UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
MITZI ITZEL BERNAL BERNAL

ASESORAS
JUDITH MAGDALENA CORONA LARA
ALEJANDRA RUBÍ NIETO LÓPEZ

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.94 “SAN JUAN DE ARAGON “
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA NORTE DE CIUDAD DE MÉXICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2024

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXCANO DEL SEGURO SOCIAL
DELGACIÓN NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SEDE ACADEMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
"San Juan De Aragón"

Protocolo de investigación

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

PRESENTA:
INVESTIGADOR RESPONSABLE
DRA. ALEJANDRA RUBI NIETO LÓPEZ
Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.94 del IMSS
Matrícula: 97360009
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235 Col, Ampliación Casas Alemán
Correo electrónico: dra_alenieto@outlook.com
Teléfono: 57672977 extensión 21465

INVESTIGADOR METODOLOGICO
DRA. JUDITH MAGDALENA CORONA LARA
Médico Familiar y Profesora adjunta del curso de especialización en medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS
Matrícula: 99368779
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235 Col, Ampliación Casas Alemán
Correo electrónico: judith.corona@imss.gob.mx
Teléfono: 57672977 extensión 21465

Trabajo para obtener el título de especialista en medicina familiar
DRA. MITZI ITZEL BERNAL BERNAL
Médico residente del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Unidad Medicina Familiar No. 94 "Aragón" del IMSS
Matrícula: 96360680
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235 Col, Ampliación Casas Alemán
Correo Electrónico: mitziazul91@gmail.com
Teléfono: 5540708026

Línea de Investigación: Salud Reproductiva, muerte materna y perinatal, condiciones neonatales y anomalías congénitas.
Nivel de prevención: Primaria

Ciudad de México, 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3511**.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS **19 CI 09 017 032**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 012 2018082**

FECHA **Miércoles, 30 de noviembre de 2022**

M.E. Judith Magdalena Corona Lara

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCION DE INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-3511-053

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCION DE INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Aprobación por autoridades institucionales
Proyecto Autorizado por el Comité Local de Investigación 3511
Con Número de Registro en SIRELCIS: **R-2022-3511-053**

Dr. Juan Carlos Castillo Barragán
Director Médico
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Miriam Ramírez Cortez
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Judith Magdalena Corona Lara
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Monserrat Jazmín García Rangel
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Pablo Salazar Reyes
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Aprobación por autoridades universitarias

Dr. Javier Santacruz Varela
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
Unidad de Posgrado
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Geovani López Ortiz
Coordinación de Investigación
Subdivisión de Medicina Familiar
Unidad de Posgrado
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinación de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
Unidad de Posgrado
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Carlos Alonso Rivero López
Coordinación de Evaluación
Subdivisión de Medicina Familiar
Unidad de Posgrado
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Octavio Noel Pons Álvarez
Coordinación de Vinculación Académica
Subdivisión de Medicina Familiar
Unidad de Posgrado
Universidad Nacional Autónoma de México

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

AUTORIZACIONES. No. De registro en SIRELCIS: R-2022-3511-053

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

AGRADECIMIENTOS

A mis doctoras asesoras de tesis, por su tiempo, dedicación y enseñanzas que me dejaron en cada paso que dimos juntas, son sin duda un gran ejemplo a seguir, me llena de felicidad que la vida me permitiera conocerlas y tenerlas como mis profesoras y guías para lograr este objetivo, siempre estaré agradecida por su confianza puesta en mí.

A mis padres, por ser mi red de apoyo en todos mis objetivos de vida, por ser mi escudo protector ante cualquier adversidad, por enseñarme que es más importante lo que ofreces al mundo con una sonrisa que los títulos y premios que ganas en la vida, por amar y cuidar de manera incondicional a mi hermoso hijo, por siempre inculcarme que la familia es lo más valioso que tenemos y que se debe de cuidar, amar, proteger y valorar por siempre.

A mis hermanos, por estar siempre apoyando mis locuras y a motivarme a ser mejor persona cada día, por siempre buscar la mejor forma de hacerme reír, por estar ahí conmigo en las buenas y las malas, por esa diversión que hemos tenido en todas las ocasiones que estamos juntos, por ser los mejores tíos y padrinos del mundo de mi hijo.

A mi esposo, por su apoyo para que no me faltara nada para seguir con mis metas profesionales, por su amor, constancia, esfuerzo y dedicación a nuestra familia.

A mi hermoso hijo, por ser esa parte de mi vida que me hace querer seguir descubriendo las maravillas de este mundo, porque con tu sonrisa me iluminas mis días, porque con tu voz siempre me guías, y con todo tu amor me impulsas siempre a seguir adelante.

A mis amigas y amigos, por escucharme, comprenderme, y apoyarme en todo lo que me proponga, por siempre estar cuando más los eh necesitado, por hacerme reír en mis momentos más grises de la vida, por siempre tener historias de nuestras aventuras y locuras que podemos contar un millón de veces y recordar nuestra amistad en cada una, por las nuevas aventuras que estamos por vivir, y porque siempre nos tengamos los unos para los otros.

A mis abuelos, abuelas, tíos, tías, y primos porque han sido parte de mi amor por lo que engloba todo el concepto familia, porque unidos siempre seremos invencibles y lograremos transmitir ese amor de familia de generación en generación.

ÍNDICE

RESUMEN INTEGRADO 1
MARCO TEÓRICO 2
INTRODUCCIÓN 2
ANTECEDENTES 3
INFECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO 3
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS 3
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO 4
GENOTIPOS 4
MODO DE TRANSMISIÓN 4
FACTORES DE RIESGO 5
CUADRO CLÍNICO 6
DETECCIÓN 7
TRATAMIENTO 9
PREVENCIÓN 10
CONOCIMIENTO 12
ACTITUD 14
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 15
JUSTIFICACIÓN 16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 18
OBJETIVOS DEL ESTUDIO 18
OBJETIVO GENERAL 18
OBEJTIVOS ESPECÍFICOS 18
HIPOTESIS DEL ESTUDIO 18
HIPOTESIS ALTERNA 18
HIPOTESIS NULA 18
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES 19
VARIABLES DE ESTUDIO 19
VARIABLES DESCRIPTORAS 19
MATERIAL Y MÉTODOS 21

DISEÑO DE ESTUDIO 21
UNIVERSO DE TRABAJO 21
POBLACIÓN BLANCO 21
UNIDAD DE ANÁLISIS 21
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN 21
TIPO DE MUESTREO 22
TAMAÑO DE MUESTRA 22
TECNICA DE MUESTREO 22
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA 22
CRITERIOS DE INCUSIÓN 22
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 23
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN 23
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO 23
ANÁLISIS DE DATOS 24
ASPECTOS ÉTICOS 25
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 39
RESULTADOS 40
DISCUSIÓN… 48
CONCLUSIONES 53
SUGERENCIAS 54
BIBLIOGRAFIA 55
ANEXO 1 62
ANEXO 2 64
ANEXO 3 65
ANEXO 4 68
ANEXO 5 70
ANEXO 6 71
ANEXO 7 72

RESUMEN INTEGRADO

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

RELATIONSHIP BETWEEN WOMEN'S KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING THE PREVENTION OF HPV INFECTION

NIETO LÓPEZ ALEJANDRA CORONA LARA JUDITH MAGDALENA** BENAL BERNAL MITZI ITZEL****

Introducción: El virus del papiloma humano (VPH) constituye la infección de transmisión sexual más frecuente entre adultos jóvenes y es responsable del 70% de los casos de cáncer cervicouterino. En México, esta enfermedad representa el segundo tipo de cáncer más prevalente en personas de 30 a 59 años. Las principales barreras para reducir su incidencia incluyen la falta de información en la población, los tabúes y los factores culturales. **Objetivo:** establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano. **Materiales y métodos:** estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico en 127 mujeres de 20 a 34 años de edad, derechohabientes de la Unidad Medico Familiar Número 94 del IMSS, que acepten participar voluntariamente, muestreo por conveniencia calculado con EPI info CDC, a quienes se entrevistarán datos generales de las pacientes, y se aplicará los cuestionarios “Grado de conocimientos acerca de la infección del virus del papiloma humano” que consta de 16 ITEMS y “ Actitudes preventiva sobre el virus del papiloma humano” que consta de 12 ITEMS. Los resultados se analizarán con estadística descriptiva y prueba de Kruskal – Wallis para el análisis de la hipótesis del estudio mediante SPSS versión 25 y serán reportados en tablas y gráficos. **Recursos e infraestructura:** en instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar Número 94. Se utilizarán hojas de papel y lapiceros. **Resultados:** se obtuvo una media de edad (25±4.13), inicio de vida sexual (17.25±3.83), número de parejas sexuales (3±2.19); el 36% (n=89) uso preservativo, el 65.4% nunca se realizó una citología vaginal, 60.6% lo justificó como falta de tiempo; en el grado de conocimiento predominó el bajo (46.5%) y en actitud predomino la negativa (44.9%); relación escolaridad y grado de conocimiento (p=.009). Existió mejor actitud ante la prevención del VPH en aquellas con mayor grado de conocimiento (p=<0.05), correlación entre actitud y conocimiento obtuvo un coeficiente de Spearman de 0.532 (p=<0.05); actitud negativa o neutra con un nivel de conocimiento bajo (OR de 26.6, p=<0.05). **Conclusión:** Si existe relación entre los conocimientos y las actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano.

Periodo: 2022-2023. **Palabras claves:** virus del papiloma humano, cáncer cervicouterino, conocimiento, actitudes

*Instructora de Práctica Clínica de la Especialidad de Medicina Familiar U.M.F. No. 94, IMSS
** Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, U.M.F. No. 94, IMSS
***Médico Residente del Primer Año del curso de Especialización en Medicina Familiar, U.M.F. No. 94, IMSS

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de cáncer cervicouterino (CaCu) depende de la presencia de su principal factor de riesgo, el virus del papiloma humano (VPH), en especial los oncogenes VPH 16 y 18. Esta infección es generalmente asintomática y transitoria, afectando tanto a mujeres como a hombres. La manifestación clínica más característica son los condilomas acuminados, causados por los serotipos de VPH 6 y 11 [(1)].

La infección por el VPH tiene una prevalencia significativamente mayor durante los primeros 10 años posteriores al inicio de la actividad sexual, marcando este momento como crucial para su desarrollo. A nivel mundial, el cáncer cervicouterino, es el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia, principalmente en países de bajos recursos como África. En México es la segunda causa de muerte en las edades de 20-59 años de edad, con una tasa de mortalidad de 70 defunciones por cada 100 mil habitantes. La prevalencia del VPH de bajo riesgo es del 0.15%-0.18%, del VPH de alto riesgo es de 37.7% relacionado con la aparición de lesiones de alto grado y el 63% para Cáncer Cervicouterino [(1)].

El comportamiento sexual de alto riesgo es un factor determinante en la progresión de enfermedades hacia estados malignos. Esto incluye la edad de inicio de relaciones sexuales vaginales y orales, el número de parejas sexuales, así como factores como más de dos partos por vía vaginal y antecedentes de infecciones de transmisión sexual como vaginosis bacteriana, VIH y Chlamydia trachomatis. Estos riesgos varían según el nivel socioeconómico, la edad, la raza (con los hombres de raza negra teniendo una mayor probabilidad de múltiples parejas sexuales) y el nivel educativo [(2)].

El cáncer cervicouterino es una enfermedad multifactorial que progresa lentamente, manifestándose gradualmente en lesiones de bajo o alto grado. Su diagnóstico es catastrófico para quienes lo padecen, generando un impacto considerable tanto económico como social en las instituciones [(3)].

Un diagnóstico oportuno puede prevenir un 40% de los casos del cáncer cervicouterino, principalmente en mujeres no vacunadas contra VPH. El retraso en el diagnostico podría verse condicionado por las barreras de accesibilidad a la atención médica, los aspectos sociales y culturales de cada región [(3)].

La OMS promueve el tamizaje para la detección de cambios precancerígenos recomendando el Papanicolaou, la prueba de VPH y la aplicación de ácido acético (IVAA) con la finalidad de detectar las etapas tempranas de esta patología en la mayor proporción de la población en riesgo; desarrollando estrategias para mejorar las acciones de la consejería entre el personal de la salud y las mujeres, permitiendo que obtengan un conocimiento sobre el VPH, la prevención de cáncer cervicouterino,

temas sobre la sexualidad y disminuir el impacto psicosocial que se tiene sobre las pruebas de detección y sus resultados [4].

Es esencial educar y fortalecer las acciones dirigidas a la población para la prevención inicial del cáncer cervicouterino (CaCu), enfatizando la conexión crucial entre la infección por VPH y el desarrollo de esta enfermedad. Esta concienciación puede prevenir el cáncer y fomentar la realización de pruebas de detección temprana. Esta medida no solo reduce la mortalidad y la prevalencia de la infección por VPH, sino que también beneficia a los grupos vulnerables al aumentar las visitas a servicios de atención preventiva. Promover una actitud educativa positiva contribuye al desarrollo personal y facilita cambios hacia decisiones más saludables [4].

ANTECEDENTES

Infección del Virus del Papiloma Humano

Datos Epidemiológicos

Mundialmente el cáncer cervicouterino es la décima neoplasia más frecuente en la población estimando 569, 847 casos nuevos anualmente. El cáncer cervicouterino figura como el cuarto tipo de cáncer más diagnosticado y es también la cuarta causa de muerte entre las mujeres afectadas por esta enfermedad. En el año 2020, se estimaron aproximadamente 342,000 muertes relacionadas en todo el mundo, con una incidencia más alta de mortalidad en países de bajo desarrollo como África, Bolivia, Guyana, Paraguay, Jamaica, Belice, Surinam, Venezuela, Perú, Nicaragua y Guatemala [5].

En América Latina, el CaCu se posiciona como la segunda neoplasia más común, con una estimación de 72,000 nuevos casos anuales. La incidencia de esta enfermedad es de 24.3 casos por cada 100,000 mujeres, con una tasa de mortalidad de 11.9 defunciones por cada 100,000 mujeres. En México, existen 25 millones de mujeres están infectadas por VPH, siendo el CaCu la segunda causa de defunciones en mujeres de 20 a 59 años, posterior al cáncer de ovario. En el año 2019, la tasa de mortalidad alcanzó 70 defunciones por cada 100,000 habitantes. Las entidades federativas con las tasas más altas de mortalidad por cáncer, predominantemente de mama, seguido de cervicouterino y ovario (73.48% a 97.10%), son Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Veracruz, Nuevo León, Sinaloa y Nayarit. Por otro lado, las entidades con las tasas más bajas (50.93% a 62.44%) son Quintana Roo, Guerrero, Tlaxcala, Estado de México, Guanajuato, Chiapas, Tabasco, Aguascalientes y Puebla [5].

Virus del papiloma humano

El nombre de este virus proviene del latín “papilla” que significa pústula y del sufijo griego “oma”. Pertenece a la familia Papillomaviridae y es un virus de ADN de doble cadena. Está asociado con histonas que forman un complejo similar a la cromatina y carece de envoltura, lo que lo hace menos antigénico. Su cápside es icosahédrica, compuesta por 72 capsómeros, con un diámetro de 55 nanómetros. El ADN del virus del papiloma humano contiene 8 marcos de lectura abiertos (ORF, por sus siglas en inglés, Open Reading Frame), transcritos en una sola hebra de ADN. Estos ORF se dividen en tres secciones: la Región de Control Largo (LCR, Long Control Region), la Región Temprana E (early), y una Región Tardía L (late) [(6) (7)].

Genotipos

El VPH se clasifica en 5 géneros: 1) alfa (que incluye a la mayoría de los virus de alto riesgo), 2) beta, 3) gamma, 4) mu y 5) nu. Existen más de 200 tipos de VPH conocidos, 30 afectan únicamente el tracto genital femenino, donde 15 tienen características oncogénicas; de acuerdo a su potencial oncogénico se dividen en [(8)]:

- VPHar (alto riesgo): los tipos 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 y 68.
- VPHpar (probablemente alto riesgo): los tipos 26,53,70,73 y 82
- VPHbr (bajo riesgo): 6,11,40,42,43,44,54,61,62,67,81,83 y 89

Los tipos 1, 2, 3, 4 y 7 están asociados al desarrollo de VPH cutáneo que incluye verrugas comunes y vulgares. Los tipos 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20,47 y 49 están asociados al desarrollo de epidermoplastia Lewandowsky- Lutz verruciforme (dermatosis familiar). Los tipos 16 y 18 son los que ocasionan cerca del 70% de los casos de cáncer cervicouterino. En México, la prevalencia de estos tipos específicos varía según la región del país: en la región Este, los tipos más prevalentes son el 16, 58, 18 y 33; en la región Centro, se observan con mayor frecuencia los tipos 16, 18, 45 y 58; mientras que en la región Sur predominan los tipos 16, 18, 31 y 58 [(8) (9)].

Modo de transmisión

Infecta principalmente las células estratificadas del cérvix, pero para su supervivencia necesita infectar células basales con características de célula madre con la capacidad de proliferación, presentes en los epitelios de transición, como en la unión exo-endocervical y ano-rectal [(10)].

El ciclo de vida del VPH inicia en presencia de heridas y microabrasiones superficiales de la mucosa del huésped, o contacto físico piel a piel en una zona infectada, de manera sexual, por sangre, vía perinatal, por infección vertical (a través del canal de parto o posnatal), permitiendo la entrada del virus, generando una infección de la capa basal del epitelio del queratinocito, alterando las barreras epiteliales, lo cual propicia una infección en estado latente que se caracteriza por que el ADN permanece en el núcleo celular en forma episomal o circular libre, manteniendo al virus en la superficie

sin replicarse, generando que no existan cambios morfológicos detectables; o bien puede comenzar a replicarse activamente. [11]

El virus entra al núcleo celular del huésped e inicia su trascripción por la región de control (LCR); las oncoproteínas promueven la proliferación de la célula infectada y la protegen de la atenuación del crecimiento; E2 recluta a E1 para comenzar la replicación del genoma viral, generándose múltiples copias de este, y aumentan más su número por la etapa de amplificación que ocurre en las capas superiores del epitelio, generando que L1 y L2 encapsulen los genomas virales para generar virones, los cuales son liberados hacia el exterior. Esta amplificación activa la respuesta al daño del ADN, activando el desenrollado y la replicación del ADN. E6 y E7 comienzan a degradar p53, interrumpen la función de pRb, generando un bloqueo de su función, promoviendo la transición de fase G1 a S, reprimiendo la respuesta inmune innata (permisividad inmunológica), y la integración del genoma del VPH con el del huésped conduce a las expresiones excesivas de E6 y E7; puesto que tiene un ciclo de vida intraepitelial y no lítico, evita que se genere una señalización proinflamatoria que junto a los eventos de integración y alteración genética, generan ventajas para el crecimiento celular del virus, siendo un sello distintivo de la progresión del cáncer de cuello uterino [12].

La señalización de estrógenos promueve el potencial oncogénico de las líneas celulares del cuello uterino, pues se ha observado que la perdida de ER alfa aumenta la invasión, migración y progresión del cáncer. La finalización del ciclo viral requiere de la interacción continua entre el VPH y la activación de la respuesta al daño del ADN [12] [13].

El tiempo de incubación va desde semanas (en promedio 3) a meses (de 6-8 en promedio). La mayoría de las infecciones por VPH (cerca del 90%) son controladas por el sistema inmunitario en menos de 2 años. No obstante, las infecciones provocadas por tipos de VPH de alto riesgo oncogénico tienen el potencial de evolucionar hacia cáncer cervical, así como cáncer de vulva, vagina, pene y orofaringe [13].

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo destacan [14]:

a) Comenzar la actividad sexual a temprana edad, especialmente antes de los 18 años.
b) Tener múltiples parejas sexuales y haber tenido sexo con dos o más parejas sin protección.
c) Que exista una confección con el VIH, vaginosis bacteriana, herpes simple genital 2, Chlamydia Trachomatis y Trichomona.
d) La multiparidad, que puede generar inmunosupresión durante el estado de lesiones malignas, junto con los efectos hormonales de la progesterona, el déficit de folatos y los cambios vasculares, reducen la respuesta del sistema inmune contra el VPH.

e) Tener la primera gesta antes de los 18 años de edad.
f) Tabaquismo, por la nicotina y la cotinina que favorecen la acción del VPH sobre las células del cérvix, induciendo la aparición de las lesiones duplicando la aparición de malignidad.
g) El uso de anticonceptivos por más de 5 años.
h) Factores genéticos como la deficiencia de alfa 1 antitripsina,
i) Factores sociodemográficos como la falta de educación formal, condiciones socioeconómicas desfavorables y carencias nutricionales.

Cuadro clínico

La presentación clínica de la infección genital es variable, puede ir desde ser asintomática, transitoria (corta duración), silente, con resolución espontanea sin consecuencias en el primer año de contacto con el virus (70% de los casos) y en un alto porcentaje dentro de los dos primeros años de haber tenido contacto; la infección viral persistente (10% de los casos) presentara manifestaciones clínicas hasta la presentación de procesos malignos [(15)].

El papiloma escamoso es la manifestación oral más común por los serotipos VPH 6 y 11, localizado en el vientre lingual, paladar blando, paladar duro, y se presenta como una neoformación exofítica con superficie en forma de coliflor. Las verrugas cutáneas incluyen las plantares, palmares y las vulgares, estás ultimas se encuentra en niños principalmente, por la autoinoculación, caracterizadas por ser lesiones benignas, circunscritas, pequeñas y autolimitadas, con tendencia a desaparecer en un periodo de 2 años, generadas por los serotipos VPH 1,2,3 y 4 [(16)].

Los condilomas acuminados son lesiones elementales que se caracterizan por placas milimétricas de color blanco o blanquecino grisáceo, así como máculas o pápulas hiperpigmentadas que son friables al tacto, variando en tamaño y creciendo de forma radial para formar placas. Su extensión superficial depende de la humedad de la mucosa, la temperatura y la carga viral. Se distinguen cuatro tipos morfológicos: coliflor, papular lisa, queratósica y plana, siendo provocados por los tipos de VPH 2, 6 y 11. Estas lesiones afectan al 1% de la población sexualmente activa, siendo más comunes después de los 20 años de edad. Se localizan principalmente en la región anogenital, incluyendo áreas con mayor traumatismo durante la actividad sexual como el pubis, las ingles, el perineo y el área perianal, así como en la vagina, cérvix, uretra y cavidad oral en mujeres, y en el prepucio y zona balanoprepucial en hombres. Pueden causar síntomas como prurito, ardor, dolor o sangrado en la región vulvar [(16)].

La infección avanzada por el virus del papiloma humano (VPH) puede evolucionar hacia cáncer cervicouterino invasivo en mujeres en un periodo de 10 a 20 años, con mayor incidencia entre los 35 y 40 años de edad. También puede llevar al desarrollo de cáncer epidermoide anal, especialmente neoplasia intraepitelial anal en pacientes con VIH. Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado indican una infección activa por VPH, mientras que las de alto grado son altamente proliferativas y malignas, localizándose principalmente en el cuello del útero y el ano, y son completamente

asintomáticas. Estas lesiones son causadas principalmente por los tipos oncogénicos del VPH 16, 18, 31, 33 y 35. En personas con VIH, un bajo recuento de CD4 aumenta significativamente el riesgo de cáncer cervicouterino, contribuyendo al 5% de los casos reportados de este tipo de cáncer. Además, esto aumenta la probabilidad de recurrencia del cáncer después del tratamiento y, por ende, la mortalidad [17].

El cáncer cervicouterino se desarrolla principalmente en la entre la zona de transición del epitelio escamoso del exocérvix y del epitelio columnar del endocérvix, zonas con mayor afectación durante la adolescencia y la primera gesta, para ser infectada por el VPH. La prevalencia de infección por VPH de alto riesgo en la población generales de 4.1% para pacientes con citología normal, un 19.3% para pacientes con lesiones de alto grado y 63% para cáncer cervical. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) describe las etapas del cáncer cervicouterino [18]:

- Estadio I: tumoración limitada al cuello uterino
- Estadio II: tumoración que se extiende más allá del cuello uterino, en los 2/3 de lavagina, sin invadir la pared pélvica
- Estadio III: tumoración que se extiende por la pared pélvica lateral y al 1/3 inferior dela vagina
- Estadio IV: Células cancerígenas que se extiende más allá de la pelvis, alcanzando la mucosa de la vejiga y el recto

Detección

La citología cervical (Papanicolaou) es el estudio de detección primaria el cual permite la identificación de lesiones precancerosas del cuello uterino, contribuyendo a la disminución de las tasas de incidencia y mortalidad relacionadas con el cáncer cervicouterino. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad mayor del 90%, es de bajo costo, tiene una elevada accesibilidad y es de fácil realización. Consiste en evaluar las alteraciones presentes en las células infectadas por VPH, empleando una cito-espátula de Ayre, que extrae células de la parte superior del cérvix, las cuales son colocadas en un portaobjetos por medio de la técnica de extendido, fijando la muestra con alcohol etílico de 70%, para poder ser observadas bajo el microscopio. Existen 4 categorías de anomalías de las células escamosas, basado en el sistema Bethesda [18]:

1. Células escamosas atípicas (subcategorías): células escamosas atípicas que incluye la lesión escamosa intraepitelial, y la subcategoría de células escamosas atípicas que incluye la lesión intraepitelial escamosa de alto grado)
2. Lesión intraepitelial de escamosa de bajo grado y lesiones de células escamosas intraepiteliales de bajo grado
3. Lesión epitelial escamosa de alto grado
4. Carcinoma de células escamosas.

Se lleva a cabo como parte de un chequeo rutinario (cada 12 meses en mujeres con resultados negativos), y su resultado puede conducir a la realización de estudios más detallados para detectar posibles signos de malignidad. Esta prueba debe realizarse una vez que la mujer haya iniciado una vida sexual activa. Las recomendaciones de la Sociedad Estadounidense del cáncer para la detección temprana en adultos asintomáticos de riesgo refieren que [19]:

- Mujeres de 21-29 años de edad debe realizarse un papanicolau para la detección del cáncer del cuello uterino cada tres años
- Mujeres de 30-65 años deben realizarse una citología cervical cada 3 años y prueba de ADN del VPH cada cinco años
- Mujeres con más de 65 años de edad con más de 3 pruebas negativas de la consecutivas de la citología cervical o más de 2 pruebas de citología cervical y VPH negativas consecutivas en los últimos diez años, con la prueba más reciente realizada en los últimos cinco años, deben suspender la detección del CaCu
- Mujeres que se han sometido a histerectomía total deben suspender la detección de CaCu a menos que tengan antecedentes de CIN2 o un diagnóstico más grave (≥CIN2)
- Mujeres que se han sometido a una histerectomía subtotal (supracervical) deben someterse a exámenes de detección siguiendo las recomendaciones para mujeres de riesgo promedio que no se han sometido a una histerectomía
- Mujeres que tienen antecedentes de ≥CIN2 deben continuar siguiendo las recomendaciones de detección de rutina para mujeres de 30 a 65 años durante al menos 20 años.

Estas recomendaciones están destinadas a mujeres con riesgo promedio y no se aplican a mujeres con antecedentes de cáncer de cuello uterino; mujeres que estuvieron expuestas en el útero a dietilestilbestrol; mujeres inmunocomprometidas por trasplante de órganos, quimioterapia o tratamiento crónico con corticosteroides; o mujeres que son positivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) [19].

La aplicación de ácido acético al 5% (IVAA) es una prueba económica y fácil de realizar, recomendada por la OMS, donde se pueden observar áreas acetoblanquecinas con sospecha de infección de VPH, con posterior toma de biopsia de la zona afectada, usada como detección primaria para lesiones precancerosas tempranas y cáncer cervicouterino; o para la selección de tratamiento posterior a la realización de la citología cervical. Posee la desventaja de que es poco confiable el estudio en mujeres en la premenopausia y menopausia, debido a la retracción de la unión escamocolumnar. [20].

La colposcopia se utiliza para detectar neoplasia cervical intraepitelial y guiar los sitios de biopsia cervical ante la presencia de un reporte anormal por citología cervical; posee una precisión diagnostica del 30-70% debido principalmente a la habilidad y capacidad que muestre el colposcopista, dificultando la detección de lesiones cervicales premalignas y malignas relacionadas a la infección de VPH. Implica el uso

de una tinción química para poder obtener imágenes a través de una cámara especializada, de las células epiteliales cervicales con posible infección por VPH [21] [22].

La prueba de PCR es una técnica biomolecular que permite la amplificación de una secuencia de ADN. Utiliza diferentes cebadores que amplifican las secuencias altamente conservadas de las regiones L1, E1, E6 y E7del genoma viral del VPH, permitiendo la identificación específica del tipo de VPH principalmente 16 y 18. Es la prueba más sensible (98%) para identificar la presencia y el tipo de VPH de alto riesgo, lo que facilita más opciones de tratamiento. Sin embargo, no puede distinguir entre la eliminación completa del VPH y un estado de latencia. La detección del virus en pruebas moleculares puede indicar una nueva infección o la reactivación de un virus latente que no fue detectado anteriormente [23].

Tratamiento

Existen múltiples opciones de tratamiento [24]:

a) Tópicos:

- **Ácido tricloroacético (TCA):** Es un fármaco utilizado en una concentración de 80-90% para eliminar las verrugas genitales externas y localizadas en la mucosa, de pequeño tamaño, no voluminosas, y extensas, mediante la coagulación química de las proteínas generando un daño directo al ADN viral.
- **Podofilina:** Es un agente antimitótico utilizado en una concentración de 10-25% para destruir las verrugas mediante la producción de necrosis.
- **Podofilotoxina:** Es un fármaco citotóxico que inhibe la división celular eliminando las verrugas de la región anal, vulvar y pene.
- **Sinecatequinas (POLIFENON E):** son un extracto derivado de las hojas de té verde (Camellia sinensis) que interviene en diversas vías de señalización celular. Este compuesto inhibe el ciclo celular y promueve la apoptosis en las células infectadas por el virus del papiloma humano (VPH), bloqueando la transcripción viral. Además, posee propiedades antioxidantes, antivirales y potenciadoras del sistema inmunológico. Se utiliza específicamente para tratar condilomas en áreas como los genitales externos, perineales y perianales.

b) Métodos que destruyen el tejido dañado:

- **Crioterapia:** Es un método que usa nitrógeno líquido para destruir el tejido infectado por un proceso de necrosis a baja temperatura (-196^{0}C), posterior a su uso, se generan lesiones de tipo ampollar en la zona tratada que regeneran el tejido en 1-2 semanas. Es un tratamiento eficaz, barato, sencillo, con posibilidad de usarse en embarazadas, y genera la remisión de lesiones en un 44-75%, pero con tasas de recurrencia de entre 21-42%.
- **Electrocoagulación diatérmica:** Este procedimiento utiliza calor generado por corriente eléctrica para destruir tejido anormal. Se realiza bajo anestesia local, preferiblemente con un bisturí de punta fina de diatermia. La tasa de eficacia oscila entre el 94% y el 100%, aunque con un nivel de recurrencia del 22% a los 3 meses

después del tratamiento.

- **Vaporización láser de CO2:** Este procedimiento se fundamenta en la absorción de energía por parte del agua en los tejidos mediante un haz de láser, lo que provoca la vaporización del tejido por ebullición. Se lleva a cabo bajo control colposcópico en el quirófano o centros de cirugía ambulatoria, con la necesidad de anestesia regional o sedación. En una sola sesión, es posible eliminar completamente las verrugas, aunque se observa una tasa de recurrencia del 12.6% después de un mes.

c) Antivirales e inmunoreguladores:

- **Interferón alfa**: Es una proteína con actividad antiviral, antiproliferativa e inmunomoduladora que es aplicado en zonas lesiones por infección por el virus del papiloma humano, mediante la inducción de una cascada de eventos mediados por un sistema de señales intracelulares que las que intervienen las vías de jak y Stat.
- **Imiquimod**: Es un medicamento que modifica la respuesta inmune aumentando la producción de interleucinas (IL-1,6,8), el factor de necrosis tumoral y citoquinas; se usa principalmente en verrugas genitales, con una tasa de remisión del 40-70% y una recidiva de 13-19%.
- **Cidofovir**: Es un análogo de nucleótido de monofosfato de desoxicitidina que funciona al inducir la apoptosis en las células infectadas por el virus del papiloma humano (VPH).

El tratamiento debe ser personalizado según las características de las lesiones, su ubicación, la presencia de otras enfermedades, el costo y los tratamientos previamente realizados. Durante el seguimiento, se deben programar visitas de control cada cuatro semanas durante el tratamiento de erradicación. Después de lograr la remisión completa, se recomienda seguir con visitas a los tres, seis y doce meses. Una vez confirmada la ausencia de lesiones, se realizarán pruebas de cribado para prevenir la reaparición del cáncer en el área tratada. Es importante tener en cuenta que existe la posibilidad de que aparezcan nuevas lesiones entre tres y seis meses después del tratamiento inicial [25].

Prevención

Dada la estrecha relación entre la infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino, la prevención de la infección por VPH adquiere una importancia fundamental para prevenir la evolución hacia esta enfermedad. Entre los métodos preventivos para estas patologías, se destacan:

Vacunación: La vacunación se posiciona como la principal alternativa para prevenir el desarrollo del cáncer cervicouterino, siendo reconocida como la estrategia más efectiva a largo plazo para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas. Las vacunas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) incluyen [26]:

a) La vacuna Cervarix (bivalente) protege contra el VPH 16 y 18, previniendo lesiones premalignas en áreas ano-genitales como el cérvix, vulva, vagina y

ano, así como el cáncer cervical y anal. Demuestra una eficacia profiláctica del 94.9% para lesiones neoplásicas intraepiteliales grado 2 y del 91.7% para lesiones intraepiteliales grado 3.

b) La vacuna Gardasil (tetravalente) protege contra los VPH 6, 11, 16 y 18, proporcionando una cobertura preventiva similar a la vacuna bivalente y también protegiendo contra lesiones genitales externas. Ofrece una eficacia profiláctica del 97-100% y, con la administración de tres dosis, se estima que la inmunidad puede durar aproximadamente 14 años después de la vacunación.

c) La vacuna Gardasil 9 (nonavalente) protege contra los VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, proporcionando una cobertura similar a la vacuna tetravalente y además ofreciendo protección contra condilomas acuminados. Protege contra el 90% de los tipos de VPH asociados al cáncer cervicouterino, incluyendo un 95% contra el adenocarcinoma in situ y un 75-85% contra neoplasias cervicales intraepiteliales de alto grado. Además, proporciona un 90% de protección contra verrugas genitales, entre otros beneficios. Su principal ventaja radica en inducir una respuesta inmune específica contra los 5 tipos de virus adicionales que posee, con una eficacia del 96-100%.

La FDA recomienda la vacunación en hombres de 16 a 26 años y en niñas de 9 a 13 años de edad, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere administrar dos dosis con un intervalo de al menos 6 meses entre cada una. Su composición está basada en partículas similares al virus VPH preparadas a partir de la proteína L1, mediante la técnica de ADN recombinante, fabricada en levaduras (*Saccharomyces cerevisiae*) o baculovirus de células de insectos infectados, donde se puede generar una estructura muy similar al VPH, generando que al momento de su aplicación en el individuo se pueda estimular el sistema inmune para generar una respuesta inmune humoral [26].

Uso de preservativo: Se considera la práctica de riesgo de mayor importancia, pues el uso de este método de barrera es deficiente desde el inicio de la vida sexual, hasta poseer múltiples parejas sexuales, aumentando el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, principalmente en grupos de riesgo como los adolescentes. El preservativo masculino es el más utilizado pues es de fácil acceso ya que se distribuye gratuitamente en la mayoría de las instituciones de salud, el preservativo de mujer es más difícil acceso pues no se encuentra en forma gratuita, implica un monto monetario adquirirlo. Principalmente es más usado por heterosexuales, con un menor uso en homosexuales, sexoservidoras, y otros grupos de riesgo. Es posible modificar este factor de riesgo con una adecuada educación sexual a la población, ya que su uso disminuye de un 60-70% la exposición a la infección [27].

Dentro de las instituciones, es crucial desarrollar programas preventivos para reducir el riesgo de contagio, reconociendo los factores de riesgo sociales y reproductivos. La OMS ha implementado un plan integral para prevenir y controlar el CaCu con el objetivo de eliminar esta enfermedad, reduciendo su incidencia global a menos de

cuatro casos por cada cien mil mujeres. Este enfoque estratégico se basa en tres intervenciones fundamentales: 1) vacunar al noventa por ciento de todas las niñas antes de los 15 años, 2) realizar exámenes dos veces al setenta por ciento de las mujeres de entre 35 y 45 años, y 3) tratar al menos al noventa por ciento de las lesiones precancerosas detectadas durante la detección. Se prevé que esta estrategia comience a reducir la mortalidad en los próximos diez años, alcanzando tasas de reducción aún mayores para los años 2070 y 2120, especialmente en países con bajos índices de desarrollo [(28)(29)].

Este plan de acción establece las siguientes cuatro líneas estratégicas de acción [(29)]:

- Mejorar la gestión y la estructura de los programas contra el cáncer cervicouterino, así como los sistemas de información y registros del cáncer.
- Fortalecer la prevención primaria a través de la educación, la información y la vacunación contra el VPH.
- Innovar en el tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cáncer cervicouterino.
- Ampliar el acceso a servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para el cáncer cervicouterino.

Para el desarrollo de los siguientes temas a tratar, pesé a la realización de la búsqueda exhaustiva de información, no se logra obtener fuentes oficiales que hablen acerca de estos temas, sin embargo, si se logra encontrar fuentes como blogs, sitios no oficiales, entre otros, que nos brindan información de estos.

Conocimiento

El conocimiento es definido por el diccionario de la lengua española como “la acción y el efecto de conocer”, comprendiendo el conjunto de habilidades, destrezas y de los procesos mentales implicados en el proceso de aprendizaje para la obtención de una información de determinado tema; favorecido por la experiencia, la cultura y el entorno social de la persona.

El conocimiento se refiere a los hechos o información que una persona adquiere y comprende a través de la experiencia, la educación, la reflexión teórica o la experimentación. Este conocimiento facilita la organización de procesos y la toma de decisiones individuales.

Los tipos de conocimientos son:

1. **Empírico:** Conocimiento adquirido a través de la experiencia sensorial que nos permite entender la realidad, observar nuestro entorno y basarnos en experiencias personales, sin la necesidad de un método formal de investigación.
2. **Científico:** Conocimiento obtenido mediante investigaciones que requieren un método, análisis, verificación y validación para determinar la veracidad de una situación.
3. **Filosófico:** Se centra en la búsqueda de las razones detrás de los hechos o

eventos, derivado de una meditación metódica para explorar, descubrir y explicar.

4. **Teológico:** Fundamentado en dogmas o creencias aceptadas, relacionándose con la divinidad y la percepción del individuo en relación con su entorno.
5. **Emocional o autoconocimiento:** La capacidad de conocer nuestros propios sentimientos para comprender cómo reaccionamos y cómo nos afectan los diferentes acontecimientos de la vida.
6. **Matemático**: Relacionado con la relación entre los números y su aplicación para representar de manera exacta la realidad.
7. **Intuitivo**: Se refiere a la capacidad de presentar ideas de manera rápida y clarificadora que ayudan al individuo a resolver dudas o entender situaciones de manera instintiva

La sexualidad y la salud reproductiva son componentes fundamentales de los derechos humanos, estrechamente vinculados con el derecho a la salud. Es crucial tener acceso a instituciones que proporcionen información relevante sobre cómo ejercer estos derechos para promover nuestra salud sin riesgos a largo plazo, asegurando el bienestar físico, mental y social. Sin embargo, la desinformación, la falta de acceso a métodos anticonceptivos, las barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva, el bajo nivel educativo y la falta de corresponsabilidad masculina en la sexualidad pueden vulnerar los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Esto puede llevar a consecuencias graves como embarazos no deseados, transmisión de enfermedades de transmisión sexual, y limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto legal y seguro [(30)].

En México, según un estudio de 2018, el 14.8% de las mujeres sexualmente activas entre 15 y 49 años no emplean métodos anticonceptivos. Esta situación se atribuye principalmente a razones culturales, como el temor a los efectos secundarios y la oposición de la pareja. Además, un 15.4% indicó que no utilizan métodos anticonceptivos debido a la falta de conocimiento sobre su uso y dónde adquirirlos [(30)].

El riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) suele ser subestimado por la población, y el conocimiento de estas enfermedades no siempre se traduce en prácticas preventivas. Esto ha llevado a diversos países a implementar estrategias preventivas impulsadas por organizaciones y gobiernos, con el objetivo de intervenir y modificar comportamientos, actitudes y barreras estructurales que contribuyen al aumento de las ETS. Estas estrategias enfatizan la difusión de la teoría científica para desarrollar modelos teóricos que promuevan cambios en los comportamientos de riesgo de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que las políticas de prevención carecen de un enfoque sistemático y específico, lo cual dificulta la atención adecuada a grupos poblacionales particulares y puede obstaculizar los esfuerzos de prevención. Esta situación también fomenta la propagación de percepciones basadas en el miedo y el estigma en torno a la educación sexual, debido a la falta generalizada de conocimiento sobre el tema [(31)].

Actitud

La actitud es definida por el diccionario de la lengua española como “la disposición de ánimo manifiesta de algún modo”, es decir, el comportamiento o la manera de actuar de un individuo al realizar alguna actividad, basado en sus creencias y valores, en función de buscar una aceptación en algún grupo social.

Tiene 4 funciones:

1) Función utilitaria (aproximación de las metas del individuo)
2) Conocimiento (permite procesar y percibir información disponible de su entorno)
3) Expresión de valores (el actuar relacionado a las propias creencias)
4) La defensa del yo se centra en preservar la autoestima y justificar las acciones personales. Se define por la cognición, que es el conocimiento sobre un objeto o situación, la afectividad que involucra atracción o rechazo, y la normatividad que guía el comportamiento frente a diversas situaciones.

Presenta 3 componentes:

1) Componente Cognitivo: Este aspecto se construye a partir de la información, la cultura, los conocimientos y los valores que se alinean con el criterio personal del individuo. Está estrechamente ligado a sus creencias y pensamientos, los cuales ejercen influencia en el desarrollo del comportamiento de la persona.
2) Componente Afectivo: En él se avala o se rechaza las creencias, basándose en la formación del comportamiento del individuo a través de los sentimientos y la expresión de sus emociones
3) Comportamiento Conductual: es la expresión de una acción a favor o en contra, dado por la interacción de un objeto y/o sujeto, que genera una influencia en el pensamiento del individuo, propiciando el desarrollo de su comportamiento.

Los tipos de actitudes según su valencia afectiva son:

I) **Actitud positiva**: Tendencia basada en la ideología, valor y creencia del individuo, considerada como cierta que influye en la interpretación optimista de alguna situación o exposición de alguna cuestión, incitándolo a realizar alguna acción o búsqueda para algún fin.

II) **Actitud negativa:** Tendencia basada en las ideologías, valores y creencias pesimistas que generan una sensación de desagrado o perjudicial en el individuo, que influyen en el estado de ánimo impidiendo que se logre alguna meta u objetivo; y III) Actitud neutra: predisposición que se considera con un balance equilibrado entre el juicio y el pensamiento del individuo, implicando que sea imparcial en alguna situación o acción.

Poseer una actitud positiva al hablar del VPH, conocer sus factores de riesgo, su relación con el cáncer cervicouterino orientado hacia su detección y prevención favorece que las intervenciones que se ofrecen mejoren, de tal grado que la comprensión y la normalización de la enfermedad no se vuelva una barrera en la sociedad, que impida su constante prevención y el adecuado seguimiento de la

evolución de la enfermedad.

La realización de las pruebas de detección puede generar un impacto psicosocial negativo en las mujeres, reflejándose en la actitud de las pacientes al realizarse los triage, al recibir los resultados, al generar sensación de muerte o negación con la presencia de algún resultado positivo, lo que podría resultar en el abandono del proceso de seguimiento y tratamiento [32].

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Martínez Luz y Cuesta Ubaldo, en España 2018, en su estudio “Conocimientos y actitudes hacia el virus del papiloma humano en una población de universitarios españoles”, se encargaron de diseñar un cuestionario compuesto por 15 preguntas, de las cuales 9 evaluaban el conocimiento acerca del VPH y las restantes 6 indagaban sobre la actitud de los participantes hacia la realización de revisiones médicas y el tema del VPH, incluyendo la experiencia de padecerlo. Entre los resultados se encontró que el 57% sabían que es una enfermedad de transmisión sexual, el 63% sabían cómo se contagiaba y el 71% sabia como prevenirlo, el 23% sabían que la citología es un medio para detectar el VPH, el 15% que presentaba síntomas visibles, y el 21% que se relacionaba con cáncer. El 20% declaro embarazoso hablar sobre el VPH con sus familias y 2% hablarlo con un Médico, el17% valoro como importante hacerse revisiones periódicas para el VPH, 24% reconoce estar vacunado, el 43% declaro embarazoso que otros sepan que tienen VPH. La investigación reveló un notable desconocimiento entre los jóvenes encuestados acerca de la vacunación contra el VPH, señalando una falta de información proporcionada en los centros de vacunación y una deficiencia en la comunicación sobre educación sexual tanto entre padres como jóvenes. Aunque mostraron una actitud positiva hacia la vacunación, en general demostraron tener poco conocimiento sobre el VPH. Sin embargo, son más conscientes de cómo prevenirlo, aunque tienen una percepción baja sobre la importancia de las revisiones periódicas y la forma de detectarlo [33].

Pelliccioni Patricia, Minin Federico, Guerrero Claudia, y colaboradores en España 2020, en su estudio titulado "Información y actitudes sobre el Virus del Papiloma Humano en jóvenes estudiantes universitarios" evaluaron a 106 alumnos mediante un cuestionario de 12 preguntas para analizar su conocimiento sobre el VPH y sus actitudes preventivas. Según los resultados, el 40% de los encuestados tenía un buen nivel de información sobre el VPH. Además, el 42% admitió no usar siempre preservativo, y el 72% nunca se había realizado pruebas de enfermedades de transmisión sexual. Un 52% mostró una alta actitud preventiva y un excelente conocimiento sobre el VPH. En general, los participantes demostraron un buen entendimiento y actitudes positivas hacia la prevención del VPH, aunque revelaron áreas de mejora en el ejercicio responsable de la sexualidad [34].

Lema Laura, Mesa Isabel, Ramírez Andrés y Jaya Lilia, en Venezuela 2021, en su estudio “Conocimientos sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de básica superior y bachillerato”. Determinaron en 260 estudiantes de nivel básico superior y bachillerato mediante un cuestionario con 10 ítems realizando un pretest y postest con

una intervención educativa y retroalimentación, donde concluyeron que existen pocos conocimientos con respecto al VPH en relación a la transmisión del virus, la prevención y las consecuencias al contraer la infección; haciendo una intervención a través de una charla educativa para lograr un incremento en los conocimientos sobre el VPH para mejorar la calidad de vida [35].

En México, en 2021, Pérez Yanet, Nava Vianet y colaboradores llevaron a cabo un estudio titulado 'Relación de los conocimientos sobre el virus del papiloma humano con el uso del condón en universitarios indígenas'. se centró en 459 estudiantes universitarios, quienes participaron en una encuesta de 38 ítems diseñada para evaluar su conocimiento sobre el VPH. Adicionalmente, se aplicó una subescala de 9 ítems para medir las barreras percibidas hacia el uso del condón con parejas afectivas heterosexuales. Los resultados revelaron que los participantes identificaron correctamente al agente causal del VPH. Sin embargo, las mujeres mostraron un nivel de conocimientos sobre el VPH más alto en comparación con los hombres. Se observaron diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a las dimensiones de factores de riesgo, signos y síntomas, prevención, diagnóstico y tratamiento del VPH. En relación con las barreras percibidas para el uso del condón, los hombres reportaron enfrentar mayores obstáculos en comparación con las mujeres [36].

Flores Alejandra, Rodríguez Manuel y colaboradores, en Ciudad Juárez 2022, en su estudio “Conocimientos y riesgos sobre VPH y su relación con el cáncer cervicouterino en mujeres entre 20-59 años de edad”, a través de una revisión de 64 artículos sobre VPH para identificar el grado de conocimiento que existe sobre VPH, identificándose factores críticos, la relación con el cáncer cervicouterino y se elaboró una síntesis de calidad del tema. Se observó un notable desconocimiento entre las mujeres sobre el virus del papiloma humano (VPH), específicamente en lo que respecta a su adquisición, desarrollo, prevención y consecuencias. La elevada frecuencia de este virus se asocia estrechamente con el inicio precoz de la actividad sexual, la multiparidad, el consumo de anticonceptivos orales, el tabaquismo, los embarazos múltiples y la falta de utilización de métodos de protección durante las relaciones sexuales. La falta de información adecuada sobre el VPH contribuye a la propagación continua de la infección, especialmente entre los adolescentes, quienes suelen tener menos acceso a seguimiento médico e información educativa [37].

JUSTIFICACIÓN

La infección de transmisión sexual más frecuente en jóvenes es la provocada por el virus del papiloma humano (VPH) precursora del 70% de los casos de CaCu. Los factores de riesgo asociados con la adquisición del VPH incluyen diversos aspectos como el entorno educativo y socioeconómico, el inicio precoz de la actividad sexual, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual como el VIH y la clamidia, el consumo de drogas, el tabaquismo y el número de parejas sexuales, entre otros. El desarrollo del cáncer cervicouterino a partir de una infección por VPH puede

manifestarse después de 10 a 20 años, con una mayor incidencia observada entre los 35 y 40 años de edad. Por ello, la prevención y la detección precoz de la infección por VPH pueden tener un impacto crucial en la salud de la población en riesgo [38] [39].

El cáncer cervicouterino corresponde al cuarto lugar de los tumores que afectan a las mujeres mundialmente, presenta una incidencia aproximadamente de 604 000 casos nuevos en el 2020 y su tasa de mortalidad tuvo el 90% de los casos, principalmente en los países con un desarrollo medio y bajo tales como África oriental, Asia occidental, Melanesia y el Sur de América, con una incidencia que va de 42.7 a 4.4 por cada 100,000 mujeres, en África y Asia respectivamente [40].

En América Latina, el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre las neoplasias más frecuentes, con aproximadamente 72,000 nuevos casos cada año. La incidencia de esta enfermedad se sitúa en 24.3 casos por cada 100,000 mujeres, con una tasa de mortalidad de 11.9 defunciones por cada 100,000 mujeres. Es importante destacar que en las últimas décadas se ha observado una disminución en estas tasas, atribuible a mejoras en la higiene genital, la reducción de la paridad y la disminución de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual. Estos avances han sido impulsados por los programas de detección y prevención del cáncer cervicouterino [41] [42].

En México, el cáncer cervicouterino se sitúa como el segundo cáncer más frecuente entre mujeres de 30 a 59 años, con una incidencia destacada en el grupo de 50 a 59 años. Las entidades con mayor registro de defunciones por esta enfermedad son la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Veracruz, Nuevo León, Sinaloa y Nayarit. La prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres con citología cervical normal varía ampliamente, estimándose entre un 9.1% y un 40.9%. Sin embargo, para lesiones de alto grado, esta cifra puede alcanzar hasta el 63%, aumentando significativamente el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, el cual , es prevenible a partir de los programas que existen de control y detección como el de vacunación de VPH el uso de preservativo, y la realización de (Papanicolaou) periódicamente, además de la colposcopia, la realización de PCR y los programas detección de alta calidad (ADN y de ARNm), así como la realización de programas educativos desde la adolescencia, con el fin de orientar y disminuir los factores de riesgo y el número de contagios por VPH y conseguir las metas “90-70-90” que la OMS ha establecido [43][44].

La delegación Norte de la Ciudad de México del IMSS para el 2020 realizó la detección de 42,904 casos de cáncer cervicouterino bajo el modelo de atención que basado en la detección por citología y prueba de VPH. Las pacientes con resultado positivo a la prueba de VPH y con citología anormal son candidatas a una evaluación colposcópica, ofreciendo el tratamiento a las mujeres afectadas en la clínica de colposcopia para lesiones precursoras y/o en el centro oncológico para cáncer [45] [46].

Las principales barreras para que no disminuya la incidencia de estas patologías involucran desinformación de la población, tabúes que aún existen sobre el uso del

condón, la estigmatización de la enfermedad por parte de los jóvenes, la carencia de información de los jóvenes para conocer la prevención, transmisión y presentación clínica del VPH y sus riegos de padecerlo, la falta de concientización de la población de riesgo, la falta de realización de la citología cervical, o la realización de este procedimiento de manera inadecuada por el personal de salud, entre otros[46].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por VPH en las mujeres de nuestro país y las altas probabilidades ya descritas previamente de complicaciones más frecuentes son considerados problemas de primordial importancia en nuestro país.

Las mujeres que muestran una actitud negativa y tienen un bajo conocimiento sobre la infección del virus del papiloma humano, su forma de transmisión, su manera de prevención y sus posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo suelen generar un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia de esta patología. Se sabe que dicho suceso se asocia al desarrollo de cáncer cervicouterino aumentando la morbilidad y mortalidad asociadas a este. Esto puede ser atribuible a que en gran parte de los casos suele haber desconocimiento y actitudes desfavorables por parte de las pacientes ante la realización de estudios necesarios de tamizaje como lo es la citología cervical además de pasar por alto la mayoría de los factores de riesgo asociados, implicando que no solo sea común el desarrollo de enfermedades derivadas de esta infección si no que se llegue a los extremos de no identificar la importancia de los recursos que se tienen en pro de combatir la prevalencia e incidencia de estas patologías.

Debido a esta situación es de vital importancia describir en nuestra población derechohabiente el grado de conocimiento y el tipo de actitud hacia esta enfermedad para poder incidir de manera positiva en la disminución de la incidencia y prevalencia, así como en las complicaciones. Con esta información se podrá intervenir oportunamente en los participantes, así como identificar necesidades educativas con el fin de mejorar la salud de nuestra población y disminuir en los costos elevados que representan para las instituciones de salud el manejo de la infección por virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino; sin dejar de mencionar la mejora en la calidad de vida para el núcleo familiar previniendo esta patología.

PREGUNTA

¿Existe relación entre los conocimientos y las actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano?

OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres.

- Describir el grado de conocimientos sobre el virus del papiloma humano en mujeres.
- Describir la actitud de las mujeres sobre el virus del papiloma humano.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H1)
Existe relación entre el grado de conocimientos y las actitudes en mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano

HIPÓTESIS NULA (H0)
No existe relación entre el grado de conocimientos y las actitudes en mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables de estudio

- **Conocimientos sobre el VPH:** su definición es, el grado de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje es este caso del virus del papiloma humano; para fines de ese estudio será el grado de información respecto al virus del papiloma humano referida por las participantes, su indicador serán los 16 ítems del cuestionario "Grado de conocimientos acerca de la infección del virus del papiloma humano" que consta de 4 dimensiones, siendo una variable cualitativa policotomica, con una escala de medición tipo ordinal, categorizada por medio de la escala de estatones en alto (12 a 16 puntos), medio (7 a 11 puntos) y bajo (0 a 6 puntos).
- **Actitudes sobre el VPH:** su definición es la manera de comportarse y pensar frente a la información acerca del tema de virus del papiloma humano y de las acciones o medidas preventivas, para fines de este estudio será la misma, su indicador serán los 12 ítems del cuestionario "Actitudes preventivas sobre el virus del papiloma humano", siendo una variable de tipo cualitativa policotomica, con una escala de medición ordinal, categorizada en: positiva (46 a 60 puntos), neutra (29 a 45 puntos) y negativa (12 a 28 puntos).

Variables descriptoras

- **Edad:** se define como el periodo comprendido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años, para fines de este estudio será la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿cuántos años cumplidos tienes?, siendo una variable de tipo cuantitativa discreta, con una escala de medición de razón y se categorizará por el número de años que la participante responda.
- **Escolaridad:** se define como el periodo de asistencia a un centro escolar, para fines de este estudio será la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿Cuál es tu ultimo grado de estudios aprobado?, siendo

una variable de tipo cualitativa policotomica, con una escala de medición ordinal y se categorizara en primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado.

- **Estado civil:** La situación jurídica de una persona en la familia y en la sociedad se define por un conjunto específico de derechos y obligaciones derivados de sus vínculos familiares, para fines de este estudio será la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿Cuál es tu estado civil actual?, es una variable de tipo cualitativa policotomica, con una escala de medición nominal y se categorizara en soltera, casada, viuda, unión libre, divorciada.
- **Ocupación:** se define como las actividades a las que una persona se dedica en tiempo parcial o completo**,** pudiendo recibir o no remuneración económica, para fines del estudio será la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿Cuál es tu ocupación actual?, es una variable de tipo cualitativa policotomica, con una escala de medición nominal y se categorizara en estudio, trabajo o ambas.
- **Inicio de vida sexual activa**: Se define como la edad en años en la que se tienen relaciones sexuales por primera vez con otra persona, para fines de este estudio será la misma, su indicador será la respuesta de la paciente a la pregunta ¿a qué edad iniciaste tu vida sexual activa (relaciones sexuales) ?, es un tipo de variable cuantitativa discreta, con una escala de medición de razón, y se categorizara por el número de años que corresponda a la edad y a la situación de la participante.
- **Número de parejas sexuales**: se define como la expresión de la cantidad de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales, para fines del estudio se usará la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?, es una variable de tipo cuantitativa discreta, con una escala de medición de razón y se categorizara por el numero en entero que responda la participante.
- **Método anticonceptivo:** se define como los métodos hormonales y no hormonales que son empleados para evitar un embarazo durante la vida de la participante, para fines del estudio se usara la misma, su indicador es la respuesta de la paciente a la pregunta ¿Qué método anticonceptivo has usado?, es una variable de tipo cualitativa policotomica, con una escala de medición nominal y se categorizara en Preservativo (condón), DIU, Pastillas anticonceptivas, Hormonales inyectables, Implante, Otros.
- **Edad de inicio de toma de citología cervical (papanicolaou):** se define como el periodo comprendido desde el nacimiento hasta el momento en el que se ha realizado una citología cervical (papanicolaou) por primera vez en su vida, para fines de estudio será la misma. Su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿A qué edad te realizaste tu primer Papanicolaou?, es una variable de tipo cuantitativa discreta, con una escala de medición de intervalo, y se categorizara por el número de años referido por la participante.
- **Número de citologías cervicales (papanicolaous) realizadas**: se define como la cantidad de papanicolaous que se ha realizado la participante durante su vida, para fines de este estudio será la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta ¿Cuál es número de veces que te has realizado el

Papanicolaou?, es una variable de tipo cuantitativa discreta, con una escala de medición de intervalo, con la categoría del número referido por la participante.

- **Causa de postergación para la realización del papanicolaou:** se define como el código de creencia que influye en no realizarse la prueba de elección para la detección de cambios celulares del cérvix con el que es posible detectar ciertos tipos de cáncer de esta región, para fines de estudio se usara la misma, su indicador será la respuesta de la participante a la pregunta: En caso de que hayas pospuesto realizarte el Papanicolaou, ¿Qué consideras que ha influido en ti para no realizarlo?, es una variable de tipo cualitativa policotomica, con una escala de medición de tipo nominal y se categorizara en falta de tiempo, no deseo realizármelo, desconozco para que sirve y otra.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO:

- Por la imposición o no de la maniobra de intervención del investigador es observacional.
- Por el seguimiento o no a través del tiempo es transversal.
- Respecto a la direccionalidad en la obtención de la información es prolectivo.
- De acuerdo valoración de la causa-efecto será analítico.

Siendo un estudio observacional, transversal, prolectivo y analítico.

UNIVERSO DE TRABAJO:

- Mujeres en edad reproductiva según la definición de la OMS.

POBLACIÓN BLANCO:

- Mujeres en edad reproductiva según la definición de la OMS de 20 a 34 años de edad que cuenten con derechohabiencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

- Mujeres en edad reproductiva según la definición de la OMS de 20 a 34 años de edad que cuenten con derechohabiencia en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizaron 2 cuestionarios de confiabilidad alta (entre 0-1) y un índice de alfa de cronbach de 0.80 [47] para recabar los datos de interés de nuestras variables a estudiar:

El cuestionario número 1 “Grado de conocimientos acerca de la infección del virus del papiloma humano” consta de 16 ITEMS y mide 4 dimensiones: 1) Concepto (agente

causal, infección por VPH, tipo de VPH, y lugar de infección), 2) Modo de Transmisión (vías de transmisión, factores de riesgo, factores protectores contra el VPH), 3) Diagnostico (prueba de diagnóstico, manifestaciones clínicas), 4) Prevención (vacunas contra el VPH y método anticonceptivo). Tiene la finalidad de medir el grado de conocimientos de las participantes en el estudio. Se evaluará mediante el sistema de pregunta con respuesta de opción múltiple, tomando en consideración solo la respuesta correcta para generar la puntuación: 1 punto respuesta correcta y 0 puntos respuesta incorrecta. Para categorizar el grado de conocimiento será mediante tres niveles: alto (16-12 puntos), medio (11-7 puntos) y bajo (6-0 puntos).

El cuestionario número 2 “Actitudes preventivas sobre el virus del papiloma humano” consta de 12 ITEMS y mide 3 dimensiones: 1) Componente cognitivo (importancia y prevención), 2) Componente afectivo (vergüenza, preocupación, compromiso), y 3) Componente conductual (interés y decisión). Tiene la finalidad de medir la actitud preventiva en las participantes del estudio. Se evaluará mediante escala de Likert: 1. Totalmente de acuerdo, 2. Totalmente desacuerdo, 3. Desacuerdo,4. Indiferente y 5. Acuerdo; respuestas establecidas en escala de 1 a 5 puntos. Podrán obtener una Puntuación mínima la cual será de 12 puntos y/o una puntuación máxima la cual será de 60 puntos. Los puntajes determinaran el tipo de actitud presentado por las participantes: 1) positivo: 46-60 puntos, 2) neutro: 29-45 puntos, y 3) negativo: 12-28 puntos.

TIPO DE MUESTREO:

- No probabilístico por conveniencia

TAMAÑO DE MUESTRA:

EDAD	POBLACIÓN DE MUJERES POR GRUPO DE EDAD
20-24 años	4,600
25-29 años	5,871
30-34 años	5,647
Total	16,118

Se realizó el cálculo de la muestra con el programa EPI info CDC, basados en la prevalencia más baja registrada de infección por Virus del Papiloma Humano en México, que corresponde a 9.1%, con un límite de confianza del 5%, con un nivel de confianza de 95%, con un error de estimación máximo aceptado del 5%, obteniendo el tamaño de muestra de: **127.**

TÉCNICA DE MUESTREO:

Muestreo por cuota, ya que se eligieron a todas aquellas mujeres que cumplían con los criterios de selección que acudieran o se presentaran en la Unidad Medico Familiar Número 94, y se realizó a través de la técnica de aplicación de encuesta, mediante los

instrumentos hoja de datos y cuestionarios.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

- **Criterios de inclusión:**
  - Mujeres de entre 20 a 34 años de edad
  - Mujeres que sean derechohabientes IMSS
  - Mujeres que elijan participar de manera voluntaria en el estudio, después de firmar la ficha de consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**
  - Mujeres con alguna discapacidad o trastorno limitante que le impida responder los cuestionarios

- **Criterios de eliminación**
  - Mujeres que no contesten correctamente las encuestas

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Con la autorización previa para llevar a cabo el presente protocolo de investigación otorgada por el Comité de Investigación en Salud; se procedió a seleccionar a toda aquella participante que se presentara en la unidad de medicina familiar No. 94, en el periodo de tiempo que se determinó, fueron localizadas en la sala de espera de la consulta de medicina familiar, control de prestaciones, planificación familiar y medicina preventiva, y por medio del registro de mujeres que se presentó en cada uno de los servicios mencionados que correspondían al grupo de edad en estudio para que la investigadora adjunta se presentara, les diera a conocer la importancia de su participación, los objetivos del estudio, les explicara el llenado correcto de las encuestas y que los resultados serían para fines de estudio, se entregó el consentimiento informado detallando las características del estudio, se les explico los beneficios y riesgos de su participación, así como posibles molestias o inconvenientes, y la finalidad de la investigación; en caso de que se negaran a participar se les dijo que no tendrán ningún tipo de repercusión en la atención a su salud, se les agradeció el tiempo y la atención otorgada para escuchar la explicación; en caso de aceptar participar, se verifico que cumplieran con los criterios de inclusión para este estudio, se garantizó la confidencialidad de los datos personales de las participantes, además se explicó que, si en algún momento decidía retirarse o suspender su participación, su decisión será respetada sin ningún tipo de repercusión.

Posteriormente se procedió a aplicar una hoja de recolección de datos elaborada exprofeso para esta investigación con el objetivo de recopilar datos como edad, escolaridad, estado civil actual, ocupación, edad de inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales que ha tenido, tipo de método anticonceptivo que ha usado, la edad en la que se realizó su primer papanicolaou y el número de veces que lo ha realizado y que consideraba que influía en ella para no realizarse el papanicolaou; una vez recopilados estos datos, se entregó el cuestionario “Grado de

conocimientos acerca de la infección del virus del papiloma humano” y posteriormente el correspondiente a “Actitudes preventivas sobre el virus del papiloma humano”. La aplicación de las encuestas se realizó hasta alcanzar el total de la muestra, se hizo de manera individual, se superviso el llenado correcto de los cuestionarios, se resolvieron dudas o dificultades que surgieron de los ítems, una vez contestados en su totalidad ambos cuestionarios, se agradeció su participación. Los resultados se explicaron a la participante que así lo deseo, se aclararon dudas al respeto y se hizo hincapié principalmente en el aspecto de la prevención y tamizaje para las patologías de interés en este estudio.

Posterior a recabar el número total de la muestra de estudio, se realizó el análisis detallado de cada una de las variables estudiadas, para poder alcanzar el objetivo general y los específicos, con el fin de demostrar nuestra hipótesis, generando un procesamiento de las estadísticas obtenidas en una base de datos en paquetería Microsoft Office Excel con la codificación correspondiente para poder analizarlas y graficarlas en el programa SPSS versión 25 y se procedió a llegar a nuestros resultados y establecer la conclusión.

Durante el proceso de investigación se presentaron informes de avances y seguimiento, para sugerencias y comentarios de los investigadores a cargo para corroborar el curso de la investigación.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El protocolo de investigación fue presentado durante mi segundo año de residencia y posteriormente evaluado y aprobado. Se expuso en un congreso de investigación en Tamaulipas con el fin de obtener información detallada sobre la importancia de comprender nuestra población en relación con la prevención de la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Este paso es crucial para implementar diversas estrategias y acciones que promuevan la realización de pruebas de Papanicolaou, así como para incrementar el conocimiento sobre esta enfermedad y sus impactos en la salud de las mujeres.

ANÁLISIS DE DATOS:

Para el análisis de los datos que se obtuvo de las herramientas previamente descriptas, se procedió a capturarlos en la base de datos del programa de SPSS versión 25, se aplicó estadística descriptiva para los resultados y la prueba de kruskal-wallis para el análisis de la hipótesis del estudio, con un IC del 95% y un nivel de error del 5%, para las variables cualitativas se describirán con frecuencia y proporciones y en el caso de las variables cuantitativas se describirán con media, mediana, moda, percentiles o desviación estándar según corresponda la tendencia de distribución paramétrica o no paramétrica para variables cuantitativas.

ASPECTOS ÉTICOS

NORMATIVIDAD

La presente investigación se ajustó a los lineamientos por la institución y por la declaración de Helsinki en materia de investigación en salud título segundo, capítulo 1, articulo 17, referente a una “investigación sin riesgo”; basados en el informe de Belmont, en el Reglamento de la ley general de la salud en materia de investigación para la salud, en lo que dicta la Norma Oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012 en la cual se asegura la protección de la dignidad, derechos humanos y el bienestar de los participantes en el estudio, en la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares y en el documento de procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda, y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el comité local de investigación en salud y el comité local de ética en investigación 2810-003-002 y se encontró avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar Número 94 Aragón.

SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

La forma de selección de los participantes se basara principalmente al principio de justicia y de las características de la población blanco, de los criterios de inclusión, de no inclusión y de eliminación que ya fueron antes referidos en este estudio, y al cumplirse los aspectos antes mencionados, la investigadora obtendrá a las participantes del estudio por conveniencia, en ambos turnos laborales que maneja la Unidad Medico Familiar Número 94, localizando a las participantes por los consultorios que presenten mayor número de población del sexo femenina que cumpla con las características de la población a estudiar, independientemente de su religión, creencias, nivel socioeconómico, grado escolar, previo consentimiento informado y posterior a explicarles los riesgos y beneficios de ser partícipe de dicha investigación.

Dentro del estudio se actuó con respeto hacia las participantes (Articulo 8), así como se respetó su autonomía traducido a respetar la participación o no participación del paciente en el estudio; una vez dad la debida información sobre la investigación, no se obligó a ninguna persona a participar, tuvieron derecho a tomar decisiones informadas (Artículo 20,21, 22, Declaración de los derechos de los pacientes) por medio del consentimiento voluntario e informado, generando un resultado positivo para la sociedad, sin generar algún daño a la integridad física, psicológica y moral de los participantes , la confidencialidad de las respuestas como el resultado fueron vistos y analizados únicamente por el investigador, las participantes tuvieron la liberta de retirarse del estudio en cualquier momento y de manera inmediata, mediante lo establecido en el Código de Núremberg.

PROPORCIONALIDAD EN LOS RIESGOS BENEFICIOS

- **RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud de materia de investigación para salud, Titulo II, Capítulo I, Artículo 17, el estudio se consideró de riesgo mínimo ya que las técnicas y métodos para recabar los datos e información de interés de las participantes fueron con base a las respuestas otorgadas por las participantes en las encuestas empleadas en el presente estudio, sin que se realizara ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las participantes. Sin embargo, se consideró que algunas preguntas de las encuestas por su contenido pudieron llegar a generar incomodidad, sensibilidad y disconfort a las participantes.

- **CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES Y LA SOCIEDAD EN CONJUNTO**

Las participantes conocieron su nivel de conocimientos y su actitud ante la prevención de infección por VPH, además se aclararon sus dudas con respecto al tema y pudieron ser derivadas a trabajo social para integrarse a la estrategia educativa con enfoque de promoción a la salud, así como a medicina preventiva para citología cervical si así lo aceptasen.

Este estudio contribuyo a determinar cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de las mujeres ante la prevención de infección de virus del papiloma humano, además de conocer las características sociodemográficas de las participantes, los resultados de las encuestas nos permitieron comprar los estudios previos que se han realizado sobre esta temática, para determinar el grado de relación de nuestras variables con la realización del tamizaje que se emplea en nuestro país para la prevención de la infección de virus del papiloma humano y prevenir a futuro las consecuencias principales de esta infección, la cual es el cáncer cervicouterino.

Los resultados obtenidos fueron manejados asegurando la confiabilidad de las participantes, además de otorgar acciones preventivas para estas patologías.

- **POSIBLES INCONVENIENTES:**

Las participantes pudieron no ser del todo sinceras al contestar las encuestas lo que represento un posible sesgo para el estudio; de igual forma, el tiempo que emplearon para poder responder estás, con previo consentimiento informado.

- **BALANCE RIESGO-BENEFICIO**

El beneficio directo para las participantes fue detectar las posibles deficiencias que podian presentar en el conocimiento de la infección del virus del papiloma humano, desde su concepto, el modo de transmisión, su diagnóstico, la forma de prevención, y su relación que tiene con el cáncer cervicouterino, así como su actitud frente a la prevención de estas patologías, lo cual pudo conducir a que se percataran que no se

realizan chequeos constantes y necesarios con respecto a la detección oportuna de estas enfermedades, ya sea por vergüenza, miedo o algún tipo de tabú, permitiendo que para la institución sea un foco rojo de que se debe de hacer más hincapié en la promoción de la salud.

El presente estudio representa un nivel de riesgo mínimo ya que no se realizó ninguna intervención física o psicológica que generara algún tipo de repercusión. Sin embargo, se consideró que algunas preguntas de las encuestas por su contenido pudieron llegar a generar incomodidad, sensibilidad y disconfort a las participantes.

- **ESTUDIO EN POBLACIÓN VULNERABLE**

El estudio contemplo a las mujeres dentro del grupo de edad de 20-34 años, reclutadas de manera prolectiva por lo que se solicitó que firmaran un consentimiento informado de acuerdo al artículo 14, sección V, capítulo 1 de los aspectos éticos de investigación con seres humanos del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud.

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Este protocolo de estudio se llevó a cabo sin conflictos de intereses, buscando el beneficio académico y las aportaciones para generar conciencia en la población femenina de la importancia de la prevención y detección oportuna por medio de los protocolos de tamizaje de la infección de virus de papiloma humano, fortalecer el área de conocimiento de esta patología y favorecer a que la actitud de las participantes sea encaminada a la prevención.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos proporcionados en este estudio fueron totalmente confidenciales, sus resultados se usaron de manera global y para fines estadísticos. Se realizó acorde a la ley de Protección de Datos Personales, se identificó a la participante por su número de folio, y en caso de que ella requiera sus resultados se otorgaron en forma personal y confidencial; los datos personales fueron resguardados por el investigador, su difusión fue totalmente académica.

Los aspectos éticos de la presente investigación se fundamentaron en base a los siguientes documentos:

En la presente investigación se cumplió con lo establecido en el Código de Núremberg:

- Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano
- El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios del estudio y de la naturaleza que la excluya al azar
- El experimento debe ser diseñado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario

- Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger el sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte
- El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas
- Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece imposible continuarlo

La presente investigación cumple con lo establecido en la Declaración de Helsinki, revisada en la 64ª Asamblea General, Brasil, 2013:

- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la

supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

- Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.
- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.
- Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.
- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.
- El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

Con base en el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Protocolo de Estambul) aprobado por la ONU, otorga las directrices internacionales aplicables a la evaluación de aquellas personas que aleguen haber sufrido tortura y malos tratos, para investigar casos de tortura y para comunicar los hallazgos realizados a los órganos judiciales y otros órganos investigadores, y se estipula que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”, y se declara que en el presente estudio no se realizará ningún tipo de experimento que dañe a los participantes, o que

genere de alguna manera dolor o sufrimiento, ya sea físico o mental, que afecte su dignidad y genere que se infrinja los principios éticos, y a toda participante se le otorgará un consentimiento informado.

El Informe de Belmont, quien explica los principios éticos fundamentales en la investigación, se menciona que:

- A todo participante en de algún protocolo de estudio debe ser acreedor a un Respeto, protegiendo su autonomía, es decir, la capacidad de que decidan con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. En el presente estudio se respetará la autonomía de las participantes y tendrán la libertad de decir si desean o no participar, con previo conocimiento informado.
- A todo participante en de algún protocolo de estudio, debe ser acreedor a el principio de la Beneficencia, el cual implica que se busque siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos. En el presente estudio se respetará este principio, pues el beneficio para las participantes será que contribuirá a hacer conciencia de la prevención de las patologías implicadas en el estudio, así como de hacer un llamado a las participantes a no bajar la guardia ante la prevalencia tan alta de la infección de virus del papiloma humano.
- A todo participante en de algún protocolo de estudio, debe ser acreedor a el principio de Justicia, es decir, los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudios, y bajo cualquier circunstancia debe evitarse procedimientos de riesgo en población vulnerable. En el presente estudio se tratará a las participantes de forma igualitaria.
- A todo participante en alguna investigación, debe ser acreedor a el principio de No maleficencia al no infringir daño a los participantes, quienes únicamente contestarán el cuestionario sin implicar riesgos. El presente estudio respetara este principio, pues al tratarse de un estudio no experimental, se asegura que no generara daño físico o mental a las participantes.

Guiados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, titulo segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, donde indica que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, siendo preciso sujetarse a las normas de seguridad generalmente aceptadas, conforme a ello establecido en los siguientes artículos que indican:

- ARTÍCULO 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

- ARTÍCULO 14: La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:
  I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica
  II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos
  III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo
  IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles
  V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables
- ARTÍCULO 15: Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.
- ARTÍCULO 16: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
- ARTÍCULO 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:
  I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta
  II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios
  III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.

- ARTÍCULO 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- ARTÍCULO 21: Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:
  I. La justificación y los objetivos de la investigación;
  II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
  III. Las molestias o los riesgos esperados;
  IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
  V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
  VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
  VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
  VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
  IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
  X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación,
  XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.
- ARTÍCULO 22: El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables; Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud; Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación; Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y se extenderá por duplicado,

quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

- ARTÍCULO 24: Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, este debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación completamente independiente de la relación investigador-sujeto.
- ARTÍCULO 57: Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad
- ARTÍCULO 58: Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:
  I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su conocimiento durante el estudio, no afecte su situación médica, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento y sentencia, en su caso;
  II. Que los resultados de la investigación no sean utilizados en prejuicio de los individuos participantes, y
  III. Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

La Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2072 establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, y nos indica lo siguiente:

- Apartado 5: La secretaria otorgara autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme el objetivo y campo de aplicación de esta norma, corroborando que se prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, asi como el bienestar y la conservación de su integridad física. Deberán ser ajustados a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.
- Apartado 6: De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Se debe contar con dictamen favorable de los Comités de investigación y ética en la investigación de la institución o establecimiento en que se llevara a cabo la investigación y esta debe contar con un modelo de carta de consentimiento informado en materia de investigación.

- Apartado 7: Del seguimiento de la investigación y los informes técnico-descriptivos. Se considerarán labores de seguimiento: la elaboración y entrega a la secretaria de un informe técnico-descriptivo de carácter parcial, respeto del avance de la investigación de que se trate y al término de esta, uno de carácter final, que describa los resultados obtenidos.
- Apartado 8: De las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación. Toda investigación debe realizarse en una institución o establecimiento el cual deberá contar con la infraestructura y capacidad resolutiva suficiente, para proporcionar atención médica adecuada. El investigador principal debe informar al comité de ética en la investigación, de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación.
- Apartado 10: Del Investigador principal. El investigador principal podrá planear y elaborar el proyecto o protocolo de investigación dirigido en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación. Al formularse la carta de consentimiento, el investigador debe cerciorarse de que esta cumpla con los requisitos y supuestos que se indican en el reglamento, cuidando que se hagan explicitas la gratuidad para el sujeto de investigación y la disponibilidad de tratamiento médico gratuito para este. Es la responsabilidad del investigador principal informar al sujeto de investigación, al familiar o tutor, durante el desarrollo de la investigación, acerca de las implicaciones de cada maniobra experimental y de las características de su padecimiento.
- Apartado 11: De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. La seguridad del sujeto de investigación respeto al desarrollo de la maniobra experimental es responsabilidad de la institución o establecimiento, del investigador principal y del patrocinador. La carta de consentimiento informado es un requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que se deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20,21 y 22 del reglamento.
- Apartado 12: De la información implicada en investigadores. El investigador principal y los Comités en materia de investigación para la salud de la institución o establecimiento deben proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación, ya sea durante el desarrollo de una investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de esta, apegándose a la legislación aplicable especifica en la materia.

Lo establecido en la Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, dicta que:

- ARTÍCULO 7: Los datos personales en el tratamiento deberán recabarse y tratarse de manera licita conforme a las disposiciones establecidas por la ley y demás normatividad aplicable. La obtención de datos no debe hacerse por medios engañosos o fraudulentos. En todo tratamiento de datos personales, se presume que existe la expectativa razonable de privacidad, entendida como la confianza que deposita cualquier persona en otra, respecto de que los datos

personales proporcionados entre ellos serán tratados conforme a lo que acordaron las partes en los términos establecidos por esta Ley.

- ARTÍCULO 8: Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley. El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos. Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición. Los datos financieros o patrimoniales requerirán el consentimiento expreso de su titular, salvo las excepciones a que se refieren los artículos 10 y 37 de la presente Ley. El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que se le atribuyan efectos retroactivos. Para revocar el consentimiento, el responsable deberá, en el aviso de privacidad, establecer los mecanismos y procedimientos para ello.
- ARTÍCULO 9: Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca. No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado.
- ARTÍCULO 11: El responsable procurará que los datos personales contenidos en las bases de datos sean pertinentes, correctos y actualizados para los fines para los cuales fueron recabados. Cuando los datos de carácter personal hayan dejado de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades previstas por el aviso de privacidad y las disposiciones legales aplicables, deberán ser cancelados. El responsable de la base de datos estará obligado a eliminar la información relativa al incumplimiento de obligaciones contractuales, una vez que transcurra un plazo de setenta y dos meses, contado a partir de la fecha calendario en que se presente el mencionado incumplimiento.
- ARTÍCULO 12: El tratamiento de datos personales deberá limitarse al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad. Si el responsable pretende tratar los datos para un fin distinto que no resulte compatible o análogo a los fines establecidos en aviso de privacidad, se requerirá obtener nuevamente el consentimiento del titular.
- ARTÍCULO 13: - El tratamiento de datos personales será el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos personales sensibles, el responsable deberá realizar esfuerzos razonables para limitar el periodo de tratamiento de estos a efecto de que sea el mínimo indispensable.
- ARTÍCULO 14: El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las

medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica.

- ARTÍCULO 15: El responsable tendrá la obligación de informar a los titulares de los datos, la información que se recaba de ellos y con qué fines, a través del aviso de privacidad.
- ARTÍCULO 16: El aviso de privacidad deberá contener, al menos, la siguiente información: La identidad y domicilio del responsable que los recaba; las finalidades del tratamiento de datos; las opciones y medios que el responsable ofrezca a los titulares para limitar el uso o divulgación de los datos; los medios para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley; en su caso, las transferencias de datos que se efectúen, y el procedimiento y medio por el cual el responsable comunicará a los titulares de cambios al aviso de privacidad, de conformidad con lo previsto en esta Ley.
- ARTÍCULO 19: Todo responsable que lleve a cabo tratamiento de datos personales deberá establecer y mantener medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas que permitan proteger los datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado. Los responsables no adoptarán medidas de seguridad menores a aquellas que mantengan para el manejo de su información. Asimismo, se tomará en cuenta el riesgo existente, las posibles consecuencias para los titulares, la sensibilidad de los datos y el desarrollo tecnológico.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicado el 15 de mayo de 2019 en el Diario Oficial de la Federación, expresa en su Artículo 3^0 expresa que los planes y programas de estudio tendrán perspectiva de género y una orientación integral, por lo que se incluirá el conocimiento de las ciencias y humanidades: la promoción de estilos de vida saludables, la educación sexual y reproductiva, entre otras; el Artículo 5^0, expresa que toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión; la información que se refiere a la vida privada y los datos personales será protegida en los términos y con las excepciones que fijen las leyes. En el presente estudio tiene la intención de establecer el grado de conocimientos sobre la infección de virus del papiloma humano, la cual es una enfermedad de transmisión sexual, valorar la actitud ante la prevención de esta patología, permitiendo poder establecer una relación entre las variables buscadas en éste estudio para poder determinar a estas como factores asociados a la alta prevalencia de esta enfermedad, respetando la confidencialidad de los datos proporcionados por las participantes.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud, Código de Bioética para el personal de Salud, nos expresa:

- Los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo;
- La investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley;
- la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación;
- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice
- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna; con la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD:

El presente estudio de investigación se consideró factible por poseer la infraestructura y los permisos de las autoridades de la institución perteneciente a la jurisdicción sanitaria en la Unidad de Medicina Familiar Número 94 San juan de Aragón, así mismo por implicar el uso de encuestas de auto aplicación, con una libre participación, lo cual es considerado de bajo riesgo para los participantes.

La investigadora proporciono el material de papelería para la impresión de cuestionarios, otorgo el material necesario para el llenado y llevara a cabo la aplicación y la verificación del llenado de este, así como el equipo de cómputo donde se recabaron los datos de las participantes para el proceso de análisis.

PROCESO PARA SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al ser autorizado este protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación en Salud y comunicado a la autoridades de la Unidad de Medicina Familiar Número 94 San Juan de Aragón, se procedió a recolectar la muestra, se informó de manera clara a los participantes los objetivos de éste estudio y el papel que desempeñaron con su participación, la investigadora se cercioro de que todas las participantes comprendían totalmente lo explicado, se resolvieron dudas, se hizo hincapié de que su participación seria de manera voluntaria y que sus datos serian totalmente confidenciales, lo cual no la obliga a participar, pudiendo o no acceder a generar su participación, recordándole que podía salir del estudio en cualquier momento, sin repercusión alguna; en caso de aceptar su participación en el estudio se solicitó que firmara el consentimiento informado.

CONFLICTO DE INTERESES

La presente investigación se llevó a cabo sin conflicto de intereses.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

ACTIVIDADES	FEB 2022	MAR 2022	ABRI -AGO 2022	SEP 2022	OCT -DIC 2022	ENE 2023	FEB 2023	MAR 2023	ABRI -DIC 2023
Seminario de investigación y selección de tema	**R**								
		R							
Búsqueda Bibliográfica		**R**							
			R						
Elaboración de protocolo		**R**							
			R						
Presentación al CLIS 3511 para registro del protocolo				**R**					
				R					
Solicitud de revisión al CLIS 3511				**R**					
				R					
Aplicación de encuestas					**R**				
Elaboración de base de datos						**R**			
Captura de información							**R**		
Análisis estadístico								**R**	
Elaboración del escrito científico								**R**	
Difusión de la investigación									**R**

P: PENDIENTE
R: REALIZADO

ELABORADO POR:
DRA. BERNAL BERNAL MITZI ITZEL

RESULTADOS

Se encuestaron a 127 mujeres pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar número 94, en quienes se encontró edad media de 25 años al momento del estudio, 66 (52%) participantes tienen como escolaridad la preparatoria, el estado civil que predominó que el de soltera en 70 (55.1%) participantes; 87 (68.5%) encuestadas trabajaban en el momento del estudio (ver cuadro 1).

CUADRO 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS EN MUJERES ENCUESTADAS EN LA UMF No. 94		
VARIABLES	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
ESCOLARIDAD		
Primaria	2	1.6%
Secundaria	**29**	**22.8%**
Preparatoria	66	52%
Licenciatura	**29**	**22.8%**
Posgrado	1	0.8%
ESTADO CIVIL		
Soltera	**70**	**55.1%**
Casada	21	16.5%
Unión libre	**34**	**26.8%**
divorciada	2	1.6%
OCUPACIÓN ACTUAL		
Estudio	22	17.3%
Trabajo	**87**	**68.5%**
Ambas	18	14.2
FUENTE: Hoja de recolección de datos en mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023.		

Con base en los datos recabados en relación con las acciones preventivas contra la infección por VPH en el total de participantes del estudio, se obtuvo que, el inicio de vida sexual activa (IVSA) fue alrededor de los 17 años de edad, el número de parejas sexuales (NPS) fue alrededor de 3, el número de Papanicolaous (NoPAP) realizados fue alrededor de 2, la edad para la realización del primer Papanicolaou (edad PAP) fue alrededor de los 21 años. Estas variables presentaron una distribución no paramétrica con la fórmula de kolmogorov-Smirnov. (Ver cuadro 2).

CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE LA MUJERES ENCUESTADAS EN LA UMF No. 94				
VARIABLES	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTANDAR	VALOR DE P
EDAD (AÑOS)	25.81	25	± 4.13	.001
IVSA	17.25	17	± 3.83	.000
NPS	3.32	3	± 2.19	.000
NoPAP	1.95	2.0	± 1.11	.000
EDAD PAP	21.7	21	± 4.01	.000
FUENTE: Hoja de recolección de datos en mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023. IVSA: inicio de vida sexualmente activa. NPS: Número de parejas sexuales. NoPAP: Número de Papanicolaou realizado. Edad PAP: edad de realización de primer Papanicolaou. Los valores de significancia son representados con un valor de p <0,05 en la prueba de kolmogorov-Smirnov.				

Los datos recabados en relación a las acciones preventivas contra la infección por virus del papiloma humano en las 127 participantes del estudio, se obtuvo que 83 (65.4%) participantes no se han realizado aun el Papanicolaou, 19 (15%) participantes se han realizado el Papanicolaou solo una vez; de los motivos que influyen en las participantes para la realización periódica del Papanicolaou destacaron en 77 (60.6%) que se debe a falta de tiempo, seguido por no tener el deseo de realizárselo en 23 (18.1%) participantes, y en otros motivos, el miedo referido por 3 (2.4%) participantes, seguido por la realización de OTB y por presentar dolor durante el procedimiento en 2 (1.6%) participantes cada una respectivamente, fueron las de mayor tendencia, y 8 (6.3%) participantes no respondieron la pregunta (ver cuadro 3).

CUADRO 3. ASPECTOS REFERENTES AL PAPANICOLAU EN MUJERES ENCUESTADAS EN LA UMF No. 94

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTECEDENTE DE REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU		
NO	**83**	**65.4%**
SI	44	34.6%
NÚMERO DE PAPANICOLAUS REALIZADOS		
0	**83**	**65.4%**
1	19	15%
2	15	11.8%
3	5	3.9%
4	3	2.4%
5	2	1.6%
MOTIVOS QUE INFLUYEN PARA LA REALIZACION PERIODICA DEL PAPANICOLAU		
Falta de tiempo	**77**	**60.6%**
No desea realizárselo	**23**	**18.1%**
Desconoce para que sirve	7	5.5%
No contesto	8	6.3%
Miedo	3	2.4%
Falta de dinero	1	0.8%
Se realizó OTB	2	1.6%
Dolor	2	1.6%
Relacionadas al trámite (decidía, no contar seguro social, no llegan los resultados a la UMF)	3	2.4%
Sin IVSA	1	0.8%

FUENTE: Hoja de recolección de datos en mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- febrero de 2022-2023. IVSA: inicio de vida sexualmente activa. OTB: Oclusión Tubaria Bilateral.

Los datos recabados en las 127 encuestadas del estudio en relación a el método anticonceptivo más usado por las participantes fue el preservativo (condón) en 89 (36%) participantes, seguido del uso de DIU en 45 (19%) participantes y los hormonales orales en 43 (18%) (Ver cuadro 4).

CUADRO 4. METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA UMF No. 94		
MPF UTILIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESERVATIVO (CONDÓN)	**89**	**36%**
DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE O MEDICADO)	**45**	**19%**
PASTILLAS HORMONALES ORALES	**43**	**18%**
HORMONALES INYECTABLES	18	7%
IMPLANTE	25	10%
PARCHE ANTICONCEPTIVO	3	1%
OTB	12	5%
NINGUNO	10	4%
FUENTE: Hoja de recolección de datos en mujeres edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre-febrero de 2022-2023. MPF: Método planificación familiar. OTB: Oclusión Tubaria Bilateral.		

Respecto al cuestionario "Grado de conocimientos" se observó que las preguntas con mayor índice de respuestas correctas fueron qué es la infección del VPH y cómo se transmite, mientras que aquellas con mayor número de respuestas incorrectas fueron ¿qué examen se requiere para detectar el papiloma humano en los varones?, ¿cómo una persona puede aumentar el riesgo de contraer el papiloma humano? y ¿cuántas dosis son las vacunas contra el virus del papiloma humano? (Ver cuadro 5).

CUADRO 5. PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SOBRE CONOCIMIENTO DE VPH		
PREGUNTAS	**RESPUESTAS (%)**	
	CORRECTAS	**INCORRECTAS**
1. ¿Quién produce la infección del papiloma humano?	54.3	45.7
2. La infección por papiloma humano es…	**96.1**	3.9
3. De la siguiente lista indique: ¿Qué tipos de enfermedades puede provocar el papiloma humano?	44.1	55.9
4. ¿En qué zona del cuerpo se desarrolla el cáncer de la infección del papiloma humano?	56.7	43.3
5. ¿Cómo se transmite el papiloma humano?	**92.1**	7.9
6. ¿Cómo se transmite las verrugas genitales?	73.2	26.8
7. ¿Cómo una persona puede aumentar el riesgo de contraer el papiloma humano?	16.5	**83.5**
8. ¿Cómo una persona puede reducir el riesgo de contraer el papiloma humano?	24.4	75.6
9. ¿A partir de qué momento las mujeres deben realizarse el Papanicolaou?	74.8	25.2
10. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar el examen de Papanicolaou?	52.8	47.2
11. ¿Qué examen se requiere para detectar el papiloma humano en los varones?	6.3	**93.7**
12. ¿Cuáles son los síntomas de la infección de virus de papiloma humano?	23.6	76.4
13. La vacuna contra el virus del papiloma humano en las mujeres tiene mayor eficacia cuando es aplicado:	35.4	64.6
14. ¿Cuántas dosis son las vacunas contra el virus del papiloma humano?	18.9	**81.1**
15. ¿Cuáles son las enfermedades que protege la vacuna contra el virus del papiloma humano?	48.8	51.2
16. ¿Cuál es el método anticonceptivo que protege para no contraer el virus de papiloma humano?	81.1	18.9
FUENTE: Instrumentó grado de conocimiento aplicado en mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023		

En cuanto al grado de conocimientos de las 127 encuestadas acerca del VPH, predominó un grado bajo en 59 (46.5%); en relación con actitud ante la prevención de infección por virus del papiloma humano, se obtuvo una tendencia a la actitud negativa en 57 (44.9%) (Ver cuadro 6).

CUADRO 6. GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL VPH EN LAS MUJERES ENCUESTADAS DE LA UMF No.94		
VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONOCIMIENTO		
Grado bajo	**59**	**46.5%**
Grado medio	55	43.3%
Grado alto	13	10.2%
ACTITUD		
Negativa	**57**	**44.9%**
Neutra	27	21.3%
Positiva	43	33.9%
FUENTE: Instrumentó grado de conocimiento y actitud aplicado a mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023.		

Al comparar el grado de conocimientos y la escolaridad de las participantes, se observó que aquellas con educación de preparatoria mostraron predominantemente un bajo nivel de conocimiento y una actitud negativa hacia la prevención del virus del papiloma humano (Ver cuadro 7).

El análisis acerca de la relación entre el estado civil y el grado de conocimientos acerca del VPH nos permite observar que de las participantes con el estado civil más frecuente que fue el de soltera, 29 de ellas poseen un grado de conocimiento bajo, 32 poseen un grado de conocimiento medio y 9 de ellas un nivel de conocimiento alto. Los resultados nos hacen referencia a que no existe una relación entre el grado de conocimientos con el estado civil de las participantes. Al realizar el análisis acerca del estado civil y la actitud preventiva ante el VPH, las participantes solteras presentaron, 30 de ellas una actitud negativa, 17 de ellas una actitud neutra, 23 una actitud positiva. Se puede observar que el estado civil si se relaciona con la actitud preventiva de las participantes, es decir, una actitud negativa está más relacionada a un estado de soltera, lo que genera que las participantes estén más expuestas a los múltiples factores de riesgo para contraer VPH, se realicen menos revisiones periódicas para detectar el VPH, y no presten atención a las medidas preventivas que se otorgan para prevenir esta patología (ver cuadro 7).

Se realizó un análisis acerca entre la ocupación y el grado de conocimiento de las participantes, donde se observó que de la ocupación que predomino que fue el de trabajar, 43 poseen un grado de conocimiento 36 poseen un conocimiento medio, 8 poseen un grado de conocimiento alto. Los resultados nos hacen referencia de que existe una relación en las participantes que trabajan poseen un grado bajo y medio de conocimientos. Al realizar el análisis acerca de la ocupación y la actitud preventiva de

las participantes, se observaron que de las que trabajaban durante el estudio, 39 poseían una actitud negativa, 19 poseían una actitud neutra y 29 poseían una actitud positiva Los resultados nos permiten observar que la actitud negativa se relaciona más con la ocupación de trabajar, a la par de estar relacionada con un grado bajo de conocimiento (ver cuadro 7).

TABLA 7. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, GRADO DE CONOCMIENTOS Y ACTITUD ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VPH.

VARIABLES	GRADO DE CONOCIMIENTO			ACTITUD		
	BAJO	MEDIO	ALTO	NEGATIVA	NEUTRA	POSITIVA
ESCOLARIDAD						
Primaria	2	0	0	**12**	0	0
Secundaria	19	10	0	**20**	5	4
Preparatoria	**33**	**25**	**8**	**31**	**15**	**20**
Licenciatura	5	19	5	3	7	**19**
Posgrado	0	1	0	1	0	0
ESTADO CIVIL						
Soltera	**29**	**32**	**9**	**30**	**17**	**23**
Casada	12	8	1	11	3	7
Unión libre	18	13	3	16	7	11
Divorciada	0	2	0	0	0	2
OCUPACIÓN ACTUAL						
Estudio	8	11	3	11	4	7
Trabajo	**43**	**36**	**8**	**39**	**19**	**29**
Ambas	**8**	**8**	2	7	4	7

FUENTE: hoja de recolección e Instrumentó grado de conocimiento y actitudes aplicado a mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023.

Del total de aquellas mujeres que no se han realizado un Papanicolaou en su vida, el grado de conocimiento bajo y la actitud negativa ante la prevención del VPH se observó en 54, a diferencia de aquellas sí se han realizado alguna vez la detección, en quienes se reportó mayoría con un grado medio de conocimiento y actitud positiva (ver cuadro 8).

Al preguntar sobre los motivos de negativa para realizarse el papanicolaou se mencionó con mayor frecuencia la falta de tiempo, de ellas, 69 presentaron un grado de conocimiento bajo o medio. También se les preguntó si deseaban realizarse el papanicolaou, del total de aquellas que no tenían intención de realizarlo, 16 presentaron un grado de conocimiento bajo. Con respecto a la asociación de la actitud preventiva y los motivos que influyen en las participantes para la realización periódica del Papanicolaou, se puede observar que del motivo falta de tiempo, 33 mujeres poseen una actitud negativa, 18 mujeres una actitud neutra, y 26 mujeres una actitud positiva. Con base en los resultados podemos observar que de los motivos con mayor tendencia en las participantes se relacionan con un bajo grado de conocimiento y una actitud negativa, fomentando que se realicen menos revisiones periódicas para

detectar el VPH, y no presten atención a las medidas preventivas que se otorgan para prevenir esta patología (ver cuadro 8).

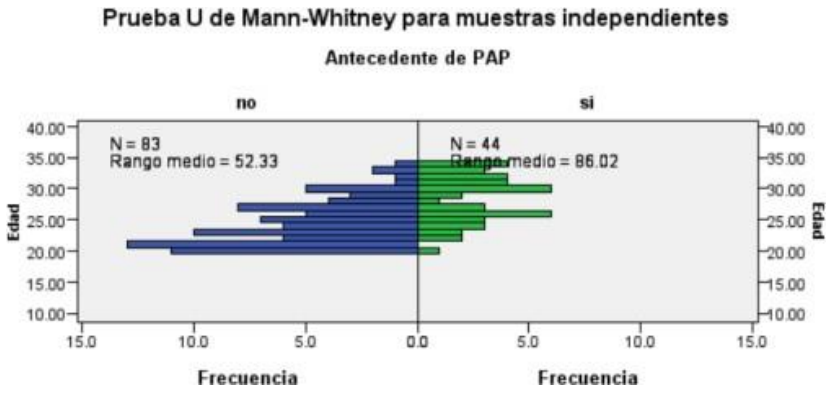
CUADRO 8. RELACIÓN DE VARIABLES DE CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES CON EL GRADO DE CONOCIMIENTOS Y LA ACTITUD ANTE LA PREVENCION DE INFECCIÓN POR VPH

VARIABLES	GRADO DE CONOCIMIENTO			ACTITUD		
	BAJO	MEDIO	ALTO	NEGATIVA	NEUTRA	POSITIVA
ANTECEDENTE DE REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU						
NO	**54**	25	4	**54**	12	17
SI	5	**30**	9	3	15	**26**
MOTIVOS QUE INFLUYEN PARA LA REALIZACION PERIODICA DEL PAPANICOLAU						
Falta de tiempo	**35**	34	8	**33**	18	26
No desea realizárselo	**16**	5	2	**16**	1	6
Desconoce para que sirve	2	5	0	3	2	2
No contesto	1	5	2	0	2	6
Miedo	2	1	0	2	0	1
Falta de dinero	0	1	0	1	0	0
Se realizó OTB	1	1	0	1	1	0
Dolor	0	2	0	0	1	1
Relacionadas al trámite (decidía, no contar seguro social, no llegan los resultados a la UMF)	1	1	1	1	1	1
Sin IVSA	1	0	0	0	1	0

FUENTE: hoja de recolección e Instrumentó grado de conocimiento y actitudes aplicado a mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023.

Al comparar los grupos de aquellas con y sin antecedente de haberse realizado al menos un Papanicolaou en su vida con la prueba U de Mann Whitney, se observó que el grupo de edad de 20-25 años presentan la mayoría sin antecedente de Papanicolaou a diferencia de aquellas entre 26 y 30 años que ya se lo realizaron, las relaciones descritas tienen una significancia de .000 (ver gráfico 1).

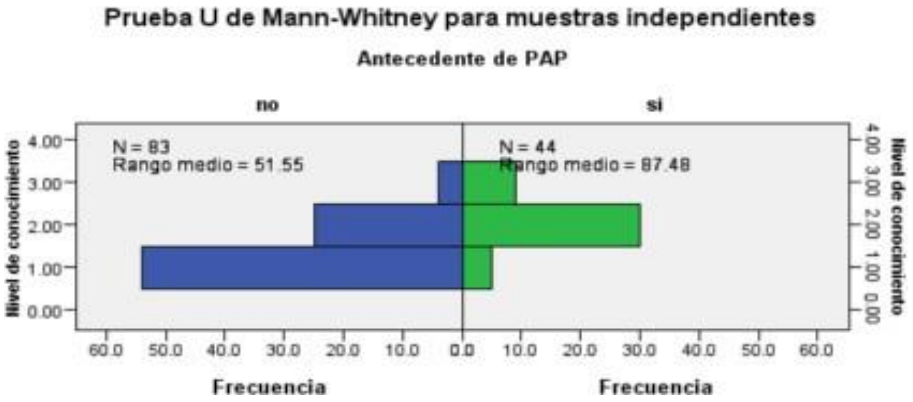
GRAFICO 1. RELACIÓN ENTRE GRUPO DE MUJERES CON Y SIN ANTECEDENTE DE PAP Y LA EDAD.



FUENTE: Resultado del análisis en programa SPSS versión 25.

Al comparar el nivel de conocimiento en los dos grupos descritos previamente, se observó en el grupo de las participantes que no se han realizado el Papanicolaou un grado menor de conocimiento a diferencia de quienes ya lo realizaron donde predomina un grado de conocimiento medio. Estas relaciones tienen una significancia de .000 con la prueba U de Mann-Whitney (ver gráfico 2).

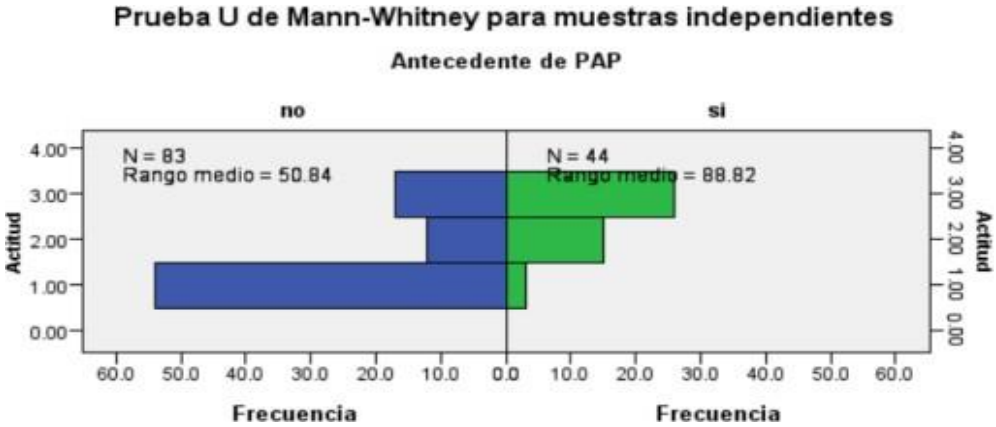
GRAFICO 2. RELACIÓN ENTRE GRUPO DE MUJERES CON Y SIN ANTECEDENTE DE PAP Y EL GRADO DE COCIMIENTO.



FUENTE: Resultado del análisis en programa SPSS versión 25.

Además, se comparó la actitud en ambos grupos, encontrando mayor frecuencia de actitud negativa ante la prevención para infección por virus del papiloma humano en quienes no se han realizado el Papanicolaou a diferencia de una mayor actitud positiva en quienes si se han hecho la detección. Estos datos tienen una significancia de .000 con la prueba U de Mann-Whitney (Ver gráfico 3).

GRAFICO 3. RELACIÓN ENTRE GRUPO DE MUJERES CON Y SIN ANTECEDENTE DE PAP Y EL GRADO

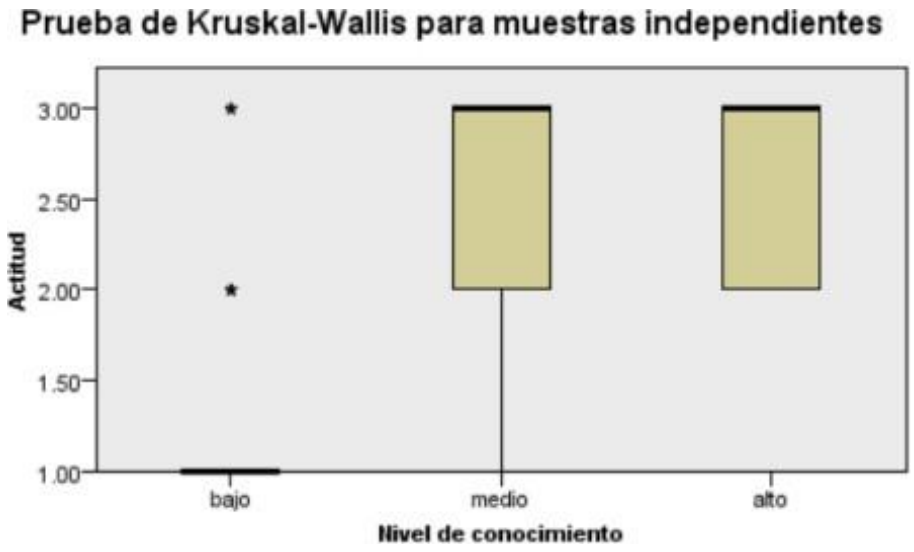


DE ACTITUD.

FUENTE: Resultado del análisis en programa SPSS versión 25.

Al comparar con prueba de kruskall-wallis la actitud ante la prevención para infección por virus del papiloma humano y el grado de conocimiento sobre el VPH, se observó que para las participantes que obtuvieron un grado de conocimiento medio y con grado de conocimiento alto, el 75% de ellas presentan una actitud neutra o positiva, mientras que, para las que presentaron un grado de conocimiento bajo, presentaron una actitud negativa en su totalidad (Ver gráfico 4).

GRAFICO 4. COMPARACIÓN ENTRE GRADO DE COCIMIENTO Y ACTITUD.



FUENTE: Resultado del análisis en programa SPSS versión 25.

Para evaluar la relación entre actitud y conocimiento se dicotomizaron las variables en conocimiento bajo y medio-alto, y actitud negativa–neutra y positiva, donde se observa que en las encuestadas que poseían un conocimiento bajo predomino la actitud negativa/neutra, en cambio la actitud positiva predomino un conocimiento medio/alto; se realizaron tablas cruzadas encontrando una Chi cuadrada de .000 y una correlación de Spearman .566; encontrando significancia estadística en la relación del grado de conocimiento y la actitud preventiva de las encuestadas (Ver cuadro 9)

CUADRO 9. RELACIÓN DE VARIABLES GRADO DE CONOCIMIENTOS Y LA ACTITUD ANTE LA PREVENCION DE INFECCIÓN POR VPH EN MUJERES ENCUESTADAS EN LA UMF 94

CONOCIMIENTO DICOTOMICO	**ACTITUD NEGATIVA/NEUTRA**	**ACTITUD POSITIVA**	**P**
BAJO	**56**	3	.000
MEDIO/ALTO	28	40	.000

FUENTE: hoja de recolección e Instrumentó grado de conocimiento y actitudes aplicado a mujeres en edad fértil de la UMF 94 durante el periodo Noviembre- Febrero de 2022-2023. Significancia de P <0.005

DISCUSIÓN

En este estudio, se encuestaron a 127 mujeres en edad fértil pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar número 94. Todas las encuestadas cumplían con los criterios de inclusión para participar en el estudio. El promedio de edad de las participantes fue de 25 años al momento del estudio, y la mayoría tenía educación preparatoria (52%) y estado civil soltero (55.1%). La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue a los 17 años, y el número promedio de parejas sexuales fue aproximadamente 3.

La edad temprana de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y la falta de uso de preservativo durante las relaciones sexuales son factores de riesgo significativos para contraer la infección por VPH. En nuestro estudio, observamos que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue a los 17 años,el número de parejas sexuales alrededor de 3, y el uso de preservativo en 89 encuestadas del 36%, comparado con el estudio de Medina ML, Medina MG, Merino LA, 2018, los cuales describieron que 36 participantes (59%) tuvieron relaciones sexuales precozmente (antes de los 14 años, siendo la edad mínima de inicio de relaciones sexuales de 13 años y 27 la máxima), y en 41 (67 %) habían tenido dos o más parejas sexuales, 26 participantes (43 %) nunca o rara vez usaron preservativos.

Morales-Figueroa G. Bravo-Parra M. Olivos-Mata K. y colaboradores en un estudio de casos y controles en el año 2022, describieron no encontrar diferencias estadísticas con los factores demográficos (peso, edad, talla, estado socioeconómico, etc.) que utilizaron, asi como de la edad de la primera relación sexual (≥18 años) (OR no ajustada= 1.5, 95% IC= 0.575-3.912, p= 0.407) entre los grupos; pero si encontraron que aquellas con más parejas sexuales (OR sin ajustar= 2.4, IC del 95%= 1,0-6.08, p=0.048) tenían mayor posibilidad de ser VPH positivos, asi como las mujeres que usaban anticonceptivos orales durante más de 6 años (OR no ajustado= 3.3, IC 95%= 1.0-11.2, p= 0.047) tenían más probabilidades de tener una infección por VPH.

Jorda G, Ramos J, Mosmann J, et al., en su estudio en el año 2019, describieron que la detección del VPH fue más alta en mujeres de 15 a 24 años (35.8%) y en aquellas de 25 a 49 años (27.3%). Encontraron una asociación significativa con el número mayor de parejas sexuales (OR: 1.81; IC 95%: 1.02-3.22), pero no hallaron relación con el uso de métodos anticonceptivos (OR: 0.51; IC 95%: 0.77-1.78) ni con la edad de inicio de las relaciones sexuales entre los 13 y 18 años (OR: 0.67; IC 95%: 0.71-1.68). Además, observaron que el 73.5% de las pacientes infectadas con VPH iniciaron su vida sexual entre los 15 y 18 años.

Otro factor de riesgo detectado es la falta de realización de la citología vaginal en las mujeres en edad fértil, en nuestro estudio se pudo determinar que el número de Papanicolaous (NoPAP) realizados fue alrededor de 2, la edad para la realización del primer Papanicolaou (edad PAP) fue alrededor de los 21 años, 83 (65.4%) participantes no se han realizado la citología vaginal, 19 (15%) participantes se han realizado la citología vaginal solo una vez; de los motivos que influyen en las

participantes para la realización periódica de la citología vaginal destacaron en 77 (60.6%) que se debe a falta de tiempo, seguido por no tener el deseo de realizárselo en 23 (18.1%) participantes; del total las encuestadas que no se han realizado la citología vaginal, el grado de conocimiento bajo y la actitud negativa ante la prevención del VPH se observó en 54, a diferencia de aquellas si se han realizado alguna vez la detección, en quienes se reportó la mayoría con un grado medio de conocimiento y actitud positiva, esto es un foco rojo para la población de estudio por que en base a los factores de riesgo que poseen, el retrasar la prueba diagnóstica para la detección, en quienes se reportó mayoría con un grado medio de conocimiento y actitud positiva.

Carrión J, Soto Y, Pupo M, en su estudio de 2020, encontraron que de las 100 mujeres analizadas, la prevalencia de infección fue notablemente más alta entre las mujeres solteras (15.7%). La mayoría de ellas (84%) inició relaciones sexuales entre los 16 y 20 años. Además, aproximadamente el 44% había recibido una citología cervicovaginal en los últimos 5 años, y casi el 90% experimentaba síntomas ginecológicos, siendo la leucorrea el más común. También se observó que las mujeres casadas tenían menos probabilidades de visitar al ginecólogo debido a razones socioculturales prevalentes en su país.

Datchoua Moukam, AM, Embolo Owono, MS, Kenfack, B. y colaboradores, en su estudio del año 2021, encontraron que una de las barreras detectadas para la realización de la citología cervical en su población de estudio fue el “miedo” al resultado, la falta de conocimiento para el desarrollo de cáncer cervicouterino por parte de la participante y su pareja, el costo financiero de asistir al programa de detección de cáncer cervicouterino y el tiempo requerido para llegar al centro de salud donde se ofreció el programa de detección, así como la comunicación sanitaria inadecuada y un trato irrespetuoso por parte de los profesionales de la salud como las dos barreras más importantes para el programa de detección de cáncer cervicouterino.

Herrera E, Salazar Z, Espinoza L, y Aspiazu K. en su estudio realizado en Ecuador en 2020, se encontró que la cobertura deficiente del programa "Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino" a nivel nacional fue del 41.5% para la prueba de Papanicolaou y del 60% para las inmunizaciones contra el VPH en mujeres de mayor edad. El grupo de mujeres más participativo en el programa fue el de 45 a 49 años, con educación superior. En cuanto a las barreras del servicio identificadas en este programa, el 89% mencionó la falta de disponibilidad, el 47% señaló dificultades para acceder al servicio y solo el 18% manifestó aceptación para realizarlo. Entre los factores que limitaron el acceso al programa se encontraron la falta de privacidad, el miedo, el trato inadecuado del personal, la falta de tiempo y los retrasos en la entrega de resultados. Esto resultó en una baja cobertura del 54.8% en la realización de citologías vaginales para la detección del cáncer cervicouterino.

En nuestro estudio, el grado de conocimientos en las 127 encuestadas acerca del VPH, predomino un grado bajo en 59 (46.5%); en relación con actitud ante la

prevención de infección por virus del papiloma humano, se obtuvo una tendencia a la actitud negativa en 44.9%; nuestros resultados hacen evidentes que la relación entre la escolaridad y el grado de conocimientos de las participantes, observándose que una escolaridad nivel primaria, secundaria y preparatoria no segura que se tengan grados altos de conocimientos acerca del VPH, mientras que el nivel licenciatura y posgrado favorece a que se tenga un grado medio de conocimientos acerca del VPH. Los resultados de la relación entre la escolaridad y la actitud preventiva de las participantes, nos permite observar que una escolaridad a nivel secundaria y preparatoria tiene tendencia a una actitud negativa, mientras que una escolaridad a nivel licenciatura tiene tendencia a una actitud más positiva. La escolaridad de las participantes a nivel preparatoria presenta un nivel más bajo de conocimientos relacionada a una actitud preventiva de tipo negativa, lo que resulta se suma importancia ya que este grupo se encuentra en mayor riesgo de contraer VPH, de no tener medidas preventivas para esta patología, y de desconocer en absoluto los múltiples factores de riesgo relacionados a la transmisión de VPH.

Pérez N, De los Santos L, y colaboradores en su estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre el virus del papiloma humano en mujeres jóvenes” en el 2023, describieron que la edad de predominio fue de 29 años, estado civil soltera con un 51.7%, ocupación de trabajo con un 62.7%, predomino la escolaridad de licenciatura en 56.7%, y el 91.5% presento un alto conocimiento sobre el VPH, el 8% poseen un conocimiento medio y un 0.5% poseen un conocimiento bajo, el 90.5% conoce como se contagia el VPH, el 76.1% estuvo de acuerdo en que pueden prevenir el VPH usando preservativo pero predomino un conocimiento bajo respecto a conocer la vacuna preventiva.

Adrianzén A, Villalobos V, y colaboradores en su estudio del año 2021, describieron que una población de 5to a 6to de preparatoria, presentaron un grado de conocimiento sobre VPH de 74.45%, un 21.82% para un grado regular y un 12.73% con un deficiente grado de conocimiento; mostrando predominio en la actitud indiferente en un 52.72%, un 34.55% una actitud desfavorable y un 12.73% una actitud favorable hacia la vacunación.

Salazar D, y Cantuñi V, en su estudio del año 2023, describieron que, en una población de estudiantes de la carrera de enfermería, donde predomino el sexo femenino, presentaron un grado de conocimiento regular en un 72.7% y adecuado en un 27.3% de las mujeres evaluadas, el 70.7% mostro una conducta insuficiente sobre el VPH, ya que, del total de cuestionamientos realizados, ningún participante obtuvo un puntaje de conducta adecuada.

DISCUSIÓN

Lo observado en este estudio indica que la población, con una edad promedio de 25 años, presenta varios factores de riesgo significativos para la infección por virus del papiloma humano. Entre estos factores se incluyen una edad media de inicio de relaciones sexuales a los 17 años, un promedio de aproximadamente 3 parejas sexuales (NPS), y un uso de preservativo que solo alcanza el 36%. Estos hallazgos

contrastan con los resultados del estudio de Medina et al.

Morales et al. (2022), describieron no encontrar diferencias estadísticas con los factores demográficos (peso, edad, talla, estado socioeconómico, etc.) que utilizaron, así como de la edad de la primera relación sexual (≥18 años) (OR no ajustada= 1.5, 95% IC= 0.575-3.912, p= 0.407) entre los grupos; pero si encontraron que aquellas con más parejas sexuales (OR sin ajustar= 2.4, IC del 95%= 1,0-6.08, p=0.048) tenían mayor posibilidad de ser VPH positivos, así como las mujeres que usaban anticonceptivos orales durante más de 6 años (OR no ajustado= 3.3, IC 95%= 1.0-11.2, p= 0.047) tenían más probabilidades de tener una infección por VPH.

Jordá et al. (2019) describieron que la prevalencia de detección del VPH fue más alta en mujeres de 15 a 24 años (35.8%) y de 25 a 49 años (27.3%). Observaron una asociación significativa con el número mayor de parejas sexuales (OR: 1.81; IC 95%: 1.02-3.22). Sin embargo, no encontraron evidencia de asociación entre la detección del VPH y el uso de métodos anticonceptivos (OR: 0.51; IC 95%: 0.77-1.78), ni con la edad de inicio de las relaciones sexuales entre los 13 y 18 años (OR: 0.67; IC 95%: 0.71-1.68). Es importante señalar que el 73.5% de las mujeres infectadas con VPH iniciaron su vida sexual entre los 15 y 18 años.

Otro factor de riesgo detectado es la falta de realización de la citología vaginal en las mujeres en edad fértil, en este estudio se pudo determinar que el número de Papanicolaous (NoPAP) realizados fue alrededor de 2, la edad para la realización del primer Papanicolaou (edad PAP) fue alrededor de los 21 años, 83 (65.4%) participantes no se han realizado la citología vaginal, 19 (15%) participantes se han realizado la citología vaginal solo una vez; de los motivos que influyen en las participantes para la realización periódica de la citología vaginal destacaron en 77 (60.6%) que se debe a falta de tiempo, seguido por no tener el deseo de realizárselo en 23 (18.1%) participantes; del total las encuestadas que no se han realizado la citología vaginal, el grado de conocimiento bajo y la actitud negativa ante la prevención del VPH se observó en 54, a diferencia de aquellas si se han realizado alguna vez la detección, en quienes se reportó la mayoría con un grado medio de conocimiento y actitud positiva, esto es un foco rojo para la población de estudio porque en base a los factores de riesgo que poseen, el retrasar la prueba diagnóstica para la detección, en quienes se reportó mayoría con un grado medio de conocimiento y actitud positiva.

Carrión et al. (2020) encontraron que, de un total de 100 mujeres analizadas, la prevalencia de infección fue notablemente más alta entre las mujeres solteras (15.7%). El inicio de las relaciones sexuales ocurrió mayoritariamente entre los 16 y 20 años (84%). Aproximadamente el 44% de las mujeres se había realizado una citología vaginal en los últimos 5 años, y casi el 90% experimentaba síntomas ginecológicos, siendo la leucorrea el más predominante. Además, las mujeres casadas mostraron una baja frecuencia de visitas al ginecólogo, atribuible a razones socioculturales arraigadas en su país.

Datchoua et al. (2021), encontraron que una de las barreras detectadas para la realización de la citología cervical en su población de estudio fue el “miedo” al resultado, la falta de conocimiento para el desarrollo de cáncer cervicouterino por parte de la participante y su pareja, el costo financiero de asistir al programa de detección de cáncer cervicouterino y el tiempo requerido para llegar al centro de salud donde se ofreció el programa de detección, así como la comunicación sanitaria inadecuada y un trato irrespetuoso por parte de los profesionales de la salud como las dos barreras más importantes para el programa de detección de cáncer cervicouterino.

Herrera et al. (2020) identificaron que el programa nacional "Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino" presentó un incumplimiento del 41.5% en la cobertura de la prueba de Papanicolaou y del 60% en la inmunización contra el VPH en mujeres mayores. El grupo más participativo en este programa fueron las mujeres de 45 a 49 años con educación superior. Respecto a las barreras del servicio, el 89% mencionó la falta de disponibilidad, el 47% reportó dificultades en el acceso, y solo el 18% expresó aceptación para someterse a las pruebas. Los obstáculos que afectaron el acceso al programa incluyeron problemas de privacidad, temor, maltrato por parte del personal, limitaciones de tiempo y retrasos en la entrega de resultados. Como consecuencia, solo se logró llevar a cabo el 54.8% de las citologías vaginales, lo que indica una cobertura deficiente en la detección del cáncer cervicouterino.

En nuestro estudio, el grado de conocimientos en las 127 encuestadas acerca del VPH, predomino un grado bajo en 59 (46.5%); en relación con actitud ante la prevención de infección por virus del papiloma humano, se obtuvo una tendencia a la actitud negativa en 44.9%; nuestros resultados hacen evidentes que la relación entre la escolaridad y el grado de conocimientos de las participantes, observándose que una escolaridad nivel primaria, secundaria y preparatoria no segura que se tengan grados altos de conocimientos acerca del VPH, mientras que el nivel licenciatura y posgrado favorece a que se tenga un grado medio de conocimientos acerca del VPH. Los resultados de la relación entre la escolaridad y la actitud preventiva de las participantes, nos permite observar que una escolaridad a nivel secundaria y preparatoria tiene tendencia a una actitud negativa, mientras que una escolaridad a nivel licenciatura tiene tendencia a una actitud más positiva. La escolaridad de las participantes a nivel preparatoria presenta un nivel más bajo de conocimientos relacionada a una actitud preventiva de tipo negativa, lo que resulta se suma importancia ya que este grupo se encuentra en mayor riesgo de contraer VPH, de no tener medidas preventivas para esta patología, y de desconocer en absoluto los múltiples factores de riesgo relacionados a la transmisión de VPH.

Pérez et al. (2023), describieron que la edad de predominio fue de 29 años, estado civil soltera con un 51.7%, ocupación de trabajo con un 62.7%, predomino la escolaridad de licenciatura en 56.7%, y el 91.5% presento un alto conocimiento sobre el VPH, el 8% poseen un conocimiento medio y un 0.5% poseen un conocimiento bajo, el 90.5% conoce como se contagia el VPH, el 76.1% estuvo de acuerdo en que

pueden prevenir el VPH usando preservativo pero predomino un conocimiento bajo respecto a conocer la vacuna preventiva.

Adrianzén et al. (2021), describieron en una población de 5to a 6to de preparatoria, presentaron un grado de conocimiento sobre VPH de 74.45%, un 21.82% para un grado regular y un 12.73% con un deficiente grado de conocimiento; mostrando predominio en la actitud indiferente en un 52.72%, un 34.55% una actitud desfavorable y un 12.73% una actitud favorable hacia la vacunación.

Salazar et al. (2023) reportaron que, en una muestra de estudiantes de enfermería, mayoritariamente mujeres, el 72.7% demostró un nivel de conocimiento regular y el 27.3% un conocimiento adecuado sobre el VPH. Además, el 70.7% mostró una conducta insuficiente en relación con el VPH, ya que ninguno de los participantes alcanzó un puntaje considerado adecuado en las evaluaciones realizadas.

CONCLUSIONES

Si existe relación entre los conocimientos y las actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano.

La infección por virus del papiloma humano es un tema de salud pública grave en la población, la relación de un alto grado de conocimiento con una actitud positiva para la prevención de infección por virus del papiloma humano favorece la realización de estrategias dirigidas a la población vulnerable de contraer la infección.

Los resultados de esta investigación ayudarán a las instituciones a seguir brindando mayor información acerca de la realización de citologías vaginales para la prevención de infección por virus del papiloma humano favoreciendo un adecuado nivel de conocimiento y una actitud positiva en las mujeres mexicanas, al reconocer los factores de riesgo que existen para su desarrollo y generando una sensibilización en mujeres de menores de 25 años, de acuerdo a nuestros resultados, para que a partir del inicio de su vida sexual se realicen las detecciones tempranas necesarias, disminuyendo las justificaciones de la falta de su realización de manera rutinaria y reforzando el uso de preservativo.

SUGERENCIAS

A partir de esta investigación, uno de los quehaceres principales de los médicos y del personal de salud es reconocer la necesidad de fomentar la prevención en las mujeres de edad fértil con la realización de los cribados de detección y la aplicación de vacunas en la población adolescente.

Se sugiere el diseño de estrategias educativas con enfoque preventivo, para optimizar la realización del Papanicolau en mujeres de 20-35 años con la información necesario para que tengan presentes los factores de riesgo que favorecen al contagio del VPH, y que se apliquen estas estrategias también a las adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta-Escalante JB, Monarrez-Manrriquez D, Morgan-Ortiz F, Guicho-Samaniego MG, Quevedo-Castro E, López-Manjarrez G. Prevalencia del virus del papiloma humano de alto riesgo en pacientes sanas con condilomatosis vulvar. REVMEDUAS [Internet]. 2022 [citado 2022 julio 31];12(1):5–11. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105993
2. Romero-Morelos P, Bandala C, Jiménez-Tenorio J, Valdespino-Zavala M, Rodríguez-Esquivel M, Gama-Ríos RA, et al. Bacterias relacionadas con vaginosis bacteriana y su asociación a la infección por virus del papiloma humano. Med Clin (Barc) [Internet]. 2019 [citado 2022 julio 31]; 152(1):1–5. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531830087o
3. Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno A., Urrunaga-Pastor D, Venegas-Rodríguez G, Benites-Zapata V. Association between knowledge about cervical cancer and having a Papanicolaou test in peruvian women. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. [Internet]. 2020; [citado 2022 agosto 1]; 37 (1): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100017&lng=es. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4730.
4. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, González P, Ferrera A, et al. Multicentric study of cervical cancer screening with human papillomavirus testing and assessment of triage methods in Latin America: the ESTAMPA screening study protocol. BMJ Open. [PubMed] 2020; [citado 2022 Ago 01]; 10(5):e035796. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035796. PMID: 32448795; PMCID: PMC7252979.
5. Secretaria de Salud. Gobierno de México. CNEGSR. Semana de sensibilización en cáncer de cuello uterino. Hoja de datos de cáncer de cuello uterino. [Internet] 2019; [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf
6. Toro-Montoya A, Tapia-Vela L, Virus del Papiloma Humano (VPH) y cáncer. Editora Médica Colombiana. [internet] 2021, [Citado 2022 agosto 1]; 25 (2): 467-483. Disponible en: https://medicinaylaboratorio.com › myl
7. De Agüinada A, Ruiz P, Ramírez M, Virus del papiloma humano y condilomatosis anogenital. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2020 [Internet]. Medigraphic.com. [citado 2022 agosto 1]; 18(3):215-227. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2020/dcm203l.pdf
8. Juárez-González K, Paredes-cervantes V, Martínez-Salazar M, Gordillo-Rodríguez S, et al. Prevalencia del papiloma humano oncogénico en pacientes con lesión cervical. Revista Médica del Instituto Mexicano Seguro Social. [internet] 2020 [Citado 2022 agosto 1];58(3):243-249. Disponible en:

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/2579/3971
9. Fiorillo L, Cervino G, Surace G, De Stefano R, Laino L, D'Amico C, et al. Human Papilloma Virus: Current Knowledge and Focus on Oral Health. BioMed Research International. [PubMed] 2021; [Citado 2022 agosto 1];1-10. PMID: 33623784; PMCID: PMC7875628. disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33623784/
10. Rodríguez-Bauta S, Trujillo-Perdomo T, Aguilar-Fabré K, Hernández-Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [internet] 2018 [citado 2022 agosto 1]; 44(1):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n1/gin17118.pdf
11. Alfaro D, Canales L, Domínguez G, Ruvalcaba J, Cortés S, Solano C, et al. Virus del Papiloma Humano: Conocimiento en alumnas de Secundaria en Pachuca, Hidalgo y su impacto en la prevención. JONNPR. [Internet]. 2020 [citado 2022 agosto 1]; 5(12):34-44. DOI: 10.19230/jonnpr.3762. disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020001000006
12. James C, Das D, Bristol M, Morgan I, Activating the DNA Damage Response and Suppressing Innate Immunity: Human Papillomaviruses Walk the Line. Pathogens. [Internet]. 2020 [citado 2022 agosto 1]; 9(6): 467. PMID: 32545729; PMCID: PMC7350329. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32545729/
13. James C, Morgan I, Bristol M. The Relationship between Estrogen-Related Signaling and Human Papillomavirus Positive Cancers. Pathogens. [PubMed]. 2020 [citado 2022 agosto 1]; 9(5):403. PMID: 32455952; PMCID: PMC7281727. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32455952/
14. Osazuwa-Peters N, Adjei Boakye E, Rohde RL, Ganesh RN, Moiyadi AS, Hussaini AS, et al. Understanding of risk factors for the human papillomavirus (HPV) infection based on gender and race. Sci Rep [Internet]. 2019 [citado 2022 agosto 1];9(1):297. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41598-018-36638-z
15. Schilling A, Recibido H. Preguntas frecuentes respecto a la vacuna contra el virus papiloma humano [Internet]. Scielo.cl. [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rci/v35n5/0716-1018-rci-35-05-0581.pdf
16. Sendagorta-Cudós E, Burgos-Cibrián J, Rodríguez-Iglesias M. Genital infections due to the human papillomavirus. Enferm infecc microbiol clin (Engl) [Internet]. 2019 [citado 2022 agosto 1];37(5):324–34. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-genitales-por-el-virus-S0213005X19301223
17. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. Lancet Glob Health [Internet]. 2021 [citado 2022 agosto 1];9(2): e161–9. Disponible en:

https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30459-9/fulltext
18. Setayesh T, Kundi M, Nersesyan A, Stopper H, Fenech M, Krupitza G, Knasmüller S. Use of micronucleus assays for the prediction and detection of cervical cancer: a meta-analysis. Carcinogenesis, [Internet]. 2020 [citado 2022 agosto 1]; 41 (10); 1318–1328. Disponible en: https://academic.oup.com/carcin/article/41/10/1318/5891110
19. Smith R. Andrews K, Brooks D, Fedewa S., et al. Cancer screening in the United States, 2019: Areview of current American Cancer Society guidelines and current issues in cáncer screening. Cancer Journal for Clinicians. [Internet]. 2019; [citado 2022 agosto 20]; 69 (3); 184-210. Disponible en: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21557
20. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, González P, Ferrera A, Picconi A. Multicentric study of cervical cancer screening with human papillomavirus testing and assessment of triage methods in Latin America: the ESTAMPA screening study protocol. BMJ Open. [Internet]. 2020 [citado 2022 agosto 1]; 10 (5); 10-14. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/10/5/e035796
21. Xue P, Ng MTA, Qiao Y. The challenges of colposcopy for cervical cáncer screening in LMICs and solutions by artificial intelligence. BMC Med. [PubMed]. 2020; [citado 2022 agosto 20]; 18(169); 1-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32493320/
22. Paolino M, Gago J, Pera AL, Cinto O, Thouyaret L, Arrossi S. Adherence to triage among women with HPV-positive self-collection: a study in a middle-low income population in Argentina. Ecancermedicalscience. [PubMed]. 2020 [citado 2022 agosto 1]; 10(14), 1-14. DOI: 10.3332/ecancer.2020.1138. PMID: 33281930; PMCID: PMC7685770.
23. Murillo-Zavala A, Morales-Pinargote M, Quimiz-Lino M. Virus del papiloma humano: una actualización al diagnóstico y la prevención. Revista Científica Dominios de las Ciencias de la Salud. [internet] 2022; [citado 2022 agosto 1]; 8(2):402-419. Disponible en: https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2652
24. Khairkhah N, Bolhassani A, Najafipour R. Current and future direction in treatment of HPV-related cervical disease. Journal of Molecular Medicine. [internet], 2022; [citado 2022 agosto 1]; 100:829–845. Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00109-022-02199-y.pdf
25. Duarte L, Hasdeu S, Isamel J, et al. Test de VPH en estrategia de screening primario para detección de cáncer cervicouterino. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). Ministerio de Salud Argentina. [internet] 2021, [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-11-test-vph-marzo-2021.pdf
26. Farmacológico P. La lucha contra el virus del papiloma humano [Internet]. Farmaceuticos.com. [citado 2022 agosto 1]. Disponible en:

https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2022/03/Punto-farmacologico-159-La-lucha-contra-el-virus-del-papiloma.pdf
27. Laércio-Deleon de M, Passos-Sodré C, Spindola T, et al. Prevention of sexually transmitted infections among young people and the importance of health education. Enferm. Glob. [internet]. 2022. [citado 2022 agosto 1] 65: 102-105. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n65/en_1695-6141-eg-21-65-74.pdf
28. Canfell K, Kim J, Brisson M, et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. The Lancet. [internet] 2020, [citado 2022 agosto 1] 395 (10224): 591-603. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30157-4/fulltext
29. Organización Panamericana de la Salud. Plan of action for cervical cancer prevention and control 2018-2030. Washington, D.C.: OPS; [Internet] 2018; [citado 2022 agosto 1]; 1-17.Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49212/CE162-15-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Ciudad Defensora. Derechos sexuales y Derechos reproductivos. Revista bimestral de derechos humanos. [internet] 2022, [citado 2022 agosto 20]; 16; 2-32. Disponible en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2022/01/Ciudad-Defensora-16-final.pdf
31. Duarte-Anselmi G, Leiva- Pinto E, Vanegas López J, Thomas-Lange J. Experiences and perceptions on sexuality, risk and STI/HIV prevention campaigns by university students. Designing a digital intervention. Ciencia & Saúde Coletiva, [internet], 2022, [citado 2022 agosto 1]; 27(3):909-920. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2022.v27n3/909-920/en
32. Arrossi S, Paolino M, Laudi R, Thouyaret L. Changing the paradigm of cervical cancer prevention through introduction of HPV-testing: evaluation of the implementation process of the Jujuy Demonstration Project in Argentina. Ecancermedicalscience.[internet] 2021; [citado 2022 agosto 20]; 24;15:1199. DOI: 10.3332/ecancer.2021.1199. PMID: 33889208; PMCID: PMC8043686
33. Martínez L, Cuesta U. Conocimiento y Actitudes hacia el Virus del Papiloma Humano en población de universitarios españoles. Revista Española De Comunicación en Salud. [Internet] 2018 [citado 1 agosto de 2022]; 9 (1), 14-21. Disponible en: https://doi.org/10.20318/recs.2018.4248
34. Pelliccioni P, Minin F, Guerrero C, et al. Información y actitudes sobre el virus de jóvenes estudiantes universitarios. Revista de salud pública. [internet], 2020, [citado 2022 agosto 1]; 24 (3): 85-94. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/25265
35. Lema-Vera L, Mesa-Cano I, Ramírez-Coronel A, Et al. Conocimientos sobre el Virus del papiloma humano en estudiantes de básica superior y bachillerato. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. [internet] 2021, [citado

2022 agosto 1]; 40 (3). Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/9_conocimientos_virus.pdf
36. Pérez- Pérez Y, Nava-Navarro V, Báez -Hernández F, Morales-Nieto A. Relación de los conocimientos sobre el virus del papiloma humano con el uso del condón universitario Indígenas. Horizonte Sanitario. [internet] 2021; [citado 2022 agosto 1]; 20 (2): 189- 196. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592021000200189&script=sci_arttext#:~:text=Se%20concluye%20que%20a%20pesar,para%20comparar%20los%20hallazgos%20obtenidos.
37. Flores-Sánchez A, Rodríguez-Medina M, Rodríguez-Morachis M, et al. Conocimientos y riesgos sobre el VPH y su relación con el cáncer Cervicouterino en mujeres entre 20 y 59 años de edad. RIDE. [internet], 2022, [citado 2022 agosto 1]; 12 (24): e345. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74672022000100039&script=sci_arttext
38. Sung H, Ferlay J, Siegel F, Laverssane M, Jermal A, Bray F, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. American Cancer Society. CA Cancer J Clin. [Internet]. 2021; [citado 2022 agosto 1]; 71(3):209–49. Disponible en: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660
39. Organización Mundial de la Salud. Cáncer Cervicouterino. [internet] 2022. [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
40. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. [internet] 2022; [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107
41. Ramírez N, Gallegos V, Gaytán D, Zermeño P, Guel J, Evaluación del ángulo de fase por bioimpedancia vectorial eléctrica en mujeres con cáncer cervicouterino. Nutrición Hospitalaria. [internet]; 2021; [citado 2022 agosto1]; 38(6):1192-1199. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000700013
42. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. [internet] 2021 [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
43. Gago J, Paolino M, Arrossi S. Factors associated with low adherence to cervical cancer follow-up retest among HPV+/ cytology negative women: a study in programmatic context in a low-income population in Argentina. BMC Cancer. [internet] 2019 [citado 2022 agosto 1]; 19(1): 2-8. DOI: 10.1186/s12885-019-5583-7. PMID: 31014287; PMCID: PMC6480915}

44. Baezconde L, Agurto I, Gravitt P, Luciani S, Murphy S, Ochoa C, et al. Barriers and innovative interventions for early detection of cervical cancer. Salud Publica Mex. [internet] 2019 [citado 2022 agosto 1]; 61(4):456-460. DOI: 10.21149/10425. PMID: 31430087; PMCID: PMC7433844.
45. Martínez A. Conocimiento [Internet]. Concepto de - Definición de. Concepto Definición de; 2019 [citado 2022 agosto 1]. Disponible en: http://Conceptodefinicion.de/conocimiento/
46. Gutiérrez Granados MM, Juárez Lira A. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México. Rev cient enferm [Internet]. 2021 [citado 2022 agosto 1]; 0(21):4. Disponible en: https://recien.ua.es/article/view/2021-n21-desarrollo-validacion-instrumento-determinacion-barreras-de-acceso-pruebas-cribado-cancer-cervicouterino-mexicohttps://recien.ua.es/article/view/2021-n21-desarrollo-validacion-instrumento-determinacion-barreras-de-acceso-pruebas-cribado-cancer-cervicouterino-mexico
47. Mariño-Escobedo D. Conocimientos y actitudes sobre el virus de papiloma humano en adolescentes de secundaria de una institución educativa de puente de piedra, 2018. Revista internacional de salud materno fetal. [internet]; 2019 [citado 2022 agosto 20]; 4:1. Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/21902
48. Adrianzén A. Villalobos B. Lloclla H. Correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a la vacuna contra el virus del papiloma humano en estudiantes de secundaria. Horiz Med(Lima), [internet]; 2022; [citado 2023 diciembre 12]; 22(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v22n4/1727-558X-hm-22-04-e1983.pdf
49. Pérez N, De los Santos L, Ponce M, et al. Nivel de conocimiento sobre el virus del papiloma humano en mujeres jóvenes. Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud. [internet]; 2023; [citado 2023 diciembre 12]; 4(1). Disponible en: https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/1504/1453
50. Jorda G, Ramos JM, Mosmann J, et al. Prevalencia del virus papiloma humano y factores de riesgo asociados en mujeres afiliadas al seguro de salud estatal en Posadas, Misiones (Argentina). Rev Chilena Infectol. [internet]; 2020; [citado 2023 diciembre 12]; 37 (2): 111-116. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rci/v37n2/0716-1018-rci-37-02-0111.pdf
51. Morales-Figueroa G. Bravo-Parra M. Olivos-Mata K, et al. Associated factors with human papillomavirus (HPV) infection in adult women from northwest México. Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud. Biotecnia. [internet]; 2023; [citado 2023 diciembre 12]; 25(1): 133-139. Disponible en: https://biotecnia.unison.mx/index.php/biotecnia/article/view/1780/740
52. Carrion J, Soto Y, Pupo M. Infección por virus del papiloma humano en mujeres del Cantón Cañar, Ecuador. Revista Cubana de Medicina Tropical. [internet];

2020; [citado 2023 diciembre 12]; 72(1). Disponible en: https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD65592.pdf
53. Datchoua Moukam, AM, Embolo Owono, MS, Kenfack, B. *et al.* Cervical cancer screening: awareness is not enough". Understanding barriers to screening among women in West Cameroon—a qualitative study using focus groups. Reprod Health. [internet]; 2021; [citado 2023 diciembre 12]; 18 (147). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01186-9
54. Herrera E, Salazar Z, Espinoza L, y Aspiazu K. Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Revista de Investigación en Salud. [internet]; 2020; [citado 2023 diciembre 12]; 3(9). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/vrs/v3n9/v3n9_a15.pdf
55. Salazar Llerena LD, Cantuñi Carpio V del P. Conductas de riesgos y conocimiento del virus de papiloma humano (VPH). Salud Cienc. Tecnol. [internet]; 2023; [citado 2023 diciembre 12]; 3 (309). Disponible en: https://doi.org/10.56294/saludcyt2023309

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón del Instituto Mexicano Del Seguro Social, Ciudad de México, a
Número de registro institucional:	R-2022-3511-053
Justificación y objetivo del estudio:	El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en adultos jóvenes, precursora del cáncer cervicouterino en un 70%, en México esta neoplasia representa el segundo cáncer más frecuente entre los 30-59 años de edad; las principales barreras para que no disminuya su incidencia involucran desinformación de la población, tabúes y factores culturales. Objetivo: Establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano.
Procedimientos:	El investigador me ha explicado que responderé algunos datos personales y dos cuestionarios, uno de ellos de 16 ítems para conocer el “grado de conocimientos sobre Virus de Papiloma Humano”, y el segundo de 12 ítems para conocer la “ actitudes preventivas sobre el virus del papiloma humano”, lo cual me puede ocupar alrededor de 25 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo en mínimo ya que sólo puede existir molestia o incomodidad por el tiempo aproximado utilizado para responder los cuestionarios, sin ningún tipo de afectación a mi salud física y/o psicológica al participar en el presente estudio, además puede existir molestia o incomodidad al responder alguna de las preguntas debido a que es información personal.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conoceré cual es mi nivel de conocimientos y mi de actitud ante la infección del virus del papiloma humano, además la investigadora a mi cargo podrá aclararme las dudas respecto al tema que surjan durante la entrevista y podré ser derivada a trabajo social para integrarme al grupo educativo con enfoque a la promoción de la salud y a medicina preventiva para la realización del Papanicolaou si asi lo aceptase.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La investigadora me ha comentado que mis resultados me podrán ser entregados de manera inmediata si así lo solicito, además en caso necesario y si así lo deseo, podré ser referida a la consulta de medicina familiar para mi atención de salud integral y aclarará mis dudas respecto al tema.
Participación o retiro:	Tendré plena libertad de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin presentar alguna represalia que me afecte física, metal o psicológicamente, o al respecto de la calidad de la atención medica que se me brinde.
Privacidad y confidencialidad:	Mis datos recabados serán manejados con confidencial, no hay manera de identificar la procedencia de los datos de cada uno de los participantes, ya que no se interroga su nombre y solo serán utilizados con el fin de analizar el objetivo del estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de heber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐ No acepto participar en el estudio.

☐ Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadoras Responsables:

Dra. Judith Magdalena Corona Lara, Matricula 99368779, Teléfono: 57672977 extensión 21465, Correo electrónico: judith.corona@imss.gob.mx

Dra. Alejandra Rubí Nieto López, Matricula: 97360009,Teléfono: 57672977 extensión 21465, Correo electrónico: dra_alenieto@outlook.com

Colaboradores:

Dra. Bernal Bernal Mitzi Itzel, matrícula: 96360680, teléfono 5540708026, correo electrónico: mitziazul91@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCION DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: _____

I. INTRODUCCIÓN

Estimada participante este instrumento tiene el objetivo de recabar los datos relacionados al propósito de este estudio, por lo que a continuación se te presentará una serie de preguntas que han sido elaboradas para medir el grado de conocimientos y actitudes acerca de la infección por virus del papiloma humano, los resultados obtenidos se emplearan para el estudio de investigación de una tesis titulada "Relación entre conocimientos y actitudes en mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano". Esta encuesta es VOLUNTARIA, CONFIDENCIAL Y ANONIMA, es decir no es necesario que anote su nombre, ya que toda la información personal será protegida. Además, no tendrá ningún otro uso que no sea el anteriormente mencionado.

II. INSTRUCTIVO

Lea detalladamente cada una de las preguntas que están relacionadas a obtener la información con respecto al tema del estudio y responda con sinceridad, escribiendo y/o marcando con una "X" la respuesta que crea conveniente.

III. DATOS

A. ¿Cuántos años cumplidos tienes?_____años

B. ¿Cuál es tu ultimo grado de estudios aprobados?

1. Primaria ☐ 2. Secundaria ☐ 3. Preparatoria ☐ 4. Licenciatura ☐ 5. Posgrado ☐

C. ¿Cuál es tu estado civil actual?

1. Soltera ☐ 2. Casada ☐ 3. Viuda ☐ 4. Unión libre ☐ 5. Divorciada ☐

D. ¿Cuál es tu ocupación actual?

1. Estudio ☐ 2. Trabajo ☐ 3. Ambas ☐

E. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual activa (relaciones sexuales)?_____años

F. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? _____

G. ¿Qué método anticonceptivo has usado? Puedes marcar más de una

☐ 1.Preservativo (Condón)
☐ 2.DIU (dispositivo intrauterino de cobre o medicado)
☐ 3.Pastillas anticonceptivas
☐ 4.Hormonas inyectables
☐ 5.Implante
6. Otro _____

H. ¿A qué edad te realizaste tu primer Papanicolaou?_____años

I. ¿Cuál es número de veces que te has realizado el Papanicolaou? _____

J. En caso de que hayas pospuesto realizarte el papanicolau, ¿Qué consideras que influye en ti para no realizarte el Papanicolaou periódicamente? Marcar y/o escribe tu respuesta

1. Falta de Tiempo ☐ 2. No deseo realizármelo ☐ 3. Desconozco para que sirve ☐ 4. Otro: _____

ANEXO 3

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCION DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

GRADO DE CONOCIMIETOS SOBRE EL VPH

Folio: _____

I. INTRODUCCIÓN

Esta encuesta es VOLUNTARIA, CONFIDENCIAL Y ANONIMA, es decir no es necesario que anote su nombre, ya que toda la información personal será protegida. Además, no tendrá ningún otro uso que no sea el anteriormente mencionado.

II. INSTRUCCIONES

Lea detalladamente cada una de las preguntas que están relacionadas al conocimiento sobre el virus de papiloma humano y responda con sinceridad, por lo cual usted debe subrayar (_) la respuesta que crea conveniente.

III. CONTENIDO

Conocimientos sobre el virus del papiloma humano

1. ¿Quién produce la infección del papiloma humano?
a) Hongo
b) Virus
c) Parasito
d) Ninguna de las anteriores

2. La infección por papiloma humano es:
a) Infección del aparato respiratorio
b) Infección del aparato cardiovascular
c) Infección de transmisión sexual
d) Infección de vías urinarias

3. De la siguiente lista indique: ¿Qué tipos de enfermedades puede provocar el papiloma humano?
a) Cáncer de útero y próstata
b) Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
c) Cáncer de cuello uterino y verrugas genitales
d) Ninguna de las anteriores

4. ¿En qué zona del cuerpo se desarrolla el cáncer de la infección del papiloma humano?
a) Pene
b) Corazón
c) Ovario
d) Cuello uterino

5. ¿Cómo se transmite el papiloma humano?
a) Saliva
b) Relaciones sexuales sin protección
c) Hereditario
d) Ninguna de las anteriores

6. ¿Cómo se transmite las verrugas genitales?
a) Besos
b) Hereditario
c) Contagio por contacto directo
d) Todas las anteriores

7. ¿Cómo una persona puede aumentar el riesgo de contraer el papiloma humano?
a) Inicio de relaciones sexuales a temprana edad
b) Múltiples parejas sexuales
c) Relaciones sexuales sin protección
d) Todas las anteriores

8. ¿Cómo una persona puede reducir el riesgo de contraer el papiloma humano?
a) Abstinencia o una sola pareja sexual (fidelidad)
b) Uso correcto del preservativo en cada relación sexual
c) Vacunación
d) Todas las anteriores

9. ¿A partir de qué momento las mujeres deben realizarse el Papanicolaou?
a) Primera menstruación
b) Después de nacimiento de mi bebe
c) Inicio de las relaciones sexuales
d) Inicio de método anticonceptivo

10. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar el examen de Papanicolaou?
a) Una vez al mes
b) Una vez al año
c) Dos veces al año
d) Cada dos años

11. ¿Qué examen se requiere para detectar el papiloma humano en los varones?
a) Prueba Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
b) Prueba de sangre
c) Prueba de orina
d) Ninguna

12. ¿Cuáles son los síntomas de la infección de virus de papiloma humano?
a) Dolor de cabeza
b) Dolor en menstruación
c) Dolor de estomago
d) Ninguna

13. La vacuna contra el virus del papiloma humano en las mujeres tiene mayor eficacia cuando es aplicado:
a) Una vez iniciada las relaciones sexuales
b) Antes de inicio de las relaciones sexuales
c) Una vez realizado el Papanicolaou
d) Cuando se infectan con el virus del papiloma humano

14. ¿Cuántas dosis son las vacunas contra el virus del papiloma humano?
a) 3 dosis
b) 1 dosis
c) 4 dosis
d) 2 dosis

15. ¿Cuáles son las enfermedades que protege la vacuna contra el virus del papiloma humano?
a) Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
b) Verrugas genitales y cáncer de cuello uterino
c) Cáncer de próstata
d) Cáncer de mama

16. ¿Cuál es el método anticonceptivo que protege para no contraer el virus de papiloma humano?
a) T de cobre
b) Pastillas anticonceptivas
c) Inyectables trimestrales
d) Condón / preservativo

Conocimientos sobre el VPH:

Alto (12 a 16 puntos) ☐ Medio (7 a 11 puntos) ☐ Bajo (0 a 6 puntos) ☐

ANEXO 4

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCION DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

ACTITUDES PREVENTIVAS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Folio: _____

IV. INTRODUCCIÓN

Esta encuesta es VOLUNTARIA, CONFIDENCIAL Y ANONIMA, es decir no es necesario que anote su nombre, ya que toda la información personal será protegida. Además, no tendrá ningún otro uso que no sea el anteriormente mencionado.

V. INSTRUCCIONES

Lea detalladamente cada una de las preguntas que están relacionadas al conocimiento sobre el virus de papiloma humano y responda con sinceridad, por lo cual usted debe marcar con un tache (X) la respuesta que crea conveniente.

VI. CONTENIDO

Actitudes preventivas sobre el Virus del Papiloma Humano

ITEMS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	INDIFERENTE	ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1. Es importante conocer sobre las medidas de prevención de la infección por el virus del papiloma humano					
2. Es fundamental realizar mis chequeos preventivos anualmente.					
3. Es mejor vacunar a una persona que tiene el virus del papiloma humano para evitar que contagie al resto de las personas					
4. Pocas parejas sexuales ayuda a prevenir la infección por virus del papiloma humano					
5. Es vergonzoso hablar sobre los temas de infección de transmisión sexual					
6. Es vergonzoso utilizar preservativo en cada relación sexual					
7. Me preocupa estar en riesgo de tener el virus de papiloma humano en algún momento de mi vida					
8. Me realizaría la prueba de virus de papiloma humano para descartar la infección					
9. Tengo interés por aprender sobre el uso correcto del preservativo					
10. Es totalmente efectiva la vacuna contra el virus del papiloma humano solo a personas que tienen parejas sexuales					
11. Es necesario esperar la aparición de síntomas para realizarme un Papanicolaou					
12. Es recomendable usar preservativo en cada relación sexual con mi pareja de 2 meses de relación estable					

Actitudes sobre el VPH:

Positiva (46 a 60 puntos) ☐ Neutra (29 a 45 puntos) ☐ Negativa (12 a 28 puntos) ☐

ESCALA DE PUNTAJES:

- Grado de conocimientos sobre el VPH

PREGUNTA	RESPUESTA	PREGUNTA	RESPUESTA
PREGUNTA 1	B	PREGUNTA 9	C
PREGUNTA 2	C	PREGUNTA 10	A
PREGUNTA 3	C	PREGUNTA 11	D
PREGUNTA 4	D	PREGUNTA 12	D
PREGUNTA 5	B	PREGUNTA 13	B
PREGUNTA 6	C	PREGUNTA 14	D
PREGUNTA 7	C	PREGUNTA 15	B
PREGUNTA 8	D	PREGUNTA 16	C

GRADO DE CONOCIMIENTO	PUNTAJE
BAJO	0-6 PUNTOS
MEDIO	7-11 PUNTOS
ALTO	12-16 PUNTOS

- Actitud ante la prevención del Virus del Papiloma Humano

Ítems	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ítems 1	1	2	3	4	5
Ítems 2	1	2	3	4	5
Ítems 3	5	4	3	2	1
Ítems 4	1	2	3	4	5
Ítems 5	5	4	3	2	1
Ítems 6	5	4	3	2	1
Ítems 7	1	2	3	4	5
Ítems 8	1	2	3	4	5
Ítems 9	1	2	3	4	5
Ítems 10	5	4	3	2	1
Ítems 11	5	4	3	2	1
Ítems 12	1	2	3	4	5

TIPO DE ACTITUD	PUNTAJE
NEGATIVA	12-28 PUNTOS
NEUTRA	29-45 PUNTOS
POSITIVA	46-60 PUNTOS

ANEXO 5

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

Carta para protocolos de investigación sin implicaciones de Bioseguridad

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2022

A quien Corresponda:

Declaro al Comité de Bioseguridad para la Investigación, que el protocolo de investigación con título: **"Relación entre conocimientos y actitudes de mujeres ante la prevención de infección por virus del papiloma humano"** del cual soy responsable, NO TIENE IMPLICACIONES DE BIOSEGURIDAD, ya que no se utilizará material biológico infecto-contagioso; cepas patógenas de bacterias o parásitos; virus de cualquier tipo; material radiactivo de cualquier tipo; animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados; sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas; cualquier otro material que ponga en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente.

Asimismo, declaro que, en este protocolo de investigación, no se llevarán a cabo procedimientos de trasplante de células, tejidos u órganos, o de terapia celular, ni se utilizarán animales de laboratorio, de granja o de vida silvestre.

El estudio presente es de tipo transversal basado en la aplicación de cuestionarios para recabar información sobre el nivel de conocimientos y actitudes de las participantes, definiendo la investigación sin riesgo, por la ley general de salud de materia de investigación para salud, Título II, Capítulo I, Artículo 17, ya que las técnicas y métodos para recabar los datos de información de interés de las participantes serán en base a las respuestas otorgadas por las participantes en los cuestionarios empleados en el presente estudio, sin que se realice ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las participantes.

Atentamente:

Investigador asociado

Dra. Bernal Bernal Mitzi Itzel

ANEXO 6

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MECINA FAMILIAR No. 94

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2022

Asunto: CARTA DE NO INCONVENIENTE

A QUIEN CORRESPONDA:
COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACION
PRESENTE:

Por medio del presente, manifiesto la autorización para llevar a cabo el protocolo de estudio **"RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCION DE INECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO"**, a cargo de la Investigadora Asociada Dra. Bernal Bernal Mitzi Itzel a cargo de la Dra. Alejandra Rubí Nieto, matrícula 99050009 adscrita a la UMF 94.

Asimismo, declaro:

☐ **No tener conflicto de intereses.**

De acuerdo al artículo 83 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y al Capítulo 7 numeral 4.5, de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes, lo comunicaré al Presidente o Secretario del Comité de Investigación para estudios retrospectivos.
2. Declaró que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

Dr. SERGIO A. LEÓN ÁNGELES
DIRECTOR DE LA UMF 94

ANEXO 7

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

CARTA DE CONFEDENCIALIDAD Y APEGO A LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES PARA INVESTIGADORES/AS y/o COINVESTIGADORES/AS.

Ciudad de México, a 31 de Agosto 2022.

Yo Bernal Bernal Mitzi Itzel investigadora de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, en relación con el protocolo No._____, titulado **RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MUJERES ANTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo o en el cual participo como investigador, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución del mismo. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federales y demás disposiciones aplicables en la materia.

A T E N T A M E N T E

Dra. Bernal Bernal Mitzi Itzel