTAD_DE_CIENCIAS_DE_LA_SALUD_ESCUELA_PROFESIONAL_DE_OBSTETRICIA
- Solomon, D., Davey, D., Kurman, R., Moriarty, A., O'Connor, D., Prey, M., Raab, S., Sherman, M., Wilbur, D., Thomas Wright, J., y Young, N. (2002). The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. *JAMA*, 287(16), 2114-2119.

<https://doi.org/10.1001/jama.287.16.2114>

Soria-Trujano, R., Vega-Valero, Z., Nava-Quiroz, C., y Saavedra-Vázquez, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230.

Soto, P., Masalan, P., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.001>

Steurer, J. (2011). The Delphi method: An efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal Radiology*, 40(8), 959-961.
<https://doi.org/10.1007/s00256-011-1145-z>

Stuart, A., Obiri-Yeboah, D., Adu-Sarkodie, Y., Hayfron-Benjamin, A., Akorsu, A. D., y Mayaud, P. (2019). Knowledge and experience of a cohort of HIV-positive and HIV-negative Ghanaian women after undergoing human papillomavirus and cervical cancer screening. *BMC Women's Health*, 19(1), 123.
<https://doi.org/10.1186/s12905-019-0818-y>

Sudenga, S. L., Rositch, A. F., Otieno, W. A., y Smith, J. S. (2013). Knowledge, Attitudes, Practices, and Perceived Risk of Cervical Cancer Among Kenyan Women: Brief Report. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 23(5), 895-899.
<https://doi.org/10.1097/IGC.0b013e31828e425c>

- Taebi, M., Riazi, H., Keshavarz, Z., y Afrakhteh, M. (2019). Knowledge and Attitude Toward Human Papillomavirus and HPV Vaccination in Iranian Population: A Systematic Review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 20(7), 1945-1949. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.7.1945>
- Tapera, O., Dreyer, G., Kadzatsa, W., Nyakabau, A. M., Stray-Pedersen, B., y Sjh, H. (2019). Cervical cancer knowledge, attitudes, beliefs and practices of women aged at least 25 years in Harare, Zimbabwe. *BMC Women's Health*, 19(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0790-6>
- Teoh, D., Shaikh, R., Vogel, R. I., Zoellner, T., Carson, L., Kulasingam, S., y Lou, E. (2018). A Cross-Sectional Review of Cervical Cancer Messages on Twitter during Cervical Cancer Awareness Month. *Journal of lower genital tract disease*, 22(1), 8-12. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000363>
- Thompson, B., Carosso, E. A., Jhingan, E., Wang, L., Holte, S. E., Byrd, T. L., Benavides, M. C., Lopez, C., Martinez-Gutierrez, J., Ibarra, G., Gonzalez, V. J., Gonzalez, N. E., y Duggan, C. R. (2017). Results of a randomized controlled trial to increase cervical cancer screening among rural Latinas. *Cancer*, 123(4), 666-674. <https://doi.org/10.1002/cncr.30399>
- Thompson, B., Vilchis, H., Moran, C., Copeland, W., Holte, S., y Duggan, C. (2014). Increasing Cervical Cancer Screening in the US-Mexico Border Region. *The Journal of rural health* :

official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association, 30(2), 196-205.
<https://doi.org/10.1111/jrh.12044>

Torné-Bladé, A., Bayas-Rodríguez, J. M., Castellsagué-Piqué, X., Castro-Sánchez, M., García García, E., Martínez-Escoriza, J. C., Puig-Tintoré, L. M., Quesada López-Fe, A., y Vidart-Aragón, J. A. (2012). Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 55, 10-31.

Torné-Bladé, A., Pino-Saladrigues, M. del, Cusidó-Gimferrer, M., Alameda-Quitllet, F., Andia-Ortiz, D., Castellsagué-Piqué, X., Cortés-Bordoy, J., Granados-Carreño, R., Guarch-Troyas, R. M., Lloveras-Rubio, B., Lubrano-Rosales, A., Martínez-Escoriza, J. C., Ordi-Majà, J., Puig-Tintoré, L. M., Ramírez-Mena, M., de Sanjosé-Llongueras, S., Torrejón-Cardoso, R., Bosch-José, X., Piris-Pinilla, M. Á., ... Ponce-Sebastià, J. (2014). Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Revista Española de Patología*, 47, 1-43.
[https://doi.org/10.1016/S1699-8855\(14\)70203-X](https://doi.org/10.1016/S1699-8855(14)70203-X)

Tornero-Caballero, M. C. (2014). Nuevas alternativas para el diagnóstico de las verrugas plantares. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 6(1), 21-33.

- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., y Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108.
- Tota, J. E., Bentley, J., Blake, J., Coutlée, F., Duggan, M. A., Ferenczy, A., Franco, E. L., Fung-Kee-Fung, M., Gotlieb, W., Mayrand, M.-H., McLachlin, M., Murphy, J., Ogilvie, G., y Ratnam, S. (2017). Introduction of molecular HPV testing as the primary technology in cervical cancer screening: Acting on evidence to change the current paradigm. *Preventive Medicine*, 98, 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.029>
- Townsend, J. S., Puckett, M., Gelb, C. A., Whiteside, M., Thorsness, J., y Stewart, S. L. (2018). Improving Knowledge and Awareness of Human Papillomavirus-Associated Gynecologic Cancers: Results from the National Comprehensive Cancer Control Program/Inside Knowledge Collaboration. *Journal of Women's Health* (2002), 27(8), 955-964. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7289>
- Turnbull, E., Priaulx, J., de Kok, I. M. C. M., Lansdorp-Vogelaar, I., Anttila, A., Sarkeala, T., Senore, C., Segnan, N., Csanádi, M., Pitter, J., Novak Mlakar, D., Ivanus, U., Veerus, P., de Koning, H. J., y McKee, M. (2018). Results of a health systems approach to identify barriers to population-based cervical and colorectal cancer screening programmes in six European countries. *Health Policy*, 122(11), 1206-1211.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.005>

Tuohy, D., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K., y Sixsmith, J. (2013). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Researcher*, 20(6), 17-20. <https://doi.org/10.7748/nr2013.07.20.6.17.e315>

Urrutia, M. T., y Gajardo, M. (2018). Características del Papanicolaou y de la atención recibida como factores para adherir (o no) al tamizaje. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 471-477. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262018000500471>

Urrutia, M. T., Araya, A., y Jaque, M.-F. (2017). Why Do Chilean Women Choose to Have or Not Have Pap Tests? *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 46(1), e3-e12. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.09.002>

Urrutia-Egaña, M., Barrios-Araya, S., Gutiérrez-Núñez, M., y Mayorga-Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.

Vaccarella, S., Herrero, R., Dai, M., Snijders, P. J. F., Meijer, C. J. L. M., Thomas, J. O., Hoang Anh, P. T., Ferreccio, C., Matos, E., Posso, H., de Sanjosé, S., Shin, H.-R., Sukvirach, S., Lazcano-Ponce, E., Ronco, G., Rajkumar, R., Qiao, Y.-L., Muñoz, N., y Franceschi, S. (2006). Reproductive factors, oral contraceptive

- use, and human papillomavirus infection: Pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 15(11), 2148-2153. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-06-0556>
- Vahabi, M., y Lofters, A. (2018). HPV self-sampling: A promising approach to reduce cervical cancer screening disparities in Canada. *Current Oncology*, 25(1), 13. <https://doi.org/10.3747/co.25.3845>
- Vahabi, M., y Lofters, A. (2016). Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 16(1), 868.
- Vasconcelos, C. T. M., Damasceno, M. M. C., Lima, F. E. T., y Pinheiro, A. K. B. (2011). Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 437-444. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200028>
- Vega Guedes, B. (2016). *Cribado del cáncer de cérvix en Canarias: Estudio poblacional*. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/18511/3/0727215_00000_0000.pdf
- Ventura-Morales, B., Castellanos-Rojas, M., Chávez Montes de Oca,

- V. G., y Sánchez-Valdivieso, E. A. (2017). Estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 44(1), 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2015.09.003>
- Villalba-Martín, N., García-Hernández, S., Álvarez-González, L., Trujillo-Carrillo, J. L., y de la Torre-Fernández de Vega, F. J. (2010). Enfermedad de Bowen vulvar. Relación con el virus del papiloma humano. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(6), 240-243. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2009.07.003>
- Virtanen, A., Anttila, A., Luostarinen, T., Malila, N., y Nieminen, P. (2015). Improving cervical cancer screening attendance in Finland. *International Journal of Cancer*, 136(6), E677-684. <https://doi.org/10.1002/ijc.29176>
- von Karsa, L., Arbyn, M., De Vuyst, H., Dillner, J., Dillner, L., Franceschi, S., Patnick, J., Ronco, G., Segnan, N., Suonio, E., Törnberg, S., y Anttila, A. (2015). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavirus Research*, 1, 22-31. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2015.06.006>
- Wang, S. S., y Hildesheim, A. (2003). Chapter 5: Viral and host factors in human papillomavirus persistence and progression. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 31, 35-40.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a0034>

80

Warner, L., Steiner, M., y Stone. (2018). Male condoms. *UpToDate*.

<https://www.uptodate.com/contents/male-condoms>

Wheeler, C. M., Hunt, W. C., Joste, N. E., Key, C. R., Quint, W. G. V., y Castle, P. E. (2009). Human papillomavirus genotype distributions: Implications for vaccination and cancer screening in the United States. *Journal of the National Cancer Institute*, *101*(7), 475-487. <https://doi.org/10.1093/jnci/djn510>

Widiasih, R., y Nelson, K. (2018). Muslim Husbands' Roles in Women's Health and Cancer: The Perspectives of Muslim Women in Indonesia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, *19*(6), 1703-1709. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1703>

William, M., Kuffour, G., Ekuadzi, E., Yeboah, M., ElDuah, M., y Tuffour, P. (2013). Assessment of psychological barriers to cervical cancer screening among women in Kumasi, Ghana using a mixed methods approach. *African Health Sciences*, *13*(4), 1054-1061-1061. <https://doi.org/10.4314/ahs.v13i4.28>

Williams, D., Davies, M., Fiander, A., Farewell, D., Hillier, S., y Brain, K. (2017). Women's perspectives on human papillomavirus self-sampling in the context of the UK cervical screening programme. *Health Expectations: An International Journal of*

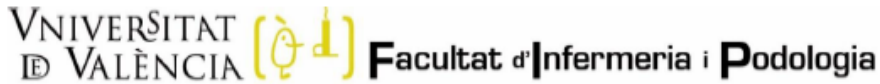
- Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(5), 1031-1040. <https://doi.org/10.1111/hex.12544>
- Winer, R. L., Hughes, J. P., Feng, Q., Xi, L. F., Cherne, S., O'Reilly, S., Kiviat, N. B., y Koutsky, L. A. (2011). Early natural history of incident, type-specific human papillomavirus infections in newly sexually active young women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 20(4), 699-707. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-1108>
- Winer, R. L., Lee, S.-K., Hughes, J. P., Adam, D. E., Kiviat, N. B., y Koutsky, L. A. (2003). Genital human papillomavirus infection: Incidence and risk factors in a cohort of female university students. *American journal of epidemiology*, 157(3), 218-226. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf180>
- Workowski, K. A., y Bolan, G. A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 64(RR-03), 1.
- Wright, K. O., Aiyedehin, O., Akinyinka, M. R., y Ilozumba, O. (2014). Cervical Cancer: Community Perception and Preventive Practices in an Urban Neighborhood of Lagos (Nigeria). *ISRN Preventive Medicine*, 2014, e950534. <https://doi.org/10.1155/2014/950534>
- Wright, T. C., Schiffman, M., Solomon, D., Cox, J. T., Garcia, F.,

- Goldie, S., Hatch, K., Noller, K. L., Roach, N., Runowicz, C., y Saslow, D. (2004). Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *Obstetrics and Gynecology*, 103(2), 304-309. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000109426.82624.f8>
- Wright, T. C., Stoler, M. H., Behrens, C. M., Sharma, A., Sharma, K., y Apple, R. (2014). Interlaboratory variation in the performance of liquid-based cytology: Insights from the ATHENA trial. *International Journal of Cancer*, 134(8), 1835-1843. <https://doi.org/10.1002/ijc.28514>
- Yañez-Gallardo, R., y Cuadra-Olmos, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y enfermería*, 14(1), 9-15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532008000100002>
- Yuan, H., Myers, S., Wang, J., Zhou, D., Woo, J. A., Kallakury, B., Ju, A., Bazylewicz, M., Carter, Y. M., Albanese, C., Grant, N., Shad, A., Dritschilo, A., Liu, X., y Schlegel, R. (2012). Use of reprogrammed cells to identify therapy for respiratory papillomatosis. *The New England Journal of Medicine*, 367(13), 1220-1227. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203055>
- Yuanyue, L., Baloch, Z., Shanshan, L., Yasmeen, N., Xiaomei, W., Khan, J. M., y Xueshan, X. (2018). Cervical Cancer, Human Papillomavirus Infection, and Vaccine-Related Knowledge: Awareness in Chinese Women. *Cancer Control: Journal of the*

Moffitt Cancer Center, 25(1), 1073274818799306.
<https://doi.org/10.1177/1073274818799306>

Zubizarreta, R., Salas, D., Ascunce, N., Portillo, I., Bes-Rastrollo, Navarrete-Muñoz, E. M., Rodríguez-Artalejo, F., Bueno Cavanillas, Alberto-González, C., Martínez-González, Morales, M. M., Navarro-Sánchez, C., Quiles-Izquierdo, J., Rivas-García, F., Romaguera, D., y Vioque, J. (2019). Posicionamiento de la SEE sobre la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en relación al cribado del cáncer de cérvix. Sociedad Española de Epidemiología.
<https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/PosicionamientoCancerC%C3%A8rvixSEEFinal.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario *ad hoc* GF

CENTRO DE SALUD: L'Eliana

DÍA Y HORA:

GRUPO:

	EDAD	EST.COMPLETADOS	ESTADO CIVIL	ULTIMA CITOLOGÍA	TIPO DE CENTRO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Leyenda:

Estudios completados: Ninguno/ Primaria/ Secundaria/ Estudios universitarios

Estado civil: Soltera/ Casada/ Separada o divorciada/ Viuda

Última citología: Nunca/Menos de un año/De uno a tres años/De tres a cinco años/Más de 5 años/Más de 10 años

En qué tipo de centro se realizó la última citología: Público/Privado

ANOTACIONES ACERCA DE LA ENTREVISTA GRUPAL

Participante→	1	2	3	4	5	6	7	8
Pregunta 1								
Pregunta 2								
Pregunta 3								
Pregunta 4								
Pregunta 5								

Pregunta 6								
Pregunta 7								
Pregunta 8								
Pregunta 9								
Pregunta 10								
Pregunta 11								
Pregunta 12								
Pregunta 13								
Pregunta 14								
Pregunta 15								
Pregunta 16								
Pregunta 17								
Pregunta 18								
Pregunta 19								
Pregunta 20								
Pregunta 21								
Pregunta 22								

ANEXO 2. Consentimiento informado GF



Título del Estudio (provisional)	Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino.
Investigador Responsable	Jessica Borrull Guardoño
Director tesis	D. Francisco Donat Colomer y Dña. Vanesa Sánchez Martínez
Lugar en que se realizará el estudio	Universidad de Valencia

Estimada señora:

El proyecto de investigación para el cual le pido su participación se titula “*Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino*”. Para ello, es necesario contar con su consentimiento y que conozca la información básica necesaria. Por ello, le ruego que lea detenidamente la siguiente información:

Propósito del estudio: La investigación tiene por objetivo conocer cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la citología cervicovaginal en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por ser mujer y cumplir estos requisitos de edad. Se solicita su colaboración para formar parte de una entrevista grupal en la que se tratará el tema del cáncer de cuello uterino y su prevención. Esta entrevista en grupo será grabada (sólo audio) y los datos serán tratados de forma anónima. El participar en este estudio le tomará un tiempo de 60 minutos.

Riesgos y beneficios: No existen riesgos para su salud pero si alguna pregunta le resulta incómoda, puede no contestarla. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre la opinión que tienen las mujeres frente a la prevención del cáncer de cuello uterino. De esta forma se podrá valorar si es necesario establecer cambios por parte de los profesionales de la salud y así conseguir mayor interés o concienciación en la forma de llevar a cabo la prevención del cáncer de cuello uterino.

Compromiso de confidencialidad: Se han adoptado las medidas oportunas para garantizar la completa confidencialidad de los datos personales de las mujeres que participen en el estudio, de acuerdo con la Ley De Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre. En la publicación de la tesis doctoral, se respetará siempre la debida anonimización de los datos de carácter personal, de modo que los sujetos de la investigación no resultarán identificados o identificables.

Incentivos: Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos.

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente VOLUNTARIA y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si tiene alguna pregunta, necesita más información sobre esta investigación o desea conocer los resultados del estudio una vez finalizado el mismo, por favor comuníquese con la investigadora principal (Jessica Borrull Guardoño), a través de:

Correo electrónico: jesbo@alumni.uv.es

Contacto telefónico: 6XXXXXXX

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doña _____,

mayor de edad, titular del DNI : _____, por el presente documento

manifiesto que:

He sido informada de las características del Proyecto de Investigación titulado “*Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino*”. He leído la información del estudio, el compromiso de confidencialidad y he podido formular las dudas que me han surgido al respecto. Considero que he entendido dicha información.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento la fecha que se indica a continuación:

Firma:

Fecha:

ANEXO 3. Agradecimiento de grupos focales



ANEXO 4. Información del estudio para el comité de expertos

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  Facultat d'Infermeria i Podologia

Título del estudio (provisional)	Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino
Investigador Responsable	Jessica Borrull Guardado
Directores tesis	D. Francisco Donat Colomer y Dña. Vanessa Sánchez Martínez
Lugar en que se realizará el estudio	Universidad de Valencia
Nº de teléfonos asociados al estudio	6XXXXXXXX
Correo electrónico Investigador Responsable	jXXXXXX@gmail.com

Estimado compañero:

El motivo de este documento es presentarme e **invitarle a participar como miembro de un comité de expertos para la validación de un cuestionario propio**.

Mi nombre es Jessica Borrull Guardado. Soy diplomada en Enfermería desde el año 2009 por la Universidad de Valencia. Posteriormente realicé un máster oficial y dos especialidades de enfermería: Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) en la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana (2012-2014); y Enfermera Especialista en Salud Mental en la Unidad Docente Hospital UyP La Fe (2015-2017). Desde el año 2015, estoy cursando el Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria por la Universidad de Valencia, cuyos directores de tesis son Don Francisco Donat Colomer y Doña Vanessa Sánchez Martínez.

Brevemente paso a describirle el estudio que voy a llevar a cabo mediante mi tesis doctoral y que he titulado provisionalmente “Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino”.

I. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres. Este se puede prevenir y como diagnóstico precoz disponemos de técnicas como la citología cérvicovaginal. En España existe un cribado oportunista para aquellas mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años y que lleva más de 20 años implantado.

Aunque se ha ido avanzando a lo largo de los años todavía existe un bajo nivel de conocimiento sobre la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y sobre el cáncer de cuello uterino en la población general. En España son escasos los estudios acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente al cáncer de cuello uterino así como posibles intervenciones de educación para la salud, en comparación con la bibliografía encontrada a nivel internacional.

II. OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo general del estudio es conocer el impacto de una intervención breve de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer de cuello uterino. Como objetivos específicos encontramos:

- Conocer el grado conocimiento y prácticas de las usuarias respecto al cáncer de cuello uterino, el VPH y la citología cérvicovaginal previo a la intervención.
- Describir las actitudes, creencias y opiniones de las mujeres frente al cáncer de cuello uterino y su detección precoz a través de la citología cérvicovaginal.

- Establecer qué tema presenta mayor déficit de conocimientos por parte de las mujeres.
- Determinar el grado conocimiento, las actitudes y prácticas respecto al tema tratado en la intervención, a los 6 meses de la misma.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra estará formada por aquellas mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que pertenezcan al Departamento de Salud Arnau-Llíria (Valencia).

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio son:

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 25 y 65 años que manifiesten por escrito aprobación voluntaria para participar en el estudio.
- Mujeres que pertenezcan al Departamento de Salud Arnau-Llíria.
- Mujeres que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con historia de histerectomía total previa.

La participación de las mujeres será enteramente voluntaria, previo consentimiento informado. A aquellas mujeres que autoricen su participación en el estudio se les aplicará un cuestionario pretest, autodesarrollado, anónimo, con preguntas cerradas constituido en 4 bloques:

- a) Datos generales y reproductivos
- b) Conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, VPH y citología cérvicovaginal
- c) Actitudes frente a la prevención del cáncer de cuello uterino
- d) Prácticas sobre la citología cérvicovaginal

El cuestionario pretest será elaborado por la investigadora principal, después de llevar a cabo una búsqueda de cuestionarios en estudios similares. Este cuestionario propio será sometido a un juicio de expertos mediante método Delphi y se pasará a una muestra de 30 mujeres.

Para recoger de forma más exhaustiva las opiniones y creencias respecto al tema estudiado, también se llevará a cabo la realización de 3 grupos focales de diferentes grupos de edad pertenecientes a la misma población del estudio.

Una vez recogidos los datos, se valorará qué tema o temas por parte de las mujeres encuestadas y/o entrevistadas en los grupos focales, es el que presenta mayor déficit de conocimientos. El tema elegido será el contenido principal de una única intervención grupal que se les realizará a las mismas mujeres que hayan realizado la encuesta pretest.

Los contenidos de la intervención se expondrán mediante presentación PowerPoint. La intervención se realizará en grupos de 4 a 10 mujeres, en una única sesión de 60 minutos.

Después de la intervención, se pasará el cuestionario posttest a los 6 meses mediante seguimiento telefónico por parte de la investigadora principal. El bloque de prácticas sólo se preguntará a aquellas mujeres que en el cuestionario pretest hayan indicado que nunca se han realizado una citología o que la anterior haya sido realizada hace más de 5 años.

Como ha podido ver en la metodología del estudio, pretendo llevar a cabo un cuestionario propio que va a ser validado mediante el método Delphi. Para ello necesito un comité de expertos cuyos integrantes que lo forman han sido elegidos por la investigadora principal y por los directores de tesis, por sus años de experiencia tanto a nivel investigador como por su relación y dedicación en el cribado de cáncer de cuello uterino.

Por tanto, si usted acepta la invitación formará parte del comité de expertos que estará integrado por el siguiente equipo, por si es de su interés: 362

- Dña. XXX. Doctora en Enfermería. Profesora Escuela Universitaria de Enfermería La Fe.
- Dña. XXX: Matrona en el CS Paterna.
- Dña. XXX. Matrona. Directora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana.
- Dña. XXX. Ginecóloga USSYR Fuente de San Luis.
- Dña. XXX. Doctora en Psicología. Psicóloga de la Unidad de Conductas Adictivas de Paterna.
- D. XXX. Matrón en Hospital Universitario de La Plana. Profesor asociado de la Universidad de Valencia.
- Dña. XXX. Matrona y Enfermera USSYR Fuente de San Luis.
- Dña. XXX. PDI Titular Universidad de Valencia.
- Dña. XXX. Doctora en Medicina. Directora médica de Atención Primaria Departamento Arnau de Vilanova-Llíria.
- Dña. XXX. Matrona CS Godella. Coordinadora de matronas del Departamento Arnau-Llíria.

El objetivo de este comité de expertos es la valoración y corrección de un cuestionario propio realizado por la investigadora principal que permitirá la validación de dicho cuestionario mediante el método Delphi.

En el correo le adjunto los siguientes documentos:

- Documento 1: Cuestionario a validar (documento Word).
- Documento 2: Breve descripción de su curriculum e instrucciones para cumplimentar correctamente la valoración del cuestionario (documento Word).
- Documento 3: Plantilla para escribir las valoraciones y/o observaciones (documento Excel).

Le agradezco de antemano la dedicación que muestra hacia mi estudio. Si es posible, envíeme los documentos 2 y 3 cumplimentados con el feedback correspondiente antes del **viernes 16 de marzo 2018**, bien al correo: jXXXXXXXX@gmail.com o si lo necesita se podría concertar una reunión para comentar aquellos apartados de la validación en los que encuentre dificultad.

En cuanto tenga los resultados de la primera ronda, y haya hecho las modificaciones pertinentes, realizaremos una segunda ronda y, por tanto, recibirá de nuevo los documentos para valorar las correcciones realizadas. Tanto la investigadora principal como sus directores, han prefijado un total de 2 rondas como máximo para no alargar el proceso en exceso.

De nuevo, reitero mi agradecimiento y transmitirle que estoy a su disposición mediante:

- Correo electrónico: jXXXXXX@gmail.com
- Tlf: 6XXXXXXXXX

Muchas gracias por su colaboración. Un saludo.

Atentamente, Jessica Borrull Guardado.
NÚM. COLEGIADA 22272

ANEXO 5. Instrucciones para el comité de expertos



Breve descripción del currículum del experto:

NOMBRE Y APELLIDOS DE EXPERTO:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

CARGO ACTUAL:

Instrucciones para la cumplimentación del documento:

De acuerdo con los siguientes indicadores, califique cada uno de los ítems según corresponda.

NOTA: Los primeros 4 ítems que hacen referencia a los datos sociodemográficos y reproductivos no serán valorados por el comité de expertos.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
ADECUACIÓN <i>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</i>	1.No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2.Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3.Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4.Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
CLARIDAD <i>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas</i>	1.No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2.Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3.Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem
	4.Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
RELEVANCIA <i>El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido</i>	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2.Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste
	3.Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4.Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
SUFICIENCIA <i>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta</i>	1.No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2.Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3.Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4.Alto nivel	Los ítems son suficientes
OBSERVACIONES	En el caso de que puntúe con un 1 ó 2, por favor justifique el motivo en este apartado. También puede añadir, modificar o suprimir lo que crea conveniente del ítem, tanto de la pregunta como de las posibles respuestas.	

ANEXO 6. Cartel de difusión intervención educativa



charla informativa sobre:

Prevención del Cáncer de Cuello Uterino

¿Qué es el Virus del Papiloma Humano? | ¿Cómo se contagia? | ¿Cada cuántos años toca hacerse la citología?

 **Jessica Borrull Guardño**
Matrona. Investigadora doctoral en la Universidad de Valencia

 Sábado 27 de Octubre a las 18:00 H

 Salón de Actos del Ayuntamiento

ANEXO 7. Relación de asociaciones que participaron

ASOCIACIÓN	LUGAR CELEBRACIÓN	*	**	ANUNCIO
UCA Paterna	Biblioteca	7	3	Difusión a través de los profesionales de la unidad.
Aso. Mujeres Demócratas y Consumidoras (Paterna)	Local asociación	6	18	Cartel
Aso. Amas de Casa Emprendedoras de la Coma (Paterna)	Local asociación	7	2	Cartel
Asociación PADMA (Burjassot)	Local asociación	8	0	https://asociacionpadma.jimdo.free.com/agenda/
Asociación por la Igualdad “Genera” (Villar del Arzobispo)	Salón de actos del Ayuntamiento	13	5	http://www.villardelarzobispo.es/va/event/prevencion-cancer-utero Cartel
Falla “El Mercat” (L’Eliana)	Casal falla	5	3	https://es-es.facebook.com/FalladelMercatLEliana/photos/a.1488244488065590/2257638171126214/?type=3
Ayuntamiento Gestalgar	Salón de actos del Ayuntamiento	11	4	
Clavariesas de L’Eliana	Reunión en domicilio	9	1	
Falla “Virgen del Carmen” (L’Eliana)	Casal falla	9	4	
Grup Dones Burjassot	Local asociación	1	12	https://hortanord.portaldetucidad.com/es-es/noticias/el-grup-de-dones-programa-una-charla-para-la-prevencion-del-cancer-de-cuello-de-utero-en-burjassot-hortanord-006_2_2_656442_214.html
Amas de Casa de Chelva	Salón de actos del Ayuntamiento	6	10	
AMPA IES La Vereda (La Pobla de Vallbona)	Centro Social	9	2	
Falla “Plaça de la Tenda” (Benimamet)	Casal falla	9	3	
AAV Valterna (Paterna)	Centro de salud Valterna	0	0	
Falla “Josep Antoni” (L’Eliana)	Casal falla	10	3	
AFIVAN Burjassot	Casa de Cultura	13	4	https://twitter.com/espai_dona/status/1058284312049664000
Agrupación Fallas Burjasot	Casal falla	10	2	https://www.facebook.com/978970175474502/posts/2083413438363498/
ASSTEC Bétera	Salón Plenos del Castillo	14	4	https://twitter.com/ASSTECbeta/status/1062314635746070528

Ayuntamiento Gátova	Salón Multiusos Edificio “El Hoyo”	12	1	http://www.gatova.es/report-event-notification/charla-informativa-sobre-prevencion-del-cancer-cuello-uterino
AMAMANTA L’Eliana	Local asociación	4	0	
AMAMANTA Lliria	Local asociación	7	0	
AECC Villamarchante	Casa de Cultura	19	5	
Falla “Antic Moli i Casetes” (L’Eliana)	Casal falla	11	0	
Falla “Plaça de Bous” (Benaguasil)	Casal falla	5	0	
AMPA CEIP Cap de L’Horta (Vilamarxant)	Colegio	10	1	
Ayuntamiento de Pedralba	Salón de actos Ayuntamiento	7	2	https://twitter.com/aytopedralba/status/1063145887675891712
Asociación Amas de Casa de Calles	Local asociación	3	4	
AMPA C.P. Miguel Bordonau (Burjassot)	Colegio	7	0	
Junta Local Fallera La Pobla de Vallbona	Casal falla	14	1	
Asociación AFAMO Paterna	Local asociación	6	1	
AMAMANTA Paterna	Centro de salud Campamento	5	0	
Ateneo San Antonio de Benagéber	Local asociación	7	5	
Asociación Mujeres Santa Rita (Paterna)	Local asociación	16	5	
AMAMANTA Benimámet	Centro de salud Benimámet	11	2	

*: Mujeres que estuvieron en la intervención y participaron por criterios de inclusión.

** : Resto de personas que estuvieron en la intervención y no pudieron participar por criterios de inclusión.

ANEXO 8. Consentimiento informado fase experimental

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  Facultat d'Infermeria i Podologia

Información del estudio

Titulo del Estudio	Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino.
Investigador Responsable	Jessica Borrull Guardño
Director tesis	D. Francisco Donat Colomer y Dña. Vanessa Sánchez Martínez
Lugar en que se realizará el estudio	Universidad de Valencia
Nº de teléfonos asociados al estudio	6XXXXXXXX
Correo electrónico Investigador Responsable	bXXXXXXXX@gva.es

Estimada señora:

Mi nombre es Jessica Borrull Guardño. Soy matrona, también enfermera especialista en salud mental y actualmente estoy realizando el Doctorado en Enfermería por la Universidad de Valencia. Durante la realización de mi tesis doctoral, estoy investigando sobre el nivel de conocimientos y los comportamientos de las mujeres frente a la citología cérvicovaginal y me gustaría invitarle a participar en este estudio.

El proyecto de investigación para el cual le pido su participación se titula "*Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino*".

Para ello, es necesario contar con su consentimiento y que conozca la información básica necesaria. Por ello, le ruego que lea detenidamente la siguiente información:

Propósito del estudio:

La investigación tiene por objetivo conocer cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la citología cérvicovaginal en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 250 personas como voluntarias. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por ser mujer y cumplir estos requisitos de edad. Se solicita su colaboración para:

- Complimentar una encuesta que está compuesta de cuatro bloques: a) datos sociodemográficos; b) conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y su prevención; c) actitudes frente a la prevención del cáncer de cuello uterino y d) prácticas de prevención. Tardará en rellenar la encuesta alrededor de 10 minutos.
- Participar en una charla grupal impartida por la investigadora principal acerca de los temas preguntados en la encuesta y realizar posteriormente la encuesta (duración total aproximada de 40-60 minutos). La fecha y lugar de la charla será indicados con antelación por la investigadora principal.

- Complimentar de nuevo de la encuesta a los 4 meses de la charla grupal. Podrá rellenar esta encuesta mediante correo electrónico o por teléfono, según considere.

Riesgos y beneficios:

No existen riesgos para su salud pero si alguna pregunta le resulta incómoda, puede no contestarla. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre la opinión que tienen las mujeres frente a la prevención del cáncer de cuello uterino. De esta forma se podrá valorar si es necesario establecer cambios por parte de los profesionales de la salud y así conseguir mayor interés o concienciación en la forma de llevar a cabo la prevención del cáncer de cuello uterino.

Compromiso de confidencialidad:

Se han adoptado las medidas oportunas para garantizar la completa confidencialidad de los datos personales de las mujeres que participen en el estudio, de acuerdo con la Ley De Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre. Se ha establecido un sistema de anonimización efectivo que no permite la identificación posterior del sujeto. En ningún caso se juntarán los consentimientos otorgados (donde sí se identifica al sujeto) con las encuestas utilizadas en el estudio. En la publicación de la tesis doctoral, se respetará siempre la debida anonimización de los datos de carácter personal, de modo que los sujetos de la investigación no resultarán identificados o identificables.

Incentivos:

Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos.

Derechos:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente VOLUNTARIA y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si tiene alguna pregunta, necesita más información sobre esta investigación o desea conocer los resultados del estudio una vez finalizado el mismo, por favor comuníquese con la investigadora principal (Jessica Borrull Guardado) a través de:

Correo electrónico: bXXXXXX@gva.es

Contacto telefónico: 6XXXXXXXX

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doña _____,
mayor de edad, titular del DNI : _____, por el presente documento
manifiesto que:

He sido informada de las características del Proyecto de Investigación titulado “*Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino*”. He leído la información del estudio, el compromiso de confidencialidad y he podido formular las dudas que me han surgido al respecto. Considero que he entendido dicha información.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento la fecha que se indica a continuación:

Firma:

Fecha:

ANEXO 9. Cuestionario CAP-PCCU



Instrucciones: Marque con un círculo la respuesta que considere correcta y/o complete los espacios en blanco de manera concisa. Gracias por su colaboración:

DATOS GENERALES Y REPRODUCTIVOS

1. Edad: _____
2. Estudios completados:
 - a. Ninguno
 - b. Obligatorios
 - c. Ciclos formativos / Bachiller
 - d. Estudios universitarios
3. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Separada/ Divorciada
 - d. Viuda
4. Indique número de hijos: _____

CONOCIMIENTOS

5. ¿Ha oído hablar alguna vez acerca del cáncer de cuello uterino?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
6. ¿Cuál de los siguientes factores cree que está más relacionado con el desarrollo de un cáncer de cuello uterino? Indique solo uno:
 - a. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino
 - b. Embarazos previos
 - c. Consumo de tabaco
 - d. Infección por Virus del Papiloma Humano o VPH
7. ¿Conoce alguna técnica de prevención que ayude a detectar el cáncer de cuello uterino?
 - a. Sí. Indique cuál.....
 - b. No

8. ¿Sabe usted si el Virus del Papiloma Humano o VPH puede causar un cáncer de cuello uterino?
- Sí
 - No
9. ¿Sabe cómo se transmite el Virus del Papiloma Humano o VPH?
- Por contacto con secreciones corporales: sudor, orina, lágrimas
 - Por dar la mano o abrazar a alguien con el virus
 - Por mantener relaciones sexuales sin protección
 - Por uso de drogas
 - No lo sé
10. ¿Sabe si el Virus del Papiloma Humano o VPH produce síntomas en el hombre?
- Sí. Indique cuáles:
 - No los produce
 - No lo sé
11. ¿Sabe si el Virus del Papiloma Humano o VPH produce síntomas en la mujer?
- Sí. Indique cuáles:
 - No los produce
 - No lo sé
12. ¿Sabe qué es una citología cérvicovaginal (también llamada prueba de Papanicolaou)?
- Es la toma de muestras por barrido y el análisis de las células del cuello uterino
 - Es la toma de muestras y el análisis del flujo vaginal
 - Es una biopsia del cuello uterino
 - No lo sé
13. ¿Cree que la citología es una forma de prevenir el cáncer de cuello de útero?
- Sí
 - No
 - No lo sé
14. ¿Cuándo cree que está recomendado la realización de la primera citología?
- A partir de la primera regla
 - Desde el inicio de las relaciones sexuales
 - A partir de los 25 años
 - Si aparecen síntomas como dolor, mal olor vaginal, sangrado anormal...
 - No lo sé

15. ¿Sabe con qué frecuencia está recomendada la citología, salvo criterio médico?
- Cada año
 - Cada dos años
 - Cada tres años o cada cinco años según la edad
 - No lo sé

ACTITUDES Y OPINIONES

<i>Marque con una X</i>	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
16. Considero necesario que se difunda más información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino (mediante charlas, folletos, campañas publicitarias...)				
17. Me vacunaría del virus del papiloma humano en el caso de que me lo indicara el personal sanitario				
18. Estoy dispuesta a la realización de citologías periódicas				
19. Recomendaría la citología a otras mujeres como prevención del cáncer de cuello uterino				
20. Me gustaría que me recordaran por carta o por mensaje el momento de la realización de la próxima citología				
21. Me gustaría recibir información sobre los resultados de la citología y que estén explicados de forma comprensible				

PRÁCTICAS

22. ¿Se ha realizado alguna vez una citología?
- Sí
 - No (**FINALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO**)
 - No lo recuerdo (**FINALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO**)
23. ¿A qué edad se hizo su primera citología?
- De 15 a 20 años
 - De 21 a 30 años
 - De 31 a 50 años
 - Más de 51 años
 - No lo recuerdo

24. ¿Cuánto tiempo hace de su última citología?
- Menos de un año
 - De uno a tres años
 - De tres a cinco años
 - Más de 5 años
 - Más de 10 años
 - No lo recuerdo
25. Esta última citología ¿en qué tipo de centro se la realizó?
- Público
 - Privado
 - No lo recuerdo
26. ¿Por qué se realizó la última citología?:
- Por iniciativa personal
 - Me correspondía por fecha
 - Por recomendación de profesionales sanitarios
 - Por presión de mis familiares y/o amigos
 - Porque presenté síntomas
27. ¿Supo el resultado de la anterior citología?
- Sí
 - No
 - No lo recuerdo
28. En el caso de que hayan pasado más de 5 años desde su última citología, ¿por qué no ha continuado con sus controles?
- Porque no sabía con qué frecuencia se hacían
 - Por descuido o falta de tiempo
 - Por miedo a la prueba
 - Por temor al resultado
 - Porque no he presentado molestias o síntomas
 - Otros:

Le llamaré en 6 meses, indique teléfono de contacto:

ANEXO 10. Aprobación Comité de Ética

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA Vicerektorat
d'Investigació i Política Científica

D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 4 de diciembre de 2017, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado:

“Efecto de una intervención de educación para la salud en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención del cáncer del cuello uterino”, número de procedimiento H1512066268329,

cuya responsable es Dña. Jessica Borrull Guardado, dirigida por D. Francisco Donat Colomer y Dña. Vanessa Sánchez Martínez,

ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a catorce de diciembre de dos mil diecisiete.



ANEXO 11. Relación de temas, subtemas y códigos

Tema: Conocimientos y actitudes acerca del CCU y su prevención

Subtema: Factores de riesgo

Códigos	Desconocimiento RRSS* riesgo	<i>Yo no tengo ni idea...</i>	P5(GF 25-34)
		<i>El tener relaciones sexuales con distintas parejas... sin protección y demás, yo creo que también... ayuda.</i>	P6(GF 25-34)
	Genética	<i>Yo imagino que no porque será genética ¿no? Como el resto de cánceres...</i>	P3(GF 25-34)
	Tabaco	<i>Yo creo que el tabaco también influye eh...</i>	P2(GF 35-50)
	Alimentación ITS	<i>Y la alimentación...</i>	P1(GF 35-50)
		<i>Es que yo creo que las enfermedades de transmisión sexual sí que es un factor para que puedas desarrollar el cáncer de cuello de útero. No sé si todas, pero yo creo que algunas sí por las preguntas que te hace la ginecóloga cuando te va a hacer las citologías, creo que también puede ir por ahí la cosa... no lo sé, pero...</i>	P6(GF 25-34)
	Embarazos	<i>Yo también he pensado en eso...Relaciones y no sé... No lo sé, eh... No sé si tendrá algo que ver con los embarazos...</i>	P4(GF 25-34)
	Desajustes hormonales	<i>Y desajustes hormonales, no sé, a lo mejor... Mujeres que no son regulares en la regla y que tengan algún desajuste hormonal, igual eso también favorece, a la larga, algún tipo de problema. No sé...</i>	P4(GF 25-34)
	Uso AHCO	<i>Y las pastillas anticonceptivas, había oído yo...</i>	P7(GF35-50)
	Conjunto factores	<i>Un poco todo ¿no? Fumar, la mala alimentación, malos hábitos... todo eso influye en cualquier...</i>	P1(GF 25-34)
Falta salud pública	<i>[...] pero la falta de prevención y de organización de la sanidad pública en... igual que el cáncer de mama te hacen las revisiones pues, no les cuesta en absoluto llamarte cada dos años a determinada edad.</i>	P6(GF 51-65)	

Subtema: **Posibilidad de prevención**

Códigos	Todas las mujeres posibilidad CCU	<i>Influye que tengas... pero a cualquiera le puede tocar.</i>	P5(GF 25-34)
	Algunas mujeres más posibilidad CCU	<i>Hay más posibilidad. Si hay... por genética, si hay en la familia, si hay antecedentes, es más probable que haya un cáncer y puede ser uterino.</i>	P1(GF35-50)
	CCU prevenible: buenos hábitos	<i>Yo creo que sí que se puede prevenir porque si hemos comentado lo de los malos hábitos... pues si tienes buenos hábitos se puede prevenir.</i>	P3(GF 25-34)
	CCU prevenible: RRSS seguras	<i>O el tema de las relaciones sexuales, si son seguras o no, eso también los puedes controlar para...</i>	P2 (GF25-34)
	CCU prevenible: citologías	<i>Es que si la citología es a modo de prevención del cáncer del cuello de útero. Igual que la mamografía es prevención del cáncer de mama, pues como prevención: citología y revisión.</i>	P5(GF 25-34)
	CCU no prevenible	<i>Yo no creo que se pueda prevenir, pero sí igual cogerlo más a tiempo que igual otros cánceres...yo creo que eso sí.</i>	P6(GF 25-34)

Subtema: **Síntomas del CCU**

Códigos	Desconocimiento síntomas	<i>Es que tampoco sé cuáles son los síntomas de un cáncer de cuello de útero.</i>	P6(GF 25-34)
	Sintomático: sangrado	<i>Ya, pero si es un sangrado muy habitual o mucho, ¿sabes? de seguido de mucho tiempo...</i>	P3(GF35-50)
	Sintomático: dolor abdominal	<i>[...] por dolor abdominal o por...no sé.</i>	P2(GF35-50)

Subtema: **Información a través de profesionales**

Códigos	Sin información	<i>A mí tampoco y en las revisiones que he hecho ni nada [refiriéndose a la vacuna del VPH], nunca me han nombrado nada de eso...</i>	P5(GF35-50)
	Con información	<i>A mí en el privado sí, en el público no.</i>	P4(GF35-50)
	Causas falta información: mujer	<i>Quizás también la falta de... que la mujer no pregunta.</i>	P6(GF51-65)
	Causas falta información: profesional	<i>Ahh, eso sí ya son muy mayores. Quiero decir que a lo mejor están acostumbrados a hablar con la gente de ahora y ellos están... no sé... chapados en su época y decían cuatro cosas y no</i>	P4(GF51-65)

Consecuencias falta información:	<i>tenían más conversación porque no preguntabas, pues nada cada uno a su casa. Pero yo creo que es porque estamos faltas de información que es lo que estamos hablando ahora, que como no sabemos el riesgo que corremos y lo que puede ser pues... como aquel... pues no, no vamos, no nos la hacemos y ya está. Si tuviéramos más, o nos preocupásemos más, que nos tenemos que preocupar más nosotros y supiésemos el riesgo que podemos correr o lo que pudiésemos tener, yo creo que iríamos más.</i>	P3(GF35-50)
Información en consulta	<i>Yo creo que cuando te van a hacer la prueba es el momento es donde te deberían de informar de todo.</i>	P5(GF35-50)
Medio de información: folleto	<i>Puede hacerte una introducción y luego pues algún folleto informativo que te diga “mira te voy a hacer esto que sirve para esto” ... y “mira esto que aquí ponen más datos” ...</i>	P5(GF 25-34)
Medio de información: charlas	<i>Yo creo que las personas somos un poco vagas y me incluyo a la hora de si es por grupos o me tengo que apuntar o tengo que ir... porque igual voy a la matrona y me dice: “el jueves que viene a las 19h hay una charla”. Y le diré: “igual puedo ir” y seguro que me va a salir algo.</i>	P1(GF 25-34)
Medio de información: medios electrónicos	<i>Hoy en día con el tema de los medios de comunicación yo creo que también: emails, o cosas que te puedas leer en tu casa... [...] Pero si te metes en internet a leer todo lo que ponen ahí...</i>	P4(GF35-50)
Profesional que informe: especialista	<i>Cualquier especialista, mientras te informen bien...</i>	P3(GF35-50)
Profesional que informe: mejor matrn/a	<i>Me gustaría que fuera el matrn, en un primer... por el contacto más...</i>	P6(GF51-65)
Profesional que informe: MAP	<i>Sí, pero porque el médico de cabecera tiene que ser especialista en todo y al final no... [...] El médico de cabecera yo creo que no, porque tiene tantas cosas</i>	P6(GF 25-34)

		<i>que dar información que no se entera de nada.</i>	
Subtema: Concienciación de este cáncer en la sociedad			
Códigos	Nula o poca información sociedad	<i>Y que yo por lo menos no tengo información de que eso... no sé... o sea no lo he visto ni en la tele, no sé ni donde... a ver sé que debería ir al ambulatorio o ir a un médico, pero no tengo yo información ni me ha llegado nunca información de irme a vacunar... ni cuando tengo que ir...ni...</i>	P6(GF35-50)
	Comparación con cáncer mama	<i>Igual a lo mejor hay más riesgo ¿no? Hay más, bueno se oye más cáncer de mama que de útero ¿no?</i>	P3 (GF 35-50)
	Sí información sociedad	<i>En todas las televisiones están haciendo mucho hincapié y mucha campaña sobre el papiloma y las causas, qué síntomas provoca, qué es lo que hay que hacer... Que la mujer debe de ir todos los años al ginecólogo, que la revisen... Sí que están poniendo ahora, información ahora yo veo que sí [...] Sí, sí, hoy justamente lo he estado viendo en todas las televisiones.</i>	P7(GF51-65)
	Información desde casa o colegio	<i>Sí, sí, pero desde casa totalmente [...] Ya, pero si a mí me educan, yo educó. Es como...si a ellas jamás le han dado información, a mi jamás me va a llegar la información. O sea, donde empieza, en algún sitio tiene que empezar la información para empezar la cadena y que todo el mundo esté informado, por eso.</i>	P2(GF 25-34)
	Cultura de prevención	<i>Pero yo no pienso... yo cuando voy al ginecólogo voy a ir porque si no, voy a tener un cáncer. Lo veo como algo que forma parte de mi vida. Una vez al año yo voy, me revisan, está todo bien, pues ya está. Pero es algo rutinario, no pienso "voy a ir porque me estoy muriendo seguramente".</i>	P6(GF 25-34)
	Necesidad información desde colegio	<i>Pero por ejemplo charlas en el colegio eso sí que estaría bien... para adolescentes y eso.</i>	P3(GF 25-34)

Tema: Conocimientos y actitudes acerca del VPH

Subtema: **Relación CCU y VPH**

Códigos	Desconocimiento y confusión	<i>Muy bien, yo también iba por ahí eh, yo ya pensaba que era un cáncer.</i>	P7(GF 25-34)
	Sí relación	<i>El virus puede desarrollar un cáncer.</i>	P3 (GF 25-34)

Subtema: **Prevalencia de la infección por VPH en la población**

Códigos	Desconocimiento	<i>Pues no lo sé, nunca me ha tocado...De momento...</i>	P6 (GF 25-34)
	Poco frecuente	<i>Yo creo que no... no muy frecuente.</i>	P2 (GF 25-34)
	Frecuente en general	<i>Pues yo creo que cada vez más ¿no?</i>	P3 (GF 25-34)
	Frecuente en mujeres jóvenes	<i>A nuestra edad, bueno a la mía, yo me imagino que se puede recoger también, pero es mucho más frecuente en gente joven.</i>	P6 (GF 51-65)

Subtema: **Formas de transmisión del VPH**

Códigos	Trasmisión sexual	<i>Yo creo que es transmisión sexual, sí.</i>	P1(GF35-50)
	Desconocimiento portador: hombre o mujer	<i>Pero porque yo no sé si las mujeres se lo pasan al hombre. Si por ejemplo un hombre es portador del virus, ¿puede transmitirlo a... una...mujer?</i>	P4(GF25-34) P3(GF25-34)
	Otras formas de contagio: genética	<i>Yo sé que por genética se vacunan porque conozco un caso con antecedentes de cáncer entonces la chiquilla la vacunaron porque tenía probabilidades del papiloma entonces creo que también por genética.</i>	P7(GF35-50)
	Otras formas de contagio	<i>O por otros flujos...</i>	P1(GF35-50)

Subtema: **Síntomas de la infección por VPH**

Códigos	Desconocimiento	<i>Yo no lo sé...</i>	P2 (GF 25-34)
	Síntomas inespecíficos	<i>Hombre ¿algún síntoma tendrá no? Igual si te haces una analítica te sale...</i>	P5 (GF 25-34)
	Verrugas genitales	<i>A mí me suena algo de algunas verrugas o algo... pero ya no sé si tiene que ver con eso o es otra cosa... Pero me suena algo de eso.</i>	P6 (GF 25-34)

Subtema: **Vacuna del VPH**

Códigos	Conocimiento existencia (precio)	<i>Sí, que creo que no entra por la seguridad social y hay que pagarla. O la seguridad social paga algo...pero sí que es cara.</i>	P4(GF35-50)
----------------	---	--	-------------

Desconocimiento existencia Edad administración Efectividad Seguridad Financiación Posología Predisposición hacia vacunación	<i>Pero ¿esa vacuna la tenemos todas? ¿Yo también la tengo?</i>	P6 (GF 25-34)
	<i>Pero igual hay una recomendación de edad, no sé... No sé si después de los embarazos se puede seguir poniendo [P6 está embarazada] porque... yo también tenía entendido que, por ejemplo, muchos embarazos también...</i>	P1 (GF 25-34)
	<i>Pero de todas formas yo creo que eso era que no quiere decir que no estés vacunada, lo que estamos hablando antes... que no te cubra absolutamente para todo, sino para una parte. ¿No? Es lo que estábamos hablando antes...</i>	P7 (GF 25-34)
	<i>Yo recuerdo, recuerdo cuando... a ver mi padre había tomado la decisión o no más jóvenes o más mayores de edad. El: “no os va a hacer nada malo”, “si es hacer algo es bueno, así que os la vais a poner”. No, pues ante eso dices, pues... Adelante.</i>	P2 (GF 25-34)
	<i>13 o 14.</i>	P7 (GF 25-34)
	<i>Si... si tenían que estar espaciadas... las dosis.</i>	P7 (GF 25-34)
	<i>Hombre si no tiene ningún efecto y se supone que te vacunan y es todo beneficios, ¿por qué no te vas a vacunar?</i>	P2 (GF 35-50)

Tema: Conocimientos y actitudes acerca del cribado de CCU

Subtema: Objetivo de la técnica

Códigos	Objetivo:	<i>¿Para detectar lo del cuello de útero no?</i>	P2 (GF 51-65)
	Detección precoz	<i>Coges un hisopo (hace ademán de coger muestra en círculo) y te lo pasan.</i>	P4 (GF 25-34)
	Material utilizado	<i>Para abrirte, después te cogen un palo y te raspan.</i>	P6 (GF 25-34)
	Tipo tejido extraído: mucosa, flujo, secreción, tejido	<i>Pues raspan un poquito el útero, el cuello del útero y la secreción que ellos cogen... es la que analizan y ahí saben si en ese pedacito que ellos han cogido, hay algo o no hay algo.</i>	P7 (GF 51-65)

	Sí posibilidad de mejora	<i>La manera de hacerlo. Es como lo de los análisis de sangres, ahora ya te ponen unos artilugios para que te duela menos... no sé si ahora.</i>	P5 (GF35-50)
	Otras técnicas: test VPH	<i>[...] te hacen la citología y si detectan cualquier...eh... cualquier infección, te lo digo porque a mí me lo han hecho hace nada, te proponen, y te estoy hablando de la sanidad privada, te proponen el hacerte la prueba específica para el papiloma [...].</i>	P7 (GF 51-65)
Subtema: Actitudes antes, durante y después de la técnica			
Códigos	Antes: nerviosismo	<i>Nervios.</i>	P4 (GF 35-50)
	Antes: vergüenza	<i>A mí me da vergüenza siempre, cuando estoy esperando. No es vergüenza de "me voy a desnudar delante de esto".</i>	P2 (GF 25-34)
	Antes: miedo	<i>Sí, sí, mucho miedo.</i>	P1 (GF 51-65)
	Durante: incomodidad	<i>Es incómodo, es raro.</i>	P7 (GF 25-34)
	Durante: necesidad de finalización	<i>No, yo lo que digo es "que acabe pronto".</i>	P4 (GF 51-65)
	Después: relajación	<i>Ya tranquilidad. De decir, uy que bien, ya he terminado</i>	P3 (GF 25-34)
	Después sangrado	<i>Te avisan de que a lo mejor puedes sangrar un poco, igual cuando te limpias un poco y ya está.</i>	P4 (GF 35-50)
Subtema: Población diana			
Códigos	Todas las mujeres	<i>Todas, a partir de que tengan la menstruación ya. Deberían de mirarse: todas.</i>	P7 (GF 51-65)
	Todas las mujeres con cuello uterino	<i>No, si ir al ginecólogo, sí. Digo para prevenir, pero lo que es el tema de lo del cáncer de cuello de útero sino tienes ¿para qué te quieres hacer eso? Por eso...</i>	P6 (GF 25-34)
	Inicio: menarquia	<i>Yo creo que igual desde que te baja la regla y pueden hacer... deberían hacer ya citologías que es cuando empieza el cambio hormonal .</i>	P5 (GF 25-34)
	Inicio: desarreglos en adolescencia	<i>Claro, yo también, pero yo porque también empecé a tener desarreglos y otros entonces tuve que ir al ginecólogo.</i>	P7 (GF 25-34)
	Inicio: RRSS	<i>A partir de las relaciones.</i>	P4 (GF35-50)

Finalización: menopausia	<i>No, no podría poner una fecha... O sea, porque sé que no tiene nada que ver, pero esto es la menopausia, sé que tienes que seguir yendo entonces no sé si es...</i>	P2 (GF 25-34)
Finalización: mujeres ancianas	<i>Para contraer el cáncer, pues ya yo creo que ya llega una edad que igual ya no te hace falta.</i>	P6 (GF 25-34)
Finalización: muerte	<i>Pues cuando te mueras.</i>	P4 (GF35-50)

Subtema: **Frecuencia del cribado**

Códigos	Anual	<i>Yo creo que cada año, sería anual.</i>	P1 (GF 35-50)
	Cada 2 años	<i>Cada 2 años.</i>	P3 (GF 25-34)
	Cada 3 o 5 años	<i>O cada 3 porque la última vez yo me la hice en 2015 y me dijeron ven dentro de 3 años o sea que...</i>	P6 (GF 35-50) P7 (GF 51-65)
		<i>A mi madre se la han estado haciendo cada 5 años.</i>	
	Otros	<i>Yo creo que depende de la edad, del riesgo y si te notas algo raro pues ahí sí que hacértela sí o sí, pero si tú estás bien...</i>	P7 (GF 35-50)
	Desconocimiento	<i>Pero es que... ¿cuándo hay que hacerse la citología?</i>	P5 (GF 25-34)
	Cribado insuficiente	<i>Es mucho tiempo, es que sino no lo van a detectar.</i>	P4 (GF 35-50)
	Causa cribado insuficiente: recortes	<i>Pues yo sé que antes las hacían más frecuente, pero luego te lo van alargando... O sea que dicen mucho que tengas prevención y muchas cosas, pero luego, sin embargo, te van alargando... el tiempo.</i>	P2 (GF 51-65)

Subtema: **Resultados citología**

Códigos	Conocedoras del resultado	<i>Pero a mí sí que me lo mandan siempre...</i>	P7 (GF 25-34)
	Conocedoras si alterado	<i>Normalmente te dicen, te llamaremos si hay algo...</i>	P3 (GF 35-50)
	Comparación con mamografía	<i>La mamografía te lo dicen en el momento si todo ha salido bien. Y te dan el papelito con la (...)</i>	P2 (GF 51-65)
	Resultados informados	<i>Yo creo que te deberían de llamar siempre, aunque sea mal o sea bueno.</i>	P5 (GF 25-34)
	Significado citología alterada: anormalidad	<i>Yo creo que es un inicio, que han encontrado una célula o algo que puede, pero no creo que sea que lo hayas desarrollado así a lo bestia algún síntoma más tendrías ¿no?</i>	P6 (GF 25-34)

Subtema: **Motivo de realización de su última citología o motivo de incumplimiento**

Códigos	Motivo: protocolo	<i>Yo porque me tocaba, porque siempre voy en marzo-abril y todos los años voy en la misma fecha.</i>	P4 (GF 35-50)
	Motivo: postparto	<i>Después de dar a luz, que te la hacen obligada.</i>	P5 (GF 25-34)
	Otros motivos ginecológicos	<i>Yo porque tuve desarreglos también y quise mirarme.</i>	P7 (GF 35-50)
	Incumplimiento: dejadez	<i>Yo creo que dejadez muchas veces.</i>	P3 (GF 25-34)
	Incumplimiento: incomodidad técnica	<i>Y la incomodidad de ir al ginecólogo.</i>	P4 (GF 25-34)
	Incumplimiento: otras mujeres	<i>No creas, tampoco eh. Yo tengo una amiga de 42 años y no se ha hecho una en la vida y estoy dándole la matraca para que venga a pedir cita.</i>	P6 (GF 25-34)
	Necesidad cribado poblacional	<i>Y porque tampoco te mandan ninguna carta entonces...se junta todo. Yo creo que es dejadez, miedo y tampoco que es como que no te obligan... pues lo vas dejando.</i>	P3 (GF 35-50)

Subtema: **Posibilidad de cribado poblacional**

Códigos	Necesidad citación cribado	<i>Si pero que una vez ya estás informada la primera vez, luego ya es cosa tuya. Pero por lo menos esa primera vez que te llegue</i>	P5 (GF 35-50)
	Formas de citación como en otros temas	<i>Un mensaje al móvil [...] e-mail [...] A mí cuando hay campaña de donación de sangre aquí me mandan un mensaje al teléfono.</i>	P6 (GF 35-50)

Subtema: **Profesional que realiza la técnica**

Códigos	Género: mejor hombre	<i>Un ginecólogo antes que una mujer.</i>	P2 (GF 35-50)
	Género: mejor mujer	<i>Yo prefiero que sea mujer, la verdad.</i>	P3 (GF 25-34)
	Género: indiferente	<i>A mí me da igual.</i>	P2 (GF 25-34)
	Edad del profesional	<i>Hombre, a mí me daría más vergüenza un ginecólogo joven. No por nada, pero...</i>	P6 (GF 35-50)
	Trato durante la técnica	<i>Ginecóloga, la de aquí. A mí es que me trató muy mal, os lo prometo. Le cogí un</i>	P3 (GF 25-34)

	Necesidad de mejor trato	<i>miedo a la... os lo juro que yo el miedo que tengo...</i> <i>No, pero que lo entienda. Yo no te digo que me no trate como “cariño, esto...” no pero que tampoco sea: “quítate las bragas”, “sube al potro”, “baja el culo”.</i>	P2 (GF 25-34)
	Ginecólogo/a	<i>El ginecólogo. En la calle La estrella, yo creo que será ginecólogo.</i>	P2 (GF 51-65)
	Matrón/a	<i>Matrona.</i>	P5 (GF 25-34)
	Confusión entre profesiones	<i>A ver, ¿ginecólogo y matrona es lo mismo? Yo es que me lío.</i>	P2 (GF 35-50)
Subtema: Diferencias cribado privado y público			
Códigos	Privado: anual	<i>Sí, sí, y de hecho la estoy llevando privado (refiriéndose a su madre) para que se lo haga todos los años.</i>	P7 (GF 51-65)
	Privado: más información	<i>Yo es que sí que voy al privado y yo voy y me dicen los resultados y me los explican... Pero en la seguridad social, no.</i>	P4 (GF 35-50)
	Privado: técnica VPH	<i>[...] te hacen la citología y si detectan cualquier...eh... cualquier infección, te lo digo porque a mí me lo han hecho hace nada, te proponen, y te estoy hablando de la sanidad privada, te proponen el hacerte la prueba específica para el papiloma. Entonces, eso lo deberían de hacer no en el privado sino en la seguridad social[...].</i>	P7 (GF 51-65)

Tema: Prácticas de prevención del CCU

Subtema: Vacunación VPH

Códigos	Vacunación VPH: administrada	<i>Yo me la puse igual a los 15 años.</i>	P1(GF 25-34)
	Vacunación VPH: administrada hijas	<i>Yo por ejemplo mi hija, no sé si hará a lo mejor 4 años o 5, o más, la vacunaron [...]Pero eso lo hacían cuando a lo mejor iban a la revisión de los 13 años, o 12 ó 13, es cuando la ponían.</i>	P3(GF 35-50)

Subtema: Prácticas de cribado CCU

	Cobertura cribado	Ver tabla 9	---
--	--------------------------	-------------	-----

ANEXO 12. Resultados estudio piloto

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Edad		42.9 (13.6)
Estudios		
Ciclos formativos/Bachiller	9	30%
Estudios universitarios	13	43.3%
Obligatorios	8	26.7%
Estado civil		
Casada	19	63.3%
Separada/Divorciada	1	3.3%
Soltera	10	33.3%
Número de hijos		
0	10	41.7%
1	2	8.3%
2	11	45.8%
4	1	4.2%
CONOCIMIENTOS		
1. ¿Ha oído hablar alguna vez acerca del cáncer de cuello uterino?		
Si	28	93.3%
No	2	6.7%
2. ¿Cuál de los siguientes factores cree que está más relacionado con el desarrollo de un cáncer de cuello uterino?		
Antecedentes familiares de cancer de cuello uterino	1	3.7%
Consumo de tabaco	1	3.7%
Infeccion por virus del papiloma humano o VPH	25	92.6%
3. ¿Conoce alguna técnica de prevención que ayude a detectar el cáncer de cuello uterino?		
Si	21	75%
No	7	25%
4. ¿Sabe usted si el Virus del Papiloma Humano o VPH puede causar un cáncer de cuello uterino?		
No	1	3.5%
No lo se	6	20.7%
Si	22	75.9%

5.¿Sabe cómo se transmite el Virus del Papiloma Humano o VPH?		
No lo sé	5	17.9%
Por mantener relaciones sexuales sin protección	23	82.1%
6.¿Sabe si el Virus del Papiloma Humano o VPH produce síntomas en el hombre?		
No lo sé	8	27.6%
No los produce	14	48.3%
Sí	7	24.1%
7.¿Sabe si el Virus del Papiloma Humano o VPH produce síntomas en la mujer?		
No lo se	10	35.7%
No los produce	4	14.3%
Sí	14	50%
8.¿Sabe qué es una citología cérvicovaginal (también llamada prueba de Papanicolaou)?		
Es la toma de muestras por barrido y el análisis de las células del cuello uterino	17	58.6%
Es la toma de muestras y análisis del flujo vaginal	1	3.5%
Es una biopsia del cuello uterino	4	13.8%
No lo sé	7	24.1%
9.¿Cree que la citología es una forma de prevenir el cáncer de cuello de útero?		
Sí	23	79.3
No	3	10.34 %
No lo sé	3	10.3%
10.¿Cuándo cree que está recomendado la realización de la primera citología?		
A partir de la primera regla	7	24.1%
A partir de los 25 años	1	3.5%
Desde el inicio de las relaciones sexuales	17	58.6%
No lo sé	1	3.5%
Si aparecen síntomas	3	10.3%
11.¿Sabe con qué frecuencia está recomendada la citología, salvo criterio médico?		
Anual	1	3.5%
Cada dos años	5	19.2%
Cada tres o cada cinco años según la edad	9	34.6%

No lo sé	1	3.5%
----------	---	------

ACTITUDES

1. Considero necesario que se difunda más información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino (mediante charlas, folletos, campañas publicitarias...)

De acuerdo	4	14.3%
Muy de acuerdo	24	85.7%

2. Me vacunaría del virus del papiloma humano en el caso de que me lo indicara el personal sanitario

De acuerdo	9	32.1%
En desacuerdo	2	7.1%
Muy de acuerdo	16	57.1%
Muy en desacuerdo	1	3.6%

3. Estoy dispuesta a la realización de citologías periódicas

De acuerdo	4	14.3%
Muy de acuerdo	24	85.7%

4. Recomendaría la citología a otras mujeres como prevención del cáncer de cuello uterino

De acuerdo	4	14.3%
Muy de acuerdo	24	85.7%

5. Me gustaría que me recordaran por carta o por mensaje el momento de la realización de la próxima citología

De acuerdo	6	22.2%
En desacuerdo	1	3.7%
Muy de acuerdo	20	74.1%

6. Me gustaría recibir información sobre los resultados de la citología y que estén explicados de forma comprensible

De acuerdo	1	3.7%
En desacuerdo	1	3.7%
Muy de acuerdo	25	92.6%

PRÁCTICAS

1. ¿Se ha realizado alguna vez una citología?

No	1	3.6%
Sí	27	96.4%

2. ¿A qué edad se hizo su primera citología?

De 15 a 20 años	5	18.5%
-----------------	---	-------

De 21 a 30 años	17	63%
De 31 a 50 años	1	3.7%
No lo recuerdo	4	14.8%
3. ¿Cuánto tiempo hace de su última citología?		
De tres a cinco años	1	3.5%
De uno a tres años	13	44.8%
Más de 5 años	2	6.9%
Menos de un año	12	41.4%
No lo recuerdo	1	3.5%
4. Esta última citología ¿en qué tipo de centro se la realizó?		
Privado	11	37.9%
Público	18	62.1%
5. ¿Por qué se realizó la última citología?		
Me correspondía por fecha	13	44.8%
Por iniciativa personal	8	27.6%
Por recomendación de profesionales sanitarios	8	27.6%
6. ¿Supo el resultado de la anterior citología?		
No	6	20.7%
No lo recuerdo	2	6.9%

ANEXO 13. Resultados fase experimental

	Preintervención	Postintervención
Factor más relacionado con el desarrollo de un cáncer de cuello uterino		
a)Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino	55 (21.7%)	22 (8.4%)
b)Embarazos previos	3 (1.2%)	1 (0.4%)
c)Consumo de tabaco	2 (0.8%)	4 (1.5%)
d)Infección por Virus del Papiloma Humano o VPH	194 (76.4%)	236 (89.7%)
Conocimiento sobre técnica de prevención que ayude a detectar el cáncer de cuello uterino		
a)Sí	132 (45.9%)	172 (64.7%)
b)No	155 (54%)	94 (35.3%)
Virus del Papiloma Humano o VPH posible causante de un cáncer de cuello uterino		
a)Sí	206 (74.6%)	242 (92.4%)
b)No	70 (25.4%)	20 (7.6%)
Transmisión del Virus del Papiloma Humano o VPH:		
a)Por contacto con secreciones corporales: sudor, orina, lágrimas	5 (1.8%)	7 (2.6%)
b)Por dar la mano o abrazar a alguien con el virus	0	0
c)Por mantener relaciones sexuales sin protección	218 (76.5%)	250 (92.3%)
d)Por uso de drogas	1 (0.4%)	0 (0%)
e)No lo sé	61 (21.4%)	14 (5.2%)
El Virus del Papiloma Humano o VPH produce síntomas en el hombre:		
a)Sí	40 (14.1%)	93 (34.2%)
b)No	49 (17.3%)	86 (31.6%)
c)No lo sé	195 (68.7%)	93 (34.2%)
El Virus del Papiloma Humano o VPH produce síntomas en la mujer:		
a)Sí	83 (29.3%)	125 (46%)
b)No	24 (8.5%)	73 (26.8%)
c)No lo sé	176 (62.2%)	74 (27.2%)
La citología cérvicovaginal:		
a)Es la toma de muestras por barrido y el análisis de las células del cuello uterino	110 (39.4%)	151 (55.5%)
b)Es la toma de muestras y el análisis del flujo vaginal	71 (25.5%)	81 (29.8%)
c)Es una biopsia del cuello uterino	44 (15.8%)	28 (10.3%)
d)No lo sé	54 (19.4%)	12 (4.4%)

La citología es una forma de prevenir el cáncer de cuello de útero		
a)Sí	238 (82.1%)	247 (90.8%)
b)No	25 (8.6%)	17 (6.3%)
c)No lo sé	27 (9.3%)	8 (2.9%)
Cuándo cree que está recomendado la realización de la primera citología		
a)A partir de la primera regla	45 (15.9%)	46 (16.9%)
b)Desde el inicio de las relaciones sexuales	125 (44.2%)	156 (57.4%)
c)A partir de los 25 años	59 (20.9%)	46 (16.9%)
d)Si aparecen síntomas como dolor, mal olor vaginal, sangrado anormal	21 (7.4%)	6 (2.2%)
e)No lo sé	33 (11.7%)	18 (6.6%)
Frecuencia con la que está recomendada la citología		
a)Cada año	120 (43.3%)	43 (15.8%)
b)Cada dos años	74 (26.7%)	64 (23.5%)
c)Cada tres o cada cinco según la edad	62 (22.4%)	159 (58.5%)
d)No lo sé	21 (7.6%)	6 (2.2%)

