

Grado de Psicología. Trabajo de Fin de Grado.

Curso 2021/2022

Convocatoria Junio

**ACTITUDES Y VALORACIONES DE LAS MUJERES
ANTE EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE
CÉRVIX**



Autora: Romina Fernández-Chaves Rodao

Tutora: Mercedes Guilabert

Modalidad: Trabajo de investigación cualitativa

Código de investigación responsable (COIR): AUT.DPS.JMS.01.21

Elche, a 1 de junio de 2022

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
OBJETIVOS.....	8
MÉTODO.....	9
RESULTADOS.....	12
- Fase 1: "Revisión de la situación actual del cáncer de cérvix en las comunidades autónomas españolas"	12
- Fase 2: "Metodología de investigación cualitativa con grupos focales"	16
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	26

Tabla 1. Revisión Situación Actual de los Programas de Cribado de Cáncer de Cérvix en las comunidades autónomas (1)	14
--	----

Tabla 2. Revisión Situación Actual de los Programas de Cribado de Cáncer de Cérvix en las comunidades autónomas (2)	15
--	----

Figura 1. ¿Conoce la citología o el Papanicolau?.....	17
--	----

Figura 2. ¿Se ha realizado alguna vez la citología o el Papanicolau?.....	17
--	----

Figura 3. Frecuencia de realización de la citología.....	17
---	----

Figura 4. Profesional responsable de la toma citológica.....	18
---	----

Figura 5. Conocimiento de otras campañas de prevención del cáncer.....	18
---	----

Figura 6. Conocimiento de otros programas de cribado.....	19
--	----

Figura 7. Participación en otros programas de cribado.....	19
---	----

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cérvix es la 11^o neoplasia más frecuente en España y la 4^a a nivel mundial. En España, existen programas de cribado para su detección precoz.

Objetivo: Analizar la situación actual del cáncer de cérvix en España y explorar las actitudes de un grupo de mujeres acerca de los nuevos programas de cribado.

Método: La descripción narrativa acerca de los programas de cribado de cáncer de cérvix se realizó a través de una revisión narrativa de la situación actual de los programas de cribado de dicha neoplasia en las comunidades autónomas españolas. La recogida de las opiniones del grupo de mujeres se realizó a partir de técnicas de investigación cualitativa.

Resultados: La mayoría de las comunidades autónomas españolas tienen un programa de cribado poblacional instaurado dirigido a mujeres de entre 25 y 65 años. La muestra se recoge a través de la citología o prueba de Papanicolau. Sin embargo, existen otros métodos para la toma de muestra, como la auto-toma que se considera el futuro de los métodos de cribado. Como una primera aproximación a este nuevo método de cribado, se reunió a 29 mujeres y a través de la técnica de grupo focal se recogieron sus opiniones acerca de la auto-toma como método de cribado.

Conclusiones: Las comunidades autónomas van encaminadas hacia la cobertura completa de la población diana de esta enfermedad gracias a los programas de cribado poblacionales. Por otro lado, la mayoría de las opiniones de las mujeres entrevistadas fueron favorables, aunque existieron algunas barreras como la incertidumbre y el desconocimiento, lo que posibilitaría la necesidad de incorporar programas educativos para sensibiliza a las mujeres.

Palabras clave: cáncer de cérvix, programas de cribado, auto-toma, grupo focal, citología.

MARCO TEÓRICO

I. Situación actual sobre las neoplasias más frecuentes

Según la *Sociedad Española de Oncología Médica* (SEOM), el término cáncer se define como “*un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales*” (2019). Estas enfermedades tienen características distintas en cuanto a causa, evolución y tratamiento. Sin embargo, tienen en común la incontrolada división celular. Estas células al dividirse crecen y se extienden por todo el cuerpo sin límite. Es importante diferenciar entre células normales y cancerosas, las primeras se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado, mientras que las segundas dejan de tener ese tiempo programado, lo que permite la división incontrolada. Esta multiplicación de células cancerosas llega a formar unas masas, que se denominan “tumores” o “neoplasias” que, si se expanden, pueden destruir y sustituir a los tejidos normales. (Puente y Velasco, 2019)

En cuanto a los tipos de cáncer, según la SEOM, se definen frecuentemente por el tejido u órgano en el que se ha originado. En el primer caso, se pueden distinguir los carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas. En cambio, cuando la clasificación se realiza por el órgano en el que se ha originado, se estaría hablando de cáncer de pulmón, próstata o mama, por ejemplo. (Puente y Velasco, 2019)

Las Cifras del Cáncer en España de 2021, un informe anual realizado por la SEOM ofrece datos de incidencia, prevalencia y mortalidad de los cánceres en hombres y en mujeres del año 2020. A continuación, se muestran los datos de incidencia de los cánceres más frecuentes diagnosticados en varones y mujeres en España en 2021 (Sociedad Española de Oncología Médica, 2021)

Por un lado, la estimación del número de nuevos casos de los cánceres más frecuentes en varones en España para el año 2021 son los de próstata con 259.788 casos, colorrectal con 25.678 casos y pulmón con 21.578 casos.

Por otro lado, la estimación del número de nuevos casos de los cánceres más frecuentes en mujeres en España para el año 2021 son los de mama con 33.375 casos, colorrectal con 17.903 casos y en tercer lugar, el de pulmón con 7.971 casos.

II. Cáncer de cuello uterino o cérvix

El cáncer de cérvix es la neoplasia sobre la que se centra el objeto de estudio de esta memoria de trabajo fin de grado. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) define el cérvix o cuello uterino como “*la parte fibromuscular inferior del útero que mide unos 3-4 cm de longitud, aunque varía según la edad, número de partos y momento del ciclo menstrual*” (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020).

El informe de *Incidencia mundial de cáncer de cérvix* realizado por la SEOM en 2018 define el cáncer de cérvix como la 4ª neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. Se calcula que en 2018 se diagnosticaron unos 570.000 nuevos casos, correspondiendo a un 6.6% de los cánceres en mujeres. Además, ese mismo año se registraron un total de 311.365 muertes (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020)

Por un lado, las tasas de incidencia más altas se encontraron en América Central y del Sur, en el África subsahariana y en el sudeste asiático. Por lo tanto, según los datos existentes se calcula que el 85-90% de las muertes tuvieron lugar en los países subdesarrollados, con una tasa de mortalidad 18 veces mayor en los países de ingresos bajos o medios respecto a los países ricos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2021)

Por otro lado, en el caso de España, es la 11º neoplasia más frecuente en mujeres con 1656 nuevos casos en 2018. Los datos de incidencia se encuentran aproximadamente en 10.8 casos/100.000 mujeres/año y una mortalidad de 3.6 casos/100.000 mujeres/año (Sociedad Española de Oncología Médica, 2021).

III. Prevención del cáncer mediante programas de cribado

Los programas de cribado consisten en un proceso organizado e integrado en el sistema de salud que consta de unas actividades planificadas y evaluadas. Estas actividades son unas pruebas diagnósticas que se realizan a una población específica con el objetivo de detectar de una manera precoz una determinada enfermedad con el fin de mejorar su pronóstico y evitar la mortalidad prematura. Una prueba de cribado debe ser válida, fiable, simple, segura y aceptable por la población a la cual va dirigida, y el criterio principal que debe cumplirse para que se realice es que la enfermedad sea un importante problema de salud pública (Ascunce Elizaga, 2013).

Existen dos tipos de cribado: oportunista y poblacional (Bordoy, Oliveras, Duchs y Valades, 2015). A continuación, se describe cada uno de ellos.

El cribado poblacional está directamente relacionado con la Atención Primaria, ya que es donde tiene lugar la captación activa de la población diana. El proceso de captación destaca por los sistemas de rellamada a los no asistentes, la técnica de cribado validada y los circuitos propios de derivación a un segundo escalón de Asistencia Especializada para evaluación, control y eventual tratamiento de los casos detectados. Concretamente, en el cribado de cáncer de cuello de útero, la muestra para la prueba de cribado realizada mediante el test de virus de papiloma humano (VPH) o la citología, debe ser tomada por personal sanitario especializado para ello. La calidad de la toma influye decisivamente en el rendimiento clínico de la prueba, especialmente en el caso de la citología. (Bordoy, Oliveras, Duchs y Valades, 2015)

El cribado oportunista no tiene una estructura organizacional fijada como el anterior, sino que se basa en realizar la captación cuando las pacientes acuden a la consulta. Como consecuencia, no existe equidad a la hora de realizar la prueba y se crea confusión en el sentido metodológico, ya que la asistencia es condición necesaria para el cribado. (Bordoy, Oliveras, Duchs y Valades, 2015).

Debido a las características de ambos tipos mencionados anteriormente, se considera que los programas poblacionales más eficaces y eficientes que los oportunistas, ya que este último, se considera que no es equitativo (Bordoy, Oliveras, Duchs y Valades, 2015).

En cuanto a los programas de cribado de cáncer de cérvix, según la página web oficial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, estos se introdujeron en la mayoría de las comunidades autónomas de España entre 1980 y 1990 con un carácter oportunista. Asimismo, en 2019 se modificó la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de salud pública (Orden SCB/480/2019) pasando a ser un programa de cribado poblacional y a incorporar la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) como prueba primaria de cribado en una parte de la población diana. Según esto, las comunidades y ciudades autónomas tienen 5 años para iniciar el cambio en el programa y 5 años más para alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población.

Existen distintas pruebas de diagnóstico en el programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix. Por un lado, una de las pruebas es la citología cervicovaginal o test de Papanicolau que consiste en la toma de una muestra de las células de la vagina y

del cuello uterino. Esta prueba la realiza un ginecólogo o ginecóloga introduciendo un espéculo en la vagina para poder visualizar el cuello uterino y tomar muestras. Por otro lado, existe otra prueba que consiste en la auto-toma, 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 (Besó, Ibáñez, Molina-Barceló, Zurriaga y Salas, 2021).

Este último método es hacia donde se dirige el sistema sanitario de cara a un futuro. La Organización Mundial de la Salud ha planteado el reto de lograr un 70% de cobertura del programa de cribado del cáncer de cérvix en 2030, mediante la promoción de la auto-toma (World Health Organization, 2020). Esto se debe a que algunos estudios sugieren que la auto-toma es normalmente aceptada como alternativa al procedimiento tradicional (Ilangoan et al., 2016; Kamath Mulki, Withers, 2021; Nishimura, Yeh, Oguntade, Kennedy, Narasimhan, 2021) e incrementa el número de mujeres que participan en los programas de cribado (Yeh, Kennedy, de Vuyst, Narasimhan, 2019; Gupta et al., 2018). Entre las mujeres que tienen mayor aceptación por la auto-toma, destacan las mujeres más jóvenes, con mayor nivel de estudios y con mayor alfabetización en salud (Besó, Ibáñez, Molina-Barceló, Zurriaga, Salas, 2021). En cuanto a los profesionales sanitarios, hasta un 80% aceptan la auto-toma. Sin embargo, la principal razón por la que las mujeres continúan apostando por el método tradicional es la falta de confianza en la fiabilidad de la auto-toma.

Sin embargo, en la cartera común de los servicios del Sistema Nacional de Salud no se especifica el tipo de prueba de cribado, ya sea citología o auto-toma, que se ha de realizar. Es por ello por lo que, en este trabajo de fin de grado, se analizará la situación actual de la auto-toma en nuestro país y se investigará acerca de este método diferente que hasta entonces no se ha ofertado a toda la población femenina.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar la situación actual del cáncer de cérvix en España y explorar las actitudes de las mujeres acerca de los nuevos programas de cribado.

Objetivos específicos:

- Describir experiencias a nivel nacional sobre los programas de cribado actuales y su implantación a través de la auto-toma
- Analizar las expectativas y valoraciones de un grupo de mujeres ante la auto-toma del cribado de cáncer de cérvix



MÉTODO

I. Procedimiento

La realización de este estudio se planteó en dos fases distintas: una **primera fase** denominada **“revisión de la situación actual del cáncer de cérvix en las comunidades autónomas españolas”** y una **segunda fase** que se denomina **“metodología de investigación cualitativa con grupos focales”**. A continuación, se desarrollará el procedimiento de cada una.

Por un lado, la primera fase consistió en una revisión narrativa sobre las experiencias actuales de los programas de cribado a nivel nacional. Es importante destacar que las fuentes de las que se obtuvo la información en esta primera fase fue literatura gris, en concreto, noticias de prensa, páginas web de los servicios públicos regionales de salud de cada comunidad y documentos donde se detallaban los planes estratégicos y protocolos de atención al cáncer donde se especificaba la atención al cáncer de cérvix. Para ello, se llevaron a cabo dos procedimientos. En primer lugar, se realizó una búsqueda en las páginas web de los servicios públicos regionales de salud de las comunidades autónomas de España y se filtró por la información referida al “cáncer de cérvix”. En estas páginas web se buscó obtener información sobre si los programas de cribado estaban implantados y desde cuándo, el tipo de programa de cribado, la población diana a la que se dirigía, el profesional responsable del proceso de cribado y el método de cribado que se utilizaba. Para completar la información obtenida en los servicios sanitarios de las comunidades, se recurrió a noticias de prensa para conocer la situación de aquellas comunidades autónomas en las que no se había encontrado suficiente información acerca de los programas de cribado en cáncer de cérvix.

Por otro lado, en la segunda fase, se realizó un estudio de metodología de investigación cualitativa con grupos focales. Esta técnica, que es de la más utilizadas para la investigación cualitativa, se describe como una entrevista grupal en la que existe un moderador que dirige dicha entrevista a través de un guion previamente establecido. El objetivo es conseguir una variedad de información sobre los temas que se traten en la entrevista (Morgan y Krueger, 1998). En definitiva, consiste en un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013). Se recomienda que el grupo focal conste de entre 6 y 12 participantes, que acuden de manera voluntaria, además del moderador y, al menos, un observador. Las sesiones suelen tener una duración de dos horas para evitar el cansancio y mantener la atención de las personas

asistentes (Mira, Pérez-Jover, Lorenzo, Aranaz y Vitaller, 2004). La finalidad de esta segunda fase con los grupos focales de mujeres fue conocer las actitudes, creencias y valoraciones ante la auto-toma, como un nuevo programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix, y valorar la información que poseían sobre este nuevo método junto con otros programas de cribado.

Esta fase se llevó a cabo con 4 grupos de 8 mujeres cada uno en las instalaciones de la EVES (Escuela Valenciana de Estudios para la Salud), en horario de 18:00 a 20:00 horas de la tarde el día 23 de septiembre de 2021. Al principio de la reunión, se realizó una breve introducción explicativa del propósito de la reunión y se especificó el tiempo previsible que llevaría toda la sesión. Además, se les pidió permiso bajo consentimiento informado para grabar las sesiones mediante cámaras que registraban el video y audio, garantizando el anonimato y la confidencialidad del material grabado. En este caso la aplicación de la técnica estuvo apoyada por un cuaderno de trabajo donde se requerían el nivel de estudios y la ocupación actual como datos sociodemográficos de las participantes, además de algunas cuestiones relacionadas con el programa de cribado de cáncer de cérvix para responder de manera individual. Posteriormente se tuvo la oportunidad de disponer de diferentes dispositivos para manipularlos y presenciar cómo podría ser el proceso de auto-toma. La sesión finalizó con un debate abierto utilizando la metodología de grupo focal.

Los resultados de esta fase se basan en el análisis del discurso de las participantes. Para llevar a cabo estos grupos, el moderador siguió un guion que constaba de preguntas clave y preguntas racimo. Las preguntas clave consisten en preguntas genéricas que fomentan el debate, mientras que las preguntas racimo se consideran cuestiones más específicas del tema que se está abordando. Dicho guion se encuentra en los anexos de esta memoria. (Ver Tabla 1 Anexos)

Por último, para llevar a cabo el análisis de la información cualitativa se ha tenido en cuenta la espontaneidad de las ideas aportadas por las mujeres, este dato se muestra entre paréntesis en las tablas de análisis cualitativo y hace referencia al número de personas que de forma independiente proponen una misma idea.

II. Participantes

Para seleccionar a las mujeres, se tomó en cuenta como criterio de inclusión que fuesen mujeres, con edades comprendidas entre 35 y 65 años. La media de edad de las mujeres se situaba en torno a los 50 años. Respecto al criterio de exclusión, únicamente se consideró que las personas invitadas a participar declinasen la invitación por diferentes motivos. Inicialmente, fueron invitadas 31 personas de las cuales acudieron todas excepto 2 que no pudieron asistir.

Una vez confirmadas las participantes, se dividieron en 4 grupos de 8 mujeres cada uno de manera aleatoria. De las 29 mujeres participantes, un 46.8% tenían estudios universitarios y un 28.6% tenían estudios de Formación Profesional. El resto tenían estudios de enseñanza secundaria obligatoria y un 7.1% no tenían estudios. De las 20 mujeres, únicamente 12 declararon cuál era su ocupación, siendo personal de limpieza una de las más representadas 13.6%. Otras ocupaciones fueron auxiliar administrativo, agente de salud y del sector hostelero.



RESULTADOS

I. Fase 1: “Revisión de la situación actual del cáncer de cérvix en las comunidades autónomas españolas”

Se obtuvo información de Asturias, Castilla la Mancha, Navarra, Andalucía, Ceuta y País Vasco de las páginas web de los servicios sanitarios correspondientes a cada comunidad y planes estratégicos o protocolos de atención al cáncer. Respecto al resto de comunidades, al no existir esta información en dichas fuentes, se recurrió a noticias de prensa (Tabla 1 y Tabla 2).

Una vez revisadas todas estas fuentes de información de cada una de las comunidades autónomas, en primer lugar, todas las comunidades tenían instaurado un programa de cribado y la mayoría con un carácter poblacional. La población diana a la que se dirigían estos programas son a mujeres de edades comprendidas entre 25-65 años. La persona responsable de realizar el proceso de cribado a través de la toma de muestras era la matrona. Mayoritariamente, a excepción de ciertas comunidades autónomas, la citología o prueba de Papanicolau continúa siendo la prueba de cribado primaria. Dicha prueba debe realizarse cada 3 años en mujeres de 25 a 65 años. Sin embargo, algunas comunidades autónomas han introducido en sus programas de cribado la prueba del virus del papiloma humano (VPH) como complemento de la citología. Esta prueba complementaria se utiliza cuando los resultados de la citología son dudosos o directamente se utilizan las dos pruebas como método de cribado.

Desde hacía 50 años, los programas de cribado del cáncer de cérvix tuvieron un carácter oportunista y se realizaban a través de la prueba de citología. Las comunidades autónomas pioneras Castilla y León y Extremadura que fueron las primeras en realizar la citología como método de cribado en 1986 y 1983 respectivamente, aunque al principio con un carácter oportunista. Sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente, se modificó en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de salud pública (Orden SCB/480/2019) pasando a ser un programa organizado de carácter poblacional y a incorporar la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) como prueba primaria de cribado en una parte de la población diana. En este momento, se estimó que, en los siguientes 5 años, las comunidades autónomas del país iniciarían el cambio en el programa. La primera comunidad en incorporar este cambio fue el País Vasco. Todas las comunidades autónomas están en estos momentos embarcadas en este cambio, que viene marcado por la Estrategia Nacional en Cáncer consensuada en el Consejo Interterritorial de Salud. Comunidades como Navarra, La Rioja, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Islas Canarias o País Vasco ya han incorporado este cambio en el carácter de los programas

de cribado. Se espera que se implante en el año 2024 en aquellas comunidades autónomas que falten.

En cuanto a la Comunidad Valenciana, actualmente tiene implantado un programa de cribado para cáncer de cérvix de carácter oportunista y se realiza la citología por personal sanitario. No obstante, en un estudio publicado en 2021 en la Comunidad Valenciana, sobre si aceptan la auto-toma como forma de cribado de cáncer de cérvix, el 86,9% de las mujeres encuestadas prefirieron la auto-toma como método de cribado. Esto se interpretó como que la aceptación de la auto-toma como método de cribado del cáncer de cérvix es elevada entre las mujeres, aunque se deben dedicar esfuerzos para aumentar el conocimiento en la población femenina para reducir posibles desigualdades de acceso y fomentar una participación informada (Delgado, Cabanell, Barceló, Llorens y Trejo, 2021).



Tabla 1. Revisión Situación Actual de los Programas de Cribado de Cáncer de Cérvix en las comunidades autónomas (1).

	GALICIA	ASTURIAS	CANTABRIA	NAVARRA	LA RIOJA	CASTILLA Y LEÓN	ARAGÓN	CATALUÑA	MADRID	EXTREMADURA
¿Está implantado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Desde cuándo?	2019	2011	2011	2020	2018	1986	-	-	-	1993
Tipo de programa de cribado actual	-	-	Oportunista	Poblacional	Poblacional	Poblacional	Oportunista	Poblacional	Oportunista	Poblacional
Población diana	Mujeres entre 35-65 años con tarjeta sanitaria en ciudades específicas de Galicia	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-64 años	Mujeres entre 25-64 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años
¿Quién toma la muestra?	Matrona	Personal médico, enfermeras o matronas	Profesionales de Atención Primaria	Matrona o enfermeras	-	Matrona	Matrona	-	Atención Primaria	-
Método	Auto-toma o cita con la matrona	Citología o test detección del VPH	Citología	Citología y test detección del VPH	Citología	25-34 años: Citología 35-64 años: test VPH	Citología	25-34 años: Citología 35-64 años: test detección del VPH	Citología o test detección del VPH	Citología

Tabla 2. Revisión Situación Actual de los Programas de Cribado de Cáncer de Cérvix en las comunidades autónomas (2).

	CASTILLA LA MANCHA	COMUNIDAD VALENCIANA	MURCIA	ANDALUCÍA	CEUTA	MELILLA	ISLAS CANARIAS	PAÍS VASCO	ISLAS BALEARES
¿Está implantado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	Sí
¿Desde cuándo?	-	-	-	-	-	-	2021	2018	2004
Tipo de cribado		Oportunista	Oportunista		-	-	Poblacional	Poblacional	Oportunista
Población diana	Mujeres entre 25-64 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	-	-	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-65 años	Mujeres entre 25-64 años
¿Quién toma la muestra?	Médico, enfermera o matrona	-	Médico, enfermera o matrona	-	-	-	-	-	Matronas o enfermeras de ginecología
Método	25-34 años: Citología 35-64 años: test de detección de VPH	25-34 años: Citología 35-64 años: test de detección de VPH	Citología	Citología	Citología y test de detección del VPH	-	Citología y test de detección del VPH	Citología y test de detección del VPH	Citología

II. Fase 2: “Metodología de investigación cualitativa con grupos focales”

En esta fase, el total de participantes fue 29 mujeres, con una media de edad en torno a los 50 años. En cuanto a los datos demográficos que se recogieron sobre ellas, se destaca que el 46% de ellas tenían estudios universitarios (13)¹ y un 29% tenían estudios a nivel de formación profesional (8). El resto tenían estudios de enseñanza secundaria obligatoria (3), bachillerato (1) o no poseían ningún título de estudios (2). El sector de actividad profesional más repetido fue el de administración y gestión (6). Otros sectores laborales frecuentes en las participantes fueron el sector de sanidad (4), limpieza y mantenimiento (3) y educación (2).

Para analizar los resultados de esta segunda fase, se dividieron las preguntas realizadas en el guion del grupo focal en dos grandes bloques. El **primer bloque**, donde se recogían las experiencias de las participantes con los programas de cribado en general mientras que, en el **segundo bloque**, se pretende recoger la opinión conjunta del método de la auto-toma en el programa de cribado para el cáncer de cérvix. Los resultados de estos dos bloques se presentan a continuación.

Bloque 1. Experiencias de las participantes con los programas de cribado del cáncer.

Para comenzar, la mayoría de las participantes confirmaron que conocían la citología o el Papanicolau (27) y se le había realizado al menos una citología (27) (Figura 1 y 2). Lo habitual para las participantes era que la toma citológica se realizara cada 2 años (9) (Figura 3). En la mayoría de los casos, identificaban a la matrona (11) o la ginecóloga (9) como el profesional que realizaba la toma. En otros casos indicaban el lugar en el que se realizaban la toma citológica, normalmente en un centro de salud sexual y reproductiva u otros (8) (Figura 4).

¹Esp: número de expertos que proponen una misma idea (Espontaneidad)

Figura 1. ¿Conoce la citología o el Papanicolau?

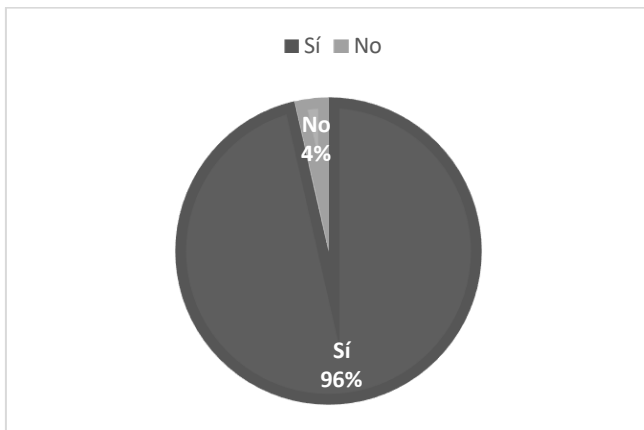


Figura 2. ¿Se ha realizado alguna vez la citología o el Papanicolau?

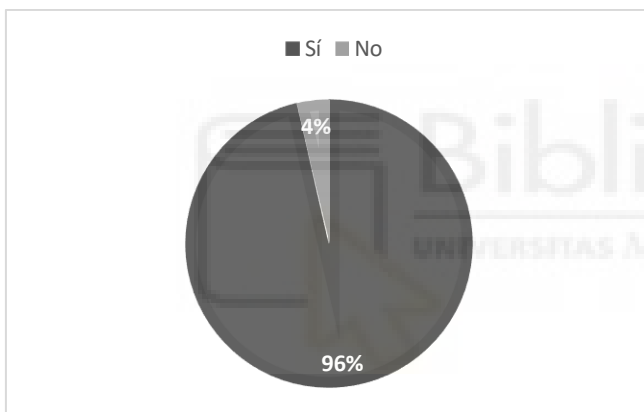


Figura 3. Frecuencia de realización de la citología

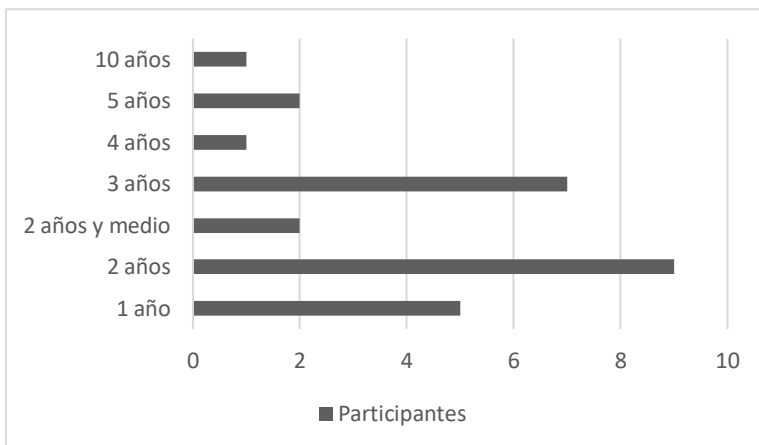
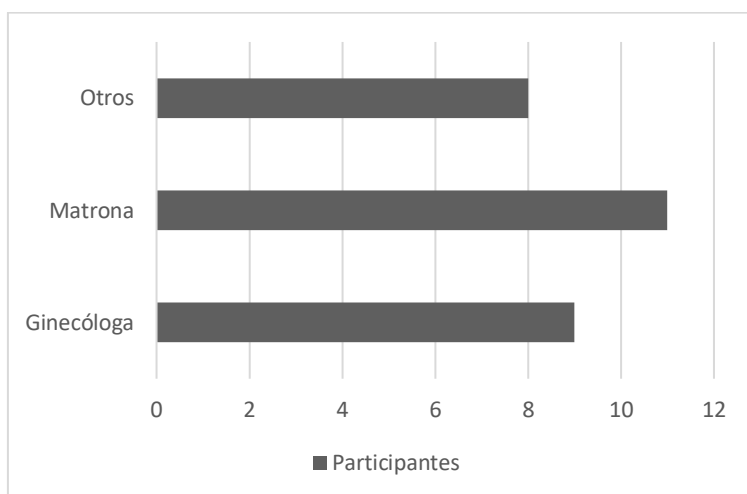


Figura 4. Profesional responsable de la toma citológica



Continuando con este primer bloque, el 78% afirmó conocer otras campañas de prevención del cáncer (21) citando el de mama (5) y colon (9) (Figura 5 y 6). Las mujeres que habían participado previamente en un programa de cribado (mama o colon) indicaron que la principal razón de la participación es la prevención (Figura 7). El hecho de participar activamente en los programas de cribado de mama y de colon denotó que las mujeres se mostrasen más receptivas al nuevo programa de cribado de cáncer de cérvix, además de aquellas mujeres que disponían de mutua privada y ya tenían experiencia en programas de cribado.

Figura 5. Conocimiento de otras campañas de prevención del cáncer

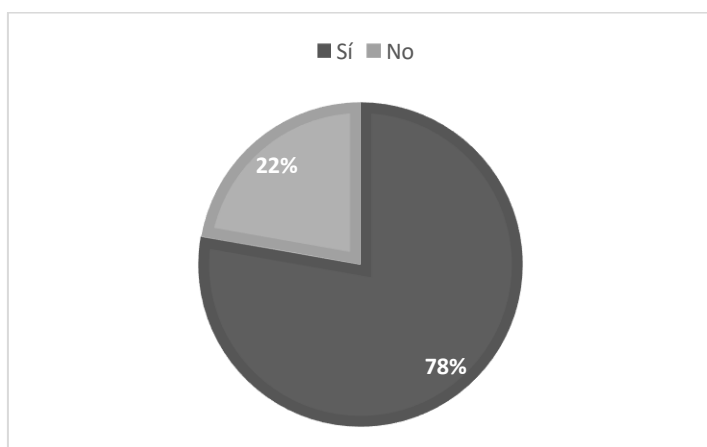


Figura 6. Conocimiento de otros programas de cribado

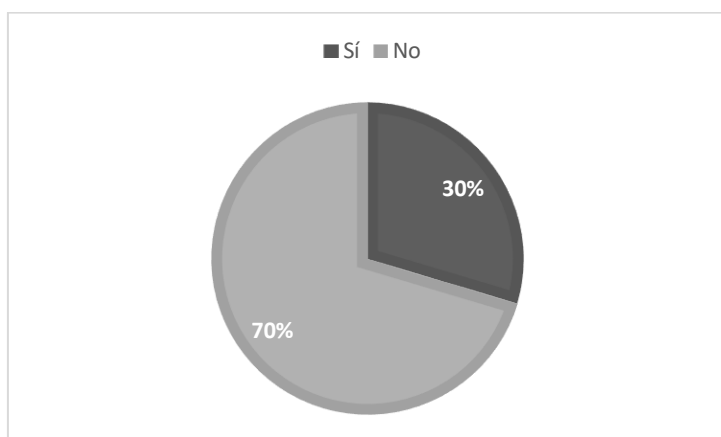
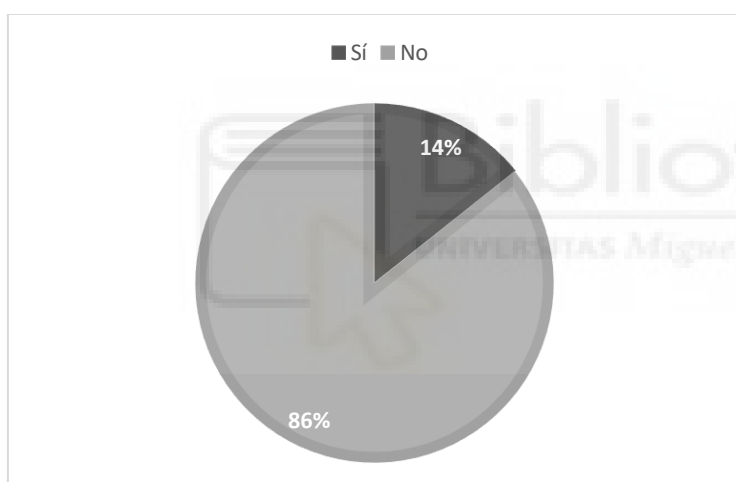


Figura 7. Participación en otros programas de cribado



A continuación, se les preguntó a las mujeres acerca de las razones por las cuales participaban o no en los programas de cribado. En cuanto a las razones por las que no habían participado, se resumen fundamentalmente en la falta de conocimiento sobre la existencia de estos programas de cribado y miedos relacionados con la confianza en el dispositivo, la higiene y la seguridad de este. En anexos de esta memoria se pueden encontrar algunos ejemplos de verbatims especificando su espontaneidad entre paréntesis. (Ver Tabla 2 y 3 Anexos)

Bloque 2. Opinión conjunta sobre la auto-toma como método de cribado de cáncer de cérvix

Por lo que se refiere a las opiniones sobre si las mujeres de la Comunidad Valenciana participarían en un programa de cribado con este nuevo método de la auto-toma, existían opiniones favorables. Algunas mujeres consideraban este nuevo método como cómodo y práctico, y hacían referencia a que toda prevención es buena (9)¹. Por otra parte, existían opiniones desfavorables hacia la participación en el nuevo programa. Estas opiniones se centraban en que preferían que hiciese la prueba un profesional cualificado (3). La tabla en la que se recoge estas opiniones se puede encontrar en anexos. (Ver Tabla 4 Anexos)

En cuanto a las dudas que podría generar este nuevo método, algunos de los mensajes extraídos de la sesión grupal señalaron una actitud positiva de muchas mujeres ante un nuevo programa de cribado y el uso de la auto-toma. Algunas consideraron que la existencia de programas de cribado en los que la población participa habitualmente será una oportunidad para la aceptación y participación en un nuevo programa (3). También destacaron de la auto-toma aspectos positivos como su sencillez o la inclusión de colectivos vulnerables (3). Además, destacaron una mayor concienciación de las mujeres frente a la participación en los cribados. Por último, hacían referencia a la necesidad de una mayor promoción de la auto-toma, por ejemplo, con campañas y para poner en conocimiento de aquellas mujeres que no conocen este método (3). El discurso de las participantes se centró en que el mensaje que se dirigiese a las mujeres sobre este nuevo método de cribado debía ser más impactante (3). Respecto a los aspectos negativos, los miedos percibidos se centraron en la duda sobre la fiabilidad de la auto-toma (4). También generó incertidumbre la sensación de desprotección por los colectivos que no se incluyen en el rango de edad del programa de cribado. Las tablas en las que se recogen algunas de las ideas o verbatimims de las participantes especificando su espontaneidad entre paréntesis de las categorías anteriormente mencionadas se puede encontrar en anexos.

¹ Esp: número de expertos que proponen una misma idea (Espontaneidad)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

I. Auto-toma como método de cribado para el cáncer de cérvix a nivel nacional

La situación actual de las comunidades autónomas de España se basa en una etapa de transición hacia los programas de cribado de tipo poblacional para el cáncer de cérvix, dicho cambio viene marcado por la Estrategia Nacional en Cáncer consensuada en el Consejo Interterritorial de Salud. Se considera que dichos programas radican las desigualdades de acceso y el exceso de pruebas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar un cáncer de cérvix (Díaz-Sanchíz y Sanjosé-Llongueras, 2016).

En cuanto a la auto-toma se habla, a través de las noticias de prensa, de que Sistema Nacional de Salud tiene previsto apostar por este método mediante kits que se repartirán en las farmacias, tal y como ya se hace con los test de sangre en heces en el caso del cribado del cáncer de colon. No obstante, todavía no se ha realizado una publicación oficial sobre estos intereses. Este nuevo método está poco difundido entre las comunidades españolas y sólo se ha mencionado en noticias de prensa de Murcia, Galicia y la Comunidad Valenciana, aunque sin confirmación de que este sea el método de cribado elegido. Sin embargo, en otros países de Latinoamérica se conoce más este método y está instaurado desde hace muchos años en países como México, Ecuador y Chile. (Almonte, Murillo, Sánchez, Jerónimo, Salmerón, Ferreccio et al., 2010; Crespo, Molina, Salinas, Astudillo, Bravo y Segarra, 2020).

II. Opiniones de las mujeres acerca del cribado de cáncer de cérvix en la Comunidad Valenciana

Una vez realizada la investigación cualitativa con mujeres, parece haber una gran aceptación y actitudes positivas hacia el uso de la auto-toma abriendo la oportunidad de implantar un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix a través de la auto-toma para la determinación de VPH. Esto puede tener una mayor aceptación gracias a la existencia de programas poblacionales ya establecidos, que emplean el auto muestreo, como el test de sangre oculta en heces para cribado de cáncer colorrectal, o por la consolidación en el empleo de auto-test de farmacia como consecuencia de la COVID-19 (Arbyn, Smith, Temin, Sultana y Castle, 2018).

Las manifestaciones de las participantes permiten identificar los motivos que pueden causar preocupación a las mujeres al introducir este tipo de programas. Algunas mujeres muestran incertidumbre por no saber cómo realizar el procedimiento para la toma de muestras correctamente o miedo ante la posibilidad de dejar de detectar otras patologías al no asistir a una visita presencial. Algunos autores señalan, que la preocupación por la correcta realización debe ser abordada a través de campañas de concienciación pública (Bishop, Katz y Reiter, 2019; Bosgraaf, Verhoef, Massuger, Siebers, Bulten, de Kuiper-de Ridder et al., 2015). En cuanto a la sensación de desprotección sentida por las mujeres por no disponer de un profesional cualificado para la realización de la auto-toma, la información facilitada a las mujeres deberá abordar este aspecto (Bosgraaf, Verhoef, Massuger, Siebers, Bulten, de Kuiper-de Ridder et al., 2015).

En relación con lo anterior, se puede considerar que la higiene, seguridad y comodidad de uso del dispositivo de auto-toma son los elementos centrales sobre los que se debería incidir y proporcionar información para implicar a las mujeres en el programa de cribado. La principal barrera recae en la inseguridad de las participantes respecto a la localización, intensidad y extensión de la toma para que el resultado resulte válido.

Con el fin de conocer su opinión como representantes de la población diana de este nuevo método de cribado, se les preguntó acerca de qué información sería necesaria que se les proporcionase en futuras campañas de concienciación del cáncer de cérvix. Las participantes sugirieron que podría interesarles a muchas mujeres conocer en qué comunidades se estaban llevando programas de este tipo y con qué resultados. Propusieron que la información debía focalizarse en empoderar a las mujeres para sentirse protagonistas de la prevención del cáncer de cérvix. Además, consideran importante resaltar la gravedad de la enfermedad para fomentar la concienciación ciudadana. Algunos estudios realizados en esta línea han mostrado la mayor aceptación de la auto-toma por parte de mujeres con una mayor percepción del riesgo de cáncer de cuello uterino (Chen, Hsieh, Chou y Tzeng, 2014).

La auto-toma puede permitir la participación de grupos vulnerables que pudieran tener mayor dificultad en asistir a una visita presencial para la toma de muestras. Se destaca, además, la necesidad de creación de materiales adaptados para su comprensión en diferentes idiomas y para diferentes niveles socioculturales, como señala la “Guía de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar” publicada en 2021 (World Health Organization, 2021).

En conclusión, los programas de cribado de cáncer de cérvix con auto-toma constituyen una alternativa para involucrar a una mayor proporción de mujeres. Las mujeres reclaman sentirse implicadas en el programa y facultadas para participar activamente en la prevención del cáncer de cérvix. La percepción de higiene y facilidad de uso del dispositivo elegido para la auto-toma son determinantes para lograr un mayor alcance del programa. Existen ideas erróneas y una falta de información acerca de este método que condiciona la percepción de fiabilidad del resultado si se recogiese una muestra a través de la auto-toma.

III. Educación en salud sobre el cáncer de cérvix.

Desde la disciplina de la psicología, se puede contribuir con los programas de cribado de cáncer de cérvix a través de programas educacionales para concienciar a la población sobre la enfermedad y alertar de la necesidad de hacerse pruebas para detectar el cáncer de cérvix en edades de riesgo.

Existe evidencia de que la adopción de una base teórica es esencial para desarrollar intervenciones que promuevan el cribado del cáncer de cuello de útero (Atere-Roberts, Smith y Hall, 2020). A la hora de plantear estos programas educacionales, muchos de ellos se basan en la teoría cognitiva social que explica la complejidad de los procesos humanos para realizar una conducta, lo que ayuda a proporcionar una base estable para el desarrollo de intervenciones que puedan cambiar el comportamiento humano (Bandura, 2012; Bandura, 1989). También se utilizaron como marco teórico la teoría del comportamiento planificado y el modelo de creencias sobre la salud. Existen estudios que utilizan con frecuencia en los programas de educación sobre el cribado del cáncer de cuello uterino estas tres teorías mencionadas anteriormente (Saei Ghare Naz et al., 2018).

IV. Limitaciones del estudio

Es necesario mencionar aquellas limitaciones que presenta este estudio.

En primer lugar, uno de los objetivos que era el análisis de la situación actual del método de cribado del cáncer de cérvix se ha visto obstaculizado por la falta de actualización de las plataformas de los servicios sanitarios de las distintas comunidades autónomas españolas.

Por otro lado, en cuanto al estudio cualitativo, el grupo de mujeres entrevistadas no es una muestra representativa de toda la población femenina del país, a la que debería llegar la auto-toma como método de cribado. Los resultados se han extraído de las opiniones de un grupo de mujeres de una comunidad en concreto, por lo tanto, no se puede extrapolar a toda la población. Para poder generalizar estas opiniones, sería necesario hacer un estudio a nivel poblacional y este es un estudio cualitativo.

V. Sugerencias para futuras investigaciones.

De cara a futuras investigaciones acerca del método de cribado de la auto-toma, para conseguir una alta participación y una mayor aceptación ante el método de la auto-toma, sería necesario investigar más acerca de cómo serían las adecuadas campañas de sensibilización e información para la población (Sormani, Kenfack, Wisniak, Moukam Datchoua, Lemoupa Makajio et al., 2021) y las intervenciones educativas de concienciación sobre la importancia y el impacto de la prevención del cáncer de cuello uterino (Crofts, Flahault, Tebeu, Untiet, Fosso, Boulvain et al., 2015). Además, también sería interesante experimentar cómo sería la experiencia real de que este nuevo método de cribado fuese implantado y cómo funcionaría en este caso, investigar sobre si ha resultado efectivo para la población femenina o no, en definitiva, implantarlo realmente y valorar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., et al. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *salud pública de méxico*, 52, 544-559.

Arbyn, M., Smith, S. B., Temin, S., Sultana, F., & Castle, P. (2018). Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *Bmj*, 363.

Ascunce Elizaga, N. (2013). En apoyo a la inversión en cribado. *Gaceta Sanitaria*, 27, 369-371.

Atere-Roberts, J., J. Smith, and I. Hall, *Interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among rural women: a scoping review*. *Cancer Causes & Control*, 2020. 31

Bandura, A., *Human Agency in Social Cognitive Theory*. The American psychologist, 1989. 44: p. 1175-84.

Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of management*, 38(1), 9-44.

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? [Do women in the Valencian Community accept self-sampling as a form of cervical cancer screening?]. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202101023.

Binefa, G., García, M., Peiró, R., Molina-Barceló, A., & Ibáñez, R. (2016). Cómo evaluar y reducir desigualdades sociales en los programas de cribado de cáncer. *Gaceta Sanitaria*, 30(3), 232-234.

Bishop E, Katz ML, Reiter PL. Acceptability of Human Papillomavirus Self-Sampling Among a National Sample of Women in the United States. *Biores Open Access*. 2019;8(1):65–73.

Bordoy, J. C., Oliveras, M., Fuchs, G. F., & Valades, A. F. (2015). Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix. *Medicina balear*, 30(2), 43-47.

Bosgraaf, R. P., Verhoef, V. M., Massuger, L. F., Siebers, A. G., Bulten, J., de Kuyper-de Ridder, G. M., ... & Bekkers, R. L. (2015). Comparative performance of novel

self-sampling methods in detecting high-risk human papillomavirus in 30,130 women not attending cervical screening. *International Journal of Cancer*, 136(3), 646-655.

Chen, S. L., Hsieh, P. C., Chou, C. H., & Tzeng, Y. L. (2014). Determinants of women's likelihood of vaginal self-sampling for human papillomavirus to screen for cervical cancer in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 14(1), 1-7.

Collado, R. C., Montosa, J. X., & Vizcaíno, M. Á. C. (2007). *Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero*. Ed. Médica Panamericana.

Crespo, B. V., Molina, V. A. N., Salinas, M. A. F., Astudillo, G. G., Bravo, L. V. M., & Segarra, J. I. O. (2020). Minireview: Situación actual del cáncer de cuello uterino en Ecuador, 2019. *REVISTA MÉDICA HJCA*, 12(3), 205-211.

Crofts, V., Flahault, E., Tebeu, P. M., Untiet, S., Fosso, G. K., Boulvain, M., et al. (2015). Education efforts may contribute to wider acceptance of human papillomavirus self-sampling. *International journal of women's health*, 7, 149.

Delgado, M. B., Cabanell, J. I., Barceló, A. M., Llorens, O. Z., & Trejo, D. S. (2021). ¿Aceptan las mujeres de la Comunidad Valenciana la auto-toma como forma de cribado de cáncer de cérvix?. *Revista española de salud pública*, (95), 45.

Díaz-Sanchís, M., & Sanjosé-Llongueras, S. D. (2016). Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud.

Gupta S, Palmer C, Bik EM, Cardenas JP, Nuñez H, Kraal L, Bird SW, Bowers J, Smith A, Walton NA, Goddard AD, Almonacid DE, Zneimer S, Richman J, Apte ZS. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing: Increased Cervical Cancer Screening Participation and Incorporation in International Screening Programs. *Front Public Health*. 2018;6

Hamui-Sutton, Alicia, & Varela-Ruiz, Margarita. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60. Recuperado en 22 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&tlng=es.

llangovan K, Kobetz E, Koru-Sengul T, Marcus EN, Rodriguez B, Alonzo Y, Carrasquillo O. Acceptability and Feasibility of Human Papilloma Virus Self-Sampling for Cervical Cancer Screening. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25:944-51.

Kamath Mulki A, Withers M. Human Papilloma Virus self- sampling performance in low- and middle-income countries. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):12.

Mira, J.J.; Pérez-Jover, V.; Lorenzo, S.; Aranaz, J.; Vitaller, J. Qualitative research is a valid alternative too. *Aten Primaria* 2004, 34,161–169.

Morgan D, Krueger R. (Eds.). *The Focus Group Kit*. London: Sage Publications; 1998.

Nishimura H, Yeh PT, Oguntade H, Kennedy CE, Narasimhan M. HPV self-sampling for cervical cancer screening: a systematic review of values and preferences. *BMJ Glob Health*. 2021;6(5):e003743.

Puente, J. y Velasco, G. (16 de diciembre de 2019) *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019](#)

Saei Ghare Naz, M., et al., *Educational Interventions for Cervical Cancer Screening Behavior of Women: A Systematic Review*. 2018.

Sociedad Española de Oncología Médica, (1 de febrero de 2021) *El cáncer en cifras* [El cáncer en cifras - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019](#)

Sociedad Española de Oncología Médica (3 de febrero de 2020) *Cáncer de cérvix* <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=1>

Sormani, J., Kenfack, B., Wisniak, A., Moukam Datchoua, A., Lemoupa Makajio, S., Schmidt, N. C., et al (2021). Exploring Factors Associated with Patients Who Prefer Clinician-Sampling to HPV Self-Sampling: A Study Conducted in a Low-Resource Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 54.

World Health Organization. *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being*. World Health Organization. (2021). Disponible en: <https://www.who.org/monitor/jan08/recommended>.

World Health Organization. WHO recommendations on self-care interventions Human papillomavirus (HPV) self-sampling as part of cervical cancer screening. World Health Organization (2020). Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/resrep28236>

Yeh PT, Kennedy CE, de Vuyst H, Narasimhan M. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2019;4(3):e001351.

ANEXOS

Tabla 1. Preguntas Grupo Focal Cáncer de Cérvix.

¿Conoce qué es la citología o el Papanicolau?
¿Habían participado de forma previa en el programa de cribado del cáncer de cérvix?
Preguntas Racimo - ¿Se ha realizado alguna citología? - ¿Cada cuántos años se realiza la citología? - ¿Quién le realiza la citología?
¿Conoce otros programas de cribado y campañas sanitarias de prevención del cáncer?
Preguntas Racimo - Indique los programas de cribado que conoce - Participa en otros programas de cribado - Indique las razones por las que participa no participa en los programas de cribado
Opiniones favorables y desfavorables acerca del nuevo método de cribado a partir de la auto-toma del cáncer de cérvix
Barreras y facilitadores ante la auto-toma como método de cribado de cáncer de cérvix

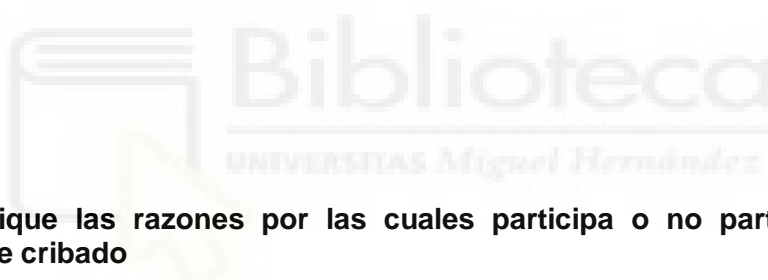


Tabla 2. Indique las razones por las cuales participa o no participa en los programas de cribado

Categorías	Verbatims
Experiencia en participación (4)¹	“Prevenir es la solución” (2) “Pertenezco a MUFACE” (1) “Participo en el cribado del cáncer de colon” (1)
Falta de experiencia (8)	“Desconocimiento” (2) “Es la primera vez que lo hago, no se me había presentado la oportunidad” (1) “Nunca me lo han propuesto” (2) “No me ha llegado información acerca de los programas” (1) “No me han llamado” (1) “No cumplo la edad para el cribado de cáncer de mama” (1)

Nota. Esp: número de expertos que proponen una misma idea (Espontaneidad)

Tabla 3. Opiniones favorables y desfavorables acerca del nuevo método de cribado a partir de la auto-toma del cáncer de cérvix

Categorías	Verbatims
Opiniones desfavorables hacia la participación en el nuevo programa (3)¹	Preferiría que lo hiciese un profesional de la salud: enfermera, matrona (1) En caso de dificultad tener soporte profesional (2)
Opiniones favorables hacia la participación en el nuevo programa (9)	Existe la posibilidad de poder compartir esta información con los que te rodean y decidirte (1) Porque es clara y concisa (1) Cuanta más prevención, mejor para nosotras (1) Porque con una prueba simple se sabe si tienes el virus o no (1) "Toda prevención es buena" (1) "El cribado me parece correcto" (1) Realización sencilla y en casa (1) Cómodo y accesible (1) Práctico porque se parece mucho los tampones (1)

Nota. Esp: número de expertos que proponen una misma idea (Espontaneidad)

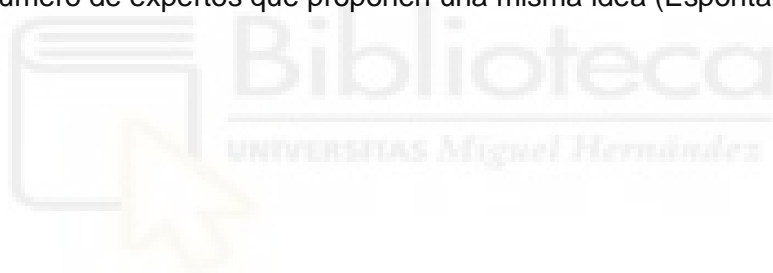


Tabla 4. Barreras y facilitadores ante la auto-toma como método de cribado de cáncer de cérvix

Categorías	Verbatims
Actitud positiva ante el nuevo programa de auto-toma (8)¹	<p>Experiencia previa positiva con la prueba de colon. “Es una cosa que te llega a casa, que te tienes que hacer, tú lees bien, lo haces como te dicen, pinchas, lo llevas al centro de salud y luego te mandan la carta” “Está usted perfecta” o “por mala pata no”. “Si no estás bien te llama el médico. Si eres capaz de hacerte la auto-toma del programa de prevención de cáncer de colon, eres capaz de hacerte este también. Yo veo muy bien que cada uno se haga lo suyo” (3)</p> <p>Mayor oportunidad a personas de diferentes etnias o razas a hacerse el cribado. Puede llegar a más personas, es una forma de no saturar tanto las consultas. Además, puede ser útil para controlar una misma cada cuanto te has hecho la citología. (2)</p> <p>Mayor concienciación del VPH (2). “Yo creo que las mujeres estamos más concienciadas de que podemos tener cáncer o el virus del papiloma humano. Entonces, me da la impresión de que no nos va a resultar raro que nos llegue a casa el dispositivo para hacernos la auto-toma”.</p> <p>“Yo creo que es algo que se va a instaurar muy fácil y rápidamente por lo que están diciendo las compañeras, ya tenemos lo del cáncer de colon que se ha metido en nuestras vidas, y si no ha sido en la nuestra en la de algún familiar. Yo creo que sí va a ser mucho más sencillo implantar el programa de prevención de cáncer de cérvix”</p> <p>Es práctico. “No hay que esperar, porque a veces te da un poco de pereza ir al ginecólogo a hacértela” (1)</p> <p>Cuestión de tiempo y práctica para adaptarse a las nuevas medidas (1)</p>
Falta de información sobre el propio programa (7)	<p>Más información si es restrictivo a cáncer de cérvix u otras enfermedades (2)</p> <p>Informar las razones de apostar por el programa de cribado con estadísticas de salud: mortalidad, incidencia (2)</p>

	La única duda es dónde dejarla en el centro de salud (1)
	Puede generar dudas (1)
	Dar información sobre posibles infecciones y molestias que debe causar (1)
	Importante tener información desde jóvenes, hace falta mayor información y mejorar la confianza en los jóvenes de acudir al médico si nota algo extraño "Por ejemplo que no tengas síntomas no quiere decir que no estés sano, puedes estar contagiado del VPH y desarrollar cáncer de cérvix en un futuro" (1)
Falta de conocimiento sobre el cuerpo (1)	Muchas mujeres no tienen conocimiento sobre su propio cuerpo para ser ellas autónomas (1)
Que la auto-toma no sea fiable (4)	Igual no lo hacemos bien y no da buen resultado (1)
	Inseguridad de saber si lo has hecho bien (1)
	Dudas en cuanto a la precisión: cuántos centímetros deben ser, contar los giros, etc. (1)
	Incertidumbre al ya no asistir a una clínica/hospital y no percatarse de alguna otra enfermedad o error en la auto-toma (1)
Contenido del mensaje (2)	Más contundencia en los mensajes (2)
	Para que el programa no genere dudas el mensaje debe ser muy contundente (1)
Mayor promoción de la auto-toma (3)	Falta más información, por ejemplo, campañas (1) La información no siempre llega a todas las personas (1) Mayor auto-convencimiento y en algunas edades es tabú (1)
Sensación de desprotección ante los colectivos que no están recogidos en el rango de edad susceptibles del programa (4)	Empieza a los 35 - Mujeres más jóvenes están vacunadas con VPH (1) Sensación de desprotección y falta de información ante colectivos más mayores (1) Por razones de edad prefieren el cribado tradicional (1) A partir de qué edad es necesario hacerlo (1)
<i>Nota.</i> Esp: número de expertos que proponen una misma idea (Espontaneidad)	