Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (3): 207-213.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5849

Creencias tradicionales mexicanas y su relación con la aceptación de la autotoma vaginal para la detección del VPH

Traditional Mexican beliefs and their relationship with the acceptance of vaginal self-sampling for HPV detection.

Marina González,[1] Marco Antonio Aguilar-Hildago,[2] Luis González-Villanueva[3]

Resumen

OBJETIVO: Conocer el grado de aceptación de la autotoma vaginal y su relación con variables psicosocioculturales que prevalecen en México.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, efectuado entre 2017 y 2018 en mujeres del estado de Guanajuato. Se aplicaron cuestionarios y entrevistas antes y después de la toma de la muestra mediante la autotoma. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias y proporciones. Las diferencias entre grupos se analizaron con las pruebas de Wilcoxon y t de Student.

RESULTADOS: Se estudiaron 85 mujeres con edad promedio de 37.82 años (± 9.82). Si bien 75 participantes declararon no conocer el procedimiento, 80 accedieron a practicarlo. Se encontró que la mayoría de las mujeres prefiere la autotoma a la inspección ginecológica tradicional. Se observaron dos perfiles sociopsicológicos opuestos entre las mujeres que prefieren la autotoma por "pena" y las que optan por ella por su "facilidad".

CONCLUSIONES: La autotoma fue un método de muestreo completamente viable en el contexto en el que se llevó a cabo esta investigación. Si bien se observaron barreras psicosocioculturales, la autotoma se prefirió entre las mujeres que informaron acudir menos al ginecólogo, por lo que puede constituir una estrategia para las mujeres con baja vigilancia médica.

PALABRAS CLAVE: Autotoma vaginal; VPH; aceptación; barreras psicosocio-culturales.

Abstract

OBJECTIVE: To know the degree of acceptance of vaginal autotomy and its relationship with psychosocial-cultural variables prevailing in Mexico.

MATERIALS AND METHODS: Observational, prospective, cross-sectional and descriptive study, carried out between 2017 and 2018 in women in the state of Guanajuato. Questionnaires and interviews were applied before and after sampling by autotoma. Statistical analysis included measures of central tendency, measures of dispersion, frequencies and proportions. Differences between groups were analyzed with Wilcoxon and Student's t-tests.

RESULTS: Eighty-five women with a mean age of 37.82 years (± 9.82) were studied. Although 75 participants stated that they were unaware of the procedure, 80 agreed to undergo it. It was found that the majority of women preferred autotoma to traditional gynecological inspection. Two opposite socio-psychological profiles were observed between women who prefer autotomy for "embarrassment" and those who opt for it because of its "ease".

[1] Investigadora postdoctoral en Human and Community Development Department, Witwatersrand University, Sudáfrica.
[2] Médico, Hospital Materno Infantil, Irapuato.
[3] Director científico, Verité SAPI, México.

Recibido: septiembre 2021

Aceptado: febrero 2022

Correspondencia
Marina González
marina.gonzalezvillanueva@wits.ac.za

Este artículo debe citarse como: González M, Aguilar-Hildago MA, González-Villanueva L. Creencias tradicionales mexicanas y su relación con la aceptación de la autotoma vaginal para la detección del VPH. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (3): 207-213.

CONCLUSIONS: Autotomography was a completely feasible sampling method in the context in which this research was conducted. Although psychosocio-cultural barriers were observed, autotoma was preferred among women who reported less frequent visits to the gynecologist, so it may be a strategy for women with low medical vigilance.

KEYWORDS: Vaginal autotomy; HPV; women self-sampling; Acceptance; Psychosocio-cultural barriers.

ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, el virus del papiloma humano es uno de los más frecuentes en el mundo y la mayoría de las personas son infectados poco después de comenzar su vida sexual, por contacto de la piel de la zona genital, incluso sin penetración.[1,2] Tomando en consideración que la infección por virus del papiloma humano es fundamental para el inicio del cáncer de cuello uterino y que, también, está relacionada con el cáncer de ano, vulva, vagina y pene, la detección oportuna de estos tipos de virus y su posterior tratamiento no solo es necesario, sino imprescindible para la salud pública.

El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, con mayor prevalencia en países con ingresos bajos y medianos. Las tasas de mortalidad en América Latina y el Caribe son tres veces más altas que las de Norteamérica,[1,2] lo que está relacionado con la dificultad para acceder a los servicios de salud, falta de recursos médicos y de personal de salud suficiente, así como barreras ideológicas y culturales, prevalentes en los países de menores ingresos.[3,4]

En México, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que cada año suceden 13,960 casos, con una incidencia de 23.3 casos y 11.3 defunciones por cada 100,000 mujeres-año.[5]

La experiencia de México y otros países ha permitido demostrar que la mejor opción para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino es la detección y el tratamiento temprano de lesiones precursoras y malignas, por medio de programas de detección oportuna.[3,6,7]

En México, el programa de Detección Oportuna del Cáncer por medio de citología alcanza al 60% de la población femenina mayor de 25 años, pero con una distribución desigual en diversas zonas del país.[7] La muestra para ser analizada por citología debe ser siempre tomada por personal médico capacitado, para evitar que una mala toma de muestra baje aún más los niveles de sensibilidad de la prueba. Aunado a esto, la incomodidad, el dolor pélvico posterior a la toma, la negativa de sus parejas a que sean exploradas, el largo tiempo para la entrega de resultados, son algunas de las causas por las que las mujeres deciden no continuar con la vigilancia.[8-11]

Una alternativa a la citología es la detección del virus del papiloma humano por medio de técnicas moleculares, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Una ventaja de esta técnica es su alta sensibilidad y permitir

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5849

que la muestra pueda obtenerse por medio de una autotoma. Este método ha demostrado ser más eficaz para la detección de lesiones precancerosas que los métodos tradicionales, como la citología,[3] y se ha comprobado, en diversos países, que es una alternativa muy eficaz, sobre todo en mujeres que rehúyen este estudio, o en quienes no pueden acceder a servicios de salud con facilidad.[3,6,8,9,12]

La implementación de esta técnica de recolección corre el riesgo de toparse con barreras psicológicas y socioculturales que impiden que las mujeres acepten o se sientan cómodas con la aplicación de esta técnica. Por esta razón se requiere analizar estos factores que podrían impedir la aceptación de este método.

En concordancia con lo mencionado, el objetivo de este estudio fue: conocer el grado de aceptación de la autotoma vaginal y su relación con variables psicosocioculturales que prevalecen en México.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo efectuado entre 2017 y 2018 en pacientes de la clínica de displasias del Hospital Materno-Infantil de Irapuato, Guanajuato, personal de salud del mismo hospital y mujeres externas al hospital. Las mujeres participantes se seleccionaron mediante el método de conveniencia y por bola de nieve. Se incluyeron mujeres que supieran leer y escribir, no histerectomizadas, no embarazadas, sin ningún impedimento físico para realizarse la autotoma y que dieran su consentimiento informado.

Descripción del procedimiento

Previo consentimiento informado y explicación del proyecto, las participantes contestaron una batería de instrumentos integrada por:

1. Cuestionario de variables sociodemográficas y comportamentales (edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, religión, ocupación, embarazos, frecuencia con la que acuden al ginecólogo)
2. Preguntas abiertas que median el conocimiento de la técnica de la autotoma y el VPH, así como sus pensamientos y sensaciones antes de tomarse la muestra, que previamente validaron 5 expertos en el área (validación por jueces).
3. Escalas de religiosidad y de fundamentalismo religioso.[13]
4. Escala de premisas histórico-socioculturales[14] conformada por una serie de afirmaciones que miden el sistema de creencias y valores que norman el comportamiento de los individuos de una sociocultura en particular.

Enseguida, se les entregó el equipo para la autotoma que incluía: un hisopo vaginal estéril, un tubo de transporte con solución preservante, una etiqueta para la identificación de la paciente junto con un tríptico con indicaciones visuales y escritas, que explicaba la manera correcta de tomarse la muestra.

Después que las participantes se realizaron la autotoma se les aplicó el segundo cuestionario con preguntas abiertas, para indagar acerca de su experiencia en lo referente a la facilidad, aceptación y seguridad de la técnica experimentada.

Todas las muestras se enviaron a un laboratorio privado para su análisis mediante PCR. Los informes se entregaron a los médicos tratantes o, directamente, a las participantes.

Después de aplicar las escalas y entrevistas correspondientes se procedió al análisis de resultados. Las preguntas abiertas se analizaron,

en un primer momento, mediante la técnica de análisis de contenido, con la ayuda del programa de análisis cualitativo Atlas ti 8; enseguida se las categorizó para el análisis cualitativo correspondiente.

Se efectuaron análisis exploratorios de datos para estimar las medidas de tendencia central para todas las variables estudiadas y sus respectivas medidas de dispersión, frecuencias y proporciones. Mediante las pruebas de Wilcoxon y t de Student se analizaron las diferencias entre grupos. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el programa SPSS en su versión 21.

El proyecto fue revisado y aceptado por el comité de ética del Hospital Materno Infantil de Irapuato y todas las participantes firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

La muestra final se integró con 85 mujeres con edad promedio de 37.82 años (± 9.82) con límites de 17 y 64 años. El 48.2% (n = 40) informaron estar casadas y 30.6% (n = 24) solteras. La mayoría aseguró haber cursado la secundaria completa (n = 21; 24.7%) y 15 haber concluido la preparatoria (17.6%).

En cuanto a la religión, la mayoría (78.8%) se identificaron católicas. La principal ocupación reportada fue ama de casa (n = 36) seguida de empleadas en general (n = 21) y profesionistas (n = 15).

Los embarazos promedio por participante fueron 2.59 (± 2.8) con un rango que fue desde ningún embarazo hasta 14 embarazos.

Del total de participantes, solo 5 no aceptaron la autotoma; el argumento más frecuente para no participar en el estudio fue el no sentirse seguras con el método, o capaces de realizar la toma de manera correcta.

En las preguntas referentes al conocimiento de la autotoma y del virus del papiloma humano, la mayoría de las encuestadas (89%) declaró desconocer por completo la autotoma y su procedimiento, mientras que 9 mujeres conocían la autotoma, su finalidad y función. En relación con el conocimiento del virus del papiloma humano la mayoría de las encuestadas tenía un ligero conocimiento. En general, sabían que este virus es de trasmisión sexual y que puede estar relacionado con el cáncer de cuello uterino. Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la aceptación de la autotoma y el conocimiento de esta técnica o del virus.

En las preguntas referentes a la aplicación de la autotoma, alrededor de la mitad de las participantes (48%) reportaron sentimientos negativos previos a la toma de la muestra, sobre todo: miedo, dudas, incomodidad y estrés, todos ellos relacionados directamente con el desconocimiento de la técnica, así como con la falta de confianza en su habilidad para tomar de manera efectiva la muestra. El resto de las participantes manifestaron sentirse cómodas y tranquilas, ante la expectativa de la autotoma.

Posterior a la autotoma se registró un cambio en las sensaciones de las participantes. El 77% reportaron sentimientos relacionados con seguridad y tranquilidad. Este cambio se corroboró, estadísticamente, mediante la prueba de rangos con signos de Wilcoxon, que demostró que las pacientes mejoraron de forma estadísticamente significativa las sensaciones y emociones relacionadas con la autotoma ($z = -4.084$, $p = 0.00$), de manera posterior a la misma (Md = 3), en comparación con las sensaciones mantenidas antes de la prueba (Md = 2). Todas las participantes mencionaron que les pareció fácil la autotoma,

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5849

recalcando que las instrucciones del equipo eran claras, sencillas y prácticas.

Para corroborar la aceptación de las participantes con esta técnica de recolección de muestras se les preguntó si en el futuro preferirían que este procedimiento lo realizara un profesional de la salud, o preferían volver a la autotoma. El 56% de las mujeres reportó que prefería practicarse la autotoma, en comparación con un 38% que manifestó su preferencia por acudir con un profesional en el futuro, así mismo un 6% de las participantes declaró no tener preferencia por ninguno de los dos métodos.

Para profundizar más acerca de esta decisión, se les preguntó a las participantes por los motivos por los que elegían un método sobre el otro, lo que permitió perfilar 3 tipos diferentes de participantes. El primer grupo lo integraron mujeres con preferencia del método tradicional y acudir a practicarse el examen con su médico de confianza, quien consideran tiene más experiencia. Esas mujeres manifestaron preferir el método tradicional, pues sienten que ellas no están capacitadas para realizar la toma y, por lo tanto, tienen miedo de que los resultados puedan salir alterados por la toma incorrecta de la muestra.

El segundo grupo lo integraron mujeres con preferencia de la autotoma porque la consideran más fácil, rápida y confían en que ellas mismas pueden tomar la muestra con la misma precisión que lo haría el personal de salud. Por último, existe un tercer grupo de mujeres que prefiere la autotoma, argumentando que acudir con el profesional de la salud "les da pena".

Estas respuestas hacen pensar en la existencia de variables psicosocioculturales detrás de la decisión, por ello se procedió a analizar las premisas histórico-socioculturales, que muestran que las variables con mayor puntuación en el grupo de participantes fueron el sexismo (x = 4.23, DE 3.4), marinismo (x = 3.44, DE 2.31) y machismo (x = 2.3, DE 1.78), y las más bajas en creencias relacionadas con la virginidad (X = .82, DE 1.1) y abnegación (.42, DE .79).

Al analizar las diferencias entre estos grupos, respecto de las variables sociodemográficas y psicosocioculturales, se encontró que las mujeres que prefieren la autotoma tienen mayor escolaridad, menos embarazos y mayor conocimiento acerca del virus del papiloma humano, y menor puntuación en las escalas de sexismo y marianismo. **Cuadro 1**

También existieron diferencias significativas entre las mujeres que conformaron el grupo 2 (mujeres que prefieren la autotoma por facilidad/eficiencia) y el grupo 3 (mujeres que prefieren la autotoma por "pena"), mostrándose estos resultados en el **Cuadro 2**.

Un dato importante a resaltar es que, independiente de la preferencia de las participantes por el método de recolección de la muestra, todas respondieron que recomendarían la autotoma a otras mujeres, sobre todo a quienes no acuden con frecuencia a la revisión ginecológica.

DISCUSIÓN

Lo encontrado en este estudio refleja una amplia aceptación de la autotoma como método de recolección de la muestra. A pesar de que la mayoría de las mujeres tenía pocos o nulos conocimientos de este método, así como del virus del papiloma humano, la aceptación de esta prueba fue amplia. Esa actitud positiva se incrementó significativamente después de la toma, lo que refleja que las mujeres encontraron este método fácil y confiable. Esto coincide con lo reportado por diversos estudios que muestran que las mujeres aceptan este método de muestreo y lo consideran fácil de utilizar.[6,9,10,11,15]

Cuadro 1. Diferencias por preferencia

Variables	Preferencia autotoma (n = 41)		Preferencia médico (n = 28)		t/z	gl	p
	M/Md	DE	M/Md	DE			
Escolaridad	6	-	4	-	3.02	-	.00
Conocimiento VPH	1	-	1	-	2.2	-	.02
Embarazos	2.07	1.88	3.82	3.22	-2.8	67	.00
Sexismo	3.92	3.34	5.82	3.30	-2.3	67	.02
Marianismo	3.17	2.10	4.46	2.45	-2.3	67	.02

*M = media; Md= mediana; DE= desviación estándar; gl= grados de libertad; p = significación; t/z= valores t o z, respectivamente (según la prueba estadística utilizada).

Cuadro 2. Diferencias entre los grupos de mujeres que prefieren la autotoma

Variable	Grupo 2 (n = 24)		Grupo 3 (n = 14)		t/z	gl	p
	M/Md	DE	M/Md	DE			
Frecuencia Ginecología	3		5		-3.0	-	.00
Machismo	1.87	1.03	3.6	2.9	-2.6	35	.01
Sexismo	3.16	3.27	5.57	3.22	-2.1	36	.03

*M = media; Md = mediana; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad; p = significación; t/z = valores t o z, respectivamente (según la prueba estadística utilizada).

La mayoría de las participantes (56%) reportó preferir la autotoma en vez del método tradicional. Este porcentaje fue ligeramente menor al reportado en otros estudios, en los que la preferencia de la autotoma en relación con el método tradicional varió entre 76 y 100%.[9,11,15] Sin embargo, difiere de otros estudios en población mexicana, como el de Hernández-Márquez y su equipo,[10] quienes reportaron que el 90% de las mujeres participantes en su investigación prefirieron que fuera un profesional quien tomara la muestra.

Un hecho interesante a discutir es la razón por la que las mujeres prefieren la autotoma, debido a que las razones de esa preferencia fueron por completo distintas, pues un grupo de mujeres prefiere la autotoma por su facilidad y otro la elige para evitar la inspección ginecológica regular.

Por lo que se refiere a las diferencias relacionadas con la Escala de Premisas Histórico-Socioculturales se observó que las mujeres que prefieren el método tradicional tienen más creencias relacionadas con el sexismo y el marianismo, lo que significa que estas participantes mantienen ideas relacionadas con una actitud servicial y sufrida de la mujer, al igual que con los roles de género tradicionales. Esto puede estar relacionado con el hecho de que esas participantes no se sientan capaces de llevar a cabo este procedimiento por ellas mismas.

También se observó que las diferencias entre las mujeres que prefieren la autotoma por razones de comodidad, las que la seleccionan por los sentimientos de "vergüenza" que les despierta exponerse ante otra persona, radica en que el segundo grupo tiene mayores ideas sexistas y

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5849

machistas, caracterizadas por roles de género estereotípicamente tradicionales, donde el hombre tiene más valía que la mujer; además de derechos sobre las decisiones de la misma. Esto es compatible con la idea de que la única persona a la que puede permitírsele observar los genitales de la mujer es a su pareja, creencia que también se encuentra relacionada con la baja frecuencia con que este grupo acude a revisión ginecológica. Esto se respalda con lo reportado por Zacapala en 2012, quien comunicó que un 20% de las mujeres que prefieren la autotoma, lo hace porque siente "vergüenza" de ser examinada por el personal de salud.[15]

CONCLUSIONES

La autotoma es un método para recolectar una muestra completamente viable en el contexto de esta investigación. Si bien es cierto que existen barreras socioculturales: creencias machistas y sexistas que han perdurado a través del tiempo, la autotoma no solo fue aceptada, sino preferida entre las mujeres que reportan acudir menos al ginecólogo. Por ello, la autotoma puede constituirse en una mejor estrategia para las mujeres con bajo apego. Una limitante de este estudio fue el tamaño de la muestra, debido a que se contaba con recursos limitados para realizar las pruebas de detección correspondientes. Sin duda, en estudios subsecuentes será necesario ampliar la muestra para permitir llegar a conclusiones basadas en resultados estadísticamente significativos.

REFERENCIAS

1. OPS. Cáncer cervicouterino. Hoja informativa. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
2. WHO. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer
3. Arbyn M, Smith S B, 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: k4823. doi:10.1136/bmj.k4823
4. Valenzuela MT, Miranda A. ¿Por qué no me hago el Papanicolau?: barreras sicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev chil salud pública 2001; 5(2/3): 75-80.
5. Secretaría de Salud. Cáncer de cuello uterino. https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino
6. Yeh PT, Kennedy CE, de Vuyst H, et al. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. BMJ Global Health 2019; 4: e001351.
7. Hidalgo-Martínez AC. El cáncer cervicouterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa de detección oportuna. Rev Biomed 2006; 17 (1): 81-4. https://doi.org/10.32776/revbiomed.v17i1.441
8. Narváez L, Loayza F, Narváez M, et al. Detección de virus del papiloma humano en muestras de hisopados vaginales por autotoma. Rev Mex Patol Clin Med Lab 2015; 62 (1): 5-10.
9. Léniz J, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Puschel K, Ferreccio C. HPV vaginal self-sampling among women non-adherent to Papanicolaou screening in Chile. Salud Publica Mex 2013; 55 (2): 162-9. doi: 10.1590/s0036-36342013000200007
10. Hernández-Márquez C I, Salinas-Urbina A, Cruz-Valdez A, Hernández-Girón C. Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de autotoma vaginal en mujeres mexicanas. Rev Salud Pública 2014; 16 (5): 697-708. doi: https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.30071
11. Conejero C, Cannoni G, Merino P M, Bollmann J, Hidalgo C, Castro M, et al. Experiencia con un método de autotoma de muestra vaginal para la detección de infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en mujeres jóvenes. Rev Chil Infectol 2013; 30(5): 489-493. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000500004
12. Arrossi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M, Barletta P, Laudi R, Orellana L; EMA Study team. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. Lancet Glob Health 2015; 3 (2): e85-94. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70354-7
13. González-Villanueva M, Reyes-Lagunes I. Orientación religiosa, identidad grupal y religiosidad como predictores del fundamentalismo religioso. Acta de Investigación Psicológica 2015; 5 (2): 1984-95. https://doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30018-1
14. Díaz-Loving R, Armenta-Hurtarte C, Elena N, Ruiz R, Reyes NE, Moreno M, et al. Creencias y Normas en México: una actualización del estudio de las premisas psico-socio-culturales. Psykhe 2015; 24(2): 1-25. doi:10.7764/psykhe.24.2.880
15. Zacapala-Gómez AE. Evaluación de la autotoma vaginal como método de recolección de muestra útil para detectar VPH-A 2012. Repositorio RIUAGRO. Universidad Autónoma de Guerrero. http://ri.uagro.mx/handle/uagro/263