

¿ACEPTAN LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA LA AUTO-TOMA COMO FORMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX?

María Besó Delgado (1,2), Josefa Ibáñez Cabanell (1,2), Ana Molina-Barceló (2), Oscar Zurriaga Llorens (3,4,5,6) y Dolores Salas Trejo (1,2)

(1) Servicio de Prevención y Promoción en el Entorno Sanitario. Dirección General de Salud Pública. Valencia. España.

(2) Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana, FISABIO. Área de Cáncer y Salud Pública. Valencia. España.

(3) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia. Valencia. España.

(4) Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

(5) CIBER de Epidemiología y Salud Pública. España.

(6) Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras. FISABIO-UVEG. Valencia. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El uso de la auto-toma para determinación del Virus del Papiloma Humano (VPH), podría facilitar la implantación de los programas de cribado poblacional y aumentar la participación de las mujeres. El objetivo de estudio fue conocer los conocimientos y actitudes de las mujeres frente al cribado del cáncer de cérvix y la aceptación de la auto-toma como método de cribado para la detección del VPH.

Métodos: Estudio transversal analítico mediante encuesta telefónica realizada a una muestra aleatoria de 389 mujeres entre 35 y 65 años de la Comunitat Valenciana. Se preguntó a las mujeres sobre prácticas preventivas previas, actitudes y conocimientos del cribado, y la preferencia por la determinación de VPH mediante auto-toma o por un profesional sanitario.

Resultados: El 86,9% de las mujeres encuestadas prefirieron la auto-toma como método de cribado y el 93,3% se habían realizado una citología cervical previa. El 51,4% de las mujeres tenían un nivel de conocimiento alto sobre el cribado del cáncer de cérvix. Las mujeres de menor edad (POR 9,26; IC95%:1,04-24,38), mayor nivel de estudios (POR 4,6; IC95%:1,92-11,00), y mayor nivel de conocimientos (POR 2,78; IC95%:1,69-9,29), presentaron preferencias mayores por la determinación de VPH mediante auto-toma. La tendencia en la edad, nivel de estudios y conocimientos fue la misma para la prevalencia de realización de la citología cervical previa.

Conclusiones: La aceptación de la auto-toma como método de cribado del cáncer de cérvix es elevada entre las mujeres. Se deben dedicar esfuerzos para aumentar el conocimiento en las mujeres para reducir posibles desigualdades de acceso y fomentar una participación informada.

Palabras clave: Aceptación, Cribado poblacional, VPH, Auto-toma, Participación, Encuesta, Cribado cáncer cérvix, Desigualdades sociales.

ABSTRACT

Do women in the Valencian Community accept self-sampling as a form of cervical cancer screening?

Background: The use of new devices such as the self-sampling for the determination of the Human Papilloma Virus (HPV), could facilitate the implementation of population screening programs and increase the participation of women. The objective of the study was to find out the women's knowledge and attitudes towards cervical cancer screening as well as the acceptability of self-sampling.

Methods: Analytical cross-sectional study by telephone survey carried out on a random sample of 389 women from 35 to 65 years of age. The women were asked about their attitudes and knowledge of the screening and preference for HPV determination by self-sampling or by a healthcare professional.

Results: 86.9% of the women preferred self-sampling as a screening method and 93.3% had undergone a previous cervical cytology. 51.4% of the women had a high level of knowledge about cervical cancer screening. Younger women (POR 9.26; 95% CI 1.04-24.38), higher level of education (POR 4.6; 95% CI: 1.92-11.00), and higher level of knowledge (POR 2.78; 95% CI: 1.69-9.29), presented higher preferences for the determination of HPV by self-sampling. The trend in age, educational level and knowledge was the same for the prevalence of previous cervical cytology.

Conclusions: The acceptance of self-testing as a method of cervical cancer screening is high among women. Efforts should be made to raise awareness among women to reduce possible inequalities in access and to encourage informed participation.

Key words: Acceptance, Population screening, HPV, Self-sampling, Participation, Survey, Cervical cancer screening, Social inequalities.

Correspondencia:

María Besó Delgado
Dirección General de Salud Pública
Servicio de Promoción y Prevención en el Entorno Sanitario
Avenida Cataluña, 21
46020 Valencia, España
beso_mardel@gva.es

Cita sugerida: Besó Delgado M, Ibáñez Cabanell J, Molina-Barceló A, Zurriaga Llorens O, Salas Trejo D. ¿Aceptan las mujeres de la Comunidad Valenciana la auto-toma como forma de cribado de cáncer de cérvix? Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 26 de enero e202101023.

INTRODUCCIÓN

La causa fundamental del cáncer de cérvix es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo. La mayor parte de las infecciones son inocuas y regresan de forma espontánea, pero la infección persistente por el virus del papiloma puede causar cáncer del cuello uterino.

El cáncer de cérvix produce en el mundo la muerte de 6,9 por cada 100.000 mujeres anualmente y en España 3,6 por cada 100.000. El cáncer de cérvix es una de las neoplasias malignas que se pueden controlar más eficazmente mediante programas de detección precoz y tratamiento de lesiones precursoras⁽¹⁾. Se estima que los programas de cribado de cáncer de cérvix organizados y de base poblacional pueden reducir la incidencia de la enfermedad en hasta un 80%⁽²⁾.

Hasta ahora, las actividades de cribado de cáncer de cérvix que se realizaban en la Comunitat Valenciana, así como en la mayor parte de las comunidades autónomas (CCAA), eran de tipo oportunista. Sin embargo, en abril de 2019 el cribado poblacional de cáncer de cérvix fue introducido en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, en la *Orden SCB/480/2019*⁽³⁾, dando instrucción a todas las CCAA para su introducción en el plazo de 5 años. Los criterios de cribado incluyen la realización de citología cervical a mujeres de 25 a 34 años y determinación de VPH a mujeres de 35 a 65 años. Estas instrucciones se ajustan a las descritas por la Unión Europea, en la Guía Europea de Calidad de Cribado de Cáncer de Cérvix⁽⁴⁾.

En la mayoría de programas de cribado de cáncer de cérvix la toma de la muestra se realiza por personal sanitario. En los últimos años se han desarrollado nuevos dispositivos para la

recogida de muestra cervicovaginal para la detección del VPH que permiten a la mujer recoger su propia muestra. A estos dispositivos se les denomina “auto-toma”.

Numerosos estudios indican que estas muestras cervicovaginales para la detección del VPH, ya sean tomadas por profesionales o por la propia mujer, disponen de una validez similar⁽⁵⁾.

De esta forma, la auto-toma es un método innovador que permite a la mujer recoger su propia muestra vaginal, permitiendo así afrontar importantes barreras de género y socioculturales, como el miedo, la vergüenza, y el pudor, toda vez que facilita su participación al disminuir el tiempo empleado para su realización^(6,7). Este método presenta otras ventajas como el poder hacer frente a la implantación de un programa poblacional disminuyendo los costes y los recursos de personal sanitario necesarios.

Algunos estudios recientes realizados en Europa están mostrando que las mujeres tienen una actitud positiva hacia la auto-toma, a pesar de que manifiestan dudas en relación a la fiabilidad de la prueba^(8,9,10). Existen numerosos ejemplos de implantación de estrategias de cribado híbridas que ofrecen a las mujeres la posibilidad de elegir entre realizarse la prueba mediante la auto-toma o acudir al centro de salud, lo que está mostrando un aumento de la participación⁽¹¹⁾. Así mismo se está observando que la auto-toma reduce desigualdades sociales en el acceso a los programas de cribado⁽¹²⁾.

En la Comunitat Valenciana, en el actual cribado oportunista de cáncer de cérvix se realiza citología vaginal por personal sanitario. No existe en este contexto, ni tampoco en el resto de España, estudios sobre el uso de la auto-toma y, por tanto, no se conoce la actitud de las mujeres frente a su empleo como método de cribado de cáncer de cérvix.

Este estudio tuvo como objetivo analizar los conocimientos y actitudes sobre el cribado de cáncer de cérvix en las mujeres de la Comunidad Valenciana y su actitud frente a la utilización de la auto-toma como prueba de cribado para la detección del VPH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio, población y muestra. Se realizó una encuesta telefónica a una muestra representativa de la población a estudio (mujeres empadronadas en la Comunidad Valenciana con edades comprendidas entre 35 y 65 años). La muestra necesaria para la representatividad de la población diana, con un nivel de confianza del 95%, fue de 375 mujeres. Estimando un índice de respuesta aproximado del 50%, se extrajo mediante muestreo aleatorio simple del Sistema de Información Población (SIP) la información de 750 mujeres.

Recogida de datos y variables de estudio. Se diseñó una encuesta *ad hoc* para la realización de dicho estudio que constaba de 26 preguntas que recogían conocimientos y actitudes de las mujeres respecto de los programas de cribado poblacional, del cribado de cáncer de cérvix y de la auto-toma como modelo de cribado. La estructura del cuestionario se recoge en **anexo I**. El cuestionario fue probado previamente en una muestra de 20 mujeres para validar su comprensibilidad, duración y con ello factibilidad. Las mujeres fueron llamadas para su realización durante el mes de enero de 2020.

La preferencia de determinación de VPH mediante auto-toma o profesional sanitario, y la realización de citología cervical en los últimos 5 años fueron las variables independientes en este estudio.

Las variables dependientes se estructuraban en variables sociodemográficas, de conocimientos y de actitudes. Las variables

sociodemográficas recogidas fueron la edad, país de nacimiento, situación laboral y nivel de estudios. Las variables de conocimientos recogían el conocimiento sobre: la importancia de detección precoz de cáncer de cérvix, otras campañas de detección precoz, la citología cervical o prueba de Papanicolau, la sinonimia entre los términos cérvix y cuello de útero, el VPH y la causalidad entre el VPH y el cáncer de cérvix. Respecto al conocimiento de estos conceptos recogido en 6 preguntas, se elaboró un índice para su relación con la preferencia de realización de por auto-toma o personas sanitario. Se asignó *nivel bajo* de conocimientos si conocían 2 preguntas, *nivel medio* si conocían 3 o 4 y *nivel elevado* si conocían 5 o 6. El índice elaborado para su relación con la citología previa constaba de *nivel bajo* de conocimientos si conocían 1 o ninguna pregunta, *nivel medio* si conocían 2 y *nivel elevado* si conocían 3 o 4. Las preguntas sobre consideración conveniente de cribado de cáncer de cérvix y haber oído hablar antes de la citología cervical no fueron tenidas en cuenta para la elaboración de este índice.

Las actitudes de las mujeres frente al cribado del cáncer fueron valoradas según su participación previa, en caso de estar indicado por edad, en los programas de prevención de cáncer de colon (PPCCR) y mama (PPCM). La participación en el cribado de cáncer de cérvix fue considerada también una variable dependiente en el análisis bivariado y multivariado de aceptación de la auto-toma.

Se construyó un índice de actitudes valorando la participación en el PPCM, PPCCR y cribado de cáncer cérvix en los últimos 5 años. Las categorías fueron haber participado en todos, alguno o ninguno de los programas de los que, según su edad, eran población diana.

La encuesta recogía la frecuencia y lugar de realización de la citología además de otros

aspectos relacionados con su realización (molestia o dolor sentido, vergüenza, dificultad de desplazamiento y tiempo empleado). Se preguntó asimismo sobre las causas de no realización.

Tras explicar el funcionamiento de la auto-toma, se valoró la fiabilidad, factibilidad, facilidad, comodidad, incompatibilidad con creencias religiosas, el dolor esperado y la vergüenza de realización de la prueba sobre una escala tipo Likert del 1 al 5. También se recogió la preferencia por la realización de citología en caso de obtener un resultado positivo en la auto-toma y por la realización de auto-toma en caso de ser introducida como prueba de cribado poblacional.

Aspectos éticos. Este cuestionario fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Dirección General de Salud Pública y Centro Superior de Investigación en Salud Pública (núm. 20191010/06).

Métodos estadísticos. En primer lugar, se realizó un estudio descriptivo de las casusas de no participación y de las variables dependientes e independientes del estudio.

En los estudios bivariantes y multivariantes se emplearon modelos de regresión logística para estudiar el efecto de las variables explicativas en las variables respuesta, expresando los resultados mediante razón de odds de prevalencias (POR), y acompañado de los IC al 95%, para la significación de los resultados. Se realizaron pruebas T de Student para medir el efecto de la edad sobre las diferentes variables dependientes.

Se realizaron pruebas de tendencia lineal de Mantel Haenszel (MH) para las variables categóricas ordenadas. La significación de las

pruebas realizadas se consideró con valores de p inferiores a 0,05. Para los análisis estadísticos se empleó el programa estadístico Stata 13.1.

RESULTADOS

Del total de mujeres disponibles para el estudio ($n=750$ mujeres), el 7,7% ($n=58$) no disponían de teléfono de contacto. Se llamó para realizar la encuesta a 692 mujeres. En 247 casos (35,7%) no se consiguió contactar con la mujer. El 85,3% (389 mujeres) de las mujeres contactadas aceptaron participar en la encuesta. Los porcentajes y causa de respuesta y participación se muestran en la [tabla 1](#).

Finalmente se obtuvieron datos de 389 mujeres (86,1%), sobre las que se realizó el análisis de los resultados.

La edad media de las mujeres era de 48,3 (desviación estándar 38,3). El 93,3% eran origen español, el 69,5% se encontraban en situación laboral activa, 57,2% tenían estudios de formación profesional (FP) o superiores y el 97,4% dijeron tener un centro de salud cercano a su domicilio ([tabla 2](#)). En relación a los conocimientos de los cribados, el 61,7% (240) han oído hablar del VPH y de ellas el 84,7% (205) sabía que el VPH causa cáncer de cuello de útero. El porcentaje de mujeres con nivel de conocimientos bajo fue de 10,5%, 38,1% con conocimientos medio y 51,4% para conocimientos altos.

Para aquellas mujeres que les correspondía por edad, el 94,1% habían participado en el cribado de cáncer de mama, el 71,5% en el de colon y el 93,3% en el de cérvix. El 1,8% no había participado en ninguno, el 20,1% en alguno y el 78,15% en todos los programas para los que eran población diana. Los resultados relativos a las preguntas de conocimientos y actitudes se muestran detalladamente en la [tabla 3](#).

Tabla 1
Porcentajes de respuesta y participación, según causas, en la encuesta para valoración de conocimiento y actitudes frente al cribado de cáncer cervical.

| Respuestas y causas | | Asignación de teléfono en las mujeres seleccionadas N (%) | Contacto telefónico en las mujeres telefonadas N (%) | NO contacto N (%) | Aceptación participación en las mujeres contactadas N (%) | NO participación N (%) |
|--|------------------------------------|--|---|----------------------|--|---------------------------|
| Respuesta | Total | 750 (100) | 692 (100) | 247 (100) | 455 (100) | 56 (12,3) |
| | No | 58 (7,7) | 247 (35,7) | - | 56 (12,3) | - |
| | Sí | 692 (92,3) | 455 (65,8) | - | 389 (85,3) | - |
| Causa de no contacto | No contesta, apagado... | - | - | 188 (76,1) | - | - |
| | Teléfono erróneo | - | - | 52 (21,1) | - | - |
| | No está en casa, vive fuera | - | - | 7 (2,8) | - | - |
| Causa de no aceptación de participación | No indica motivo | - | - | - | - | 20 (35,7) |
| | No tiene tiempo | - | - | - | - | 14 (25,0) |
| | No le interesa | - | - | - | - | 14 (25,0) |
| | No conoce el idioma | - | - | - | - | 11 (19,6) |
| | No confía en encuesta | - | - | - | - | 3 (5,4) |
| | Está enferma | - | - | - | - | 1 (1,8) |

| Tabla 2 Descriptivo de las características socioculturales de las mujeres encuestadas. | | | |
|---|--------------------|-----|------|
| Características | Categoría | N | % |
| Edad categórica | 35-39 | 66 | 17,0 |
| | 40-44 | 86 | 22,1 |
| | 45-49 | 79 | 20,3 |
| | 50-54 | 51 | 13,1 |
| | 55-59 | 58 | 14,9 |
| | 60-65 | 49 | 12,6 |
| País de origen | España | 363 | 93,3 |
| | Extranjero | 26 | 6,7 |
| Nivel de Estudios | Sin estudios | 9 | 2,3 |
| | Primaria | 80 | 20,6 |
| | Secundaria | 63 | 16,2 |
| | FP | 129 | 33,2 |
| | Licenciatura o más | 105 | 27,0 |
| | Desconocido | 3 | 0,8 |
| Situación Laboral | Activa | 269 | 69,5 |
| | No activa | 118 | 30,5 |
| Centro salud cercano | Si | 379 | 97,4 |
| | No | 6 | 1,5 |
| | No sabe | 4 | 1,0 |

| Tabla 3 Porcentaje de conocimientos de cribado y participación en programas de cribado de las mujeres encuestadas. | | | |
|---|--|---------------|------|
| Tipo de pregunta | Preguntas de la encuesta | Respuesta (%) | |
| | | Si | No |
| Conocimientos sobre los cribados | Conoce otras Campañas Detección precoz cáncer | 79,7 | 20,3 |
| | Considera la detección precoz cérvix conveniente | 99,5 | 0,5 |
| | Conoce la Citología cervical o Papanicolau | 96,4 | 3,6 |
| | Sabe que Cérvix es sinónimo de cuello uterino | 53 | 47 |
| | Conocía VPH | 61,7 | 38,3 |
| | Sabe que VPH es causante del Cáncer | 84,7 | 15,3 |
| Actitudes frente a los cribados | Participación previa en PPCM | 94,1 | 5,9 |
| | Participación previa PPCCR | 71,5 | 28,5 |
| | Realización de Cribado cervical últimos 5 años | 93,3 | 6,7 |

En cuanto a la realización de citología cervical y su relación con características socio-demográficas y conocimientos y actitudes, de las mujeres encuestadas, un 6,7% (26 mujeres) no se habían realizado citología cervical en los últimos 5 años, 13 por desconocimiento (del programa, de la edad o características de inclusión), 5 por falta de tiempo, 2 por operaciones de ovario o útero y 5 sin especificar causa.

El 42,3% (153) se realizaban la citología con una frecuencia anual o bianual, el 57,2% (207) cada 3 años y 2 con una frecuencia mayor. El 62,3% (226) de las mujeres que se habían realizado citología cervical en los últimos 5 años se la habían realizado a través del Sistema Nacional de Salud y 37,7% (137) en algún centro privado. El 96,4% de las mujeres que realizaban las citologías en centros privados las realizaban anual o bianualmente.

Al preguntar a las mujeres que se habían realizado la citología cervical en los últimos 5 años acerca de los inconvenientes de la prueba, más del 85% no había sentido vergüenza ni molestias con la prueba ni con el desplazamiento para su realización (figura 1).

En el análisis dos a dos para realización de citología cervical (tabla 4) se encontró que la edad media de las mujeres que se habían realizado citología cervical era de 47,7 años (SE 0,41), frente a 56,3 años (SE 2,13) en las que no se la habían realizado, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($t=5,28$; $p=0,000$). La prevalencia de realización de citología era mayor en las mujeres con licenciatura o estudios superiores (POR 18,35; IC95%:2,33-144,4) y las mujeres activas laboralmente (POR 3,41; IC95%:1,52-7,68). Se observó una tendencia lineal en la prevalencia de realización de citología cervical, aumentando ésta con la disminución de la edad (MHP=0,000) y el aumento de nivel de estudios (MHP=0,000). Aunque

el porcentaje de mujeres que había realizado citología cervical era superior en mujeres de origen español que las de origen extranjero, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,346$).

La prevalencia de realización de citología era mayor en las mujeres que afirmaron conocer otras campañas de detección precoz (POR 1,19; IC95%:0,46-3,07), sabían que el cérvix es lo mismo que el cuello de útero (POR 1,88; IC95%:0,83-4,25), conocían el VPH (POR 2,77; IC95%:1,22-6,27) y sabían que este es el causante del cáncer de cérvix (POR 1,71; IC95%:0,85-10,48) (tabla 4). La prevalencia de realización de citología cervical era mayor en el grupo de mayor nivel de conocimientos (POR 3,5; IC95%:1,34-9,17). Según la participación en los programas de prevención de cáncer de mama y colon no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la realización de citología (tabla 4).

En el modelo de regresión múltiple (tabla 4) la edad se mantuvo como variable influyente en la prevalencia de realización de citología cervical. La odds de realización de citología se multiplicó por 11,1 en el caso de las mujeres de 55 a 59 años, por 6,63 en las 40-44 años y por 3,95 en las de 35-39 años, respecto a las mujeres de 60-65 años. El nivel de estudios, situación laboral y nivel de conocimientos dejaron de tener una influencia estadísticamente significativa en la prevalencia de realización de citología cervical, aunque se siguió observando un aumento de la odds con el incremento de nivel de estudios y nivel de conocimientos.

Los análisis bivariado y multivariado de prevalencia de realización de citología según edad, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad, conocimientos y actitudes en los cribados se describen detalladamente en la tabla 4.

Respecto a la preferencia por la auto-toma y su relación con características sociodemográficas, conocimientos y actitudes, las mujeres puntuaron la fiabilidad, posibilidad, facilidad y comodidad con valores de 4 (bastante) o 5 (mucho), el 88,2%, 85,4%, 84,8% y 89,2%, res-

pectivamente. En las preguntas sobre vergüenza, dolor o incompatibilidad con creencias religiosas sobre la auto-toma, el 99% y el 90,7% y 99,2% puntuó con 1 (nada) o 2 (poco) estas preguntas. Los resultados de valoración de la auto-toma se muestran en la figura 2.

Figura 1
Resultados de la valoración de la vergüenza, molestias de realización y desplazamiento y tiempo de desplazamiento para realización de la citología cervical.

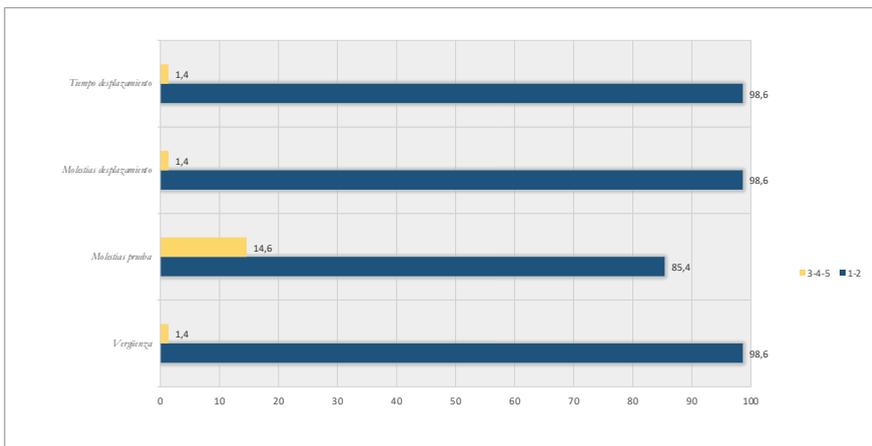


Figura 2
Valoración de la fiabilidad, factibilidad, facilidad, comodidad, incompatibilidad con creencias religiosas, dolor esperado y vergüenza en la realización de auto-toma.

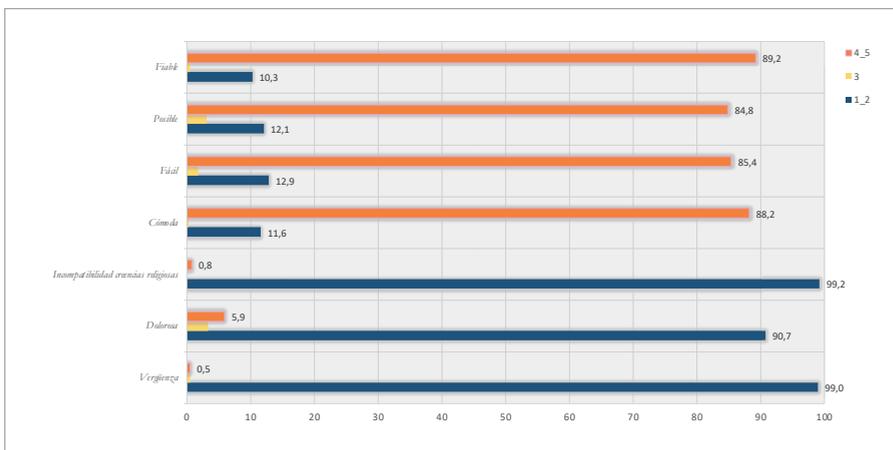


Tabla 4
Prevalencia, análisis bivariable y multivariable en la realización de citología cervical en los últimos 5 años según características sociodemográficas, conocimientos y actitudes de las mujeres.

| Características sociodemográficas | | Categoría | Mujeres que realizan citología % (n/N) | OR bivariable | IC | OR multivariable | IC |
|---|--|--------------|--|-----------------|------------|------------------|------------|
| Edad categórica⁽¹⁾ MH 0,000 | | 35-39 | 93,9 (62/66) | 8,23 | 2,56-26,52 | 4,41 | 1,20-16,17 |
| | | 40-44 | 96,5 (83/86) | 14,7 | 4,03-53,57 | 7,36 | 1,76-30,73 |
| | | 45-49 | 100 (79/79) | - | - | 1 | - |
| | | 50-54 | 100 (51/51) | - | - | 1 | - |
| | | 55-59 | 96,6 (56/58) | 14,88 | 3,23-68,57 | 12,37 | 2,52-60,73 |
| | | 60-65 | 65,3 (32/49) | 1 (ref) | - | ref | - |
| Estudios⁽¹⁾ MH 0,000 | | Sin estudios | 100 (9/9) | 1 | - | 1 | - |
| | | Primarios | 85 (68/80) | 1 (ref) | - | ref | - |
| | | Secundaria | 88,9 (56/63) | 1,41 | 0,52-3,82 | 1,03 | 0,29-3,58 |
| | | FP | 95,4 (123/129) | 3,62 | 1,30-10,01 | 1,82 | 0,52-6,39 |
| | | Licenciada | 99,1 (104/105) | 18,35 | 2,33-144,4 | 7,92 | 0,84-74,59 |
| Situación laboral⁽¹⁾ | | Activa | 95,9 (258/269) | 3,41 | 1,52-7,68 | 1,76 | 0,59-5,18 |
| | | No activa | 87,3 (103/118) | 1 (ref) | - | ref | - |
| Nacionalidad | | Español | 93,7 (340/363) | 1,93 | 0,54-6,90 | - | - |
| | | Extranjero | 88,5 (23/26) | 1 (ref) | - | - | - |
| Conocimientos sobre los cribados | Conoce otras campañas detección precoz cáncer⁽²⁾ | Sí | 93,6 (290/310) | 1,19 1 (ref) | 0,46-3,07 | - | - |
| | | No | 92,4 (73/79) | | | - | - |
| | Sabe que cérvix sinónimo cuello uterino⁽²⁾ | Sí | 95,2 (196/206) | 1,88 1 (ref) | 0,83-4,25 | - | - |
| | | No | 91,3 (167/183) | | | - | - |
| | Conocía VPH⁽²⁾ | Sí | 95,8 (230/240) | 2,77 1 (ref) | 1,22-6,27 | - | - |
| | | No | 89,3 (133/149) | | | - | - |
| | Sabe que VPH es causante de cáncer⁽²⁾ | Sí | 96,1 (197/205) | 1,71 1 (ref) | 0,85-10,48 | - | - |
| | | No | 94,3 (33/35) | | | - | - |
| Índice conocimientos⁽¹⁾ | | Bajo (0-1) | 88,9 (96/108) | ref | - | - | - |
| | | Medio (2) | 91,0 (71/78) | 1,27 | 0,48-3,38 | 0,83 | 0,25-2,69 |
| | | Alto (3-4) | 96,6 (196/203) | 3,5 | 1,34-9,17 | 1,65 | 0,54-5,10 |
| Actitudes sobre los cribados | Participación PPCM | Sí | 91,9 (205/223) | 0,88 | 0,11-7,08 | - | - |
| | | No | 92,9 (13/14) | | | - | - |
| | Participación PPCCR | Sí | 83,2 (94/113) | - | - | - | - |
| | | No | 100,0 (45/45) | | | - | - |

(1) $p < 0,05$ en el análisis bivariable; (2) Variables valoradas en el Nivel de conocimientos; n representa el número de mujeres que habían realizado citología y N el número total de mujeres que había en cada categoría.

El 86,9% de las mujeres prefería la auto-toma como método de cribado. Al preguntar a las mujeres que tienen preferencia por la realización por profesionales sanitarios si utilizarían la auto-toma en caso de ser introducida como programa poblacional, el 98,19% contestó que con muy baja o baja probabilidad la realizaría. De las que tenían preferencia por la auto-toma, el 93,66% se realizarían la prueba de confirmación diagnóstica.

La edad media de las mujeres que prefirieron profesionales sanitarios para la toma de muestras era de 51,6 (SE=1,29), frente a 47,8 años (SE=0,44) en las que no se la habían realizado, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($t=-3,07$; $p=0,000$). Por grupos de edad, las mujeres de 35 a 39 años presentaron una odds de prevalencia en la selección de auto-toma como método de cribado frente a las mujeres de 60 a 65 años de 9,3 (IC95%:2,51-34,3).

La prevalencia en la preferencia por la auto-toma era mayor en las mujeres con licenciatura o estudios superiores (POR 4,6; IC95%: 1,92-11,00) respecto de las mujeres con estudios primarios y en las mujeres activas laboralmente (POR 2,76; IC95%: 1,52-2,29) respecto de las no activas. Se observó una tendencia lineal en la prevalencia de la preferencia por la auto-toma, aumentando ésta con: la disminución de la edad (MHP=0,002), y el aumento del nivel de estudios (MHP=0,000).

El 87,6% de las españolas y el 76,9% de las extranjeras encuestadas prefería auto-toma, no mostrándose diferencias estadísticamente significativas.

Para todas las preguntas de conocimientos, el grado de preferencia por la auto-toma fue superior en aquellas mujeres que conocían cada una de las cuestiones (tabla 5). Las mujeres con nivel de conocimientos altos presentaban una POR de 2.78 (IC95%: 1,69-9,29) tomando

como referencia el nivel bajo de conocimientos y observándose una tendencia lineal en la prevalencia de preferencia por auto-toma, aumentando ésta con el incremento en el índice de conocimientos (MHP=0,000).

Las mujeres que habían participado en el programa de prevención de cáncer de mama o se habían realizado citología cervical tenían una mayor preferencia por la auto-toma (POR 3,32; IC95%: 1,04-10,53; POR 5,92; IC95%: 2,54-13,78). Sin embargo, fueron las mujeres que no habían participado en el programa de prevención de cáncer de colon las que mostraron una mayor preferencia por la auto-toma, no siendo significativas estas diferencias. Se observó una tendencia lineal con un incremento de la preferencia por la auto-toma en las mujeres que habían participado previamente en un mayor número de programas de cribado (índice de actitudes). La preferencia por la auto-toma fue de 71.45% en las mujeres que no habían participado en ninguno de los programas de cribado, 75,6% en las que habían participado en alguno de los programas y 90,13% en las que habían participado en todos los programas para lo que eran considerados población diana. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

En el análisis multivariable sobre preferencia de auto-toma para la toma de muestras para la determinación de VPH, (tabla 5) las diferencias fueron significativas para el grupo de mujeres de 35-39 años (POR 5,04; IC95%:1,04-24,38), respecto a las mujeres de 60-65 años y para el nivel de conocimiento elevado (POR 3,19; IC95%:1,17-8,68) respecto al nivel de conocimientos bajo. El nivel de estudios, situación laboral y nivel de conocimientos dejaron de tener una influencia estadísticamente significativa en la preferencia por el modelo de toma de muestras, aunque se siguió observando un aumento de la odds de preferencia por la auto-toma con el incremento de nivel de estudios y nivel de conocimientos.

Tabla 5
Prevalencia, análisis bivariante y multivariante en la preferencia de auto-toma para la determinación de VPH según características sociodemográficas, conocimientos y actitudes de las mujeres.

| Características sociodemográficas | Categoría | Mujeres que prefieren auto-toma % (n/N) | OR bivariante | IC | OR multivariante | IC |
|---|--|---|----------------|------------|------------------|------------|
| Edad categórica⁽¹⁾ MH 0,002 | 35-39 | 95,5 (63/66) | 9,26 | 2,51-34,26 | 5,04 | 1,04-24,38 |
| | 40-44 | 87,2 (75/86) | 3,01 | 1,25-7,23 | 1,23 | 0,40-3,78 |
| | 45-49 | 87,3 (69/79) | 3,04 | 1,24-7,48 | 1,34 | 0,48-3,81 |
| | 50-54 | 88,2 (45/51) | 3,31 | 1,16-9,42 | 3,05 | 0,91-10,29 |
| | 55-59 | 89,7 (52/58) | 3,82 | 1,35-10,83 | 3,01 | 0,93-9,82 |
| | 60-65 | 69,4 (34/49) | 1 (ref) | - | 1 (ref) | - |
| Estudios⁽¹⁾ MH 0,000 | Sin estudios | 88,9 (8/9) | 3,03 | 0,36-35,69 | 4,21 | 0,40-42,00 |
| | Primarios | 72,5 (88/80) | 1 (ref) | - | 1 (ref) | - |
| | Secundaria | 87,3 (55/63) | 2,61 | 1,07-6,35 | 1,9 | 0,69-5,21 |
| | FP | 91,5 (118/129) | 4,07 | 1,85-8,96 | 2,83 | 1,15-6,98 |
| | Licenciada | 92,4 (97/105) | 4,6 | 1,92-11,00 | 2,45 | 0,87-6,92 |
| Situación laboral⁽¹⁾ | Activa | 90,7 (244/269) | 2,76 | 1,52-2,29 | 1,92 | 0,91-4,03 |
| | No activa | 78 (92/118) | 1 (ref) | - | 1 (ref) | - |
| Nacionalidad | Español | 87,6 (318/363) | 2,12 | 0,83-5,42 | - | - |
| | Extranjero | 76,9 (20/26) | 1(ref) | | - | - |
| Conocimientos sobre los cribados | Conoce otras campañas detección precoz cáncer⁽²⁾ | Sí | 88,7 (275/310) | 2,00 | 1,04-3,83 | - |
| | | No | 79,8 (63/79) | 1 (ref) | | - |
| | Considera la detección precoz cérvix conveniente⁽²⁾ | Sí | 87,0 (335/385) | 6,74 | 0,41-109,48 | - |
| | | No | 50,0 (1/2) | 1 (ref) | | - |
| | Conoce la citología cervical o prueba de Papanicolaou⁽²⁾ | Sí | 87,7 (329/375) | 3,97 | 1,28-12,37 | - |
| | | No | 64,3 (9/14) | 1 (ref) | | - |
| | Sabe que cérvix sinónimo cuello uterino⁽²⁾ | Sí | 89,3 (184/206) | 1,57 | 0,87-2,85 | - |
| | | No | 84,1 (154/183) | 1 (ref) | | - |
| | Conocía VPH⁽²⁾ | Sí | 90,8 (218/240) | 2,39 | 1,32-4,35 | - |
| | | No | 80,5 (120/149) | 1 (ref) | | - |
| Sabe que VPH es causante de cáncer⁽²⁾ | Sí | 89,8 (184/205) | 0,5 | 0,11-2,23 | - | |
| | No | 97,1 (34/35) | 1 (ref) | | - | |

(1) $p < 0,05$ en el análisis bivariante; (2) Variables valoradas en el Nivel de conocimientos; n representa el número de mujeres que habían realizado citología y N el número total de mujeres que había en cada categoría.

Tabla 5 (continuación)
Prevalencia, análisis bivariable y multivariable en la preferencia de auto-toma para la determinación de VPH según características sociodemográficas, conocimientos y actitudes de las mujeres.

| Características sociodemográficas | | Categoría | Mujeres que prefieren auto-toma % (n/N) | OR bivariable | IC | OR multivariable | IC |
|--|---|-----------|---|---------------|------------|------------------|------------|
| Índice conocimientos⁽¹⁾ MH 0,000 | | Bajo | 73,2 (30/41) | 1 (ref) | - | 1 (ref) | - |
| | | Medio | 84,5 (125/148) | 1,84 | 0,87-4,50 | 2,28 | 0,83-6,02 |
| | | Alto | 91,5 (183/200) | 2,78 | 1,69-9,29 | 3,19 | 1,17-8,68 |
| Actitudes sobre los cribados | Participación PPCM | Sí | 85,65 (191/223) | 3,32 | 1,04-10,53 | - | - |
| | | No | 64,3 (9/14) | 1 (ref) | | - | - |
| | Participación PPCCR | Sí | 81,4 (92/113) | 0,67 | 0,25-1,80 | - | - |
| | | No | 86,7 (39/45) | 1 (ref) | | - | - |
| | Ha realizado citología en los últimos 5 años | Sí | 89,0 (323/363) | 5,92 | 2,54-13,78 | - | - |
| | | No | 57,7 (15/26) | 1 (ref) | | - | - |
| Índice actitudes⁽¹⁾ MH 0,001 | | Ninguno | 71,4 (5/7) | 1 (ref) | - | 1 (ref) | - |
| | | Alguno | 75,6 (59/78) | 1,24 | 0,22-6,93 | 1,78 | 0,31-14,70 |
| | | Todos | 90,1 (274/304) | 3,65 | 0,68-19,65 | 4,19 | 0,62-28,4 |

(1) $p < 0,05$ en el análisis bivariable; (2) Variables valoradas en el Nivel de conocimientos; n representa el número de mujeres que habían realizado citología y N el número total de mujeres que había en cada categoría.

Los análisis bivariable y multivariable de prevalencia de preferencia por auto-toma o profesional sanitario según edad, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad, conocimientos y actitudes en los cribados se describen detalladamente en la **tabla 5**.

Finalmente se observó que el grado de preferencia por la auto-toma fue mayor en aquellas mujeres que declararon no sentir vergüenza (POR4,36; IC95%: 1,28-9,28), ni molestias (POR4,50; IC95%: 2,18-9,28) frente a la citología cervical. La preferencia por la auto-toma era independiente del lugar de realización y la frecuencia de realización de la citología (datos no presentados en tablas).

DISCUSIÓN

En general, se ha observado una preferencia de las mujeres por el método de cribado mediante auto-toma frente a la toma de muestras realizada por profesional sanitario, independientemente de su edad, situación laboral o nivel de estudios. De hecho, las mujeres encuestadas encontraron la auto-toma cómoda y fácil con elevados porcentajes. En esta línea, las tasas de aceptación de la auto-toma reflejadas en estudios realizados en países europeos como Portugal, Italia, Alemania u Holanda^(14,15,16) son similares a las mostradas en el presente estudio. Con respecto de la comodidad y facilidad también observamos esta misma tendencia en otros estudios⁽¹⁶⁾.

En particular, la preferencia por la auto-toma es mayor en mujeres jóvenes y con un mayor nivel de estudios y nivel de conocimientos. En una encuesta realizada a 1.759 mujeres en EEUU y publicado por Mao *et al*⁽¹⁷⁾ en 2017 o en los estudios realizados por Sancho-Garnier *et al* y Piana L *et al* en Francia^(18,19) también se puede observar esta misma tendencia, con una menor tasa de aceptación de la auto-toma por parte de las mujeres con niveles socio-económicos menores.

También se observa, que las mujeres que se han realizado con anterioridad alguna citología cervical o participado en el programa de prevención de cáncer de mama prefieren en mayor medida la auto-toma. Los resultados se encuentran en la misma línea que los ofrecidos por el estudio holandés publicado por Gök M *et al*⁽²⁰⁾.

Con respecto a su situación laboral se puede concluir que las mujeres trabajadoras a tiempo completo prefieren el uso de auto-toma en mayor medida, si bien ello también podría reflejar también la ventaja de reducción del tiempo a emplear con este tipo de prueba de cribado.

En este estudio se observa que algunas de las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariable, como el nivel de estudios o el nivel de conocimientos, pierden su significación en el análisis multivariable. Esto puede ser debido, por un lado, al pequeño tamaño muestral, pero también por el importante peso que ejerce la edad. En cualquier caso, se observa la misma tendencia, es decir, a mayor nivel de conocimiento y mayor nivel educativo hay una mayor probabilidad de preferir la auto-toma.

Se ha observado una elevada tasa de realización de citologías en la Comunidad Valenciana lo que muestra un alto grado de concienciación con el cribado de cáncer cervical. Si bien, un elevado porcentaje de población realiza dichas pruebas en consultas privadas, lo cual podría

indicar un desconocimiento del programa de cribado oportunista por dichas mujeres.

Las tendencias observadas en cuanto a la relación entre la preferencia por la auto-toma y factores sociodemográficos y de conocimientos se producen de igual modo en cuanto a la realización de citología previa, es decir, las mujeres de menor edad, mayor nivel de estudios y mayor nivel de conocimientos se han realizado citología cervical en los últimos 5 años con mayor frecuencia. Esta relación entre el nivel sociocultural y la participación en el cribado de cérvix también se ha puesto de relieve en estudios previos como el realizado por Cobo A *et al*⁽²¹⁾.

Al respecto de las causas de no realización de citología previa, en algunas ocasiones el motivo alegado es la falta de tiempo, por lo que la auto-toma podría facilitar a este grupo de mujeres la participación en el cribado desde su domicilio. Otra de las causas alegadas es producto de la desinformación, puesto que se considera que debido a la edad o la falta de síntomas el cribado no sería necesario. En este sentido cabe resaltar que algunas de las mujeres telefonadas ni si quiera pudieron participar en esta encuesta por falta de comprensión del idioma. Entre las limitaciones de este estudio se constata que el grupo de mujeres con las que no se pudo contactar, así como el grupo de mujeres que rechazaron responder al cuestionario podrían ser un factor de confusión en dicho estudio.

Por todo ello, los resultados de esta encuesta evidencian la importancia de los conocimientos y la información para una mayor participación en los programas de cribado, así como para la aceptación de la auto-toma para la toma de muestras.

La implantación de un programa poblacional podría servir para aumentar la participación. Sin embargo, el uso de la auto-toma como modelo de cribado poblacional podría al mismo

tiempo aumentar las desigualdades dado que a la luz de los resultados arrojados por este estudio las mujeres con menor nivel de estudios y conocimientos son las que prefieren en menor medida el uso de la auto-toma. Esta disyuntiva entre, por un lado, el aumento de la participación, pero por otro, el aumento de las desigualdades es analizada en mayor detalle en el artículo de revisión publicado por Rossi *et al*⁽²²⁾, donde concluye, en relación a la auto-toma, que este tipo de programas poblacionales aumentarán la cobertura en todos los grupos poblacionales, pero que serán las mujeres más desfavorecidas socioeconómicamente las que tendrán mayores dificultad de aceptación para la auto-toma. En esta línea, son numerosos los estudios que han demostrado la eficacia de la educación y concienciación para aumentar la participación de los grupos más vulnerables en programas de cribado de cáncer de cérvix⁽²⁴⁾ y en concreto, para la mayor aceptación de la auto-toma. Estudios realizados en India, Nicaragua y Uganda muestran una mayor aceptación de la auto-toma cuando se reciben formación sobre su uso previamente⁽²⁵⁾.

Estas estrategias deberán ser tenidas en cuenta a la hora de iniciar un programa poblacional de cáncer de cérvix que emplee la auto-toma como método de cribado.

Por todo ello parece fundamental la realización de campañas de formación e información realmente adaptadas y contundentes para conseguir una participación informada, objetivo fundamental de los programas de cribado poblacional, sin perder de vista uno de los objetivos prioritarios del actual sistema sanitario, la reducción de las desigualdades en salud⁽²³⁾. Así pues, las campañas de formación e información deberán ser exhaustivas y adaptadas a todos los perfiles socio-culturales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Council of the European Union. Council recommendation of 2 December 2003 of cancer screening (2003/873/EC). Off.J.Union 327,34-38; 2003.
2. IARC. Cervix Cancer Screening. Vol. 10, Handbooks of Cancer Prevention. 2005.
3. Sanidad MDE, Social CYB. Boletín oficial del estado. 2019;43018–28.
4. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N *et al*. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition-summary document. Vol. 21, Annals of Oncology. 2010. 448–458 p.
5. Chao YS, Clark M, Ford C. HPV Self-Sampling for Primary Cervical Cancer Screening: A Review of Diagnostic Test Accuracy and Clinical Evidence [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018 Apr.
6. Yeh PT, Kennedy CE, De Vuyst H, Narasimhan M. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: A systematic review and meta-Analysis. *BMJ Glob Heal*. 2019;4(3).
7. Madzima TR, Vahabi M, Lofters A. Emerging role of HPV self-sampling in cervical cancer screening for hard-To-reach women. *Can Fam Physician*. 2017;63(8):597–601.
8. Polman NJ, de Haan Y, Veldhuijzen NJ, Heideman DAM, de Vet HCW, Meijer CJLM *et al*. Experience with HPV self-sampling and clinician-based sampling in women attending routine cervical screening in the Netherlands. *Prev Med (Baltim)*. 2019;125:5–11.
9. Nelson EJ, Maynard BR, Loux T, Fatla J, Gordon R, Arnold LD. The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2017 Feb 1;93(1):56 LP – 61.

10. Ondryášová H, Koudeláková V, Drábek J, Vaněk P, Slavkovský R, Hajdúch M. [Utilization of self-sampling kits for HPV testing in cervical cancer screening - pilot study]. *Ces Gynkol.* 2015 Dec;80(6):436–443.
11. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: Updated meta-analyses. *BMJ.* 2018;363.
12. Tamalet C, Halfon P, Retraite L Le, Grob A, Leandri FX, Heid P *et al.* Genotyping and follow-up of HR-HPV types detected by self-sampling in women from low socioeconomic groups not participating in regular cervical cancer screening in France. *J Clin Virol.* 2016;78:102–107.
13. Morgan K, Azzani M, Khaing SL, Wong YL, Su TT. Acceptability of Women Self-Sampling versus Clinician-Collected Samples for HPV DNA Testing: A Systematic Review. *J Low Genit Tract Dis.* 2019;23(3).
14. Silva J, Cerqueira F, Medeiros R. Acceptability of self-sampling in Portuguese women: The good, the bad or the ugly? *Sex Health.* 2017;14(3):298–300.
15. Caleia AI, Pires C, Pereira JF, Pinto-Ribeiro F, Longatto-Filho A. Self-Sampling as a Plausible Alternative to Screen Cervical Cancer Precursor Lesions in a Population with Low Adherence to Screening: A Systematic Review. *Acta Cytol.* 2020 Jan 20;1–12.
16. Chatzistamatiou K, Vrekoussis T, Tsertanidou A, Moysiadis T, Mouchtaropoulou E, Pasentsis K *et al.* Acceptability of Self-Sampling for Human Papillomavirus-Based Cervical Cancer Screening. *J Womens Health (Larchmt).* 2020 Nov;29(11):1447–1456.
17. Mao C, Kulasingam SL, Whitham HK, Hawes SE, Lin J, Kiviat NB. Clinician and Patient Acceptability of Self-Collected Human Papillomavirus Testing for Cervical Cancer Screening. *J Womens Health (Larchmt).* 2017 Jun;26(6):609–615.
18. Sancho-Garnier H, Tamalet C, Halfon P, Leandri FX, Le Retraite L, Djoufelkit K *et al.* HPV self-sampling or the Pap-smear: a randomized study among cervical screening nonattenders from lower socioeconomic groups in France. *Int J cancer.* 2013 Dec;133(11):2681–2687.
19. Piana L, Leandri F-X, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H. [HPV-Hr detection by home self sampling in women not compliant with pap test for cervical cancer screening. Results of a pilot programme in Bouches-du-Rhône]. *Bull Cancer.* 2011 Jul;98(7):723–731.
20. Gök M, van Kemenade FJ, Heideman DAM, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JWM *et al.* Experience with high-risk human papillomavirus testing on vaginal brush-based self-samples of non-attendees of the cervical screening program. *Int J cancer.* 2012 Mar;130(5):1128–1135.
21. Cobo-Cuenca AI, Rodríguez-Borrego M-A, Hidalgo-Lópezosa P, Rodríguez-Muñoz PM, Martins M, Carmona-Torres JM. Prevalence and determinants in cytology testing for cervical cancer screening in Spain (2006-14). *Eur J Public Health.* 2018 Jun;28(3):410–415.
22. Rossi PG, Marsili LM, Camilloni L, Iossa A, Lattanzi A, Sani C *et al.* The effect of self-sampled HPV testing on participation to cervical cancer screening in Italy: a randomised controlled trial (ISRCTN96071600). *Br J Cancer.* 2011;104:248–254.
23. Conselleria Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salut de la Comunitat Valenciana. 2016-2020.
24. Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L *et al.* Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(9):1–28.
25. Bansil P, Wittet S, Lim JL, Winkler JL, Paul P, Jeronimo J. Acceptability of self-collection sampling for HPV-DNA testing in low-resource settings: a mixed methods approach. *BMC Public Health.* 2014 Jun;14:596.

Anexo I

Encuesta de opinión sobre el uso de auto-toma como modo de cribado de cáncer de cérvix en la Comunidad Valenciana.

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE EL USO DE UNA NUEVA PRUEBA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX

(Introducción para consentimiento y autorización de la encuesta telefónica)

Le llamamos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública porque estamos haciendo una encuesta sobre las campañas de prevención de enfermedades, para conocer la opinión de las mujeres residentes en la Comunitat Valenciana sobre diferentes pruebas de detección precoz del cáncer de cérvix/cuello de útero.

En primer lugar, informarle que hemos obtenido sus datos personales de contacto a través del SIP (Tarjeta sanitaria). Usted ha sido seleccionada de forma aleatoria para participar en esta encuesta.

La encuesta tiene 27 preguntas tipo test y una duración aproximada de 10 minutos. Le informamos que podrá dejar de contestar a la encuesta en cualquier momento.

Sus datos serán tratados de forma confidencial siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales.

Su participación en esta encuesta es muy importante porque a partir de los resultados que obtengamos se diseñará un Programa para la detección precoz del cáncer de cérvix/cuello de útero en la Comunitat Valenciana. Este programa tiene como objetivo reducir la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix/cuello de útero.

Las respuestas de esta encuesta serán procesadas de manera en la que su opinión en ningún caso estará asociada a sus datos de identificación personal (dirección y teléfono).

Para poder contestar la encuesta necesitamos su consentimiento verbal. Por favor diga usted si desea o no participar. En caso de no participar sus datos serán excluidos:

Sí No, especificar motivo: No tiempo No me interesa No confío Otras.....

Encuesta de opinión n°:...../2019

1. ¿Me puede decir su edad?

2. ¿Conoce alguna campaña de detección precoz de enfermedades como el cáncer?

Sí No

3. (Solo preguntar a las mayores de 45 años): ¿Y ha participado en alguna de las siguientes campañas de prevención?

Para las mayores de 45 años: campaña de prevención de cáncer de mama

Sí No

Para las mayores de 50 años: campaña de prevención de cáncer de colon

Sí No

4. ¿Considera que detectar a tiempo un cáncer de cérvix es conveniente porque aumenta las probabilidades de curación, en caso que le sea detectado?

Mucho Bastante Poco Nada

5. Antes de esta encuesta ¿había oído hablar de la citología cervical o prueba de Papanicolaou?

Sí No

6. ¿Se ha realizado una citología cervical o prueba de Papanicolaou en los últimos 5 años?

Sí No

Si ha contestado que no, por favor indique los motivos y seleccione todo lo que pueda corresponder (multi respuesta):

No conocía la prueba

No he tenido tiempo

No tengo síntomas, por lo que el test no es necesario

Me produce molestia o dolor

Me produce vergüenza

Falta de accesibilidad (Nota: dificultad para llegar a su centro de salud o CSSR)

Otra: por favor, especifique:.....

Si ha contestado que no, pase a la pregunta 14

Si ha contestado que sí, por favor responda:

Continúa→

Anexo I (continuación)**Encuesta de opinión sobre el uso de auto-toma como modo de cribado de cáncer de cérvix en la Comunidad Valenciana.****7. ¿Hace cuánto tiempo se realizó la última citología cervical o prueba de Papanicolaou?**Hace años/meses**8. ¿Dónde se la realizó?** En la seguridad social En un centro privado**9. ¿Cada cuánto le realizaban la citología cervical o prueba de Papanicolaou?** años**10. ¿Ha sentido vergüenza al realizarse citología cervical o prueba de Papanicolaou?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada avergonzada y 5 muy avergonzada”**11. ¿Cuánta molestia/dolor ha sentido durante la prueba de la citología cervical o prueba de Papanicolaou?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada de dolor o molestia y 5 mucho dolor o molestia”**12. ¿Cuánta dificultad le supuso desplazarse hasta su Centro de Salud (CS)/Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR), o Centro Privado (CP) para realizarse la toma de muestra?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 poca dificultad y 5 mucha dificultad”**13. El tiempo total empleado para acudir al centro y tomarse la muestra le parece:** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 poco tiempo y 5 mucho tiempo”**14. Antes de esta encuesta telefónica, ¿había oído que el cérvix es lo mismo que el cuello de útero?** Sí No No lo sabe**15. ¿Y había oído hablar del virus del papiloma humano?** Sí No (Pase a la pregunta 17) No lo sabe**16. Si ha contestado que sí, ¿había oído hablar del virus del papiloma humano como causante del cáncer de cuello de útero o cérvix?** Sí No No lo sabe**EL/LA ENCUESTADOR/A INFORMA SOBRE LA AUTO-TOMA (ver anexo)**

Existe una nueva prueba para la detección precoz del cáncer de cérvix, que detecta el virus del papiloma humano en el fluido vaginal. Esta prueba puede ser recogida tanto por profesionales de la salud como por la propia mujer en su casa, y a esta forma de recogida se le conoce con el nombre de “auto-toma”.

Para realizar la prueba de la autotoma no se necesita ningún tipo de entrenamiento previo. Consiste únicamente en introducir en la vagina un pequeño dispositivo (el cual recibiría en su domicilio junto con una hoja de instrucciones) del tamaño aproximadamente de un tampón, para luego girarlo y retirarlo. Una vez recogida la muestra, usted la llevaría a su Centro de Salud más cercano, y serían los servicios sanitarios los que analicen el resultado

Únicamente en caso de que el resultado de la autotoma sea positivo para virus de papiloma humano de alto riesgo (aproximadamente en un 5 a 7% de los casos) se procedería a realizar una citología vaginal en la consulta para confirmar el diagnóstico de la sospecha de cáncer de cérvix.

17. Por lo que se le ha explicado, ¿la autotoma le parece cómoda? Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada cómoda y 5 muy cómoda”**18. ¿Le parece fácil recoger esta muestra vaginal (autotoma)?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada fácil y 5 muy fácil”**19. ¿Le daría vergüenza realizarse esta autotoma?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada avergonzada y 5 muy avergonzada”**20. ¿Cree que puede sentir dolor al recoger esta muestra?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada de dolor y 5 mucho dolor”**21. ¿Cree que puede realizarse correctamente la autotoma?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 no la realizaré correctamente y 5 sí la realizaré correctamente”**22. ¿Le parece que los resultados de la autotoma son fiables?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada fiables y 5 Completamente fiables”**23. ¿La autotoma está en contra de sus creencias religiosas o culturales?** Valore por favor del 1 al 5 siendo “1 nada en contra y 5 muy en contra”

Continúa→

Anexo I (continuación)

Encuesta de opinión sobre el uso de auto-toma como modo de cribado de cáncer de cérvix en la Comunidad Valenciana.

24. Si su opción es la autotoma, en caso que el resultado de la prueba sea positivo, ¿acudiría a su CS/CSSR para la realización de una citología vaginal?

Sí Probablemente No No lo sabe

25. Si la autotoma se introduce como parte de un programa poblacional de detección precoz del cáncer de cérvix, como el del cáncer de mama o el cáncer de colon, diga con cuánta probabilidad la utilizaría.

Valore por favor del 1 al 5 siendo “ 1 nada probable y 5 muy probable”

26. En definitiva, ¿cómo preferiría que se le realice la toma de muestra?

Usted misma (auto-toma) Profesional Sanitario en su CS, CSSR, CP

Datos personales (Preguntas generales):

a) País de nacimiento:

España Otro (especificar):

b) Situación laboral:

No activa Activa

c) Nivel de estudios:

Sin estudios Primaria Secundaria FP Licenciatura o más

d) ¿En su zona de residencia hay centro de salud cercano dónde se puede realizar la toma de muestra?

Sí No No lo sabe