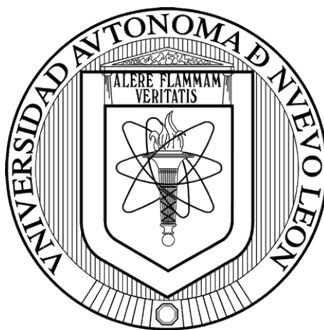


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOMANEJO DE LAS MUJERES CON VPH DE ALTO RIESGO
PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CaCU

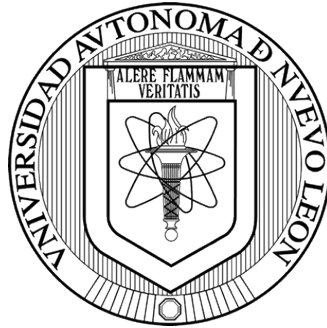
Por

MCE. MARTHA ARELY HERNÁNDEZ DEL ÁNGEL

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ABRIL, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOMANEJO DE LAS MUJERES CON VPH DE ALTO RIESGO
PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CaCU

Por

MCE. MARTHA ARELY HERNÁNDEZ DEL ÁNGEL

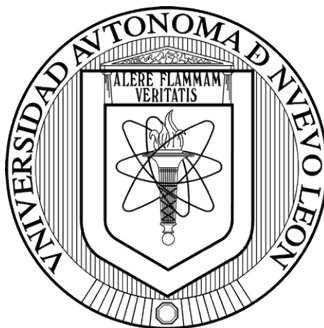
Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ABRIL, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOMANEJO DE LAS MUJERES CON VPH DE ALTO RIESGO
PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CaCU

Por

MCE. MARTHA ARELY HERNÁNDEZ DEL ÁNGEL

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ABRIL, 2022

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	9
Substracción teórica	14
Modelo lógico de la intervención	21
Estudios relacionados	23
Definición de términos	38
Objetivos	41
Capítulo II	
Metodología	42
Diseño del estudio	42
Población, muestra y muestreo	42
Criterios de inclusión	43
Criterios de exclusión	43
Criterios de eliminación	43
Descripción de los instrumentos de medición	43
Reclutamiento, Captación y Retención de los participantes	47
Reclutamiento y selección de facilitadores	49
Intervención	50
Descripción de las sesiones para el grupo de intervención	51
Indicadores de la aceptabilidad de la intervención	52
Indicadores de la factibilidad de la intervención	53

Contenido	Página
Consideraciones éticas	54
Análisis de datos	56
Capítulo III	
Resultados	57
Flujograma de las participantes	57
Características sociodemográficas de las participantes	59
Consistencia interna de los instrumentos	60
Estadística descriptiva de variables de estudio por cada instrumento	61
Índices de las variables del estudio	73
Estadística inferencial	75
Aceptabilidad de la intervención	78
Factibilidad de la intervención	81
Capítulo IV	
Discusión	86
Limitaciones del estudio	92
Conclusiones	92
Recomendaciones para la práctica	93
Recomendaciones para la investigación	94
Referencias	95
Apéndices	105
A. Cédula de datos personales	106

Contenido	Página
B. Consentimiento informado	107
C. Escala de conocimiento y conciencia del VPH	109
D. Escala de conciencia de VPH y CaCU	110
E. Escala de automanejo de la percepción del VPH de alto riesgo	111
F. Escala de conflicto decisional	112
G. Escala para la autoeficacia de mantenimiento para toma citología	113
H. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto	114
I. Escala de autoeficacia para el uso del condón	115
J. Escala de automanejo del VPH de alto riesgo	116
K. Escala de aceptabilidad	117
L. Cuestionario para reclutar facilitadores	118
M. Convenio de confidencialidad	119
N. Avances del plan de acción	120
O. Evaluación de la fidelidad de la intervención	121
P. Sesión 2: complicaciones del VPH de alto riesgo	122
Q. Sesión 3: importancia de la adherencia al tratamiento	123
R. Sesión 4: métodos anticonceptivos en pareja	124
S. Sesión 5: importancia de las pruebas de detección oportuna	125
T. Guía de entrevista semiestructurada	126

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría del automanejo individual y familiar	11
2. Substracción teórica	20
3. Modelo lógico de la intervención del automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo	22
4. Diagrama de flujo de las participantes a través de cada etapa del estudio	58

Lista de tablas

Tablas	Página
1. Diseño de la intervención	42
2. Características sociodemográficas de las participantes	59
3. Coeficiente de confiabilidad de los instrumentos	60
4. Escala de conocimiento del VPH	61
5. Escala de conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU	63
6. Escala de percepción del automanejo del VPH de alto riesgo	64
7. Escala de conflicto decisional	65
8. Escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología cervical	67
9. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto riesgo	69
10. Escala de autoeficacia para el uso del condón	70
11. Escala de automanejo del VPH de alto riesgo	71
12. Estadística descriptiva de las variables del estudio y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con correlación de Lilliefors en el total de la muestra en sus tres tiempos de medición	74
13. Prueba U de Mann-Whitney para las variables del estudio por tiempo de medición	75
14. Prueba de Friedman para determinar la diferencia entre los tiempos de medición	77

15. Estadística descriptiva de la satisfacción de las participantes con
la intervención

Capítulo I

Introducción

El Cáncer Cervicouterino (CaCU) es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz. Al inicio las lesiones son tan pequeñas que no se pueden ver a simple vista y duran así varios años. Según datos de la Organización Mundial de Salud (OMS) el CaCU es uno de los mayores problemas de salud pública mundial y se ubica dentro de las principales causas de muerte por neoplasias malignas con 3 fallecimientos por cada 10 mujeres entre 30 y 59 años de edad de los países en desarrollo, como América Latina y el Caribe (OMS, 2018). En México, el CaCU ocupa el segundo lugar entre las neoplasias en las mujeres de 25 a 55 años de edad y constituye uno de los principales problemas de salud pública, con una incidencia del 15.5% y una mortalidad del 12.8% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

La prevención del CaCU debe ser multidisciplinar e incluir componentes como educación, movilización social, vacunación, cribado y tratamientos específicos, según lo establece la Estrategia Mundial para acelerar la eliminación de CaCU como problema de Salud Pública. Esta estrategia sugiere un enfoque integral, en donde la prevención retoma un papel primordial, por lo que incorpora la prevención secundaria y terciaria con la implementación de múltiples recomendaciones a través de intervenciones para realizar a lo largo de la vida. En este sentido, la prevención secundaria está dirigida para mujeres de 25 años en adelante en las que se recomienda principalmente el cribado de alta precisión equivalente, seguida de tratamiento inmediato o lo más rápido que sea posible después de una prueba molecular con resultado positivo al VPH y la prevención terciaria dirigida a todas las mujeres según sea necesario (OMS, 2022).

Existen múltiples factores que aumentan el riesgo del CaCU entre los que se encuentran: tener un sistema inmunitario debilitado, multiparidad, usar anticonceptivos orales por mucho tiempo, ausencia de toma de citologías, relaciones sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual y múltiples parejas sexuales, entre otros.

Sin embargo, la evidencia científica señala que el factor de riesgo más importante para CaCU es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), (Oliveira et al., 2017). El VPH es una infección de transmisión sexual. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), calculan que más del 80% de mujeres activas sexualmente serán infectadas por al menos un tipo de VPH alguna vez en sus vidas (CDC, 2020).

El VPH es un grupo de más de 200 virus relacionados. Más de 40 tipos de VPH pueden transmitirse fácilmente por contacto sexual directo, de la piel y de las membranas mucosas de personas infectadas a la piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Su medio de transmisión es por contacto sexual: vaginal, anal y oral. Los tipos de VPH corresponden a dos categorías: bajo riesgo y alto riesgo. Los de bajo riesgo pueden causar verrugas en la piel, en los genitales y ano o alrededor de ellos, de estos los más comunes son los tipos 6 y 11. Los de alto riesgo pueden causar diferentes tipos de cáncer, y de estos se han identificado cerca de una docena, dos de los más comunes son los tipos 16 y 18 (OPS, 2018).

Las infecciones por el VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. Por lo general, las verrugas no provocan dolor y no constituyen un problema grave. Pueden ser planas o elevadas, aparecer en forma individual o en grupo, ser de tamaño pequeño o grande. Si no se recibe tratamiento, las verrugas pueden crecer en tamaño y número o pueden desaparecer por sí solas. Por el contrario, las infecciones por el VPH de alto riesgo pueden persistir y ocasionar cambios a nivel celular. Si estos cambios en las células no se tratan, pueden causar cáncer con el tiempo. Es así, que las infecciones por el VPH persistentes (VPH de alto riesgo) son las únicas que representan un verdadero riesgo para contraer CaCU (CDC, 2018).

La mayoría de las infecciones por VPH de alto riesgo de los tipos 16 y 18 ocurren sin síntomas, y en pocos casos las células infectadas son reconocidas por el sistema inmunitario y eliminadas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas células

infectadas no son destruidas, lo cual resulta en una infección persistente. Conforme las células infectadas siguen creciendo, pueden sufrir mutaciones en los genes celulares que promueven un crecimiento aún más anormal, lo que lleva a la formación de un área de células precancerosas. Además, las infecciones persistentes por tipos de VPH de alto riesgo pueden resultar en cambios celulares que, si no se tratan, pueden evolucionar a cáncer (CDC, 2020).

De igual manera, los tipos de VPH de alto riesgo que evolucionan pueden ser los causantes de varios cánceres, algunos de estos son: cáncer de cuello uterino causado por dos tipos, el 16 y el 18, responsables de casi 75% de todos los casos; cáncer anal donde cerca del 65% de los casos es causado por los tipos 16 y 18; cáncer orofaríngeo aproximadamente 60% causado por el tipo 16, y algunos poco comunes como el cáncer vaginal con cerca del 50% y cáncer pene con 35%, ambos causados por el tipo 16 (CDC, 2018).

Las formas de prevención de complicaciones del VPH de alto riesgo se dan través de las recomendaciones de los organismos internacionales de salud, algunas de éstas recomendaciones en sus acciones específicas incluyen: realización de cribados en los tiempos establecidos por el equipo multidisciplinarios de salud, adherencia a tratamientos, cumplimiento de indicaciones médicas, entre las más importantes la realización de colposcopias, biopsias, tratamientos que incorporan tiempos con abstinencia de relaciones sexuales y uso consistente del condón. En donde, en la adherencia al tratamiento la capacidad para seguir el plan de tratamiento establecido de una manera óptima es primordial; realizarse citologías, colposcopias y biopsias, ayuda a detectar anomalías y el uso consistente del condón está recomendado para evitar las infecciones repetidas y en algunos tratamientos (CDC, 2020; OMS, 2020; OPS, 2020).

Por lo anterior, con respecto a que la mujer solo conozca de la existencia de las posibles pruebas a realizarse y las recomendaciones medicas a seguir, resulta insuficiente, puesto que se requiere de combinar el conocimiento con la acción de

realizarse o efectuarse la o las pruebas indicadas, en el tiempo establecido, siguiendo las recomendaciones y acciones médicas sugeridas, además de incluir la comunicación con su pareja para poder adoptar todas esas recomendaciones. Es así, que la combinación de estos aspectos aumenta la conciencia y el conocimiento acerca de cómo prevenir complicaciones, e incluso permite identificar los recursos que están disponibles y el acceso a ellos (Ochoa, Guarneros y Velazco, 2015).

De esta manera, la conciencia y el conocimiento de la mujer con VPH de alto riesgo pueden tener influencia en su toma de decisiones, aceptación de tratamiento, seguimiento del mismo y en las conductas en general que involucren todas las medidas de prevención de riesgos en donde la conducta sexual es un punto importante tanto en la aceptación y seguimiento del tratamiento indicado, así como en la prevención del CaCU (Medina et al., 2016).

La conducta sexual de la mujer con VPH de alto riesgo a menudo está influenciada por características sociodemográficas como edad, nivel de escolaridad y estado civil. Aunque la literatura señala los 30 años como edad promedio de diagnóstico de las mujeres afectadas con VPH, en diversas investigaciones se reporta que si bien es cierto que existen periodos en la edad de las mujeres en las que suelen ser más vulnerables para el desarrollo de esta infección, ésta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. El nivel de escolaridad de una mujer con VPH de alto riesgo puede llegar a tener una influencia en un limitado nivel de conocimientos lo que a su vez puede comprometer el tratamiento de su infección y la prevención de complicaciones (Hernández et al., 2016).

La literatura también señala que el estado civil de una mujer con VPH de alto riesgo llega a ser en muchas de las ocasiones tanto facilitador como barrera en el diagnóstico, tratamiento y realización de pruebas clínicas, esto debido a que la toma de decisiones depende no solo de ella, sino también de su pareja y de la comunicación entre ambos. Es decir, la comunicación que exista entre la mujer y su pareja puede llegar a

convertirse en un facilitador más que una barrera, si ambos en común acuerdo llevan a cabo el tratamiento, las indicaciones médicas y las recomendaciones que los lleven a una conducta protectora para CaCU (Figuroa & Figuroa, 2017).

Respecto a la prevención de complicaciones del VPH de alto riesgo la participación continua y activa de la mujer en el tratamiento y seguimiento tiene estrecha relación con el conocimiento sobre su condición, los tratamientos recomendados, los factores de riesgo, el seguimiento de las recomendaciones médicas establecidas, así como también con su propia seguridad para realizar las acciones necesarias en su diagnóstico y tratamiento y en conjuntar éstas con la comunicación y apoyo de su pareja para poder ejecutarlas (CDC, 2018).

Sin embargo, la evidencia indica que las intervenciones realizadas sobre el VPH suelen ser solo educativas y se basan exclusivamente en el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, en las que se mencionan las infecciones en general y sin enfatizar en la prevención de complicaciones, la importancia de la vacuna para prevenir el VPH, otras intervenciones basadas en actitudes y creencias con respecto a la vacunación contra el VPH, el autocuidado en la prevención del VPH y la promoción de comportamientos sexuales más seguros; intervenciones que resultaron efectivas con respecto al aumento de conocimientos y en las cuales recomiendan complementarlas con la inclusión de habilidades o herramientas para ejecutar esos conocimientos (Barrios, Díaz & Del Toro, 2016; Da Silva et al., 2018; Fernández, Antón & Paz, 2017; Hernández, Brito, Mendoza, Yunes, Hernández, 2016).

Por lo anterior, un enfoque que haga hincapié en el manejo del VPH de alto riesgo al incorporar conocimiento con habilidades y motivación, los aspectos necesarios para empoderar a la mujer en el automanejo de su condición de salud, podría proporcionar estrategias para mitigar los riesgos mediante prevención secundaria y terciaria (Grady y Gough, 2015). En este sentido, el automanejo se enfoca en mejorar los conocimientos, en el desarrollo de habilidades para tomar decisiones, reducir

conductas de riesgo y mejorar la adherencia a tratamientos. Es decir, el automanejo incluye la capacidad de la persona para hacer frente a todo lo que conlleva una condición médica, desde signos, síntomas y tratamiento hasta conocimientos y creencias, capacidades de autorregulación y colaboración con familiares y profesionales de la salud. Además, permite mejorar el cambio de conducta de la salud con impacto en la disminución en los costos de atención de salud y el aumento de la calidad de vida o el bienestar (Sawin et al., 2017).

De igual manera, las descripciones conceptuales y teóricas usadas para el automanejo involucran procesos necesarios como la capacidad de solucionar problemas, toma de decisiones informadas, utilización de recursos disponibles y relación con profesionales de salud para lograr la ejecución de un cambio de conducta. Una de las teorías más empleadas para el automanejo es la Teoría del Automanejo Individual y Familiar que abarca tres dimensiones: el contexto, el proceso y los resultados. En la cual la primera dimensión es el contexto y abarca la condición específica, el entorno físico y los factores individuales y familiares. La segunda dimensión es el proceso e incluye conocimiento y creencias, capacidades y habilidades de autorregulación y facilitación social, y la tercera dimensión contiene los resultados proximales y distales de la conducta de salud que incluye costo de los servicios de salud, estatus de salud y calidad de vida (Sawin et al., 2017).

En este sentido, la literatura indica que el automanejo de las personas con diferentes condiciones de salud reduce el riesgo de complicaciones, las hospitalizaciones y el costo total de la atención de salud. Y es el apoyo en el automanejo proporcionado por el equipo de salud el que puede conducir a la autoeficacia de la persona, es decir la creencia en su propia capacidad de lograr una meta o un comportamiento específico o para lograr una reducción de los síntomas, lo que conduce a mejores resultados clínicos. Es así, que el equipo de salud y en este caso particularmente el profesional de enfermería, podría apoyar a la mujer en el automanejo del VPH de alto riesgo mediante

la construcción de su confianza y fortalecimiento de sus capacidades y habilidades que le ayuden a tomar decisiones que la conduzcan a mejores resultados con respecto a la prevención de complicaciones (Pascual & Caballo, 2017).

A su vez, las intervenciones de automanejo incluyen contenidos relacionados con la información de la condición específica, el manejo de medicamentos, manejo de signos y síntomas, mejora de la autorregulación, apoyo social y utilizan más de un método de entrega. La realización de planes de acción es una de las estrategias centrales en muchas de las intervenciones de automanejo en condiciones médicas tales como: virus de inmuno deficiencia adquirida, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer. Sus resultados demuestran efectividad en aspectos de conocimiento de la condición, estado físico y psicológico, adherencia al tratamiento, cambio de comportamiento y autoeficacia, realizados en hombres y mujeres, en parejas, en grupos y en familias (Bischoff et al., 2014; Cong et al., 2017; Gray et al., 2018; Mao et al., 2016; Peñarrieta et al., 2015; Sawin et al., 2017).

De igual manera, existen diferentes estrategias en las intervenciones orientadas a desarrollar el automanejo que incluyen métodos como el teach-back, desarrollo de planes de acción y seguimiento de la conducta de salud de las personas. El teach-back es un método de confirmación de comunicación utilizado por los profesionales de la salud para confirmar si una persona entiende lo que se les explica. Este método no solo ayuda a los profesionales de la salud a comprender las necesidades de la persona para mejorar su atención, sino también a evaluar sus habilidades de comunicación. Está integrado por tres elementos: a) talk-back: que recolecta la información de la persona, lo que conoce acerca de su condición, signos, síntomas y creencias antes de la intervención; b) demo-back: en el cual se establece toda la información que la persona conoce en tiempo presente y a la hora de la entrevista, así como sus percepciones y c) think-forward: elemento en el cual se plantea la información que la persona desconoce o lo que quiere saber posteriormente (Sawin et al., 2017).

Otra de las estrategias es el plan de acción, una guía escrita que proporciona una visión general de las actividades específicas a realizar por la persona para mejorar su condición de salud, es utilizado de manera dinámica e interactiva, tomando decisiones en conjunto con el personal de salud. El plan de acción debe ser muy fácil de comprender y sobre todo que cada una de las actividades planeadas y fijadas como metas sean establecidas por el mismo paciente y solo supervisadas por el personal de salud. Proporciona dirección y organización específica para aumentar el conocimiento, adherirse a tratamientos y manejar signos y síntomas (Lenferink et al., 2017).

Por su parte el seguimiento es una actividad del quehacer del equipo de salud, que principalmente lo realiza el profesional de enfermería. Se basa en acompañar a la persona en el logro de sus objetivos de salud en periodos de tiempo establecidos posterior a la exposición o tratamiento dentro de la intervención. En todas estas estrategias es el profesional de enfermería el que está en primera línea de contacto con las personas en la atención de salud, y es quien tiene mayor oportunidad de intervenir de manera directa a nivel individual para lograr efectos favorables sobre las conductas de salud al involucrar enfoques multimodales como el automanejo (Grady y Gough, 2015).

Las intervenciones de automanejo con enfoques específicamente multimodales realizadas en diferentes condiciones médicas crónicas han obtenido resultados efectivos tanto en la adopción de conductas saludables como en el seguimiento y establecimiento de las mismas y en la reducción del riesgo de complicaciones. Aunque el VPH de alto riesgo es una infección de transmisión sexual y no está clasificada como una enfermedad crónico degenerativa, si posee muchas características en común con este tipo de enfermedades al también requerir de combinar el conocimiento con la inclusión de desarrollo de habilidades, capacidades y estrategias que permiten disminuir riesgos de complicaciones a lo largo de toda la vida de las mujeres infectadas.

Por lo anterior, para lograr el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo es necesario transitar a través del tratamiento tradicional de las intervenciones

educativas a intervenciones multimodales basadas en diversas estrategias que incorporan la prevención de una forma más amplia al resaltar que quienes ya tienen una condición médica siguen necesitando de procedimientos preventivos que disminuyan el riesgo de complicaciones. Así mismo, la evidencia señala la necesidad de incorporar más estrategias y de implementar intervenciones multimodales. Y el estado del conocimiento acerca del VPH de alto riesgo lo posiciona en la primera fase de las intervenciones conductuales (Gitlin & Czaja, 2016).

Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de desarrollar e implementar una nueva metodología de intervención para identificar una base teórica adecuada a través de sus elementos y componentes que puedan ser evaluados mediante la aceptabilidad y factibilidad, aspectos que corresponden a las intervenciones de Fase I: factibilidad y prueba de concepto. En esta fase de la intervención, se puede utilizar una amplia gama de estrategias de diseño de investigación para definir y refinar el contenido de la intervención e inferir sus características, dosis, intensidad, modo de entrega y evaluar la aceptabilidad y utilidad de los componentes de la intervención y las posibles barreras para la adherencia (Gitlin & Czaja, 2016).

Es por eso, que el propósito de esta investigación es probar una metodología de intervención basada en planes de acción orientados a fortalecer el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo para reducir el riesgo de CaCU, a través de la identificación de su aceptabilidad y factibilidad.

Marco teórico

El soporte teórico del presente estudio se basa en la Teoría del Automanejo Individual y Familiar (IFSMT) de Ryan y Sawin (2009), el Modelo de los Cuidados Crónicos (MCC) de Edwar Wagner (2002) y el Modelo del Automanejo de las 5 A de Glasgow, Davis y Beck (2003).

La IFSMT incluye la incorporación intencional de comportamientos relacionados con la salud en el funcionamiento diario de una persona o familia. El

automanejo individual y familiar evita o atenúa la enfermedad o facilita el manejo de regímenes complejos de salud de manera que reflejen los valores individuales y familiares. El individuo o la familia asume la responsabilidad para el automanejo y ocurre en colaboración con profesionales de la salud. De acuerdo con esta teoría, las personas serán más propensas a participar en los comportamientos de salud recomendados si tienen información y conocimiento suficientes sobre su condición y a través de ellos enlazar sus creencias de salud consistentes con el comportamiento, para desarrollar habilidades de autorregulación que logren cambiar sus hábitos de salud, y experimentar la facilitación social que positivamente les inflencie y les apoye a participar en comportamientos de salud preventivos. En la Figura 1, la IFSMT propone que el automanejo es un fenómeno dinámico y complejo que consta de tres dimensiones: contexto, proceso y resultados (Ryan y Sawin, 2009).

La primera dimensión de la IFSMT es el Contexto involucra elementos de riesgo y de protección que condicionan factores específicos que pueden desafiar o proteger la participación de individuos y familias en su desarrollo del automanejo. Esta dimensión incluye la condición específica, entorno físico y social y factores individuales y familiares. La condición específica abarca las características fisiológicas, estructurales, funcionales, tratamiento y prevención de la condición que afectan a la cantidad, tipo y naturaleza de comportamientos necesarios para el automanejo. Los factores del entorno físico y social incluyen el acceso a la asistencia sanitaria, la transición de un profesional de la salud, el transporte, el barrio, el trabajo, la escuela y el estatus económico. Los factores individuales y familiares son aquellas características del individuo y de la familia con respecto a su etapa de la vida, nivel educativo, las perspectivas personales y la forma de procesar la información (Ryan y Sawin, 2009).

Figura 1. Teoría del Automanejo Individual y Familiar*Figura 1.* Esquema de la Teoría del Automanejo Individual y Familiar.

La segunda dimensión es el Proceso a través de la cual se da una interacción entre sus elementos desde la información sobre los hechos y percepciones acerca de una condición de salud, las habilidades de participar con éxito en un comportamiento específico, la creencia de la importancia de esta participación hasta la capacidad para decidir y resolver los desafíos en un comportamiento específico para dar lugar a los resultados deseados. Los elementos de esta dimensión son: conocimiento y creencias, capacidades y habilidades de autorregulación y facilitación social. El conocimiento y creencias en los cuales la autoeficacia, la expectativa de resultados, y la congruencia de objetivos son sus elementos fundamentales. Las capacidades y habilidades de autorregulación que se basan en un proceso iterativo que las personas realizan para lograr un cambio en los comportamientos de salud mediante fijación de objetivos, pensamiento reflexivo, toma de decisiones y autoevaluación. Y por último la facilitación social que es un proceso que se produce dentro de las relaciones y mejora la capacidad

de un individuo para cambiar o mejorar comportamientos de salud e incluye los conceptos de la vida social de influencia, apoyo social y la colaboración negociada entre los individuos, las familias y los profesionales de la salud (Ryan y Sawin, 2009).

La tercera dimensión son los resultados proximales y distales en donde los comportamientos de automanejo individual y familiar incluyen la participación en actividades/regímenes de tratamiento, manejo de signos y síntomas y uso de terapias farmacológicas recomendadas; en los resultados proximales el compromiso real en el automanejo involucra comportamientos específicos a una condición tales como el riesgo y la transición, además de cómo controlar los síntomas y terapias farmacológicas, así como los costos asociados con el uso de instituciones de la salud. Los resultados distales se relacionan, en parte, a la consecución de resultados proximales, además se dividen en estado de salud, calidad de vida o el bienestar percibido, y el costo de la salud, tanto directo como indirecto (Ryan y Sawin, 2009).

Por otro lado, el Modelo de los Cuidados Crónicos (MCC) se centra en la relación de una persona activada con un equipo profesional de salud proactivo y preparado en un sistema de salud organizado y vinculado con los recursos necesarios en la comunidad en general. El papel central de esta relación entre el equipo de salud y las personas es un cambio importante de las formas tradicionales de organización y prestación del cuidado. De acuerdo con el MCC el manejo de las enfermedades es más eficaz cuando las personas y los profesionales de la salud son socios iguales y ambos son expertos en sus propios dominios: los profesionales de la salud con respecto al manejo clínico de la enfermedad y las personas con respecto a su experiencia con la enfermedad, sus necesidades y sus preferencias. La capacidad de los profesionales de la salud para recordar y analizar las creencias de las personas, y para activar la participación de estas y compartan la toma de decisiones, ha demostrado que mejora la adherencia a los planes de tratamiento y la medicación, así como una serie de otros resultados (Wagner, 2002).

Los componentes del MCC apoyan el desarrollo de personas informadas y activas, y equipos de salud preparados y proactivos. Éstos componentes son: 1) auto ayuda para la persona, en donde se incorpora su participación y la de su familia en el seguimiento global; 2) soporte a la decisión profesional, que debe incluir guías clínicas y otros métodos; 3) mejoras en la atención clínica, que considera reparto de tareas y responsabilidades según necesidades de la persona; 4) sistemas de información electrónica, para el seguimiento, la atención y la evaluación; 5) cambios en la organización, por ejemplo con incentivos para la mejora de la calidad y 6) participación comunitaria, que puedan movilizar recursos no sanitarios (Castorena et al., 2017).

Así mismo el apoyo al automanejo es un elemento clave del MCC porque todas las enfermedades requieren de la participación activa de las personas en la promoción de la salud y la prevención de sus complicaciones. Las actividades típicas del automanejo incluyen el estilo de vida saludable, la prevención de las complicaciones, la adherencia al plan de tratamiento y la medicación, la vigilancia de los síntomas en casa y los indicadores de enfermedad. Otras funciones esenciales del apoyo al automanejo incluyen reconocer y actuar ante alertas, cambios o empeoramiento de los síntomas y la toma de decisiones adecuadas en relación a cuándo buscar ayuda profesional, comunicarse e interactuar de manera adecuada y productiva con los profesionales de la salud y en general con el sistema de salud (Glasgow, Davis y Beck, 2003).

A su vez el apoyo al automanejo con el modelo de las cinco A se utiliza para desarrollar planes de automanejo y consiste en una serie de cinco pasos interrelacionados e iterativos fáciles de entender, recordar y utilizar (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Asistir y Arreglar). Comienza con una evaluación destinada a obtener información actualizada sobre la condición de la persona con respecto a los múltiples comportamientos de salud para después juntar esta información con el historial de la familia, creencias personales y cualquier otro dato disponible y así poder brindar al profesional de la salud las herramientas necesarias para que pueda

proporcionar consejos claros, específicos y personalizados para ayudar a las personas a mantener ó cambiar una o más conductas.

Este modelo resalta la importancia de la participación interactiva entre el profesional de la salud y las personas que incluye un diálogo de lo que la persona piensa y siente acerca de la asesoría y recomendaciones del profesional de la salud para lograr el proceso de colaboración en la definición de metas (de acuerdo con un plan de acción mutuamente negociado, alcanzable y específico) y finalizar con el seguimiento de una conducta establecida o adquirida (Glasgow, Davis y Beck, 2003).

Substracción teórica

A partir de la teoría del automanejo individual y familiar se realizó la substracción teórica para la cual se utilizaron los cuatro pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1993). El primer paso consistió en identificar los conceptos principales, el segundo se refirió a puntualizar las relaciones entre estos conceptos, en el tercer paso se procedió a jerarquizar los conceptos a partir de su nivel de abstracción, y por último en el cuarto paso se esquematizaron las relaciones entre las variables.

De modo que los conceptos clave adaptados de la IFSMT en cada una de sus dimensiones para desarrollar el esquema de la substracción teórica para el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo fueron: (a) en la dimensión del contexto, la condición específica adaptada a conocimiento del VPH, el entorno físico a medio ambiente de las mujeres con VPH de alto riesgo y los factores individuales y familiares a características de las mujeres con VPH de alto riesgo; (b) en la dimensión del proceso, el conocimiento y creencias se adaptó a conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU y percepción del automanejo del VPH de alto riesgo, habilidades y capacidades de autorregulación se adaptó a decisiones fundamentadas para automanejar VPH de alto riesgo, autoeficacia para adherencia a tratamientos, autoeficacia para control de citología; y la facilitación social se adaptó a capacidad para negociar el uso del condón, y finalmente (c) en la dimensión de resultados, los resultados proximales que incorpora

el automanejo de la conducta de una condición específica se adaptó a automanejo del VPH de alto riesgo (Figura 2).

Conocimiento del VPH. Este concepto se adaptó de *la dimensión de contexto en su elemento condición específica*, se refiere al conjunto de información que posee la mujer respecto a las causas del VPH, su forma de transmisión, los riesgos y los métodos de prevención del CaCU. Medina et al. (2016) indican que el nivel de conocimiento sobre el cuidado de la salud y sus estrategias de prevención permite generar información para identificar los factores de riesgo. Así mismo, Hernández et al. (2016) mencionan que el nivel de conocimiento y las creencias sobre VPH afectan tanto la aceptación de la vacuna, así como las actitudes y el comportamiento sexual en las mujeres de diferentes grupos de edad, y que el nivel bajo de conocimiento representa una barrera en los programas de tamizaje y determina asociación con las conductas sexuales de alto riesgo.

Medio ambiente de las mujeres con VPH de alto riesgo. Concepto adaptado de *la dimensión de contexto de su elemento entorno físico* y se refiere al espacio físico o institución de salud en donde reciben atención médica las mujeres con VPH de alto riesgo. Terán et al. (2015) encontraron en su estudio que cuando las mujeres describen sus trayectorias de acceso a la atención de salud, tanto la admisión a la institución como la relación profesional de salud-paciente cobraron suma importancia. Sus experiencias y sentimientos de temor y angustia ante los diagnósticos estuvieron ligados al trato e información otorgada u omitida por los profesionales de salud. El acceso a la institución de salud en las mujeres puede verse afectado tanto por los costos para transportarse, así como los programas inactivos en ella.

Características individuales de las mujeres con VPH de alto riesgo. Este concepto es adaptado de *la dimensión de contexto en su elemento factores individuales* y se refiere a todas las características sociodemográficas y de la condición específica que poseen las mujeres con VPH de alto riesgo, tales como: edad, estado civil, nivel

educativo, último resultado de la citología, tiempo de relación en pareja, tiempo con el tratamiento del VPH.

Hernández et al. (2016) afirman que la diferencia del nivel de conocimiento de acuerdo a la edad de las mujeres puede relacionarse a que las mujeres de edad más joven tienen mayor acceso a los medios de divulgación como internet, radio, televisión o bien a las políticas de los servicios de salud, que ponen especial énfasis en la atención a la salud de mujeres en edad fértil, por lo que las mujeres más jóvenes tienen más acceso a información sobre VPH, la realización de citologías y a recibir información y orientación respecto a aquellas que tienen una mayor edad. Páez et al. (2015) mencionan que, en mujeres de 35 años en adelante, con antecedentes de VPH, influyen negativamente el tabaquismo, déficit del sistema inmunológico, el uso prolongado de anticonceptivos orales, múltiples gestaciones y tener varios compañeros sexuales al elevar indirectamente el riesgo de complicaciones.

Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU. Este fue un concepto adaptado de *la dimensión de proceso de su elemento conocimiento y creencias* el cual se refiere al entendimiento de los riesgos del VPH de alto riesgo y la amenaza percibida para desarrollar CaCU.

Guerra, Moreno, Olivares & Gil (2018) afirman que ciertos factores como el conocimiento acerca del VPH y tener conciencia del VPH y el CaCU pueden determinar una mayor conducta protectora para CaCU. Ledesma et al. (2017) señalan la conciencia de tener VPH, y no realizarse citologías pueden ser factores de riesgo para contraer CaCU.

Percepción del automanejo del VPH de alto riesgo. Este fue un concepto adaptado de *la dimensión de proceso de su elemento conocimiento y creencias* el cual se refiere a la sensación de poder manejar todo lo relacionado con VPH de alto riesgo.

Peñarrieta et al. (2015) mencionan la necesidad de instaurar procesos de cambios de comportamiento que permitan manejar de manera adecuada la condición

médica, resaltando la perspectiva del automanejo en la que se considera el empoderamiento de la persona para incrementar el conocimiento de su condición y la adaptación de sus roles de vida a través del manejo de signos y síntomas, seguimiento de recomendaciones médicas y adherencia al tratamiento.

Forster et al. (2017) indican que la autoeficacia tiene una importante influencia en las conductas de automanejo en una condición médica específica. Mencionan que la percepción y las expectativas de resultado en conjunto se asocian para una mejora significativa en el rendimiento de las conductas de automanejo.

Decisiones fundamentadas para automanejar VPH de alto riesgo. Este concepto se adaptó de *la dimensión de proceso de su elemento habilidades y capacidades de autorregulación* y se refiere a las resoluciones que lleva a cabo la mujer con VPH de alto riesgo en común acuerdo con el profesional de salud que le hagan sentirse segura para realizar las recomendaciones médicas para su VPH de alto riesgo.

Beck et al. (2017) mencionan que un enfoque en acciones para el automanejo debe incluir ayudar a las personas a desarrollar habilidades para adherirse al tratamiento, manejar signos y síntomas y lograr el apoyo en la toma de decisiones informadas en el curso de su condición específica, y que estas decisiones deben centrarse en las prioridades, método de administración preferido y el momento específico en el que la persona lo decida realizar.

Grady y Gough (2015) señalan tres conjuntos de actividades asociadas al automanejo: la atención médica de la condición y la adherencia al tratamiento. De la misma manera indican que los pasos centrales para el automanejo de estas actividades consisten en la capacidad de solucionar problemas, tomar decisiones, utilizar recursos y asociarse con prestadores de atención de salud para realizar cambios de conductas de salud.

Autoeficacia para control de citología. Este concepto se adaptó de *la dimensión de proceso de su elemento habilidades y capacidades de autorregulación* y se

refiere a la propia evaluación de capacidades y habilidades de las mujeres con respecto a la toma de citología en los tiempos programados y la adherencia a tratamientos médicos.

Las recomendaciones que indican las organizaciones internacionales para la prevención de complicaciones del VPH señalan cuatro aspectos esenciales: la adherencia al tratamiento médico acorde al diagnóstico establecido, la realización de citologías programadas, uso consistente del condón en todas las relaciones sexuales y reducción del número de parejas sexuales (OMS, CDC, OPS, 2017).

Riazi et al. (2014) identifican la autoeficacia como un constructo psicológico de las creencias en las capacidades de una persona para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para producir logros. Aseguran que las creencias sociocognitivas y la autoeficacia en una condición médica específica sustentada en un enfoque de automanejo, juegan un papel importante en la diferenciación de pacientes que tienen una adherencia al tratamiento respecto a los que no la tienen (Mao et al. 2016).

Autoeficacia para adherencia a tratamientos. Este concepto se adaptó de *la dimensión de proceso de su elemento habilidades y capacidades de autorregulación* y se refiere a la propia evaluación de capacidades y habilidades de las mujeres para adherirse a tratamientos médicos.

Cameron et al. (2018) afirman que la autoeficacia es un componente que se ha incluido en diversas intervenciones dirigidas a disminuir conductas de riesgo y automanejar el riesgo de complicaciones médicas, debido a que se ha documentado que es un fuerte predictor del cambio de conducta, entre las que se menciona la adherencia a tratamientos.

Gray et al. (2018) señalan que diversas intervenciones a través de sesiones tanto educativas como de desarrollo de habilidades con el uso de diferentes herramientas han sido efectivas en incrementar la adherencia a tratamientos y otras habilidades.

Capacidad para negociar el uso del condón. Este concepto se retomó de *la dimensión de proceso de su elemento facilitación social* y se refiere a la disposición para interactuar de las mujeres con VPH de alto riesgo con su pareja y la influencia de esta interacción para sentirse seguras de usar el condón en cada relación sexual.

Zapata et al. (2018) observaron que las personas que no usan de manera frecuente el condón como método de prevención se encuentran en conductas sexuales de riesgo. De la Orta et al. (2014) acreditan que la comunicación con la pareja para una relación sexual segura, que incluya el uso de condón y el seguimiento de recomendaciones médicas son la mejor estrategia de prevención de complicaciones.

Automanejo del VPH de alto riesgo. Este concepto se adaptó de *la dimensión resultados proximales de su elemento conducta de automanejo de la condición específica* y se identifica como el comportamiento de automanejo del VPH de alto riesgo ejecutado por las mujeres a través de las recomendaciones establecidas por los organismos internacionales de salud tales como: adherencia al tratamiento, uso consistente del condón y control de la toma de citología cervical para la prevención del CaCU.

Cong et al. (2018) afirman que el automanejo de los signos y síntomas, la adherencia a tratamientos y las señales de alerta temprana de complicaciones en conjunto con las estrategias y habilidades son necesarios para reducir el impacto negativo de una condición médica específica. Indican que las intervenciones basadas en el automanejo son las que tienen más y mejores resultados en comparación con las de atención habitual.

Peñarrieta et al. (2016) señalan que el automanejo es fundamental para el cambio de comportamiento y control de condiciones médicas específicas, en donde la capacidad de automonitorear la condición específica, la adherencia al tratamiento, el manejo de signos y síntomas y el manejo emocional determinarán el éxito del automanejo.

Modelo lógico de la intervención

A continuación, se muestra el modelo lógico de la intervención de automanejo de mujeres con VPH de alto riesgo, que pretende fomentar el automanejo en las mujeres a través de la realización de planes de acción de las recomendaciones establecidas por los organismos internacionales de salud para el VPH de alto riesgo relacionado a algún tipo de displasia. Esta intervención tiene la intención desarrollar e implementar sus actividades, elementos y componentes con el fin de identificar la aceptabilidad y factibilidad de los mismos y poder establecer una nueva metodología de intervención que permita abordar el VPH de alto riesgo en una forma más amplia a través de estrategias multimodales del automanejo.

Además, la intervención pretende actuar como influencia en las mujeres con VPH de alto riesgo para modificar las variables del modelo y a través de esta modificación y adaptación mejorar la conciencia, el conocimiento, percepción del automanejo, las decisiones fundamentadas, la autoeficacia para control de citología, la autoeficacia para adherirse a tratamientos y la capacidad para negociar el uso del condón que les permita a estas mujeres incrementar sus capacidades y habilidades a través de la estrategia del automanejo (figura 3).

Figura 3. Modelo lógico de la intervención del automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo

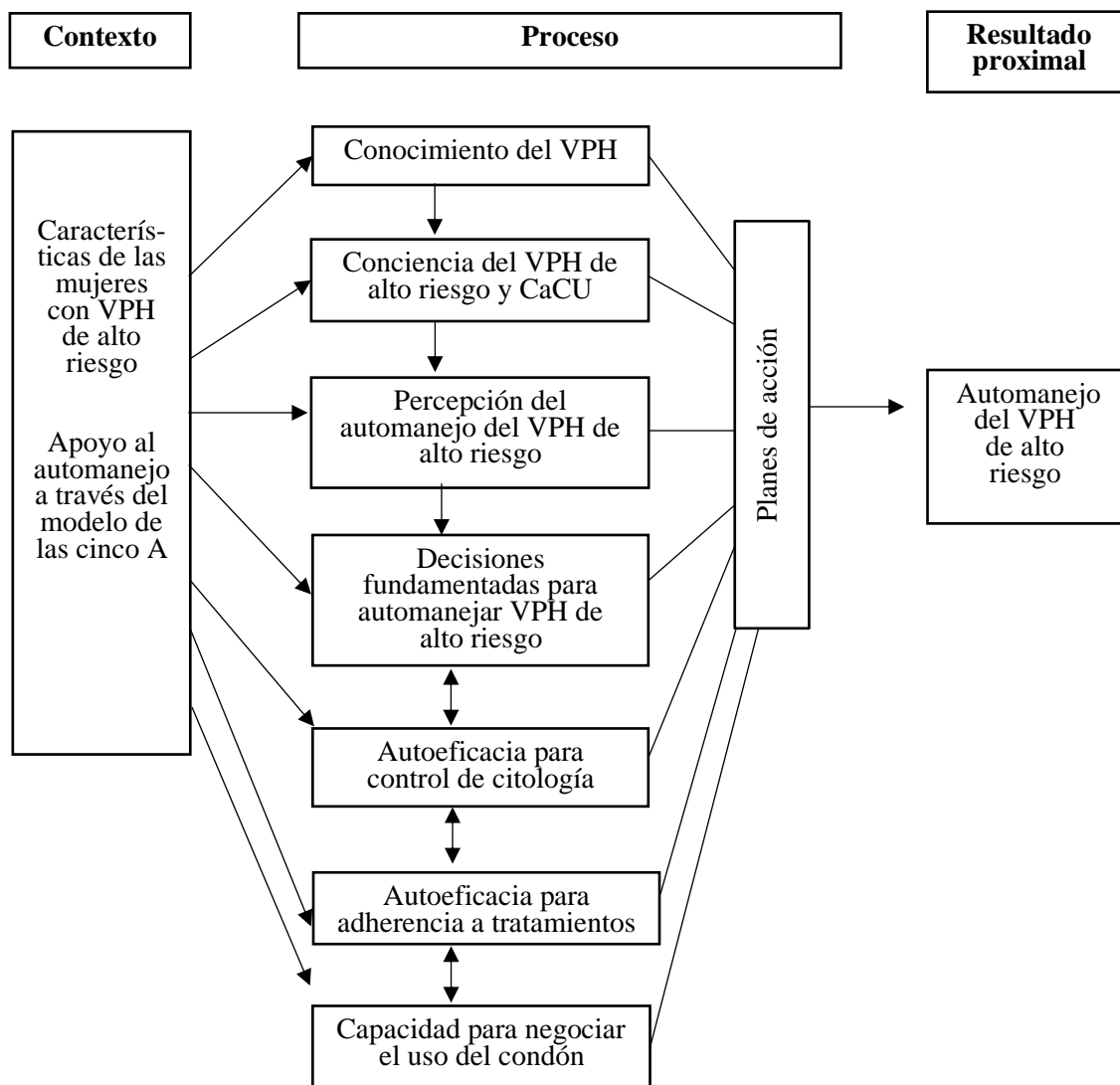


Figura 3. Modelo lógico de la intervención del automanejo que incluye elementos del contexto, proceso y resultado proximal.

Estudios relacionados

De acuerdo a la revisión de literatura realizada, se seleccionaron artículos científicos relacionados con las variables a analizar, en el siguiente orden: conocimiento del VPH, medio ambiente de la mujer con VPH de alto riesgo, características individuales de la mujer con VPH de alto riesgo, conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU, percepción del automanejo del VPH de alto riesgo, decisiones fundamentadas para automanejar VPH de alto riesgo, autoeficacia para control de citología, autoeficacia para adherencia a tratamientos capacidad para negociar el uso del condón e intervenciones de automanejo en diferentes condiciones médicas.

Conocimiento del VPH

Zapata et al. (2018) elaboraron una investigación con el propósito de explorar los factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones intraepiteliales escamosas del cuello uterino en mujeres estudiantes universitarias mayores de 18 años ($n = 176$) de Medellín, Colombia, a quienes se les aplicó una encuesta anónima con variables demográficas, clínicas y relacionadas con hábitos sexuales, posteriormente se les tomó una citología cervical. Los resultados arrojaron que antecedentes previos de VPH constituyen un factor de riesgo para el ASCUS o los cambios atípicos en las células escamosas del cuello uterino ($OR = 1.21, p < .05$).

Medina et al. (2016) realizaron un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre el VPH, la vacuna y las conductas de riesgo en mujeres de 20 a 40 años ($n = 45$) de una comunidad de San Juan del Río, Querétaro, México. Utilizaron un muestreo no probabilístico por conveniencia. Realizaron dos visitas domiciliarias, en la segunda aplicaron un instrumento autoadministrado denominado “el virus del papiloma humano y su salud”. De los resultados encontrados el 64.4% de las mujeres conoce que la posible causa de contraer VPH es cambiar de pareja sexual frecuentemente, el 55.6% reconoce que el VPH se transmite del hombre a la mujer y 73.3% conoce que la prueba del papanicolaou detecta células alteradas en la matriz.

Páez et al. (2015) desarrollaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino en mujeres. Su estudio incluyó mujeres mayores de 30 años ($n = 552$) de seis localidades del sur de Paraguay, a las que se les aplicó un cuestionario estructurado, autoadministrado que incluía conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VPH y el CaCU, el cual fue elaborado por los autores. Encontraron que el 93% de las mujeres sabe que el VPH se transmite sexualmente, el 75% conoce que el VPH produce CaCU y el 42% conoce que el CaCU se puede prevenir a través de la prueba del papanicolaou.

Barrios et al. (2016) elaboraron un estudio correlacional con el objetivo de determinar el conocimiento acerca del VPH y la relación con la vida sexual activa en estudiantes ($n = 359$) mayores de 18 años seleccionados aleatoriamente de programas de ciencias de la salud de Cartagena-Colombia. El 90% sabe que es una infección de transmisión sexual, el 88.3% conoce que se transmite por relaciones sexuales, el 75.5% reconoce que el VPH se manifiesta a través de la presencia de verrugas en los genitales y el 76% sabe que la mayor complicación del VPH es el cáncer. Con respecto a las correlaciones encontraron que cuando se conoce la forma de transmisión del VPH ($p < .05$) se tienen prácticas responsables cuando se tienen relaciones sexuales con diferentes personas ($p < .05$).

Hernández et al. (2014) hicieron un estudio para analizar el grado de conocimiento sobre el VPH y la aceptación de auto-toma vaginal como prueba diagnóstica para la detección del cáncer cervical en mujeres mayores de 26 años ($n = 693$) en Cuernavaca, Morelos. Emplearon un muestreo no probabilístico en mujeres que participaron en el programa de auto-toma vaginal desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Sus resultados indicaron que el nivel de conocimientos en mujeres menores de 39 años fue más alto (43%), y con respecto si las

mujeres saben que el VPH causa CaCU el porcentaje aumentó al incrementarse el nivel educativo (44 %).

En síntesis, los estudios relacionados con la variable de conocimiento del VPH de alto riesgo muestran que los diagnósticos previos de VPH tienen mayor predisposición de desarrollar los tipos de VPH de alto riesgo. Las mujeres reconocen el VPH como una infección de transmisión sexual, y que puede causar CaCU. Las mujeres conocen que el CaCU se puede prevenir realizándose citologías. Las mujeres que conocen el método de transmisión del VPH tienen prácticas responsables al mantener relaciones sexuales con diferentes personas. Las mujeres con nivel de conocimiento elevados tienden a ser más jóvenes y con niveles educativos elevados.

Medio ambiente de las mujeres con VPH de alto riesgo

Freyermuth et al. (2015) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar el desempeño del sistema de salud en su capacidad de producir servicios dirigidos a mujeres y su acceso a las instituciones de salud. Dentro de los programas analizados se encontraban, la salud sexual y reproductiva y CaCU. La recolección de información fue de cuatro instrumentos: guías de cotejo, cuestionarios, guías de observación y guías de entrevista. Con respecto al desempeño de los programas en las diferentes instituciones, el programa que tuvo mejor desempeño fue el de CaCU ($p > .01$). Así mismo, las mujeres indicaron un mayor acceso a las instituciones de salud pública que contaban con programas activos para el CaCU en torno a la prevención y diagnóstico para tratamiento oportuno ($p < .05$).

Terán et al. (2015) efectuaron una investigación con el objetivo de establecer la distribución geográfica de pacientes positivas al VPH de alto riesgo en la Huasteca potosina para observar la repercusión de la enfermedad en quienes tienen limitaciones de acceso al servicio de salud. Las participantes fueron mujeres mayores de 25 años ($n = 605$) de 20 municipios de San Luis Potosí, México. Las mediciones las realizaron a través de encuestas que recabaron datos específicos de las mujeres como edad, fecha del

último papanicolaou y toma de muestras cervicales que hicieron ellas mismas posterior a la orientación que se les brindó.

Los resultados indicaron que el 95% de las mujeres del estudio con VPH de alto riesgo se practicaron el papanicolaou. El 58.2% se lo hicieron el mismo año en que se implementó este estudio y el 29.2% se lo había hecho dos años antes del mismo. El 100% de las mujeres participantes refirió que el sistema de salud al que tuvieron acceso fue el seguro popular.

En síntesis, los sistemas de salud a los que tienen acceso las mujeres son los programas con mayor desempeño que registran las instituciones, aquellos que tienen relación al CaCU con respecto a su prevención y diagnóstico. Las mujeres reportan un mayor acceso a un sistema de salud público.

Características individuales de las mujeres con VPH de alto riesgo.

Andall et al. (2017) realizaron una investigación para identificar las infecciones de VPH de alto riesgo y determinar si la infección por VPH se asocia con factores sociodemográficos, de comportamiento y reproductivos. Las participantes fueron mujeres mayores de 30 años ($n = 404$). Emplearon un muestreo por conveniencia en mujeres que asistían a clínicas de atención ginecológica de dos países de la región del Caribe (Saint Kitts y Nevis y Saint Vincent y The Grenadines). Aplicaron un cuestionario de características demográficas de comportamiento reproductivo, así como pruebas de papanicolaou.

Los resultados señalaron que en Saint Kitts y Nevis el 56.5% de las mujeres tenían entre 30 y 44 años y el 43% eran mayores de 45 años. En Saint Vincent y The Grenadines el 51.7% tenían entre 30 y 44 años y 48.3% eran mayores de 45 años o más. Los tipos de VPH más prevalentes fueron 16, 18, 31, 33, 45, 58 y 59. En Saint Kitts y Nevis se encontró que la edad actual de la mujer se asoció con la infección de VPH de alto riesgo ($p < .01$) y en Saint Vincent y The Grenadines además de la edad actual, el

número de parejas sexuales en el curso de la vida (> 3 parejas) y haber tenido una citología vaginal anormal también se relacionó con el VPH de alto riesgo ($p < .05$).

Trujillo et al. (2017) realizaron una investigación con el propósito de evaluar si los niveles de expresión del VPH 16 en mujeres con lesión intraepitelial escamosa positiva para VPH 16 y con evidencia de integración viral se asocian con el grado de la lesión. Un muestreo por conveniencia fue el elegido. Administraron encuestas sobre factores demográficos y epidemiológicos y colectaron biopsias y colposcopias a mujeres mayores de 18 años ($n = 109$).

Del total de mujeres positivas para VPH 16, 19 mujeres resultaron sin lesiones intraepiteliales cervicales, 45 mujeres con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG) y 45 mujeres con lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG). Las mujeres sin lesiones intraepiteliales escamosas eran de mayor edad ($M = 41.1$, $DE = 12.0$) y de nivel socioeconómico bajo ($M = 11.2$, $DE = 57.9$) en comparación con las de los grupos de LIEBG y LIEAG. La carga viral aumentó a mayor grado de la lesión ($p = .04$).

Hernández et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo identificar el nivel de conocimiento y las creencias que tienen las mujeres del Estado de Morelos, México, sobre la transmisión, detección y tratamiento de la infección por virus del papiloma humano de acuerdo con la edad y nivel educativo. Mediante muestreo no probabilístico, seleccionaron mujeres entre 26 y 56 años de edad ($n = 690$) que se habían realizado la prueba de detección de VPH en diferentes centros de salud.

La media de edad de las mujeres fue de 47.7 ($DE = 11.7$) y el 63.33% reportó un nivel educativo básico. El 72.32% de las mujeres tuvo una pareja sexual estable, casadas o en unión libre y el 44.49% pertenecía al nivel socioeconómico medio. Los factores asociados al nivel de conocimiento alto fueron la edad ($OR = 1.55$, $p < .05$) y nivel educativo ($OR = 2.79$, $p < .05$).

En síntesis, las mujeres con más edad, más de tres parejas sexuales en su vida y resultados anormales en citologías son más susceptibles al VPH de alto riesgo. Las mujeres con infección previa de VPH tienen más incidencias de citologías anormales. Las mujeres con nivel educativo más alto tienen mayor nivel de conocimiento sobre el VPH.

Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU

Guerra et al. (2018) realizaron una investigación con el objetivo de identificar los factores determinantes que se relacionan con la conducta protectora para evitar desarrollar CaCU en mujeres con diagnóstico de VPH. Los datos se recolectaron a través de instrumentos auto aplicables acerca de la conciencia acerca del VPH y CaCU, conocimiento del VPH, actitud hacia el VPH y Autoeficacia. La población estuvo conformada por 201 participantes. Los resultados encontrados indicaron que la conducta protectora para CaCU está determinada por la conciencia acerca del VPH y CaCU ($r = .18, p = .001$).

Ledesma et al. (2017) elaboraron un estudio epidemiológico con el propósito de evaluar los determinantes sociales desde la perspectiva de la promoción de la salud de mujeres mexicanas diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical que pudiera conducir a CaCU. La población estuvo integrada por mujeres mexicanas ($n = 255$) con neoplasia intraepitelial cervical de bajo o alto riesgo. La información se recabó a través de entrevistas semiestructuradas y la aplicación de un cuestionario con las 20 variables del estudio, algunas de estas fueron método anticonceptivo, número de parejas sexuales, tipo de lesión.

Los resultados indicaron que el 45% de las mujeres participantes fueron diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical de alto riesgo. Dentro de los factores de riesgo del CaCU, las entrevistadas evidenciaron que los principales de los que tienen conciencia fueron el VPH (65%), tener varias parejas sexuales (45%), la falta del examen de Papanicolaou (14%).

Suarez et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el interés de conocimientos sobre el virus de papiloma humano y cáncer cervico uterino. La población estuvo integrada por 140 participantes. Los datos se recabaron a través de un instrumento auto aplicable de 18 reactivos. Los resultados indicaron que el 60% de las participantes refirieron tener interés en las medidas de prevención del CaCU y que el 70% tenía conocimientos acerca del virus del papiloma humano y sus formas de transmisión.

En síntesis, las mujeres que tienen mayor conciencia acerca del VPH y CaCU poseen una mayor conducta protectora para CaCU. Aquellas que tienen conocimiento de los factores de riesgo son más conscientes de los riesgos del CaCU y finalmente las mujeres que conocen que es el VPH y sus formas de transmisión refieren más interés en las medidas de protección para CaCU.

Percepción del automanejo del VPH de alto riesgo

Uribe et al. (2017) efectuaron una investigación para determinar en qué medida la percepción de autoeficacia se relaciona con las medidas de protección de los riesgos. Utilizaron una muestra por conveniencia constituida por 641 participantes de Barranquilla, Colombia. Aplicaron un instrumento para medir la percepción de la autoeficacia para automanejar diferentes condiciones médicas. Los resultados señalaron que la percepción de autoeficacia es mayor cuando existe conocimiento de medidas de protección ($r = .37, p < .01$).

Mao et al. (2016) realizaron un estudio para evaluar las diferencias en la necesidad de un tratamiento y las creencias y valoraciones de la autoeficacia en el automanejo de una condición específica en personas mayores de 18 años ($n = 437$) en Australia. Los participantes fueron reclutados para contestar una encuesta en línea a través de correo electrónico, anuncios en medios sociales y por medio de la página web de Facebook del estudio. El instrumento utilizado para medir la autoeficacia en el automanejo fue la perceived medical condition self-management scale en su versión

genérica. Los estudios indicaron que las personas que no tienen un tratamiento médico establecido mostraron ser menos autoeficaces en su automanejo con respecto a los que sí lo tienen ($OR = 0.29, p = .02$).

En síntesis, las personas con mayor conocimiento de los riesgos poseen una mayor percepción de autoeficacia para el automanejo de su condición médica y las personas que no tienen establecido un tratamiento médico son menos autoeficaces en el automanejo de su condición médica.

Decisiones fundamentadas para automanejar VPH de alto riesgo

Montesino et al. (2017) elaboraron una investigación con el propósito de identificar los factores de riesgo y de comportamiento asociados a resultados citológicos anormales. Las participantes fueron mujeres entre 25 y 54 años ($n = 872$) con citología anormal según la clasificación de la OMS. Encontraron que del total de la muestra el 45 % de las mujeres que presentaron alteraciones en la citología tenían entre 35 y 44 años y que de estas mujeres el 58.5% había dudado en tomar la decisión de atenderse. Encontrándose relación entre la decisión de no realizarse tratamientos y controles y la incidencia de citología anormal ($p < .05$).

Peñarrieta et al. (2015) en su investigación que lleva por objetivo de describir las características del automanejo de una condición médica específica a través de la toma de decisiones en la adherencia al tratamiento y el manejo de signos y síntomas. La población estuvo conformada por 566 participantes. Los datos se obtuvieron de una escala para medir conflictos decisionales. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 45% de los participantes comparte su toma de decisiones con su familia y con el profesional médico y puede seguir un tratamiento médico. El 52% de los participantes sintió mayor seguridad para la toma de decisiones y el manejo de signos y síntomas posterior a las indicaciones médicas recibidas.

En síntesis, la falta de toma de decisiones para realizarse tratamientos y controles en tiempos programados puede agrandar el riesgo de alteraciones citológicas. Las

personas que comprenden las indicaciones médicas tienden a tomar mejores decisiones con respecto al automanejo de la adherencia a tratamientos y manejo de signos y síntomas de su condición médica.

Autoeficacia para control de citología

Estrada y Ulloa (2018) desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar la presencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil que asisten a un centro de salud. Las participantes fueron mujeres ($n = 117$) en el área de la salud a las cuales se les realizó la prueba de papanicolaou. Sus resultados indicaron que la media de edad de las mujeres fue 39 años. El 31.6% tuvo tres parejas sexuales en el transcurso de su vida. El 40% se realizó tres papanicolaous en los últimos ocho años. El 56% sabe que realizarse el papanicolaou ayuda a la prevención del CaCU.

Da Silva et al. (2018) realizaron un estudio con el propósito de conocer los hábitos y prácticas sexuales con el cuidado de la salud sexual y reproductiva. La muestra fue de 79 mujeres en edades entre 18 y 29 años, seleccionadas intencionalmente. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario con 50 preguntas con variables sociodemográficas y las relacionadas a los hábitos sexuales y prácticas de cuidado con la salud. Con respecto a los resultados el 80% de las mujeres tenían vida sexual activa. El 65% se realizó al menos un examen de papanicolaou en los últimos dos años.

En síntesis, las mujeres con diagnósticos oportunos de citologías anormales se adhieren más a los tratamientos. Las mujeres saben que realizarse citologías les puede ayudar a prevenir CaCU y tener conocimiento de ello les permite seguir controles adecuados de sus estudios citológicos.

Autoeficacia para adherencia a tratamientos

Ruipérez et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo con el propósito de analizar la frecuencia de citologías con células glandulares atípicas y la conducta llevada a cabo ante estos resultados. La población objetivo fueron todas las pacientes ($n = 49$) con cribado citológico del área siete de la comunidad de Madrid. Encontraron que el

75% de las pacientes obtuvieron diagnósticos benignos. El 15% de las pacientes con lesiones atípicas reconoció necesitar un tratamiento. El 5% adoptó el tratamiento médico indicado.

Valderrama (2017) elaboró una investigación que llevó por objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de la citología vaginal. La población la constituyeron 750 mujeres de una universidad de Manizales, Colombia. Utilizaron un instrumento que recolectó información de conocimientos relacionados con tipo de examen, beneficios y frecuencia de la prueba y actitudes para la realización de la prueba. El 56.95% de las participantes sabía que la citología es una prueba para detectar el CaCU. El 69.89% conocía que la prueba debe realizarse cada año. El 56.95% se realizó la prueba en el último año. El 93.99% refirió necesitar más información de la prueba con respecto a las indicaciones médicas para realizarla.

En síntesis, la creencia de las mujeres en su propia capacidad de adherirse a tratamientos médicos le proporciona la seguridad adecuada para realizarlos en la dosis y tiempo establecidos. Así mismo, poseer la información suficiente y los conocimientos necesarios combinados con sus creencias y comportamientos sustentan la capacidad de las mujeres para sentirse autoeficaces de seguir las recomendaciones médicas indicadas para sus tratamientos.

Capacidad para negociar el uso del condón

Zapata et al. (2018) realizaron un estudio observacional y transversal con el objetivo de explorar algunos factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones intraepiteliales en mujeres estudiantes universitarias mayores de 18 años ($n = 176$) del área de la salud de Medellín, Colombia. Emplearon un muestreo por conveniencia. Se les aplicó una encuesta anónima con variables demográficas, clínicas y relacionadas con hábitos sexuales y se les tomó una citología cervical. Sus resultados evidenciaron que el 71% reportaron tener un compañero sexual activo. El 45%

manifestó estar de acuerdo con su pareja estable para usar el condón en algunas ocasiones. EL 25% no habla con su pareja sobre métodos anticonceptivos.

Riaño et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar en qué medida el rechazo del uso del condón y la baja percepción del riesgo se asocian con la práctica sexual desprotegida de mujeres colombianas. El muestreo fue por conveniencia. La muestra fue de 185 mujeres con edades entre 19 y 26 años. Aplicaron cuestionarios con elementos de asertividad sexual, percepción de autoeficacia, baja percepción del riesgo y rechazo del uso del condón.

Los resultados indicaron que el 61.7% de las mujeres usa el condón durante sus relaciones sexuales. El 33.5% de las mujeres señaló el rechazo de su pareja estable al uso de condón. Correlaciones negativas resultados entre la frecuencia del uso del condón con el rechazo al uso del condón y la baja percepción del riesgo ($r = -.25, p < .01$).

De la Orta et al. (2014) realizaron una investigación con el propósito de analizar la relación que existe entre la satisfacción marital, la relación sexual y la comunicación. La muestra estuvo conformada por 30 parejas heterosexuales. Aplicaron el cuestionario de satisfacción sexual en la pareja y el cuestionario de comunicación marital. La media de edad fue de 35 años. El 76% de las parejas estaban casadas y el 24% en unión libre. La correlación entre la comunicación y los años de unión fue positiva ($r = .24, p < .01$) lo cual sugiere que a más años de convivencia aumenta la calidad de la comunicación.

En síntesis, algunas mujeres no hablan con su pareja sobre métodos anticonceptivos. Las mujeres con baja percepción del riesgo tienden a no usar frecuentemente un condón. Otras mujeres señalan el rechazo del uso del condón por parte de su pareja y la falta de comunicación entre ambos.

Automanejo del VPH de alto riesgo

En este apartado se presentan algunos estudios de intervenciones basadas en planes de acción para el automanejo de diversas condiciones médicas como virus de

inmunodeficiencia humana, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad arterial coronaria y dolor de colon irritable ya que la evidencia científica hasta este momento no reporta intervenciones en el automanejo para el VPH de alto riesgo.

Merlín et al. (2018) desarrollaron un piloto de ensayo aleatorizado de una intervención para el dolor crónico adaptada a personas con VIH, con el objetivo de evaluar la factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar. Los participantes del estudio fueron reclutados mediante volantes, referencias del proveedor de salud y la consulta del paciente con dolor en su clínica. Fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención y uno de control ($n = 44$). La intervención de las habilidades aliadas para controlar el dolor (STOMP) consistió en 12 sesiones: 6 individuales y 6 sesiones de grupos alternos por semana durante 12 semanas.

En las sesiones uno a uno el propósito era construir habilidades para el automanejo el dolor. Todos los participantes recibieron tres sesiones de educación sobre el dolor, y se les permitió seleccionar sesiones de su interés (conocimiento de la condición, manejo de signos y síntomas, adherencia al tratamiento, apoyo emocional y social). Las sesiones de grupo fueron codirigidas por el entrenador del dolor y los participantes. Cada sesión incluyó intercambio de reflexiones sobre lo que dejan las lecciones aprendidas y los objetivos establecidos durante las sesiones de uno a uno, y los problemas encontrados.

La intervención STOMP incluye la autorregulación (el automanejo de la fijación de objetivos en cada sesión), la autoeficacia (el modelado social a través de los amigos que tienen éxito en el automanejo del dolor), el aprendizaje por observación (la observación de los éxitos de otros en sesiones de grupo), y las expectativas de resultados (fomentados en sesiones de grupo y uno a uno que la participación conducirá a una mejora).

Los resultados de la eficacia preliminar indicaron que el Inventario breve del dolor (BPI) disminuyó en promedio en 2 puntos en el grupo de intervención y en 0.9

puntos en el grupo de control (en una escala de 0-10). Esta es una diferencia de 1.1, con un tamaño de efecto de 0.5. El BPI disminuyó en 13 (68%) participantes del grupo de intervención y en 9 (53%) participantes del grupo de control ($p = .04$).

Gray et al. (2018) realizaron un estudio piloto con el objetivo de examinar la asociación entre las características individuales de las personas que viven con VIH (PLWH) y el nivel de interés en el uso de una aplicación gratuita de teléfono móvil para el automanejo del VIH. Los participantes fueron personas mayores de 18 años diagnosticados con VIH ($n = 766$) reclutados de una red de colaboración del departamento de salud del condado y clínicas comunitarias en toda la Florida. Los participantes contestaron encuestas anónimas utilizando Research Electronic Data Capture, una aplicación segura basada en la web. La aplicación contenía elementos didácticos para apoyar el automanejo de su condición, con una duración entre 30 y 45 minutos.

Los resultados indicaron que el 85.5% de los encuestados estaban interesados en usar una aplicación gratuita para teléfonos móviles que apoye el automanejo del VIH. También mostraron interés en las funciones de la aplicación que brindan consejos para mejorar la salud en función de la información personalizada (67.7%) y ofrecer recordatorios para tomar medicamentos (60.7%). Además, un mayor nivel educativo se asoció positivamente ($OR = 1.281$, $IC = 95\%$, $1.027-1.598$) con un alto nivel de interés en utilizar una aplicación de teléfono gratuita para apoyar el automanejo del VIH.

Cong et al. (2017) realizaron un piloto de ensayo controlado aleatorizado con el propósito de examinar la viabilidad, la aceptabilidad, y la eficacia preliminar de la intervención del automanejo del dolor del colon irritable (SM-IBSP) en los comportamientos SM-IBSP y los resultados de salud relacionados. Fue realizado en adultos jóvenes de 18-29 años ($n = 80$) reclutados y asignados aleatoriamente al grupo experimental o de control. Ambos grupos recibieron 10 módulos electrónicos de videos centrados en el conocimiento y habilidades para SM-IBSP. El grupo experimental

recibió aparte de los videos, consultas telefónicas de uno a uno dirigidas por enfermeras para facilitar el seguimiento y la resolución de problemas. Todos los participantes fueron seguidos durante 12 semanas. Este estudio piloto se guió por la Teoría del Automanejo Individual y Familiar, en la que el automanejo tiene lugar en el contexto de los factores de riesgo y protección a la condición específica y el entorno social individual y familiar.

Los 10 módulos en línea incluyen: la neurofisiología relacionados con el IBSP y el mecanismo del eje cerebro-intestino, disparadores de dolor, el uso de medicamentos, las estrategias de manejo del dolor, tales como el uso de medicamentos, relajación, respiración abdominal, resolución de problemas, así como el manejo de las actividades diarias guiadas. Cada módulo es de aproximadamente 5-10 minutos en longitud y tiene contenidos animados con las estrategias de aprendizaje interactivo.

La primera consulta telefónica fue programada para el grupo experimental después de la finalización de los módulos de videos. Antes de la consulta, la enfermera evaluó la sensibilidad al dolor central y periférico del participante, así como la historia de la dieta y los síntomas. Durante la conversación, la enfermera integró los resultados de la visita inicial del participante y ofrece recomendaciones para mejorar el automanejo. Al final de la consulta, le pide al participante que se fije una meta estructurada para trabajar antes de la visita de seguimiento posterior. Este proceso incluye la selección y la descripción de una actividad de automanejo, que detalla un calendario para la actividad, y la identificación de barreras. Las consultas se producen a los 2, 6, y 12 semanas.

A las 6 y 12 semanas de visitas de seguimiento, la enfermera conversa con el participante en persona o vía telefónica y recibe comentarios de los hallazgos del diario en línea del automonitoreo y logros de la meta previamente seleccionada. Cada consulta se estima entre 15-30 min. La eficacia preliminar indicó que el grupo de

intervención mostró mayor conocimiento para la resolución de problemas con respecto al manejo del dolor y uso de medicamentos en comparación con el grupo control ($p = .01$).

Howcroft et al. (2016) realizaron un estudio para comparar los efectos de un Plan de Acción para exacerbaciones de la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) provistos de un solo componente de educación del paciente a corto plazo versus la atención habitual. Realizaron una revisión sistemática la cual incluyó siete ensayos controlados aleatorios de grupos paralelos y una muestra de 1550 participantes que comparan el uso de un plan de acción frente a la atención habitual para los pacientes con un diagnóstico clínico de EPOC. La intervención para el automanejo de las exacerbaciones del EPOC era estructurada, pero personalizada y contenía varios componentes, con el objetivo de motivar, con la participación y el apoyo a los pacientes para adaptarse positivamente en sus comportamientos de salud y desarrollar habilidades para manejar mejor su enfermedad.

Sus resultados señalan que el uso de planes de acción para la exacerbación del EPOC con un solo componente educativo corto, junto con el apoyo permanente dirigido a la aplicación del plan de acción, reduce la utilización de la asistencia sanitaria en el hospital y aumenta el tratamiento de las exacerbaciones de EPOC con corticoesteroides y antibióticos. Encontraron que, en comparación con la atención habitual, un plan de acción con una llamada telefónica de seguimiento redujo la tasa combinada de hospitalizaciones y de visitas al servicio de urgencias por exacerbaciones de EPOC durante 12 meses ($r = 0.59$, IC = 95%, 0.44 a 0.79).

Lourenco et al. (2014), realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de evaluar el efecto de una intervención utilizando estrategias de acción y planificación de afrontamiento sobre la adherencia al alivio cardio protector y tratamiento farmacológico para enfermedad arterial coronaria (CAD) en individuos mayores de 18

años, con manifestaciones clínicas de infarto al miocardio de 6 o más meses desde el último evento, de dos clínicas de cardiología ambulatoria, durante dos meses.

La intervención consistió en dos reuniones cara a cara (en la clínica) y dos llamadas telefónicas (15 y 45 días después de las reuniones). Los participantes en el grupo de intervención ($n = 59$) elaboraron hasta tres planes de acción sobre cuándo, dónde y cómo tenía la intención de tomar sus medicamentos recetados para cardio protección y alivio de los síntomas del CAD. Los participantes del grupo control ($n = 56$) recibieron información habitual sobre la medicación prescrita durante sus visitas a la clínica, pero no se formuló ningún plan de acción. Los resultados indicaron que los participantes del grupo de intervención reportaron mayor proporción de adherencia a su tratamiento ($p = .001$) respecto a los del grupo control. La evaluación del cumplimiento global para el grupo de intervención fue significativa ($p = .001$). Los participantes del grupo de intervención fueron 5.2 veces más propensos a ser adherentes al tratamiento en el seguimiento.

En síntesis, la intervención STOMP al incluir la autorregulación, la autoeficacia, el aprendizaje por observación y las expectativas de resultados proporciona a los participantes habilidades y capacidades para su automanejo. La intervención del teléfono móvil que brindaba consejos para mejorar la salud en forma personalizada y ofrecía recordatorios para tomar medicamentos indicó tener buena aceptación y mayor interés en aquellas personas con nivel educativo elevado. La intervención de los comportamientos SM-IBSP en sus 10 módulos electrónicos de videos incorporó el conocimiento y habilidades para SM-IBSP conjuntándolos con llamadas telefónicas a los participantes del grupo de intervención, lo que les permitió tener un mejor automanejo en comparación con los del grupo control. La intervención basada en planes de acción señala que el uso de estos para la exacerbación del EPOC con un solo componente educativo corto en conjunto con el apoyo permanente dirigido a la aplicación del plan de acción, reduce los ingresos al hospital. La intervención de

estrategias de acción y planificación de afrontamiento sobre la adherencia al tratamiento tuvo mejores resultados en el grupo de intervención con el que se realizaron planes de acción específicos.

Definición de términos

Conocimiento del VPH. Es la información que poseen las mujeres sobre el VPH, signos y síntomas, formas de transmisión, diagnóstico, tratamiento y su vinculación con el CaCU.

Medio ambiente de las mujeres con VPH de alto riesgo. Se refiere al acceso al establecimiento de salud al que las mujeres con VPH de alto riesgo acuden para obtener los servicios de atención médica que requiere.

Características individuales de las mujeres con VPH de alto riesgo. Son las cualidades personales de las mujeres como edad, estado civil, nivel educativo y las especificaciones del VPH: último resultado de la citología, tiempo de relación en pareja, tiempo con el tratamiento del VPH. *Edad* son los años cumplidos al día del levantamiento de los datos. *Estado civil* es la situación particular en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente, corresponde a soltera, casada, viuda, divorciada. *Nivel de escolaridad* es el número de años de estudios cursados y aprobados. *Último resultado de la citología* es la evaluación médica actual sobre la ausencia o presencia de células malignas. *Tiempo de relación de pareja* son los meses o años de permanencia con una persona. *Tiempo con el tratamiento del VPH* es el periodo de meses o años transcurridos con tratamiento médico desde su diagnóstico hasta el día de la entrevista.

Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU. Es la percepción de las mujeres sobre su VPH de alto riesgo y la amenaza percibida del riesgo de desarrollar CaCU.

Percepción del automanejo del VPH de alto riesgo. son las creencias de las mujeres en su propia capacidad para realizar las acciones necesarias que le permitan sentirse segura de manejar todo lo relacionado con su VPH de alto riesgo. Incluye las

medidas para la adherencia al tratamiento, realización de citología programada y uso consistente del condón.

Decisiones fundamentadas para automanejar VPH de alto riesgo. Son las resoluciones que llevan a cabo las mujeres para elegir cuales son las mejores decisiones para realizar las recomendaciones médicas para su VPH de alto riesgo.

Autoeficacia para control de citología son las creencias de las mujeres en su propia capacidad y seguridad de realizarse su papanicolaou en la fecha programada.

Autoeficacia para la adherencia a tratamientos son las creencias de las mujeres en su propia capacidad y seguridad de adherirse a su tratamiento establecido.

Capacidad para negociar el uso del condón. son las habilidades de comunicación e interacción de las mujeres con VPH de alto riesgo con su pareja para usar el condón de manera consistente cada vez que tenga relaciones sexuales.

Automanejo del VPH de alto riesgo. son las capacidades y habilidades de las mujeres para ejecutar las recomendaciones requeridas para el automanejo del VPH de alto riesgo, incluye las medidas para la adherencia al tratamiento, realización de citología programada y uso consistente del condón.

Aceptabilidad es la percepción y satisfacción de las mujeres con VPH de alto riesgo con la intervención, incluye la captación y adherencia a la intervención.

Factibilidad es la idoneidad con la que se realizan los procedimientos de reclutamiento, selección, retención y fidelidad de la implementación de la intervención.

Objetivos

1. Determinar si existen diferencias significativas en las variables del estudio en las mediciones pretest, posttest y seguimiento de la intervención basada en planes de acción orientados a fortalecer el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo para disminuir el riesgo de CaCU.
2. Estimar la aceptabilidad de las mujeres con VPH de alto riesgo para participar en una intervención basada en planes de acción para el automanejo del VPH de alto riesgo para disminuir el riesgo de CaCU.
3. Identificar la factibilidad de una intervención basada en el desarrollo de planes de acción orientados a fortalecer el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo para disminuir el riesgo de CaCU.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología del estudio. Primeramente, se muestra el diseño del estudio, población y muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, descripción de los instrumentos de medición. Asimismo, se describe la selección de los participantes, reclutamiento y selección de los facilitadores, fidelidad de la intervención, procedimiento para la intervención, descripción de las sesiones del grupo de intervención y grupo control, consideraciones éticas y finalmente el plan para análisis de los datos que guiarán el estudio.

Diseño del estudio

La presente intervención se llevó a cabo a través de un diseño cuasi experimental en un grupo de intervención al cual se le administró la intervención de automanejo de mujeres con VPH de alto riesgo para disminuir el riesgo de CaCU (Grove et al., 2013). El esquema del diseño se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Diseño de la intervención

Aleatorización al grupo	Pretest	Tx	Postest	Seguimiento
Intervención	O ₁	Intervención	O ₂	O ₃

Nota: O₁ = primera medición, Tx = tratamiento, O₂ = segunda medición, O₃ = seguimiento

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por mujeres entre 23 y 58 años, con diagnóstico de VPH de alto riesgo establecido, de dos instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para estimar la muestra se utilizó el paquete estadístico n´Query Advisor versión 4 (Elashoff, Dixon, Crede y Fothernringham, 2000), considerando un análisis de comparación de medias, con nivel de significancia de .05, potencia de .85, tamaño de efecto mediano de .7

(Cohen, 1988) y una tasa de deserción del 20%. La muestra se conformó de 38 participantes a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

Se incluyeron mujeres con diagnóstico de VPH establecido, relacionado a displasia leve o moderada, con al menos tres meses de tratamiento farmacológico establecido, con pareja estable.

Criterios de exclusión

Se excluyeron mujeres con displasia severa diagnosticada y que estuvieran participando en algún programa de automanejo de otra condición médica.

Criterios de eliminación

Se eliminaron mujeres con diagnóstico y tratamiento de cáncer establecidos.

Descripción de los instrumentos de medición

Las mediciones fueron basadas en instrumentos de lápiz y papel que fueron realizadas al inicio de la intervención (pretest). Para definir la comprensión y la precisión de los instrumentos, se realizó una prueba piloto en un grupo de mujeres.

Se incorporó una cédula de datos personales (Apéndice A) que proporcionó datos sociodemográficos de las participantes como: edad, estado civil y nivel de escolaridad. Así mismo incluyó datos relacionados con el VPH tales como: último resultado de citología, tiempo con el tratamiento del VPH, uso del condón en los últimos tres meses y tiempo de relación en pareja.

La variable conocimiento del VPH fue medida con la escala de conocimiento y conciencia del VPH (Apéndice C) realizada por Yacobi, Tennant, Ferrante, Pal y Roetzheim (1999). Es una escala auto administrada de 54 reactivos que mide conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con el VPH. En la presente investigación se usó la versión de 14 reactivos con opciones de respuesta de verdadero, falso y no lo sé. Los reactivos 1, 5 y 7 fueron invertidos para su análisis. Los reactivos fueron clasificados y se les asignó un valor de 3 puntos a las respuestas de verdadero, 2

puntos a las respuestas de falso y 1 punto a las respuestas no sé). La puntuación osciló entre valores de 1 a 14; después se procesó a través de índices con valores de 0 a 100, en donde a mayor puntaje mayor fue la conciencia y el conocimiento del VPH. La consistencia interna de la escala ha reportado un alfa de Cronbach de .93. El idioma original de la escala es el inglés, por lo que la escala fue sometida a procesos de traducción oficial del inglés al español y de back-traslation por tres profesoras de lengua natal inglés y posterior a esto una adecuación cultural. Su comprensión fue valorada a través de la prueba piloto realizada previamente a este estudio.

La variable conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU fue medida a través de la escala de conciencia acerca del VPH y CaCU (Apéndice D) realizada por Ingledue (2004). La escala esta integrada por 36 reactivos dividida en tres dimensiones: conocimiento, percepción de amenaza y practicas preventivas. Para la presente investigación se consideró la dimensión de percepción de amenaza de 12 reactivos, con respuestas tipo Likert de 5 = muy de acuerdo, 4 = de acuerdo, 3 = neutro, 2 = en desacuerdo y 1= muy en desacuerdo. Se realizaron índices con valores de 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor conciencia acerca del VPH y CaCU. La consistencia de la escala ha reportado para esta dimensión un alfa de Cronbach de .95. El idioma original de la escala es el inglés, por lo que la escala fue sometida a procesos de traducción oficial del inglés al español y posterior a esto una adecuación cultural. Su comprensión fue valorada a través de una prueba piloto realizada previamente a este estudio.

La variable percepción del automanejo del VPH de alto riesgo fue medida por la Escala de Percepción para el Automanejo del VPH de alto riesgo (Apéndice E), en su versión genérica, creada por Wallston, Stein, y Smith (1994). La escala contiene ocho ítems en escala tipo Likert que va desde: 1) Muy en desacuerdo, 2) En desacuerdo, 3) Ni de acuerdo ni desacuerdo, 4) De acuerdo y 5) Totalmente de acuerdo. Los ítems 1, 2, 6 y 7 fueron invertidos para su análisis. Con respecto a la interpretación la escala indica: a mayor puntaje mayor es la creencia de que son capaces de automanejar su VPH de alto

riesgo. Su alfa de Cronbach es de .89 y la confiabilidad test-retest de .85. El idioma original de la escala es el inglés, por lo que la escala fue sometida a procesos de traducción oficial del inglés al español y una adecuación de la condición médica. Su comprensión fue valorada a través de la prueba piloto realizada antes de este estudio.

La variable decisiones fundamentadas para automanejar VPH de alto riesgo fue medida por la escala de conflicto decisonal (Apéndice F) de O'Connor (1999). Esta escala contiene 16 ítems distribuidos en cinco subescalas: incertidumbre respecto al curso de acción a tomar, conocimiento acerca de las opciones, valores que la persona le asigna a las opciones, participación de otros en el proceso de toma de decisión y decisión efectiva y satisfactoria para la persona que ya ha tomado la decisión. Presenta una escala tipo Likert en donde 5 = totalmente en desacuerdo, 4 = en desacuerdo, 3= indiferente, 2 = de acuerdo y 1 = totalmente de acuerdo. Sus puntajes altos indican mayor conflicto para tomar decisiones, por lo que puntajes más bajos indican una toma de decisiones fácil. Su alfa de Cronbach es de .81. El idioma original de la escala es el inglés y fue sometida a procesos de traducción oficial del inglés al español y una adecuación de los reactivos con respecto a la condición médica. Su adecuación y comprensión fue valorada a través de la prueba piloto efectuada antes de este estudio.

La variable autoeficacia para control de citología cervical utilizó la escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología (Apéndice G) de Florez y Rubio de León (2013). La escala esta compuesta por seis reactivos con tres opciones de respuesta tipo Likert: 1) no estoy totalmente segura, 2) más o menos segura y 3) estoy totalmente segura. Para realizar su análisis se realizaron índices de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor autoeficacia para el control de la citología cervical. La confiabilidad de la escala es de .83.

La variable autoeficacia para la adherencia a tratamientos fue medido a través de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto riesgo (Apéndice H) de Nava (2006). Para esta investigación se utilizó la versión de 7 reactivos que incluye

el factor autoeficacia, el cual evalúa como el individuo cree que lo que hace beneficia su salud. Para los 7 reactivos se presenta una escala de 10% (baja) a 100% (alta), en la que el participante elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento, en donde más cercano al 100% es más adherente al tratamiento. Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son 10-39% baja adherencia, 40%-69% media adherencia y 70% - 100% alta adherencia. El alfa de Cronbach es de .85. El idioma original de la escala es el inglés y fue sometida a procesos de traducción oficial del inglés al español y una adecuación de los reactivos con respecto a la condición médica.

La variable capacidad para negociar el uso del condón fue medida con la dimensión autoeficacia para el uso del condón de la escala de autoeficacia para el uso del condón (Apéndice I) validada por López y Moral de la Rubia (2001). La escala está compuesta por 27 reactivos e incluye tres factores: 1) la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, 2) uso del preservativo y 3) aspectos relacionados con el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones. Para esta investigación se utilizó el segundo factor que comprende ocho elementos y el tercer factor que comprende cuatro elementos. Para su análisis a cada respuesta se le asignó un valor en puntos del uno al cinco y después a través de un índice se les otorgó valores, en donde a mayor puntaje mayor autoeficacia para el uso del condón. Su alfa de Cronbach es de .80. Su adecuación y comprensión fue valorada a través de la prueba piloto realizada previamente a este estudio.

La variable automanejo de la mujer con VPH de alto riesgo fue medido por la escala para automanejo del VPH de alto riesgo (Apéndice J) adaptada por Peñarrieta et al., (2012). Esta escala es utilizada para medir el comportamiento y conocimiento del automanejo en las personas con diferentes condiciones crónicas, en esta investigación se utilizará para medir el automanejo del VPH de alto riesgo. La escala contiene 12 ítems, derivados en 4 dimensiones: adherencia al tratamiento, conocimiento de la enfermedad, manejo de los efectos secundarios y manejo de los signos y síntomas. Las respuestas de

los 12 ítems del instrumento van desde automanejo muy pobre (1) hasta automanejo muy bueno (3), en donde a mayor puntaje mayor es el automanejo de la persona. Su alfa de Cronbach es de .82. La escala tuvo una adecuación de los reactivos con respecto a la condición médica. Su adecuación y comprensión fue valorada a través de la prueba piloto realizada previamente a este estudio.

Reclutamiento, captación y retención de los participantes

Para la realización de esta investigación se obtuvo la autorización de los comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la autorización de los directivos de la Institución de salud donde se reclutaron las participantes. Posterior a ello, se identificó a los profesionales del área de la salud que estaban en contacto con este tipo de pacientes y se les solicitó información sobre los procesos, procedimientos, tipos de consulta, tiempos entre las consultas subsecuentes para cada mujer, y toda la información que pudiera ser proporcionada para con ello iniciar el proceso de selección de los participantes.

El proceso de selección de los participantes se llevó a cabo a través de las fases de reclutamiento, captación y retención de los participantes en las que se incluyeron cuatro pasos: identificación, selección, abordaje y conservación. La fase de *reclutamiento* abordó la identificación y la selección. En la identificación se reconoció primeramente la infraestructura de la institución de salud, para identificar las áreas específicas de contacto con las posibles mujeres participantes.

Una vez identificadas las áreas, se procedió a hacer contacto con los profesionales de salud involucrados, a los cuales se les explicó a grandes rasgos de que trataba la intervención, desde los objetivos hasta la forma de colaborar en la misma. La selección se llevó a cabo a través de la revisión de los expedientes clínicos, donde se eligieron a las mujeres con diagnósticos previos de VPH de alto riesgo, algún tipo de

displasia para el cual haya recibido tratamiento médico, con edades entre 25 y 55 años, siendo estas las posibles candidatas a participar en la intervención.

La fase de *captación* se dio a través del abordaje en el cual a las posibles participantes que fueron seleccionadas por lectura de expediente y revisión de siguiente fecha de consulta medica, se les abordó a través de una entrevista informal en la sala de espera y se les invitó a participar en la intervención explicándoles el objetivo de la misma, cuál sería su participación, el número de sesiones a las que debería asistir, así como el beneficio para su condición de salud; las participantes que no asistieron a su consulta se revisó su próxima fecha de consulta y se planeo el mismo abordaje de entrevista informal con todas las explicaciones e invitación a participar en la intervención.

Una vez identificadas las participantes que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaran participar en la intervención se les entregó un consentimiento informado (Apéndice B) el cual fue firmado para respaldar su participación. En seguida se realizó el llenado de la cédula de datos personales (Apéndice A). Después se programó con cada una de las participantes acorde a sus horarios y días más accesibles las posibles fechas para la iniciación y realización de las sesiones de la intervención.

Posteriormente, al llegar a la primera sesión de la intervención acordada con la participante en día y hora se procedió al llenado de los instrumentos que se realizó en el siguiente orden: Escala de Conocimiento del VPH (Apéndice C), Escala de Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU(Apéndice D), Escala de Percepción del Automanejo del VPH de alto riesgo (Apéndice E), Escala de Conflicto Decisional (Apéndice F), Escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología (Apéndice G), Escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto riesgo (Apéndice H), Escala de autoeficacia para el uso del condón (Apéndice I) y Automanejo del VPH de alto riesgo (Apéndice J). Al termino del llenado de los instrumentos se agradeció la participación y se dió la bienvenida al inicio de la intervención. Luego se acordó con las

participantes seleccionadas las posibles fechas y horarios de las siguientes sesiones (segunda y tercera) para su realización y se llevó a cabo el procedimiento establecido para cada una de las sesiones (detalladas en la sección descripción de la intervención).

Y finalmente la fase de *retención* incluyó la conservación, al establecer dos compromisos: 1) el compromiso de las participantes de asistir a las sesiones y realizar las actividades del plan de acción acorde a sus necesidades, es decir en qué forma, tiempo, cantidad y frecuencia, y 2) el compromiso del facilitador e investigador principal de responder a cada una de las interrogantes o dudas, el acompañamiento en todas las sesiones y la disponibilidad de tiempo.

Reclutamiento y selección de facilitadores

El reclutamiento de los facilitadores para la realización de la prueba final lo llevó a cabo el investigador principal. Se reclutaron facilitadores del sexo femenino entre 25 a 35 años, con conocimientos en el área de la salud, facilidad de palabra y disponibilidad de tiempo. A las aspirantes a ser facilitadoras se les realizó una entrevista cara a cara y se les dio un cuestionario para su llenado (Apéndice K) y poder identificar el cumplimiento de los requisitos establecidos. Se seleccionaron dos facilitadoras con las cuales se programaron dos reuniones, una virtual y una presencial para dar a conocer todo lo referente a la intervención, establecer las funciones a desempeñar y firmar un convenio de confidencialidad de la información (Apéndice L).

Una vez establecido lo anterior, se programaron tres reuniones virtuales con duración de dos horas cada una, en las cuales se capacitó a las dos facilitadoras a través de un curso de apoyo al automanejo impartida por el investigador principal, quien a su vez y previo a la capacitación del facilitador, obtuvo una certificación en automanejo. Posteriormente se programaron dos sesiones cara a cara para llevar a cabo el entrenamiento de la intervención al especificar los contenidos y actividades a realizar, para el cual se contó con un manual del facilitador donde están establecidos dichos contenidos y actividades requeridas para cada sesión.

Intervención

Para el desarrollo de la intervención de automanejo para mujeres con VPH de alto riesgo se llevaron a cabo siete reuniones con las participantes dentro de las dos instituciones de salud (una reunión para la entrevista inicial para la invitación a participar y seis reuniones para las sesiones de la intervención). La intervención comprendió 6 sesiones individualizadas, y su entrega estuvo a cargo de dos facilitadoras y un observador. En la sesión 1, se realizó la bienvenida de las participantes a la intervención y se les aplicó la medición inicial (pretest), con duración de una hora para ambas actividades.

En las sesiones 2, 3, 4 y 5 se realizaron las actividades de conocimiento y construcción de habilidades programadas. Los temas conversados en estas sesiones fueron: Complicaciones del VPH de alto riesgo (sesión 2), Importancia de la adherencia a tratamientos médicos (sesión 3), Métodos anticonceptivos en pareja (sesión 4), Relevancia de las pruebas de detección oportuna de CaCU (sesión 5). Cada una de estas sesiones individualizadas incluyó las actividades: compartir experiencias, resolución de problemas, toma de decisiones informadas y realización de planes de acción individualizados, así como las técnicas: charla, demostración, lluvia de ideas y método teach-back. La duración de cada sesión osciló entre 45 y 65 minutos. Todas las sesiones fueron programadas una vez por semana en el horario establecido por la participante. La intervención finalizó en la sesión 6, en la cuál se realizó el cierre de las actividades, se aplicó la segunda medición (postest) y se evaluó la satisfacción de la participación en la intervención, con una duración de 65 minutos.

Descripción de las sesiones para el grupo de intervención

La intervención consideró tres sesiones para realizar la aplicación de los instrumentos (primera, sexta y séptima), una sesión individual en las que se brinda información e incluyen estrategias y/o recursos que han mostrado ser efectivos como el método teach-back y lectura de manual; y tres sesiones para la construcción de

habilidades para la realización de planes de acción individualizados. En la primera sesión se realiza la bienvenida de las participantes a la intervención y se les aplica los instrumentos (pretest).

En la segunda sesión, se llevaron a cabo las actividades seis a doce (Apéndice O) la cual tiene como objetivo reconocer las complicaciones del VPH de alto riesgo y realizar un plan de acción con duración de una semana. El desarrollo de la sesión fue programado para 60 minutos. Se dio una breve exposición empleando diapositivas impresas (CDC, 2018) y se usó el manual del usuario. Se utilizaron técnicas como la charla, discusión y demostración para facilitar la comprensión de la sesión, así mismo se empleó una técnica de relajación para finalizar la sesión. La sesión concluyó al emplear el método teach-back que consistió en la confirmación de comunicación para corroborar si la participante entendió lo que se le explicó y también permitió a las facilitadoras evaluar sus habilidades de comunicación (Sawin et al., 2017).

La tercera sesión (Apéndice P) tuvo como objetivo charlar sobre la importancia de la adherencia a los tratamientos y compartir experiencias. Todo ello se basa en información de la OMS y los CDC. El desarrollo de la sesión estuvo programado para 60 minutos. Para esta sesión se empleó exposición con diapositivas impresas, y la sesión se dio a través de charla y demostración. La sesión concluyó con el método teach-back (OMS, 2018; CDC, 2018).

La cuarta sesión llevó como objetivo discutir sobre los diferentes métodos anticonceptivos y la importancia del uso del condón cuando un tratamiento lo requiere (Apéndice Q). El desarrollo de la sesión estuvo programado para 60 minutos. Para esta sesión se utilizaron diapositivas impresas para la exposición de temas. En esta sesión se conversó sobre las experiencias sobre el uso del condón. También se charló sobre la significación de estas medidas recomendadas. La sesión concluyó al emplear el método teach-back (OMS, 2018; CDC, 2018).

La quinta sesión fue destinada para discutir tanto la diferencia como la importancia de las pruebas de detección de VPH, citología y colposcopia (Apéndices R). El desarrollo de esta sesión estuvo programado para 60 minutos. Para esta sesión se utilizó la exposición mediante diapositivas impresas. La sesión concluyó al realizar una técnica de relajación y posteriormente al emplear el método teach-back.

Así mismo, cada una de las sesiones segunda, tercera, cuarta y quinta hace hincapié en la realización de un plan de acción semanal, el cual incluye qué actividades se van a efectuar, cuántas veces se harán, cuándo se realizarán y con qué frecuencia. Todas las sesiones iniciaron con el repaso de la sesión anterior al compartir experiencias y concluyeron con el método teach-back. En la sexta sesión se realizó la medición final o segunda medición y el cierre de la intervención. Tres meses posteriores a la sesión seis, se llevó a cabo el seguimiento.

Indicadores de la Aceptabilidad de la intervención

La aceptabilidad de la intervención se estimó a través de la percepción de las participantes y la operacionalización de la intervención. La percepción de la aceptabilidad de la intervención se guió en relación a la satisfacción, captación de las participantes y la adherencia a la intervención (Sidani & Braden, 2011).

La operacionalización de la aceptabilidad de la intervención incluyó el diseño y la evaluación de la intervención. En el diseño de la intervención se investigó la aceptabilidad con el fin de obtener las aportaciones de los profesionales de la salud involucrados, expertos en automanejo y las mujeres con VPH de alto riesgo, que permitieron conocer la relevancia y adecuación de la intervención por medio de dos enfoques: inductivo experimental y consultivo deductivo (Sidani & Braden, 2011).

Para la evaluación de aceptabilidad de la intervención se incluyeron los siguientes indicadores: a) *tasa de aceptación* (porcentaje de participantes que aceptaron participar en la intervención), b) *tasa de retención* (porcentaje de participantes que completaron todas las sesiones de la intervención), c) *tasa de rechazo* (porcentaje de

participantes que no aceptaron participar en la intervención), *d) tasa de deserción* (porcentaje de participantes que no terminaron todas las sesiones de la intervención), *e) captación, adherencia y uso continuo de la intervención* y *f) satisfacción con la intervención* (Sidani & Braden, 2011).

Indicadores de la Factibilidad de la intervención

- 1) Indicadores de la factibilidad: disponibilidad y calidad de las facilitadoras, formación de las facilitadoras, recursos materiales, contexto y fidelidad. (Sidani & Braden, 2011).
 - Disponibilidad y calidad de las facilitadoras: abarcó la entrega de la intervención de la manera correcta, en el momento correcto y requirió la disponibilidad de tiempo de las facilitadoras con las cualidades personales y profesionales identificadas en la teoría de la intervención.
 - Formación de las facilitadoras: fue basada en la capacitación que cubre la teoría de la intervención y el manual del facilitador para aplicar la intervención.
 - Recursos materiales: abarcaron la disponibilidad de todos los recursos materiales necesarios para la correcta implementación de la intervención.
 - Contexto: establecido a través del entorno físico y social en el que se implementó la intervención.
 - Fidelidad: incluyó la facilidad con la que las actividades de la intervención se realizaron en el modo especificado y el tiempo que llevó entregar los componentes de la intervención.
 - Alcance: se refiere a la medida en que varios subgrupos de la población objetivo pudieron participar en la intervención.
- 2) Factibilidad de los métodos de investigación (Sidani & Braden, 2011):
 - Reclutamiento: relacionado con el tamaño del grupo de muestreo (porcentaje de participantes que cumplen con los criterios de elegibilidad), la efectividad de los enfoques de reclutamiento y el tiempo de reclutamiento.

- Selección: se centra en la practicidad de los procedimientos de detección y la idoneidad de los criterios de inclusión y exclusión.
- Retención: implicó estrategias como: establecer confianza, adquirir información detallada sobre la dirección y los contactos de las participantes.

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987, última reforma publicada DOF 02-04-2014) sobre los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. De acuerdo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, durante el desarrollo de la presente intervención se respetó la dignidad y protección de las participantes, mediante el trato respetuoso durante toda la investigación, así mismo se les explicó que podrían retirarse del estudio en el momento que lo decidan sin que esto le afecte en ningún sentido.

Previo al inicio del estudio se obtuvo aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Además, se contó con la autorización de los directivos del centro estatal de cáncer y el área de jefatura de enseñanza del mismo. El Consentimiento Informado fue entregado por escrito explicando de forma clara el objetivo de la intervención, los procedimientos a realizar y donde en común acuerdo con el investigador, las participantes autorizaron a través de su firma su participación en la investigación dejando claro que, aunque lo hubiese firmado tienen el derecho de retirar su participación cuando ellas lo decidan (Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII).

Se respetó la privacidad y la confidencialidad de las participantes al no identificar por su nombre los instrumentos y solo asignarle un código, los instrumentos se respondieron de forma individual, en privado, en el área asignada para la investigación y fueron guardados en un lugar seguro bajo llave, en donde sólo el investigador principal tuvo acceso (Artículo 16).

Esta investigación se consideró de riesgo mínimo, se abordaron temas sensitivos sobre sexualidad que si bien no afectaron la integridad física de las participantes, los instrumentos pueden contener algunas preguntas que generen incomodidad, en caso de identificar incomodidad o alguna reacción emocional por parte de las participantes, se les preguntó si deseaban seguir contestando, si requerían un poco más de tiempo o si preferían terminar su participación, y cualquiera que sea su respuesta fue respetada (Artículo 17, Fracción I).

Las participantes de esta investigación recibieron respuesta a cualquier duda o pregunta, con el objetivo de permitirles sentirse más seguras e informadas sobre su participación. También en el consentimiento informado estuvieron especificadas las molestias esperadas en la investigación y la seguridad de que se protegió su identidad al no identificar ningún documento con nombre, teléfono o dirección (Artículo 20; Artículo 21, Fracciones I, III, VI, VII, VIII; Artículo 22).

Análisis de Datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25. Se utilizó estadística descriptiva para describir las características sociodemográficas y las variables del estudio. Se obtuvieron frecuencias y proporciones para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables continuas.

La normalidad de las variables se determinó a través de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con correlación de Lilliefors. Para dar respuesta al primer objetivo, se empleó estadística no paramétrica por medio de las pruebas *U* de Mann-Whitney y Friedman para conocer la diferencia en las puntuaciones de las variables de estudio en sus mediciones pretest, postest y seguimiento.

Para los objetivos segundo y tercero, se utilizó estadística descriptiva, obteniéndose frecuencias, proporciones y porcentajes, así mismo se usó la narrativa para explicar los hallazgos de los elementos de aceptabilidad y factibilidad establecidos.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación, primero se presenta el flujograma de los participantes a través de la intervención. En seguida, se muestran los datos descriptivos sobre las características sociodemográficas de las participantes; se introduce la consistencia interna de los instrumentos de medición utilizados; después se presentan los datos descriptivos de las variables del estudio y su interpretación. Finalmente, se presentan los resultados que dan respuesta a los objetivos del estudio a través de análisis descriptivo e inferencial.

Flujograma de las participantes

En la Figura 4, se puede observar que del total de las pruebas filtros, 64 mujeres reunían los criterios de inclusión y resultaron elegibles, por lo que fueron invitadas a integrarse al estudio, de ellas, 45 (70%) aceptaron participar; sin embargo, solo 38 (84%) mujeres concluyeron de forma satisfactoria la intervención. Con respecto al seguimiento, éste solo se logró llevar a cabo en 18 mujeres como se describe en el diagrama de flujo de participantes.

Figura 4. Diagrama de flujo de las participantes a través de cada etapa del estudio.

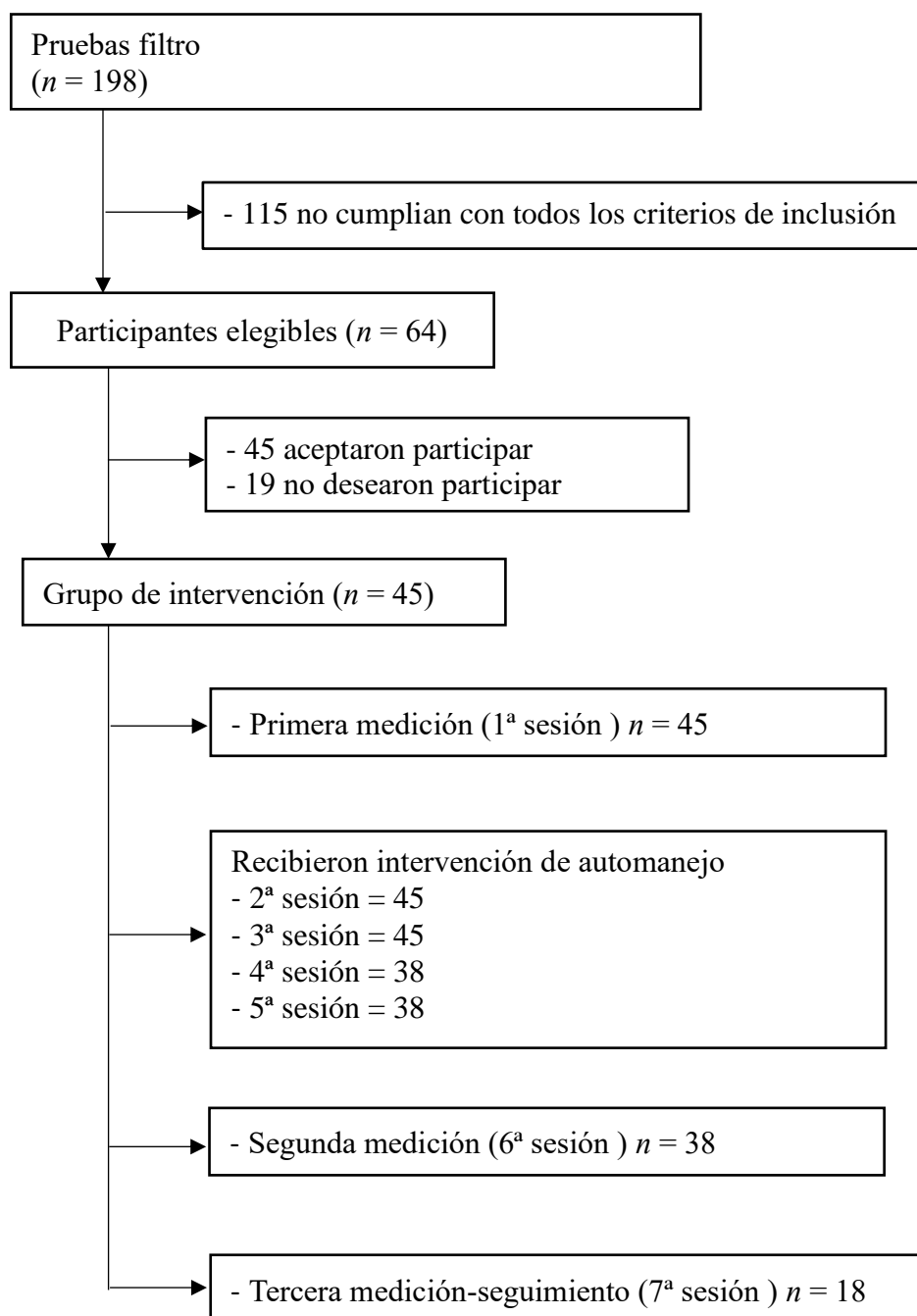


Figura 4. Esquemización del flujo de participantes en todas las etapas del estudio.

Características sociodemográficas de los participantes

El análisis descriptivo de las características sociodemográficas de las 38 mujeres participantes en el estudio permitió identificar que la edad de las mujeres osciló entre los 23 y 58 años. La media de edad de las participantes fue de 40.89 años ($DE = 10.01$). El 100% de las mujeres participantes reportó pareja estable, el 57.9% de ellas estaban casadas. El 68.4% tenía más de diez años con su pareja y el 18.4% tenía entre 4 y 6 años. En la Tabla 2 se puede observar que el nivel educativo que predominó fue primaria (57.9%), seguido de secundaria (28.9%).

Al indagar características específicas del VPH de alto riesgo, el 44.7% de las mujeres refirió haberse realizado una citología dentro de los últimos tres a seis meses, el 39.5% tenía más de un año de haberse realizado una citología y 15.8% no lo recordaba con exactitud. El 78.9% de las mujeres participantes tenía un tratamiento médico establecido dentro de los últimos tres meses. Casi tres cuartas partes de las mujeres participantes refirió no usar el condón (76.3%) en ninguna de sus relaciones sexuales con su pareja actual y el 12.5% lo usó entre tres y seis veces en los últimos seis meses.

Tabla 2

Características sociodemográficas de las participantes

Característica	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Casada	22	57.9
Unión libre	11	28.9
Soltera	5	13.2
Nivel Educativo		
Primaria	22	57.9
Secundaria	11	28.9
Preparatoria	5	13.2
Tiempo de relación en pareja		
Entre 1 y 3 años	4	10.5
Entre 4 y 6 años	7	18.4
Entre 7 y 10 años	1	2.6
Más de 10 años	26	68.4

Nota: $n = 38$; f = Frecuencia; % = Porcentaje

Consistencia interna de los instrumentos de medición

La consistencia interna de los instrumentos utilizados en esta investigación se obtuvo a través de Coeficientes de Alpha de Cronbach. Todos los instrumentos mostraron valores aceptables en los diferentes tiempos de medición (Grove Gray & Burns, 2016). La escala de conciencia del VPH y CaCU y la escala de conflicto decisional mostraron Alphas mayores en su medición pretest, que el resto de los instrumentos. La escala de percepción del automanejo del VPH de alto riesgo mostró el mayor Alpha en su medición posttest con respecto a los demás instrumentos (Tabla 3).

Tabla 3

Coeficiente de confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Pretest	Posttest	Seguimiento
		<i>n</i> = 38	<i>n</i> = 38	<i>n</i> = 18
Alpha de Cronbach				
Escala de Conocimiento y Conciencia del VPH	14	.82	.85	.80
Escala de Conciencia del VPH y CaCU	12	.90	.84	.85
Escala de Percepción del Automanejo del VPH de alto riesgo	8	.89	.87	.75
Escala de Conflicto Decisional	16	.90	.86	.79
Escala para la Autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de Citología	6	.86	.86	.70
Escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto riesgo	7	.88	.82	.70
Escala de autoeficacia para el uso del condón	12	.86	.86	.89
Escala de Automanejo del VPH de alto riesgo	12	.84	.85	.78

Estadística descriptiva de variables de estudio por cada instrumento

El conocimiento del VPH fue determinado a través de la escala de conocimiento y conciencia del VPH, de acuerdo a la tabla 4, se observó que los promedios de las respuestas a los reactivos del cuestionario se incrementaron considerablemente de la medición pretest a la posttest (puntuaciones oscilaron de 1.55 a 2.74 en el pretest y posttest de 1.89 a 3.00).

Tabla 4

Escala de Conocimiento y Conciencia del VPH

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. El VPH es el virus que causa el herpes	1.58	.68	1.89	.38	1.38	.48
2. Las verrugas genitales son causadas por el VPH	2.74	.68	2.97	.16	2.04	.58
3. El VPH es el virus que pueda causar cáncer de cuello uterino	1.71	.92	2.97	.16	1.51	.72
4. La mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el VPH es realizarse las pruebas	2.39	.88	2.97	.16	2.09	.68
5. Si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el VPH	2.13	.96	2.47	.64	2.01	.85
6. Los cambios en una prueba de Papanicolaou pueden indicar que una mujer tiene el VPH	1.79	.93	2.61	.63	1.53	.71

Nota: pretest y posttest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición 1= no se, 2= falso, 3= verdadero

(Continúa)

Tabla 4

Escala de Conocimiento y Conciencia del VPH (continuación)

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
7. Las verrugas genitales son causadas por el virus del herpes	2.00	.83	2.00	.46	1.83	.66
8. El VPH puede causar cáncer	1.82	.95	2.97	.16	1.41	.90
9. Las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el VPH	1.71	.92	2.61	.63	1.56	.87
10. El VPH puede generar: crecimientos verrugosos	2.58	.82	2.92	.35	2.33	.70
11. Si no se trata, el VPH puede causar pre-cáncer o displasia	1.95	1.01	3.00	.00	1.68	.99
12. Aumenta el riesgo de contraer el VPH: No usar condón	1.55	.89	2.84	.54	1.22	.76
13. Aumenta el riesgo de contraer el VPH: Tener múltiples parejas sexuales	1.74	.97	2.95	.32	1.55	.82
14. Aumenta el riesgo de contraer el VPH: La pareja tenga muchas parejas sexuales	1.71	.95	3.00	.00	1.63	.92

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 38; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= no se, 2= falso, 3= verdadero

En relación a la conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU se logró apreciar que los promedios de las respuestas a los reactivos de la escala de conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU se incrementaron ligeramente del pretest al postest (sus puntuaciones oscilaron de 2.39 a 4.05 en el pretest y de 3.39 a 4.74 en el postest (Tabla 5).

Tabla 5

Escala de Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Me preocupa desarrollar el cáncer de cuello uterino	4.05	.89	4.74	.50	4.05	.86
2. Me preocupa ser portadora del Virus del Papiloma Humano (VPH)	3.03	1.34	3.74	1.13	3.00	1.47
3. Creo que estoy en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino	3.50	1.05	4.45	.60	3.50	1.14
4. Creo que estoy en riesgo de transmitir el VPH	2.63	1.17	3.58	1.13	2.63	1.20
5. Todas las mujeres tienen las mismas probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino	3.24	1.24	3.79	1.35	2.24	1.24
6. Mis probabilidades de contagiar el VPH son altos	2.39	1.15	3.39	1.26	2.39	1.15
7. Tengo la capacidad para evitar el cáncer de cuello uterino	3.63	.85	4.50	.55	2.63	.85
8. Tengo la capacidad de evitar la transmisión del VPH	2.95	1.13	4.11	.79	2.95	1.23
9. Entre las enfermedades que puedo imaginar desarrollar, el cáncer del cuello uterino es el más grave	3.63	.97	4.71	.51	4.63	.89
10. Creo que el VPH se puede controlar con el tratamiento médico adecuado	3.45	.95	4.50	.60	3.49	.95
11. El cáncer cervical es a menudo curable con la detección temprana y el tratamiento médico adecuado	3.84	.91	4.71	.51	3.30	.83
12. El VPH es una enfermedad potencialmente mortal	3.08	1.05	4.50	.72	3.00	1.05

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= neutro, 4= de acuerdo, 5= muy de acuerdo

Con respecto a la percepción del automanejo del VPH de alto riesgo se pudo observar que los promedios de las respuestas de los reactivos disminuyeron considerablemente en el postest, sus puntuaciones oscilaron de 1.00 a 4.74, evidenciando una mayor percepción del automanejo (Tabla 6).

Tabla 6

Escala de Percepción del Automanejo del VPH de alto riesgo

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1.- Es difícil para mí encontrar soluciones efectivas para el manejo de mi infección por VPH de alto riesgo	2.87	1.14	1.00	.00	1.00	.00
2.- Considero que mis esfuerzos para manejar mi infección con el VPH de alto riesgo son ineficaces	3.00	1.04	1.50	.50	1.00	.00
3.- Puedo manejar mi infección por VPH de alto riesgo	3.11	1.06	4.61	.54	4.28	.75
4.- Tengo éxito en las acciones que realizo para manejar mi infección por VPH de alto riesgo	3.11	.98	4.58	.59	4.17	.70
5.- Soy capaz de manejar las recomendaciones médicas relacionadas con mi infección por el VPH de alto riesgo	3.26	1.05	4.55	.55	3.94	.63
6.- Por lo general, mis planes para manejar mi infección por VPH de alto riesgo no funcionan bien	3.24	.99	1.68	.47	1.00	.00
7.- No importa cuánto lo intente, manejar mi infección por el VPH de alto riesgo no sale como me gustaría	3.21	1.04	1.00	.00	1.00	.00
8.-En general, puedo lograr seguir las recomendaciones médicas con respecto a mi infección por VPH	3.29	.95	4.74	.44	4.11	.75

Nota: pretest y postes $n = 38$, seguimiento $n = 18$; M = Media; DE = Desviación Estándar; rango de medición 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo, 5= muy de acuerdo

La toma de decisiones informadas para el automanejo del VPH de alto riesgo fue determinada a través de la escala de conflicto decisional, de acuerdo a la tabla 7, se observó que los promedios de las respuestas a los reactivos se incrementaron considerablemente de la medición pretest a la medición posttest (puntuaciones oscilaron de 2.76 a 3.26 en el pretest y de 4.16 a 4.42 en el posttest).

Tabla 7

Escala de Conflicto Decisional

Reactivos	Pretest $n = 38$		Posttest $n = 38$		Seguimiento $n = 18$	
	M	DE	M	DE	M	DE
1. Tener VPH de alto riesgo requiere de tomar decisiones fáciles para mí	2.76	1.12	4.26	.76	2.76	1.12
2. Yo estoy segura de lo que tengo que hacer al tener VPH de alto riesgo	3.11	1.00	4.42	.55	3.11	1.00
3. Tengo claro cuáles son las mejores recomendaciones médicas para mi diagnóstico de VPH de alto riesgo	2.95	1.01	4.32	.57	2.95	1.01
4. Yo estoy consciente de las diferentes recomendaciones médicas que debo seguir en mi tratamiento del VPH	3.13	.96	4.34	.58	3.13	.96
5. Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada recomendación médica para el manejo del VPH de alto riesgo	3.08	.96	4.39	.63	3.08	.96
6. Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada recomendación médica para el manejo del VPH de alto riesgo	3.11	.92	4.42	.64	3.11	.92
7. Yo tengo claridad acerca de lo importante que es tomar positivamente las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo	3.08	1.10	4.42	.59	3.08	1.10

Nota: pretest y posttest $n = 38$, seguimiento $n = 18$; M = Media; DE = Desviación Estándar; rango de medición: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo

(Continúa)

Tabla 7

Escala de Conflicto Decisional (continuación)

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Posttest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
8. Yo tengo claridad acerca de lo importante que es tomar negativamente las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo	2.97	1.07	4.37	.54	2.97	1.07
9. Yo tengo claridad de lo importante que es seguir las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo	3.05	1.16	4.39	.59	3.05	1.16
10. Yo estoy tomando la decisión de realizar las recomendaciones médicas para el VPH de alto riesgo sin ninguna presión de otras personas	3.26	1.08	4.29	.65	3.26	1.08
11. Yo me siento segura para tomar la decisión de realizar todas las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo	3.13	1.09	4.39	.59	3.13	1.09
12. Yo cuento con suficiente información para tomar las mejores decisiones con respecto a mi diagnóstico de VPH de alto riesgo	3.03	.97	4.34	.58	3.03	.97
13. Yo siento que he tomado decisiones bien informadas sobre mi tratamiento de VPH de alto riesgo	3.00	1.01	4.26	.68	3.00	1.01
14. Mis decisiones muestran lo importante que es para mi seguir todo el tratamiento requerido para el manejo del VPH de alto riesgo	3.13	1.09	4.16	.59	3.13	1.09

Nota: pretest y posttest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M*= Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo

Tabla 7

Escala de Conflicto Decisional (continuación)

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
15. Yo espero mantenerme firme en las decisiones tomadas para el manejo del VPH de alto riesgo en común acuerdo con el personal de salud	3.08	1.05	4.32	.70	3.08	1.05
16. Yo estoy satisfecha con las decisiones tomadas para el manejo del VPH de alto riesgo en común acuerdo con el personal de salud	3.05	1.13	4.24	.59	3.05	1.13

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo

En relación a la autoeficacia para el control de la citología cervical medida con la escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología cervical se logró apreciar que los promedios de las respuestas a los reactivos se incrementaron ligeramente del pretest al postest (sus puntuaciones oscilaron de 2.05 a 2.32 en el pretest y de 2.66 a 2.89 en el postest (Tabla 8).

Tabla 8

Escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
¿En cuál de las situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse el Papanicolaou?						
1. Aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino	2.24	.78	2.84	.37	1.94	.66
2. Aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron el Papanicolaou	2.26	.79	2.89	.31	2.06	.80

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= no estoy totalmente segura, 2= más o menos segura, 3= estoy totalmente segura

(Continúa)

Tabla 8

*Escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología**(continuación)*

Reactivos ¿En cuál de las situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse el Papanicolaou?	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
3. Aunque le haya dolido mucho cuando le tomaron el último Papanicolaou	2.32	.73	2.84	.37	2.05	.76
4. Aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que realizarse el Papanicolaou	2.13	.84	2.71	.51	1.97	.82
5. Aunque no se haya sentido bien atendida por los médicos y las enfermeras	2.08	.85	2.66	.58	1.80	.80
6. Aunque no sepa lo que le van a hacer durante la toma del examen	2.05	.86	2.76	.54	1.94	.81

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= no estoy totalmente segura, 2= más o menos segura, 3= estoy totalmente segura

Con respecto a la autoeficacia para la adherencia al tratamiento, esta variable fue medida con la escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto riesgo se identificó que los promedios de las respuestas de los reactivos disminuyeron considerablemente en el postest, sus puntuaciones oscilaron de 1.00 a 2.58, lo que indicó que las mujeres participantes tuvieron mayor adherencia terapéutica (Tabla 9).

Tabla 9

Escala de adherencia terapéutica para pacientes con VPH de alto riesgo

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Cuando me explican las recomendaciones médicas para manejo del VPH de alto riesgo me siento más segura y me apego al tratamiento	1.74	.64	2.58	.50	1.44	.36
3. Si no me siento segura de poder realizar todo el tratamiento para el manejo del VPH de alto riesgo lo dejo, aunque no esté concluido	2.39	.59	1.00	.00	1.00	.00
4. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi VPH de alto riesgo dejo el tratamiento recomendado	2.42	.59	1.00	.00	1.00	.00
5. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden como es el tratamiento de mi VPH de alto riesgo	2.45	.64	1.03	.16	1.11	.32
6. Yo me siento segura de realizar lo que este en mis manos para llevar a cabo el tratamiento del VPH de alto riesgo	1.42	.64	2.53	.50	1.12	.39
7. Aunque el tratamiento de mi VPH de alto riesgo sea complicado, me siento segura de continuarlo	1.45	.68	2.55	.50	1.17	.40

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= baja adherencia, 2= media adherencia, 3 = alta adherencia

La capacidad para negociar el uso del condón fue determinada a través de la escala de autoeficacia para el uso del condón, de acuerdo a la tabla 10, se observó que los promedios de las respuestas a los reactivos se incrementaron considerablemente de la

medición pretest a la medición posttest (puntuaciones oscilaron de 1.82 a 3.26 en el pretest y de 3.05 a 4.00 en el posttest).

Tabla 10

Escala de autoeficacia para el uso del condón

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Posttest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Que tan segura estas de ser capaz de:						
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	2.53	1.10	3.50	.83	2.70	1.56
2. Usar correctamente el condón	2.68	.96	3.74	.79	2.81	.85
3. Usar el condón durante todo el acto sexual	2.61	1.02	3.66	.74	2.39	1.12
4. Usar el condón después de que tú y tu pareja decidan tener relaciones sexuales	2.68	1.01	3.71	.73	2.20	1.00
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja sexual prefiere no usarlo	2.42	1.15	3.45	.79	2.05	1.11
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón	2.34	1.16	3.34	.90	2.14	1.07
7. Contar siempre con condones	1.89	1.13	3.08	1.07	1.73	1.11
8. Acudir a la tienda a comprar condones si fuera necesario	1.82	1.13	3.05	1.08	1.66	1.05

Nota: pretest y posttest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= nada segura, 2= algo segura, 3= medio segura, 4= muy segura, 5= totalmente segura

(Continúa)

Tabla 10

Escala de autoeficacia para el uso del condón (continuación)

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Que tan segura estas de ser capaz de:						
9. No tener relaciones sexuales con otra pareja, solo con mi pareja estable	3.26	1.36	4.00	.90	3.02	1.29
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	3.13	1.41	3.84	1.00	3.08	1.18
11. Platicar con tu pareja sobre temas sexuales	2.55	1.44	3.61	.91	2.27	1.30
12. Platicar con tu pareja sobre el uso del condón	2.53	1.44	3.53	.89	2.35	1.14

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= nada segura, 2= algo segura, 3= medio segura, 4= muy segura, 5= totalmente segura

En relación al automanejo del VPH de alto riesgo se logró apreciar que los promedios de las respuestas a los reactivos se incrementaron considerablemente del pretest al postest (sus puntuaciones oscilaron de 1.24 a 1.50 en el pretest y de 1.34 a 2.53 en el postest (Tabla 11).

Tabla 11

Escala de automanejo del VPH de alto riesgo

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Manejo de la información que tengo acerca de mi VPH de alto riesgo	1.42	.50	2.29	.46	1.22	.32
2. Manejo del tratamiento médico para mi VPH de alto riesgo	1.26	.44	2.24	.43	1.05	.27

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= automanejo pobre, 2= automanejo bueno, 3= automanejo muy bueno

(Continúa)

Tabla 11

Escala de automanejo del VPH de alto riesgo (continuación)

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
3. Manejo que tengo de las recomendaciones médicas y los cuidados indicados para mi VPH de alto riesgo	1.37	.48	2.29	.46	1.00	.44
4. Comunicación que tengo con el personal de salud y las decisiones tomadas relacionadas con mi VPH de alto riesgo	1.29	.51	2.37	.48	1.08	.49
5. Capacidad para decirle al profesional de salud las dudas que tengo con respecto al manejo de mi VPH de alto riesgo	1.24	.43	2.47	.50	1.13	.33
6. Seguimiento médico y toma de citología para atender mi VPH de alto riesgo	1.50	.50	2.53	.50	1.25	.40
7. Capacidad para mantenerme al tanto de los signos y síntomas de alerta temprana a complicaciones de mi VPH de alto riesgo	1.39	.49	2.34	.48	1.19	.35
8. Manejo de la toma de decisiones informadas para realizar las recomendaciones médicas de mi VPH de alto riesgo	1.24	.43	2.26	.44	1.04	.31
9. Capacidad para negociar con mi pareja el uso del condón	1.13	.34	1.34	.48	1.00	.22

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= automanejo pobre, 2= automanejo bueno, 3= automanejo muy bueno

Tabla 11

Escala de automanejo del VPH de alto riesgo (continuación)

Reactivos	Pretest <i>n</i> = 38		Postest <i>n</i> = 38		Seguimiento <i>n</i> = 18	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
10. Capacidad de realizar todas las recomendaciones médicas para mi VPH de alto riesgo	1.24	.43	2.21	.41	1.00	.39
11. Realización de las recomendaciones médicas para el manejo de mi VPH de alto riesgo	1.29	.46	2.29	.46	1.02	.40
12. Manejo de mi VPH de alto riesgo en mi vida	1.21	.41	2.32	.47	1.10	.36

Nota: pretest y postest *n* = 38, seguimiento *n* = 18; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición: 1= automanejo pobre, 2= automanejo bueno, 3= automanejo muy bueno

Índices de las variables del estudio

Se realizaron índices con una escala de 0 a 100, con las respuestas de los instrumentos de las variables de estudio posteriormente se obtuvieron estadísticos descriptivos para el total de la muestra y por tiempo de medición (pretest, postest y seguimiento) con la finalidad de conocer la distribución de las variables de estudio a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con correlación de Lilliefors. En la tabla 12, se puede observar que la mayoría de las variables no mostraron distribución normal ($p < .05$) en el pretest, con excepción de las variables conciencia del VPH de alto y CaCU y capacidad para negociar el uso del condón. En el postest la mayoría de las variables tampoco mostraron distribución normal ($p < .05$), excepción de las variables

Tabla 12

Estadística descriptiva de las variables del estudio y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors en el total de la muestra en sus tres tiempos de medición

<i>Variable</i>	<i>Tiempo</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Conocimiento del VPH	Pretest	48.21	46.43	23.78	4	93	.188	.003
	Postest	86.37	85.72	7.87	61	100	.190	.001
	Seguimiento	53.17	53.57	24.61	14	89	.150	.200
Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU	Pretest	57.13	52.08	18.83	13	100	.194	.001
	Postest	80.65	78.13	13.22	50	100	.179	.002
	Seguimiento	70.02	68.75	14.48	48	100	.108	.200
Percepción del automanejo del VPH de alto riesgo	Pretest	53.37	50.00	22.59	25	100	.191	.001
	Postest	89.64	90.63	10.43	63	100	.182	.003
	Seguimiento	75.69	76.65	13.58	50	94	.183	.113
Toma de decisiones informadas para el automanejo del VPH	Pretest	51.44	50.00	22.92	6	100	.187	.002
	Postest	83.35	84.38	12.50	50	100	.190	.001
	Seguimiento	80.03	79.69	6.95	64	91	.192	.079
Autoeficacia para el control de la citología cervical	Pretest	35.09	33.33	17.56	8	75	.185	.004
	Postest	89.25	100.00	17.85	33	100	.358	.001
	Seguimiento	90.28	100.00	12.54	67	100	.336	.001
Autoeficacia para la adherencia al tratamiento	Pretest	47.37	39.29	18.81	14	79	.232	.001
	Postest	84.02	85.71	12.69	50	100	.211	.001
	Seguimiento	75.40	71.43	9.55	57	93	.217	.025
Capacidad para negociar el uso del condón	Pretest	38.93	31.25	24.42	4	100	.150	.031
	Postest	63.54	63.54	19.25	25	100	.127	.127
	Seguimiento	56.13	57.29	14.10	25	75	.113	.200
Automanejo del VPH de alto riesgo	Pretest	19.85	20.83	10.97	4	50	.195	.001
	Postest	62.28	62.50	14.59	46	96	.189	.002
	Seguimiento	58.80	60.42	7.81	50	71	.203	.048

Nota: pretest y postest $n = 38$, seguimiento $n = 18$; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; Min = valor mínimo; Max = valor máximo; D^a = prueba de normalidad; p = valor de significancia.

Estadística inferencial

Para dar respuesta al primer objetivo del estudio, determinar si existen diferencias significativas en las variables del estudio en las mediciones pretest, postest y seguimiento de la intervención basada en planes de acción orientados a fortalecer el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo para reducir el riesgo de CaCU, se calculó la prueba U de Mann-Whitney, a través de la cual se logró observar que existe diferencia significativa entre las medianas de los puntajes del conocimiento del VPH en sus mediciones pretest y postest ($U = 118.5$, $p < .001$). La variable conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU presentó puntuación mediana mayor en el postest que en el pretest ($Mdn = 52.08$ vs $Mdn = 78.13$).

También se encontró diferencia significativa en las puntuaciones medianas de las variables percepción del automanejo del VPH de alto riesgo y toma de decisiones informadas para el automanejo del VPH de alto riesgo en sus mediciones pretest y postest. Como se observa en la Tabla 13, las puntuaciones medianas con mayores diferencias significativas se lograron observar en la autoeficacia para el control de la citología cervical ($Mdn = 33.33$ vs $Mdn = 100.00$) y el automanejo del VPH de alto riesgo ($Mdn = 20.83$ vs $Mdn = 62.50$) en sus mediciones pretest y postest, respectivamente.

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney para las variables del estudio por tiempo de medición

Variable	Medición	Mdn	U	p
Conocimiento del VPH	Pretest	46.43	118.5	.001
	Postest	85.71		
Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU	Pretest	52.08	217.5	.001
	Postest	78.13		

Nota: pretest y postest $n=38$; Mdn =mediana; DE =desviación estándar; U = prueba U de Mann-Whitney; p = valor de significancia.

(Continuación)

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney para las variables del estudio por tiempo de medición

(continuación)

Variable	Medición	Mdn	U	p
Percepción del automanejo del VPH de alto riesgo	Pretest	50.00	151.5	.001
	Postest	90.63		
Toma de decisiones informadas para el automanejo del VPH de alto riesgo	Pretest	50.00	180.5	.001
	Postest	84.38		
Autoeficacia para el control de la citología cervical	Pretest	33.33	148.0	.001
	Postest	100.00		
Autoeficacia para la adherencia al tratamiento	Pretest	39.29	187.0	.001
	Postest	85.71		
Capacidad para negociar el uso del condón	Pretest	31.25	300.0	.001
	Postest	63.54		
Automanejo del VPH de alto riesgo	Pretest	20.83	122.0	.001
	Postest	62.50		

Nota: pretest y postest $n=38$; *Mdn*=mediana; *DE*=desviación estándar; *U* = prueba U de Mann-Whitney; *p*= valor de significancia.

Con la finalidad de identificar las diferencias en las puntuaciones de las medias de las variables del estudio en los diferentes tiempos de medición al interior del grupo de intervención se efectuó la prueba de Friedman (Tabla 14). La prueba mostró que existen diferencias significativas en las puntuaciones medias de las mediciones pretest ($M = 57.13$) y postest ($M = 80.65$) de la variable conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU ($\chi^2 = 19.88$, $p < .001$). La percepción del automanejo del VPH de alto riesgo también mostró diferencias significativas en sus puntuaciones medias (pretest $M = 53.37$ y postest $M = 89.64$).

Las mayores diferencias significativas en sus puntuaciones medias se observaron en las variables: autoeficacia para el control de citología cervical ($\chi^2 = 32.11$, $p < .001$),

capacidad para negociar el uso del condón ($\chi^2 = 15.15, p < .001$) y automanejo del VPH de alto riesgo ($\chi^2 = 38.00, p < .001$).

Tabla 14

Prueba Friedman para determinar la diferencia entre los tiempos de medición

Variable	Pretest		Postest		χ^2	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Conocimiento del VPH	48.21	23.78	86.37	7.87	25.97	.001
Conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU	57.13	18.83	80.65	13.22	19.88	.001
Percepción del automanejo del VPH de alto riesgo	53.37	22.59	89.64	10.43	28.44	.001
Toma de decisiones informadas para el automanejo del VPH de alto riesgo	51.44	22.92	83.35	12.50	21.77	.001
Autoeficacia para el control de la citología cervical	35.09	17.56	89.25	17.85	32.11	.001
Autoeficacia para la adherencia al tratamiento	43.37	18.81	84.02	12.69	24.02	.001
Capacidad para negociar el uso del condón	38.93	24.42	63.54	19.25	15.15	.001
Automanejo del VPH de alto riesgo	19.85	10.97	62.28	14.59	38.00	.001

Nota: pretest y postest $n = 38$; *M*=media; *DE*=desviación estándar; χ^2 = prueba Chi cuadrada; *p* = valor de significancia.

Aceptabilidad de la intervención

Para dar respuesta al segundo objetivo del estudio, estimar la aceptabilidad de las mujeres con VPH de alto riesgo para participar en una intervención basada en planes de acción para el automanejo del VPH de alto riesgo para reducir el riesgo de CaCU, se realizó un análisis de la percepción y la operacionalización de la aceptabilidad de la intervención.

Percepción de la aceptabilidad

La percepción de la aceptabilidad de la intervención se guió por la comprensión clara, precisa y adecuada de las participantes con la intervención para abordar su VPH de alto riesgo relacionado con algún tipo de displasia y los juicios cuidadosos de los atributos de la intervención. Dicha comprensión abarcó el conocimiento de los objetivos de la intervención, la naturaleza de sus componentes y actividades, el método de entrega, la dosis y los beneficios. Esta comprensión contribuyó a juzgar la aceptabilidad de la intervención.

El 80% de las participantes indicó que la intervención le pareció aceptable y fácil de entender y 75% refirió que los planes de acción eran sencillos de realizar la mayoría de las ocasiones. También casi tres cuartas partes de la muestra total de las participantes relató que les fue muy conveniente y sencillo realizar los planes de acción en lápiz y papel, aunque se les dio la opción de poder hacerlos en forma digital. El 85% de las mujeres participantes consideró adecuado el método de entrega, al referir sentirse más confiadas de hablar y participar en la intervención estando en un espacio privado a solas con la facilitadora. El 70% de las mujeres participantes señaló que la intervención no interfirió con su vida diaria. El 90% de las mujeres participantes consideró aceptable el número de sesiones establecidas, y encontró beneficiosa tanto para su condición médica como para su vida diaria, la técnica de elaboración de planes de acción semanal.

Operacionalización de la aceptabilidad

La operacionalización de la aceptabilidad de la intervención incluyó el diseño y la evaluación de la intervención. Para el diseño de la aceptabilidad de la intervención, éste se midió inicialmente en la prueba piloto realizada previamente a este estudio, se obtuvieron comentarios, sugerencias y aportaciones de los profesionales de la salud involucrados en la atención de las mujeres participantes, expertos en automanejo y las mujeres con VPH de alto riesgo.

La aceptabilidad del diseño se estableció a través de pequeñas entrevistas semiestructuradas (Apéndice T), que incluyeron una discusión interactiva con los profesionales de la salud y expertos en automanejo sobre la idoneidad, relevancia y utilidad de las intervenciones recientemente desarrolladas o disponibles para abordar el problema clínico. En esta discusión interactiva se abordaron elementos como reducción del número de sesiones (por parecer algunas repetitivas), incremento de los tiempos establecidos para las sesiones, sugerencias con respecto a diferentes estrategias como la inclusión de métodos para la retroalimentación, incorporación de técnicas de relajación y manejo de estrés, los cuales facilitaron la entrega de la intervención.

Así mismo, posterior a la entrega de la intervención se hicieron preguntas abiertas que indagaron sobre estrategias generales y técnicas específicas que las mujeres con VPH de alto riesgo consideraron apropiadas y útiles para prevenir el riesgo de complicaciones, la resolución de problemas, la toma de decisiones informadas y para mejorar su calidad de vida en general. También se hicieron preguntas específicas adicionales para investigar el contexto para la entrega de la intervención que abarcaron: el tipo de facilitador percibido como el más útil para proporcionar la intervención, que en un 95% se prefirió las facilitadoras fueran mujeres; el tiempo para la implementación, en donde la mayoría de las mujeres prefería no fuera más de dos horas; el entorno más conveniente para la ejecución, que en todos los casos fue la clínica o el hospital.

Para la evaluación de la aceptabilidad de la intervención se calcularon tasas de aceptación, rechazo, retención y abandono, la captación, adherencia y uso continuo de la intervención y se estimó la satisfacción de las participantes con la intervención. La tasa de aceptación de participantes a este estudio fue 70%, el 30% restante de las participantes elegibles, rechazó participar por razones personales, laborales y lejanía entre los sitios para la ejecución de la intervención y su domicilio actual. El 84% de las participantes concluyó todas las sesiones de la intervención y el 16% abandonó a la tercera sesión, este abandono se debió a la falta de apoyo por parte de sus parejas para elaborar planes de acción en conjunto, así como prohibirle seguir participando en la intervención.

Con respecto a la captación, adherencia y uso continuo de la intervención, 45 participantes fueron las que iniciaron la primera sesión de la intervención, recibieron material y asistieron a la segunda sesión, de igual manera, realizaron las actividades programadas en la segunda sesión y asistieron a la tercera manteniendo la adherencia a la intervención al 100%, pero al llegar a la cuarta sesión la adherencia disminuyó en un 16% ya que solo 38 mujeres lograron concluir el resto de las sesiones de la intervención.

En el análisis realizado para conocer la satisfacción con la intervención, medido a través de la escala de aceptabilidad (Apéndice K), se observó que los porcentajes más elevados fueron en donde las mujeres expresaron que usarían el programa con un 96%, que el programa cumplió con las expectativas esperadas en un 84% y que el 80% de ellas se sintieron satisfechas con el programa. En la Tabla 15, se puede observar que las participantes refirieron estar de acuerdo principalmente en que usarían el programa y lo recomendarían a sus familiares y amigos, así mismo, en su mayoría, en estar totalmente de acuerdo en sentirse satisfechas con el programa y que el programa cumplió con sus expectativas.

Tabla 15

Estadística descriptiva de la satisfacción de las participantes con la intervención

Reactivos	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1.- ¿Te gustó el programa?	4.47	4.00	.50
2.- ¿Usarías este programa para ti?	4.37	4.00	.48
3.- ¿Estas satisfecha con el programa?	4.47	4.00	.50
4.- ¿El programa cumplió con tus expectativas?	4.39	4.00	.54
5.- ¿Recomendarías el programa a tus familiares o amigos?	4.37	4.00	.54

Nota: $n = 38$; *M* = Media; *Mdn* = mediana; *DE* = Desviación Estándar; rango de medición 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo

Factibilidad de la intervención

Para dar respuesta al tercer objetivo del estudio, identificar la factibilidad de una intervención basada en el desarrollo de planes de acción orientados a fortalecer el automanejo de las mujeres con VPH de alto riesgo para reducir el riesgo de CaCU, se evaluaron los indicadores de factibilidad de la intervención.

Indicadores de la factibilidad: disponibilidad y calidad de las facilitadoras, formación de las facilitadoras, recursos materiales, contexto y fidelidad.

a) *Disponibilidad y calidad de las facilitadoras.* La disponibilidad y calidad de las facilitadoras abarcó la entrega de la intervención a las participantes correctas, de la manera correcta, en el momento correcto y requirió la disponibilidad de dos facilitadoras con estudios de Licenciatura en Enfermería y especialidad en gerencia de los cuidados, entrenadas previamente en intervenciones de automanejo basadas en planes de acción en otras condiciones médicas. Respecto al entrenamiento de las facilitadoras en esta intervención, ésta se dio a través de un curso de capacitación que incluyó conocimientos generales sobre el proceso de reclutamiento, especificaciones de automanejo e

intervenciones de automanejo, revisión del manual del usuario, uso y aplicación del manual del facilitador.

b) *Recursos materiales*. Los recursos materiales utilizados fueron: computadora portátil, iPad, manual del usuario, formatos impresos de los planes de acción, diapositivas impresas en tamaño doble carta, hojas en blanco para anotaciones personales, bolígrafos, lápices, borradores. Todos estos elementos se verificaron mediante una lista de cotejo realizada por la facilitadora para contar con los recursos necesarios antes de la entrega de la intervención.

c) *Contexto*. Se observó disposición tanto de las autoridades de las instituciones de salud como del personal operativo, específicamente de Enfermería. En algunos casos, el personal de Enfermería fue de gran importancia para lograr la participación de algunas mujeres, ya que invitaban y animaban a todas aquellas que consultaban a participar en la intervención, sugiriendo que sería muy beneficioso para adquirir más conocimientos y nuevas estrategias para enfrentar su condición de salud. Las mujeres que formaron parte de la intervención, mostraron mucho interés en los contenidos de las sesiones, disposición para realizar los planes de acción y suficiente entusiasmo para compartir experiencias y la lluvia de ideas que se daba al interior de cada sesión.

d) *Fidelidad*. La fidelidad fue elemento primordial para la identificación de los desafíos en la aplicación de las actividades de la intervención, el tipo de entrega, el tiempo y la dosis seleccionada, así como en la comprensión de los factores que contribuyen a los desafíos: claridad, exhaustividad y secuencia lógica de la información dada a las participantes. Las actividades señaladas como más claras y de mayor preferencia dentro de cada sesión fueron: compartir experiencias, pasos para tomar decisiones informadas y para la resolución de problemas. En cada una de esas actividades, las mujeres participantes pudieron conversar ampliamente acerca de sus experiencias personales y preguntar todo lo que no estuviera claro tanto de su diagnóstico, tratamiento o situaciones personales y de pareja.

El tiempo para cada sesión estaba contemplado entre 45 a 60 minutos; sin embargo, el tiempo se tuvo que ajustar en las sesiones 3, 4 y 5, debido a que las participantes necesitaban más tiempo por el contenido de esas sesiones, por lo que quedaron entre 60 a 75 minutos. En el 60% de las participantes el tiempo de cada sesión fue de 45 a 75 minutos y en el 25% el tiempo fue de 40 a 50 minutos. A cada participante se le obsequió un manual del usuario, el cuál podían llevarse a casa a partir de la segunda sesión, pero algunas participantes expresaron no querer tenerlo en casa por situaciones personales, por lo que sus manuales fueron resguardados por las facilitadoras y llevados a cada sesión para poder ser revisados y utilizados.

La asistencia en general fue muy buena, de las 38 participantes incluidas en la intervención el 100% de ellas asistieron a todas las sesiones. El 70% de las participantes acudió a las 6 seis sesiones en la fecha, horario y espacio físico acordado y agendado y el 30% de ellas re agendó por lo menos tres de las seis sesiones de la intervención.

Todas las participantes realizaron cuatro planes de acción durante las seis sesiones. El 40% logró elaborar cuatro planes de acción diferentes. El 60% de las participantes realizó reestructuración de plan de acción al no poder cumplir la meta propuesta, por lo que al final de la intervención solo lograron 2 planes de acción de los 4 programados. Es importante mencionar que algunas mujeres tuvieron más dificultades para realizar planes de acción que incluían a su pareja, puesto que la comunicación sexual no estaba bien establecida en ambos; y algunas otras tuvieron que reestructurar sus planes de acción al no poder ser ejecutados de la forma planteada.

Factibilidad de los métodos de investigación

a) Reclutamiento y selección. En esta fase del estudio inicialmente se había planteado abordar solo a las mujeres que estuvieran presentes en sala de espera para entrar a consulta, pero después de la revisión de las listas y las fechas de consultas tan distantes unas de otras, se optó por realizar llamadas e invitar a asistir a las instituciones

de salud participantes para recibir información detallada sobre el estudio y la invitación formal a participar.

Por la disposición de tiempo de las posibles participantes que incluía cuestiones familiares y laborales, se tuvieron que agregar dos semanas al periodo establecido para el reclutamiento, así como agregar tres horas más al horario establecido e incluir los sábados, para de esta forma lograr el mayor número de participantes en la intervención. Otra situación que se presentó durante el reclutamiento fue que algunas participantes refirieron que no sabían si tendrían recurso económico para trasladarse cada semana a la institución de salud por lo que se consideró pertinente incluir apoyo económico retroactivo para todas las participantes al término de cada sesión.

Con respecto al contenido de los instrumentos la mayoría de las participantes refirieron que les fue fácil de entender y responder las preguntas planteadas, y que les pareció corto el tiempo para contestarlos. Indicaron que se sintieron más seguras al leer el consentimiento informado y saber que, aunque firmaran y aceptaran participar, si por alguna razón decidieran ya no continuar con su participación podrían retirarse libremente. Así mismo, expresaron sentirse satisfechas con la retroalimentación dada por las facilitadoras en cada sesión.

b) *Retención de las participantes.* De manera global la retención de participantes fue de 84.4%. La retención de las participantes de la primera a la tercera sesión fue de 100%, de la cuarta a la sexta sesión fue de 84.4%. Dentro de las estrategias empleadas para asegurar contar con la asistencia de las participantes fue necesario programar las sesiones de acuerdo al horario y día solicitado por la participante, regularmente fue en sus días de descansos laborales, después de dejar a sus hijos en la escuela o fines de semana.

Para realizar los recordatorios de día y hora de cada sesión se consideró el uso de mensajes a través de WhatsApp y mensaje de texto (con previa autorización de las participantes). De igual manera se mantuvieron activas las dos líneas telefónicas de

asignación exclusiva para la intervención, tanto en llamadas, mensajes de texto y mensajes vía WhatsApp, para que las participantes pudieran mantener comunicación continua en caso de dudas o reprogramación de citas.

Inicialmente no se contempló un apoyo económico para las participantes del estudio, pero en la fase de reclutamiento se observaron algunas situaciones que podrían afectar la adherencia y retención en la intervención, por lo que se optó por agregar un apoyo económico retroactivo además del obsequio (despensa básica) ya establecido para el final de la intervención.

Capítulo IV

Discusión

La discusión se inicia con algunos datos sociodemográficos que caracterizan a la muestra, posteriormente se explican los resultados de acuerdo a los objetivos establecidos y se finaliza con las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

Una alta proporción de las participantes refirió no usar condón con su pareja en ninguna de sus relaciones sexuales, esto es similar con lo reportado en el estudio de De la Orta et al. (2014), quienes encontraron que esta práctica es muy común en matrimonios y parejas en unión libre, principalmente impuesta por el hombre y aceptada por la mujer; sin embargo, Wilson et al. (2018) encontraron que ésta no es una práctica positiva en aquellas parejas con diagnósticos previos de VPH de alto riesgo y que son afectadas por las infecciones repetidas.

La negociación del condón fue un hallazgo relevante en este estudio, ya que puso en evidencia la falta de habilidades para negociar su uso con la pareja, esto concuerda con Zapata et al. (2018) quienes afirmaron que la comunicación sexual, específicamente sobre el uso del condón en parejas estables y matrimonios de más de diez años por lo general es deficiente, nula o solo se aborda lo que el hombre decide.

Los hallazgos revelan que las mujeres mostraron un adecuado nivel de conocimiento con respecto a la diferencia de un VPH de bajo riesgo a una de alto riesgo, esto es similar con lo reportado en otro estudio realizado en mujeres mexicanas (Ledesma et al., 2017); así mismo, conocen el vínculo del VPH con el desarrollo de CaCU (Forster et al., 2017). En varias intervenciones se ha observado que el conocimiento sobre el VPH (Estrada & Ulloa, 2018; Hernández et al., 2016) y su relación con el CaCU (Fernández et al., 2017; Figueroa et al., 2017) incrementa a través de la transmisión de información empleando recursos impresos, digitales y sesiones educativas que incluyan construcción de habilidades, lo que coincide con este estudio

que propone transitar de intervenciones tradicionales con solo un componente educativo a intervenciones multimodales.

En relación a la planeación y ejecución de los planes de acción, se observó que mientras estos planes de acción eran individualizados la respuesta fue satisfactoria pero cuando algún plan requería de colaboración con la pareja disminuía la participación, esto concuerda con Peñarrieta et al. (2015), quienes en sus hallazgos encontraron que los planes de acción son más exitosos cuando para su ejecución solo se requiere la participación de la persona que lo elaboró. Howcroft et al. (2017) refieren que cuando no hay suficiente comunicación con la pareja y familia, al realizar un plan de acción que los incluya, la tasa de éxito es muy baja. Este dato sugiere que la estructuración y realización de planes de acción necesita incorporar más elementos y estrategias para mejorar la colaboración en pareja e incrementar habilidades en la comunicación.

Algunas mujeres al inicio de la intervención se mostraban un tanto inseguras de poder realizar sus planes de acción, por lo que algunos de ellos tuvieron que ser reestructurados con el soporte de la facilitadora de la intervención a través de la toma de decisiones informadas y en común acuerdo para poder ser ejecutados. Merlín et al. (2018) resaltan la importancia de empoderar a las personas para que se sientan seguras y capaces de realizar planes de acción individualizados y en colaboración, lo que coincide con lo observado en las participantes de este estudio. Es necesario fortalecer el empoderamiento de las mujeres con VPH de alto riesgo para que logren ser autoeficaces en el apego a las recomendaciones médicas establecidas y en lograr comunicaciones asertivas con su pareja.

En relación al conocimiento y conciencia del VPH se observó que en la medición posttest se incrementó el conocimiento, esto pudiera deberse a que las participantes recibieron información detallada en la segunda sesión de la intervención y tal vez también tuvieron acceso a otras fuentes de información. Medina et al. (2016) refieren que el conocimiento sobre el VPH en mujeres suele ser bajo, condición contraria a lo

observado en las participantes de este estudio. Posterior a la intervención donde las participantes recibieron información a través de conversaciones, lectura de diapositivas en carteles, lectura del manual del usuario y discusión de los contenidos de las sesiones, incrementaron el conocimiento del VPH, esto coincide con estudios previos (Barrios et al., 2016; Hernández et al., 2014; Páez et al., 2016). Este dato sugiere que cuando las mujeres poseen información, ésta les permitirá estar más alerta de los factores de riesgo de complicaciones, así como, llevar a cabo acciones para el cuidado de su salud sexual basada en conocimiento científico.

Cabe señalar que las mujeres participantes del estudio no consideraban el VPH de alto riesgo potencialmente mortal en la medición pretest. Sin embargo, en la medición posttest este riesgo si fue percibido y evidenciado a través de comentarios y preguntas. Es importante que las mujeres posean información sobre el VPH de alto riesgo, aunque su diagnóstico principal sea de una displasia, debido a que de esta manera reducirán el riesgo de infecciones repetidas de VPH de alto riesgo y de complicaciones mayores como CaCU (Montesino et al., 2017).

Los hallazgos revelan que en la medición posttest, las mujeres participantes tenían muy claro que, si el VPH de alto riesgo no se trataba podía causar otro tipo de displasia más severa y/o cáncer con el paso del tiempo, esto es muy similar con lo reportado en el estudio de Oliveira et al. (2017) quienes observaron que las mujeres están más alertas cuando saben con exactitud todo acerca de su tipo de displasia y los cuidados que deben llevar. Posterior a la intervención, en la medición posttest, las mujeres incrementaron considerablemente su conciencia y conocimiento del VPH de alto riesgo y CaCU.

En relación a los aspectos que aumentan el riesgo de complicaciones del VPH de alto riesgo, las mujeres evidenciaron estar conscientes que este riesgo aumenta al tener múltiples parejas sexuales al igual que si sus parejas las tienen, esto pudiera deberse a que esta información se aborda en la consulta externa ginecológica, y las mujeres están

más conscientes del riesgo de tener múltiples parejas sexuales. Uribe et al. (2017), refieren que la comunicación asertiva en la vida sexual de las parejas es muy importante para reducir los riesgos de contagios y para establecer métodos anticonceptivos idóneos, condición contraria a lo observado en algunas participantes del presente estudio. Esto último sugiere que algunas mujeres están conscientes de los riesgos y la importancia de los métodos anticonceptivos como el condón, pero no los ponen en práctica.

Respecto a los tratamientos y recomendaciones médicas para el VPH de alto riesgo relacionado a alguna displasia se encontró que las mujeres creen que es importante el uso de habilidades y herramientas que les permitan realizar los tratamientos indicados y seguir las recomendaciones médicas para poder disminuir el riesgo de CaCU, hallazgo similar a lo reportado por Bischoff et al. (2014) respecto a que las personas que siguen un plan de acción de adherencia a tratamientos médicos y recomendaciones se sienten más confiadas y seguras de realizarlos. Es pertinente fortalecer estrategias a través de habilidades y capacidades en las mujeres, como los planes de acción escritos que les sirvan de guía y apoyo para organizar y ejecutar las recomendaciones médicas.

En relación a la toma de decisiones informadas para el manejo del VPH de alto riesgo relacionado a una displasia se encontró que las mujeres se mantuvieron más firmes en sus decisiones tomadas en la medición posttest que en la medición pretest. Esto pudiera atribuirse a que en la medición posttest, es decir al terminar las seis sesiones, las mujeres poseían más información para tomar las mejores decisiones con respecto a su tratamiento y recomendaciones médicas establecidas. Peñarrieta et al. (2016) observaron que las participantes que mantienen comunicación efectiva con la familia y reciben información del profesional de la salud pueden tomar decisiones con mayor seguridad, lo que coincide con lo encontrado en este estudio. Es importante que las mujeres reciban información y apoyo del profesional de la salud que les permita tomar las mejores decisiones en colaboración.

La comunicación de las mujeres con el personal de salud no era muy consistente en la medición pretest, pero en la medición posttest cambió considerablemente al observar una mayor comunicación y una toma de decisiones en conjunto con el personal de salud evidenciada a través del aumento de la capacidad de las mujeres de decirle al profesional de salud las dudas que tenían con respecto al manejo de su displasia relacionada al VPH de alto riesgo. Lo anterior coincide con los resultados encontrados por Brady et al. (2018) quienes encontraron que el apoyo al automanejo en diferentes condiciones médicas es de suma importancia para la toma de decisiones en colaboración entre el paciente y el profesional de la salud, además de mejorar la comunicación entre ambos.

La autoeficacia es un componente que se ha incluido en diversas intervenciones dirigidas a disminuir conductas de riesgo y automanejar el riesgo de complicaciones médicas, debido a que se ha documentado que es un fuerte predictor del cambio de conducta, entre las que se menciona la adherencia a tratamientos y uso de condón (Cameron et al., 2018). En este sentido diversas intervenciones a través de sesiones tanto educativas como de desarrollo de habilidades con el uso de diferentes herramientas han sido efectivas en incrementar la adherencia a tratamientos, uso correcto y consistente del condón, entre otras habilidades (Cong et al., 2017; Gray et al., 2018; Mao et al., 2016).

En cuanto a la factibilidad para llevar a cabo la intervención del automanejo de mujeres con VPH de alto riesgo para reducir el riesgo de CaCU, en este estudio se tomaron en cuenta aspectos relacionados con el reclutamiento y retención de participantes, cumplimiento de actividades e implementación de la intervención y disposición de instituciones de salud y accesibilidad a participantes, los cuales resultaron factibles, evidenciado por sus porcentajes altos en su cumplimiento. Lineros et al. (2017) afirman que en la evaluación de la factibilidad de una intervención se examinan elementos esenciales de la estructura, el contenido y la implementación, los cuales

proporcionan conocimientos sobre sus mecanismos de acción, lo que coincide con los aspectos evaluados en este estudio.

El reclutamiento y retención de las participantes del estudio fueron factibles, aunque se proyectaba un número más grande de participantes para la intervención, el número logrado fue aceptable, esto coincide con los hallazgos de Bermúdez et al. (2017) quienes tuvieron porcentajes altos con respecto al reclutamiento y retención de participantes, considerando factible su intervención. La retención de participantes es de vital importancia para evaluar la factibilidad de las intervenciones de primera fase.

Con respecto a la implementación de la intervención, todos los aspectos establecidos dentro de sus actividades y componentes se consideraron factibles, como el número de sesiones, el orden de las actividades y las herramientas didácticas utilizadas, lo que coincide con los resultados observados por Roberts y Desbrow (2015), quienes encontraron que adaptar intervenciones de salud complejas para que sean flexibles a las características de los participantes y su respuesta al tratamiento se identifica como un aspecto importante de la entrega de la intervención, dado que los componentes centrales de la intervención son parte esencial de la evaluación de la factibilidad. Este aspecto cobra relevancia de acuerdo a lo reportado en la literatura, en donde se indica que en las intervenciones de primera fase el objetivo principal es establecer una base teórica apropiada para una intervención, al identificar y evaluar sus elementos y componentes a través de su aceptabilidad y factibilidad.

La aceptabilidad y satisfacción de las participantes con la intervención de automanejo basada en planes de acción como estrategia central fue alta, esto coincide con otras intervenciones de automanejo llevadas a cabo con esta misma estrategia (Beck et al., 2017; Lourenco et al., 2013; Bischoff et al., 2014). Cabe señalar que algunas intervenciones basadas en planes de acción han reportado satisfacciones altas en las sesiones establecidas e incluso en sus seguimientos, aunque estos fueron prolongados (Cong et al., 2017; Hagger & Luszczynska, 2014).

Limitaciones del estudio

La dificultad principal de este estudio se atribuye a la lejanía entre el lugar donde habitaban las participantes y el lugar para realizar la intervención, esto debido a que la intervención al ser individualizada requería de un espacio físico privado y acondicionado para poder llevar a cabo las actividades planeadas, y varias mujeres señalaron lo difícil que sería trasladarse semana a semana.

Otra limitación que podría considerarse en este estudio es el estigma por el que transitan las mujeres con este diagnóstico al ser señaladas por poseer una infección de transmisión sexual, lo que les generó a algunas miedo, angustia y vergüenza por ser vistas participando en la presente investigación, por lo que decidieron no ingresar a la intervención. Además, se observó que existe falta de apoyo por parte de la pareja de las mujeres para impulsarles a participar en una intervención como esta, que requiere de trabajo colaborativo y en pareja.

Conclusión

Con base a los resultados obtenidos se observó que las participantes de la intervención posterior a ella incrementaron el conocimiento y conciencia del VPH de alto riesgo y CaCU, la percepción del automanejo del VPH de alto riesgo, la toma de decisiones informadas, la autoeficacia para la toma de la citología y adherencia al tratamiento, la capacidad para negociar el uso del condón y el automanejo del VPH de alto riesgo.

La metodología de intervención de automanejo a través de la estrategia de planes de acción resultó factible en su implementación y aceptable tanto para el personal de salud quienes mostraron disposición para facilitar todo lo necesario para la intervención desde los espacios físicos hasta documentos específicos, como para las mujeres participantes evidenciado por las tasas de aceptación y retención que fueron altas, así como la satisfacción de las participantes con la intervención.

La realización de esta intervención en la fase I, arrojó muchos hallazgos en su etapa de prueba piloto inicial en sus componentes y las variables del estudio, que permitieron afinar las sesiones individualizadas en su aplicación en la prueba final. Así mismo, en esta fase se logró identificar y evaluar los componentes de la intervención y determinar su aceptabilidad y factibilidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la implementación de la intervención se concluye que es una intervención factible que puede avanzar a la Fase II, lo que implica una prueba piloto inicial o una serie de pruebas piloto de la intervención que se realiza entre dos grupos de comparación (grupo intervención y grupo control). En esta fase II, se puede hacer un pequeño ensayo piloto aleatorizado para refinar los resultados apropiados, identificar si las medidas son sensibles a los cambios esperados de la intervención, determinar el tipo de grupo de control y evaluar los posibles efectos del tratamiento.

Recomendaciones para la práctica

Se recomienda incluir personal de Enfermería que labora en las instituciones de salud en las áreas específicas de salud de la mujer, como facilitador para la fase II y III, debido a que la cercanía con estas mujeres puede generar mayor confianza para abordar todos los temas necesarios, lo que podría beneficiar a ambas en conocimiento tanto profesional para la enfermera como experiencia de vida para la mujer participante.

De igual manera se recomienda valorar realizar la intervención en las siguientes fases con la inclusión de sesiones grupales, y no solo individualizadas como se realizó en esta investigación, para que dentro de cada sesión los elementos: compartir experiencias y pasos para la resolución de problemas, sea más beneficioso para las participantes al escuchar otras historias, estrategias e ideas que le puedan ser de ayuda o más funcionales.

Recomendaciones para la investigación

Para seguir avanzando en la investigación y afinar la metodología de la intervención establecida en la fase I en este estudio, se recomienda avanzar a la siguiente fase de la intervención (fase II), en dos grupos, intervención y control, para realizar un piloto de ensayo controlado aleatorizado que permita poder evaluar la eficacia preliminar.

Así mismo, se recomienda que en la siguiente fase se realicen las tres mediciones (pretest, postest y seguimiento) y que el seguimiento se pueda llevar a cabo en 3 y 6 meses con la finalidad de identificar la sostenibilidad de las variables a través del tiempo, ya que en este estudio no fue posible valorar completamente el seguimiento a los tres meses, como se había establecido a causa de una contingencia sanitaria nacional que impidió el contacto físico con las participantes.

Se recomienda seguir utilizando los instrumentos analizados en el presente estudio, específicamente los adaptados para VPH de alto riesgo, para seguir probando su validez en mujeres con diferentes niveles socioeconómicos y educativos.

Referencias

- Andall, B. G., Brown, E., Slater, S., Holder, Y., Luciani, S., Lewis, M., & Irons, B. (2017). Prevalence of high-risk human papillomavirus among women in two English-speaking Caribbean countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 41, 1-9.
- Barrios, P. Z., Díaz, P. A., Del Toro, R. M. (2016). Conocimientos acerca del virus de papiloma humano y su relación con la práctica sexual en estudiantes de ciencias de la salud en cartagena-colombia. *Ciencia y Salud*. 8 (1), 20-28.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Bollinger, S.T., Butcher, M. K., Faulkner, P., Fischl, A. H., Francis, T., & Kolb, L. E. (2017). National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Rev Diabetes Educator*. 38 (5), 619-629.
- Bermudez, T, C., Lima, A, O., Moreno, G, P., Bolivar, J., Ruiz, P, I., Johri, M., Quesada, J, F., Cruz, V, P., Alvarez, A, M., Prados, M, A., Moratalla, L, E., Dominguez, M, S., López, J, A., Ricci, C, I. (2017). Efectividad de una intervención para mejorar el automanejo de diabetes en pacientes de bajo nivel educacional. *Gac. Sanit*. 31(1), 40-47.
- Bischoff, E. W., Hamd, D. H., Sendeno, M., Benedetti, A., Schermer., Bernard, S., Maltais, F., Bourbeau, J. (2014). Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. *Chronic obstructive pulmonary disease. BMJ*. 66 (1), 26-31.
- Brady, T. J., Sacks, J. J., Terrillion, A. J., & Colligan, E. M. (2018). Operationalizing surveillance of chronic disease self-management and self-Management support. *Prev Chronic Dis*. 39 (15), 1-15.
- Bonal, R. R., Lopez, V. N., Vargas, P., Meoño, M. T., Brañas, R. W. (2017). Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío de los sistemas de salud de américa latina. *Infomed*. 7 (4), 268-278.

- Cameron, J.E., Voth, J., Jaglal, S.B., Guilcher, S.J.T., Hawker, G., Salbach, N.M. (2018). "In this together": Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.03.007.
- Castorena, P. J. A., Cornejo, V. E., López, A. A., López, R. L. G., Portilo, L. H., Valadez, C. J. (2017). Modelos de cuidados crónicos para mejorar la gestión de las instituciones de salud y la atención de los pacientes con diabetes tipo 2. *Strategy Tec Soc*. 5, 123-143.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] (2018). El virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer. Recuperado el 8 de marzo de 2018 de <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/index.htm>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis of the Behavioral Sciences*. New York. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cong, X., Ramesh, D., Perry, M., Wanli, X., Bernier, K. M., Young, E. E., Walsh, S. (2017). Pain self-management plus nurse-led support in young adults with irritable bowel syndrome: Study protocol for a pilot randomized control trial. *Research in Nursing & Health*. 1-10.
- Da Silva, B. S., Spindola, T., Araujo, R. P., Almeida, R. R., Santos, C. R., & Sampaio, T. R. (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería Global*. 49, 237-247.
- De la Orta, D., Eguiluz, L. L., & Calvo, R. M. (2014). Relación entre la percepción de la satisfacción marital, sexual y la comunicación en parejas. *Rev Psic*. 1 (1), 15-28.
- Dulock, H. L. & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*. 4 (2), 83-87.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M., & Fotheringham, N. (2000). n'Query Advisor Program, version 4.0.

- Estrada, C. J., & Ulloa, C. A. (2018). Diagnóstico del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil del área de salud, Ecuador. *Rev Inf Cient.* 97 (1), 19-28.
- Fernández, F. A., Antón, F. R., & Paz, Z. M. (2017). Conductas sexuales de riesgo y actividades preventivas frente al cáncer de cuello uterino en mujeres universitarias vacunadas frente al VPH. *Elsevier Aten Prim.* 50 (5), 291-298.
- Figueroa, L. A., & Figueroa, P. L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista Ciencias Médicas.* 21 (2), 193-301.
- Freyermuth, E. G., Meneses, N. S., & Romero, M. M. (2015). Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Rev Saúde Public Jan.* 31 (1), 71-81.
- Flórez, L., Alarcón., Rubio León, D.C. (2013). Cuestionarios para evaluar la conducta de toma de citología según el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable. *Psicología y Salud.* 21(2), 145-155.
- Forster, A. S., McBride, K. A., Davies, C., Stoney, T., Marshall, H., McGeegan, K., Cooper, S. C., Skinner, S. R. (2017). Development and validation of measures to evaluate adolescents' knowledge about human papillomavirus (HPV), involvement in HPV vaccine decision-making, self-efficacy to receive the vaccine and fear and anxiety. *Elsevier.* (147), 77-83.
- Gitlin, L. N., & Czaja, S. J. (2016). Behavioral intervention research: designing, evaluating, and implementing. Springer Pub. Company. *Pipelines for designing, evaluating, and implementing interventions* (pp. 19-43). Nueva York.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L. & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm Qual Saf.* 29 (11), 563-574.
- Guerra, R. G. M., Moreno, M. M. G., Olivares, O. O. A., & Gil, V. H. M. (2018). Determinantes de la conducta protectora para CaCU en mujeres con diagnóstico de VPH. *Coloq Pan Enf Cuba.* 1, 1-10.

- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Rev Panam Salud Publica*. 37 (3), 187-194.
- Gray, L., Chalabaev, A., Durant, J., Rosenthal, E., Pradier, C., Duracinsky, M., Rouanet, I., Schuft, L., Colson, S. S., Arripe, L. F. (2018). Exercise stereotypes and fatigue in people living with HIV: does self-efficacy play a mediating or a moderating role. *BioMed Central*. 76 (23), 1-12
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (7th ed.)* St. Louis, Missouri.
- Hagger, M. S., Luszczynska, A. (2014). Implementation intention and action planning interventions in health contexts: state of the research and proposals for the way forward. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 6 (1), 1- 47.
- Hernández, M. C., Brito, G. I., Mendoza, M. M., Yunes, D. E., & Hernández, M. E. (2016). Conocimiento y creencias de mujeres del estado de Morelos sobre el virus del papiloma humano. *Rev Cubana de Enfermería*. 32 (4), 126-147.
- Hernández, M. C., Salinas, U. A., Cruz, V. A., & Hernández, G. C. (2014). Conocimiento del virus del papiloma humano y aceptación de la auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Rev Salud Pública*. 16 (5), 697-708.
- Howcroft, M., Walters, E. H., Baker, R., Walters, J. A. (2016). Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 1-12.
- Ingledue, K., Cottrell, R., & Bernard, A. (2004). College women's knowledge, perceptions, and preventative behaviors regarding HPV and cervical cancer. *American Journal of Health Studies*. 19(1), 28-35.
- Mao, L., Wit, J., Adam, P., Post, J. J., Slavin, S., Cogle., Wright, E., & Kidd, M. (2016). Beliefs in antiretroviral treatment and self-efficacy in HIV management are associated with distinctive HIV treatment trajectories. *AIDS Behav*. 1-10.

- Medina, F. I., Gallegos, T. R., Cervera, B. A., Cob, T. R., Jiménez, L. J., & Ibarra, E., O. (2016). Conocimiento del virus del papiloma humano y su vacuna por parte de mujeres de una zona rural de Querétaro, México. *Rev Enfermería Actual*. 32, 1-15.
- Merlin, J. S., Westfall, A. O., Long, D., Davies, S., Saag, M., Demonte, W., Young, S., Bair, M., Kertesz, S., Turan, J. M., Kilgore, M., Clay, O. J., Starrels, J., & Johnson, M. O. (2018). A Randomized Pilot Trial of a Novel Behavioral Intervention for Chronic Pain Tailored to Individuals with HIV. *AIDS and Behavior*. 1-10.
- Montesino, A. J., Arronte, S. M., Matos, R. A., Arias, P. D., & Fernández, L. A. (2017). Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. *Rev Cub Obs Gine*. 43 (1), 1-11.
- Nava, Q. C. (2006). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Rev. Alternativas en Psicol*. 14 (20), 1-18.
- Lourenco, L. B., Rodriguez, R. C., Ciol, M. A., São-jo, A. O., Cornelio, M. E., Dantas, R. A., Gallani, M. C. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*. 70 (7), 1616-1628.
- Ledesma, L. V., López, C. M., Fragozo, S. F., Sierra, M. M., Chávez, O. S., Reyes, H. O., Bárcenas, I. I., & López, R. I. (2017). Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer. *Rev Hosp Jua Mex*. 84 (2), 70-76.
- Lenferink, A., Brusse, K. M., Valk, V. D., Frith, P. A., Zwerink, M., Monnonkhof, E. M., Palen, J., Effing, T. W. (2017). Self-management interventions including

- action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Review*. 1- 4.
- Lenzen, S. A., Daniëls, R., Marloes, A., Bokhoven, V., Weijden, T., Beurskens, A. (2015). Setting goals in chronic care: shared decision making as self-management support by the family physician. *European Journal of General Practice*. 21 (2), 1-7.
- León-Maldonado, L., Wentzell, E., Brown, B., Allen, L. B., Torres, I. L., Salmeron, J. (2016). Perceptions and experiences of human papillomavirus (HVP) infection and testing among low-income Mexican woman. *PloS ONE*. 11 (5), 1 -14.
- Lineros, G. C., Marcos, M. J., Ariza, C., Hernán, G. M & grupo PREVIENE. (2017). Importancia del proceso en la evaluación de la efectividad de una intervención sobre obesidad infantil. *Gac. Sanit*. 31(3), 238-241.
- Lo, S., H., Chang, A. N., & Chau, J. P. (2018). Stroke self-management support improves survivors' self-efficacy and outcome expectation of self-management behaviors. *American Heart Association Journals*. 49, 1-6.
- López, F. & Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- O'Connor, A. M. (1999). Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1,25-30.
- Ochoa, C. F., Guarneros, D. B., & Velazco, J. M. (2015). Infección por virus delpapiloma humano en mujeres y su prevención. *Elsevier*. 14 (3), 157-163.
- Oliveira, G. R., Vieira, V. C., Ávila, E. C., Jardim, F. F., Caldeira, T. D., Gatti, F. A., Soares, M. A., & Martinez, A. M. (2017). Human papillomavirus type distribution and HPV16 intratype diversity in southern Brazil in women with and without cervical lesions. *Rev Obs Gine*. 112 (7), 492-498.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Virus del Papilloma Humano (VPH). Recuperado el 21 de agosto de 2018 de <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
- Organización Panamericana de Salud [OPS] (2018). El Virus del Papiloma Humano y el Cáncer Cervicouterino. Recuperado el 21 de agosto de 2018 de <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com...11568%3Avph-y...>
- Páez, B. M., Rodríguez, R. M., Kasamatsu, E., Castro, A., Orué, E., Lampert, N., Routi, M., Sequera, M., Mendoza, L., Valenzuela, A. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción. *Rev Univ Santander*. 48 (1), 35-44.
- Pascual, S. A., Caballo, E. C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*. 46 (1), 1-14.
- Peñarrieta, C. M., Vergel, C. O., Schmith, A. L., Lezama, V. S., Rivero, A. R., Taipe, c. G. & Bejarano, B. L. (2015). Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas. *Rev Científic Enf*. 8 (1), 64-73.
- Peñarrieta, C. M., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F., Resendiz, E., & Chávez, F. E. (2016). Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. 4, 43-56.
- Ratanawongsa, N., Handley, M, A., Quan, J., Sarkar, U., Pfeifer, K., Soria, C., Schillinger, D. (2012). Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a medicaid managed care plan: study protocol. *BMC Health Services Research*. 12 (22), 1-13.

- Riazi, A., Aspden, T., & Jones, F. (2014). Stroke self-efficacy questionnaire: a rasch-refined measure of confidence post stroke. *J Rehabil Med.* 46, 406–412.
- Riaño, G. M., Uribe, A. I., Bonilla, C., Carrillo, S. S., Hernández, P. Y., & Bahamón, M. J. (2016). Self-efficacy perception vs. Rejection of condom use in the sexual practices. *Psicogente.* 20 (37), 25-35.
- Roberts, S., Desbrow, B., Chaboyer, W. (2016). Feasibility of patient-centred nutrition intervention to improve oral intakes of patients at risk of pressure ulcer: a pilot randomized control trial. *Scand J Caring Sci.* 30, 271-280.
- Ruipérez, P. E., Ramírez, M. M., García, F. J., Bellón, A. M., & Coronado, P. J. (2018). Diagnóstico citológico de células glandulares atípicas como predictor de enfermedad ginecológica oncológica. *Clin Invest Gin Obst.* 48, 1-6.
- Ruíz, S., Brady, T. J., Glasgow, R. E., Birkel, R., & Spafford, M. (2014). Chronic condition self-management surveillance: what is and what should be measured. *Prev Chronic Dis.* 11, 1-14.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook.* 57 (4), 217–225.
- Sawin, K. J., Weiss, M. A., Johnson, N., Gralton, A., Malin, S., Klinbeil, C., Lerret, S. M., Thompson, J. J., Zimmanck, K., & Kaul, M. (2017). Development of a self-management theory-guided discharge intervention for parents of hospitalized children. *Journal of Nursing Scholarship.* 49(2), 202–213.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmgsam.html>
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of Nursing Interventions.* Oxford: John Wiley & Sons, Inc.

- Suárez, A. R., Allen, E., Puerto, S. M., Gonzalez, M., Losa, R., Solis, M. (2016). Interes en el conocimiento de las infecciones del virus del papiloma humano y cancer cervico uterino. *Biomed.* 23,47-52.
- Terán, F. Y., Muñiz, C. P., Fernández, M. M., Galán, C. S., Noyola, R. N., Gutiérrez, E. S., Ortiz, V. J., & Cruz, V. A. (2015). Repercusión del cáncer cervico uterino en pacientes con limitaciones de acceso a los servicios de salud. *Ginecol Obstet Mex.* 83, 162-172.
- Trappenburg, J. C., Monninkhof, E. M., Bourbeau, J., Troosters, T., Schrijvers, A. J., Verheij, T. J., Lammers, J. J. (2014). Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: a multicenter randomized controlled trial. *bmj.*1-9.
- Trujillo, E., Sánchez, R., & Bravo, M. M. (2018). integración, carga viral y niveles de arn mensajero de e2 de vph 16 en la progresión de lesiones intraepiteliales cervicales. *Rev Biol Colomb.* 23 (1), 80-87.
- Uribe, A. I., Bahamón, M. J., Reyes, R. L., Trejos, H. A., & Alarcón, V. Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Rev Colomb Psic* 20 (1), 203-211.
- Valadez, M. G., & Luna, L. M. (2016). Reflexiones sobre género, sexualidad y el Virus de Papiloma Humano. *Revista de Psicología.* 13 (31), 56-72.
- Valderrama, C. S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. *Rev Cub Enf.* 33 (3), 1-16.
- Wagner, E. R. (2002). Quality improvement in chronic illness care. *J Comm Improv.* 27 (2), 63-80.
- Wallston, K. A., Stein, M. J. & Smith, C. A. (1994). From C of the MHLC scales: a condition specific measure of locus of control. *Journal Per Assess.* 63 (3), 534-553.

- Wallston, K. A., Osborn, C. Y., Wagner, L. J. (2011). The perceived medical condition self-management scale applied to persons with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*. 16 (1), 109-115.
- Wild, M. G., Wallston, K. A., Green, J. A., Beach, L. B., Umeukeje, E., Wrigth, J. A., Ikizler, T. A., Steed, J., Cavanaugh, K. L. (2017). The perceived medical condition self-management scale can be applied to patients with chronic kidney disease. *Elsevier*. 92, 972-978.
- Wilson, T. E., Kay, E. S., Turan, B., Johnson, M. O., Kempf, M. C., Turan, J. M., Cohen, M. H., Adimora, A. A., Pereyra, M., Golub, E. T., Goparaju, L., Murchison, L., Wingood, G. M., Metsch, L. R. (2018). Health empowerment and HIV viral control: mediating roles of adherence and retention in care. *American Journal of preventive medicine, Elsevier*. (1), 1-9.
- Yacobi, E., Tennant, C., Ferrante, J., Pal, N., & Roetzheim, R. (1999). University students' knowledge and awareness of HPV. *Preventive medicine*. 28 (6), 535-541.
- Zapata, M. J., Pérez, M. A., Tirado, O. A., González, J. D., & Velásquez, V.S. (2018). Factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones escamosas intraepiteliales en estudiantes universitarias. *Enfermería Global*. 50, 86-96.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de datos personales

Instrucciones: contesta brevemente las siguientes preguntas

Fecha: _____

Código de la participante: _____

1. ¿Cuál es su edad? _____
2. ¿Cuál es su estado civil? _____
3. ¿Cuáles son sus últimos estudios? _____
4. ¿Tiene pareja sentimental actualmente? _____
5. ¿Cuánto tiempo lleva de relación en pareja? _____
6. ¿Cuándo se realizó la última citología? _____
7. ¿Cuál fue su último resultado de la citología? _____
8. ¿Cuánto tiempo lleva con su tratamiento actual? _____
9. ¿Cuántas veces ha usado un condón en los últimos 3 meses? _____

Apéndice B



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Automanejo de la mujer con VPH de alto riesgo para prevenir CaCU

Autor: MCE. Martha Arely Hernández Del Ángel

Director de Tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Introducción/Objetivo del estudio:

Se me ha invitado a participar en la investigación que lleva como propósito probar una nueva intervención basada en planes de acción orientados a fortalecer el automanejo de la mujer con VPH de alto riesgo para disminuir el riesgo de CaCU. Dicha investigación es un requisito para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Todos los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos. La intervención de automanejo del VPH de alto riesgo se llevará a cabo en esta clínica de salud en mujeres diagnosticadas con alguna displasia leve que este relacionada con el VPH. Consistirá en varias sesiones semanales que incluirán conversaciones cara a cara, proyección de videos, lectura de folletos y realización de planes de acción.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

Mi participación en esta intervención consistirá en acudir a seis sesiones tanto educativas como de promoción de habilidades, una por semana, con duración de una hora para cada una aproximadamente y a los tres meses después de terminar las seis sesiones la sesión de seguimiento; las sesiones se realizarán en un consultorio médico en el horario en el que mejor se adapte a mis necesidades y actividades. Durante las sesiones desarrollaré actividades que me permitan adquirir conocimientos y habilidades que me ayudaran a tener un mejor manejo de las recomendaciones médicas para mi VPH de alto riesgo y me permita con ello reducir el riesgo de complicaciones. Además, llenaré cuestionarios con temas como conocimientos acerca del VPH de alto riesgo y su automanejo.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.

El riesgo que tengo al participar en esta intervención es mínimo debido a que se abordarán temas sensitivos sobre sexualidad que no afectarán mi integridad física, pero algunas preguntas podrían generarme incomodidad, y si eso sucediera puedo retirarme de la intervención en el momento que lo decida sin que esto tenga repercusiones en la atención que recibo en esta institución.

Beneficios esperados:

Al participar en esta intervención no recibiré ningún pago sin embargo podré incrementar mis conocimientos, capacidades y habilidades para manejar mi VPH y reducir el riesgo de complicaciones. Esta intervención no me generará ningún costo económico.

Compromisos del Investigador:

Tendré garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la intervención en el momento que la haga saber.

Apéndice C

Escala de Conocimiento y Conciencia del VPH (Yacobi, Tennant, Ferrante, Pal, Roetzheim, 1999)

Instrucciones: a continuación marque con una X la respuesta que más se acerque a sus conocimientos.

Reactivo	Verdadero	Falso	No sé
1. El VPH es el virus que causa el herpes			
2. Las verrugas genitales son causadas por el VPH			
3. El VPH es el virus que pueda causar cáncer de cuello uterino			
4. La mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el VPH es realizarse las pruebas de Papanicolaou regulares			
5. Si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el VPH			
6. Los cambios en una prueba de Papanicolaou pueden indicar que una mujer tiene el VPH			
7. Las verrugas genitales son causadas por el virus del herpes			
8. El VPH pueda causar cáncer			
9. Las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el VPH			
10. El VPH puede generar: crecimientos verrugosos			
11. Si no se trata, el VPH puede causar pre-cáncer o displasia cervical			
Aumenta el riesgo de contraer el VPH:			
12. No usar condón			
13. Tener múltiples parejas sexuales			
14. La pareja tenga muchas parejas sexuales			

Apéndice D

Escala de Conciencia del VPH y CaCU (Ingledue, 2004)

Instrucciones: exprese su opinión con respecto a cada enunciado

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me preocupa desarrollar el cáncer de cuello uterino					
2. Me preocupa ser portadora del Virus del Papiloma Humano (VPH)					
3. Creo que estoy en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino					
4. Creo que estoy en riesgo de transmitir el VPH					
5. Todas las mujeres tienen las mismas probabilidades de desarrollar cáncer de cuello de útero, que está más allá de mi control personal					
6. Mis probabilidades de contagiar el VPH son altas					
7. Tengo la capacidad para evitar el cáncer de cuello uterino					
8. Tengo la capacidad de evitar la transmisión del VPH					
9. Entre las enfermedades que puedo imaginar desarrollar, el cáncer del cuello uterino es el más grave					
10. Creo que el VPH se puede controlar con el tratamiento médico adecuado					
11. El cáncer cervical es a menudo curable con la detección temprana y el tratamiento médico adecuado					
12. El VPH es una enfermedad potencialmente mortal					

Apéndice E
Escala de percepción del automanejo del VPH de alto riesgo
(versión genérica)
(Wallston, Stein, & Smith, 1994)

Instrucciones: a continuación marque con una X la respuesta que más se acerque a su creencia.

Reactivos	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Es difícil para mí encontrar soluciones efectivas para el manejo de mi infección por VPH de alto riesgo.					
2.- Considero que mis esfuerzos para manejar mi infección con el VPH de alto riesgo son ineficaces.					
3.- Puedo manejar mi infección por VPH de alto riesgo					
4.- Tengo éxito en las acciones que realizo para manejar mi infección por VPH de alto riesgo					
5.- Soy capaz de manejar las recomendaciones médicas relacionadas con mi infección por el VPH de alto riesgo					
6.- Por lo general, mis planes para manejar mi infección por VPH de alto riesgo no funcionan bien					
7.- No importa cuánto lo intente, manejar mi infección por el VPH de alto riesgo no sale como me gustaría					
8.-En general, puedo lograr seguir las recomendaciones médicas con respecto a mi infección por VPH de alto riesgo					

Apéndice F
Escala de Conflicto Decisional
(O'Connor, 1999)

Instrucciones: marque con una X la alternativa que mejor representa lo que usted siente acerca de ese comentario en relación con su decisión.

Reactivos	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indiferente (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
1. Tener VPH de alto riesgo requiere de tomar decisiones fáciles para mí					
2. Yo estoy segura de lo que tengo que hacer al tener VPH de alto riesgo					
3. Tengo claro cuáles son las mejores recomendaciones médicas para mi diagnóstico de VPH de alto riesgo					
4. Yo estoy consciente de las diferentes recomendaciones médicas que debo seguir en mi tratamiento del VPH de alto riesgo					
5. Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada recomendación médica para el manejo del VPH de alto riesgo					
6. Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada recomendación médica para el manejo del VPH de alto riesgo					
7. Yo tengo claridad acerca de lo importante que es tomar positivamente las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo					
8. Yo tengo claridad acerca de lo importante que es tomar negativamente las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo					
9. Yo tengo claridad de lo importante que es seguir las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo					
10. Yo estoy tomando la decisión de realizar las recomendaciones médicas para el VPH de alto riesgo sin ninguna presión de otras personas					
11. Yo me siento segura para tomar la decisión de realizar todas las recomendaciones médicas para el manejo del VPH de alto riesgo					
12. Yo cuento con suficiente información para tomar las mejores decisiones con respecto a mi diagnóstico de VPH de alto riesgo					
13. Yo siento que he tomado decisiones bien informadas sobre mi tratamiento de VPH de alto riesgo					
14. Mis decisiones muestran lo importante que es para mí seguir todo el tratamiento requerido para el manejo del VPH de alto riesgo					
15. Yo espero mantenerme firme en las decisiones tomadas para el manejo del VPH de alto riesgo en común acuerdo con el personal de salud					
16. Yo estoy satisfecha con las decisiones tomadas para el manejo del VPH de alto riesgo en común acuerdo con el personal de salud					

Apéndice G

Escala para la autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología (Florez y Rubio de León, 2013)

Instrucciones: a continuación marque con una X la respuesta que más se acerque a su creencia.

Reactivos	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente Segura
¿En cuál de las situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse el Papanicolaou?			
1. Aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino			
2. Aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron el Papanicolaou			
3. Aunque le haya dolido mucho cuando le tomaron el último Papanicolaou			
4. Aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que realizarse el Papanicolaou			
5. Aunque no se haya sentido bien atendida por los médicos y las enfermeras			
6. Aunque no sepa lo que le van a hacer durante la toma del examen			

Apéndice I

Escala de autoeficacia para el uso del condón (López y Moral de la Rubia, 2001)

Instrucciones: a continuación marque con una X la respuesta que más se acerque a su creencia.

Reactivos	Nada segura	Algo segura	Medio segura	Muy segura	Totalmente segura
Que tan segura estas de ser capaz de :					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales					
2. Usar correctamente el condón					
3. Usar el condón durante todo el acto sexual					
4. Usar el condón después de que tú y tu pareja decidan tener relaciones sexuales					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja sexual prefiere no usarlo					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón					
7. Contar siempre con condones					
8. Acudir a la tienda a comprar condones si fuera necesario					
9. No tener relaciones sexuales con otra pareja, solo con mi pareja estable					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida					
11. Platicar con tu pareja sobre temas sexuales					
12. Platicar con tu pareja sobre el uso del condón					

Apéndice J
Escala de Automanejo del VPH de alto riesgo
(Peñarrieta et al., 2012)

Instrucciones: Por favor circule el número que más se ajuste a su respuesta

1. En general, la información que tengo acerca de mi diagnóstico de VPH de alto riesgo es:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
2. En general, lo que conozco acerca del tratamiento, incluyendo medicamentos, para el manejo de mi VPH de alto riesgo es:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
3. Realizo las recomendaciones médicas y los cuidados indicados para el manejo de mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
4. Comunico al personal de salud las decisiones tomadas relacionadas con el manejo de mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
5. Soy capaz de decirle al profesional de salud las dudas que tengo con respecto al manejo de mi VPH de alto riesgo acorde con mi cultura, valores y creencias:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
6. Yo asisto a las consultas programadas para el seguimiento médico y toma de citología para atender mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
7. Me mantengo al tanto de los signos y síntomas de alerta temprana a complicaciones de mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
8. Yo tomo decisiones informadas para realizar las recomendaciones médicas de mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
9. Puedo negociar con mi pareja el uso del condón:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
10. Tengo la capacidad de realizar todas las recomendaciones médicas para mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
11. Puedo realizar todas las recomendaciones médicas para manejo de mi VPH de alto riesgo:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno
12. En general, me las arreglo para estar lo mejor posible con el VPH de alto riesgo en mi vida:

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Muy pobre	Bueno	Muy bueno

Apéndice K
Escala de Aceptabilidad
(Fabrizio et al., 2013)

Instrucciones: a continuación seleccione con una X la respuesta con la que más se sienta identificada.

Reactivos	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- ¿Te gustó el programa?					
2.- ¿Usarias este programa para ti?					
3.- ¿Estas satisfecho con el programa?					
4.- ¿El programa cumplió con tus expectativas?					
5.- ¿Recomendarías el programa a tus familiares o amigos?					

Apéndice L

Cuestionario para reclutar facilitadores

Instrucciones: conteste lo siguiente brevemente

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

a) ¿A qué área de la salud se dedica?

1) Enfermería 2) Psicología 3) Medicina 4) otra: (especificar) _____

b) ¿Ha impartido cursos o talleres sobre sexualidad?

Si 2) No Cuáles: _____

c) ¿Qué es el VPH?

d) ¿Cuáles son los tipos de VPH?

e) ¿Cuáles son las complicaciones del VPH?

f) ¿Qué son las infecciones repetidas?

Apéndice M

Convenio de confidencialidad de la información

Al formar parte del equipo de la intervención para incrementar el automanejo de la mujer con VPH de alto riesgo, me comprometo a hacer uso de la información obtenida durante el desarrollo de esta intervención de manera confidencial por lo que los datos obtenidos de las participantes no podrán ser revelados o divulgados a personas ajenas al proyecto de investigación. Además la información que se obtenga no podrá ser utilizada para beneficio propio.

Firma del facilitador o monitor

Fecha

Apéndice N
Avances del plan de acción

Fecha: _____

Código de la participante: _____

Indicadores	Acuerdo del plan específico establecido	Respuestas de la participante (seguimiento del plan de acción)	Observaciones del facilitador
1. Qué es lo que esta haciendo la participante (acción específica)			
2. Cuántas actividades ha realizado (ó actividad)			
3. Cuándo va ha realizar la o las actividades faltantes			
4. Con qué frecuencia realizará la o las actividades			

¿Qué tan segura se siente de cumplir completamente su propósito? (acorde a la escala de su plan de acción): _____

¿Puedo apoyarle en algo que le ayude a cumplir su propósito? ¿Qué? _____

Apéndice O

Evaluación de la fidelidad de la intervención

Nombre de facilitador: _____ Observador: _____ Fecha: _____

Número de la sesión: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Criterios de observación	Sí	No	Observación
1. Inició a tiempo la sesión			
2. Se apegó al contenido del manual del facilitador			
3. Se ajustó a los tiempos establecidos			
4. Mostró los rotafolios y videos en el orden indicado			
5. Realizó las actividades planeadas			
6. Respetó el tiempo para cada actividad			
7. Utilizó el material requerido para cada sesión			

Fortalezas del facilitador: _____

Aspectos a mejorar _____

Apéndice P

Sesión 2: Complicaciones del VPH de alto riesgo

Objetivo

Reconocer las complicaciones del VPH de alto riesgo y las recomendaciones médicas establecidas para ellas.

Objetivos específicos

Diferenciar entre el VPH y el VPH de alto riesgo.

Reconocer cuales son las complicaciones del VPH de alto riesgo.

Identificar las medidas recomendadas para el VPH de alto riesgo.

Componentes/ actividades	Estrategias de apoyo	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
*Identificar problemas comunes que afectan a las mujeres con VPH de alto riesgo *Reconocer las complicaciones del VPH de alto riesgo y las recomendaciones medicas. *Resolución de problemas *Toma de decisiones informadas *Formulación de planes de acción	*Exposición con rotafolios (Diapositivas impresas) que explican que es el VPH y su clasificación. *Conversación interactiva de las medidas recomendadas por los organismos internacionales de salud *Demostración y modelaje para facilitar la comprensión *Teach-back de la sesión	1 sesión (60 minutos) Repaso de la sesión anterior (5 minutos) Rotafolios (20 minutos) Conversación (20 minutos) Método de relajación (5 minutos) Teach-back (10 minutos)	Tablet Computadora Rotafolios

Apéndice Q

Sesión 3: Importancia de la adherencia al tratamiento

Objetivo

Resaltar la importancia de seguir los tratamientos médicos establecidos para las complicaciones del VPH de alto riesgo

Objetivos específicos

Identificar los tratamientos más comunes para el automanejo del VPH de alto riesgo.

Definir que es un plan de acción para el automanejo.

Determinar la importancia de la continuidad de los tratamientos.

Componentes/ actividades	Estrategias de apoyo	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
*Compartir experiencias sobre tratamientos previos *importancia de la adherencia a tratamientos *Resolución de problemas *Toma de decisiones informadas *Formulación de planes de acción	*Exposición con rotafolios (diapositivas impresas). *Conversación interactiva *Demostración y modelaje para facilitar la comprensión *Teach-back de la sesión	1 sesión (60 minutos) Repaso de la sesión anterior (5 minutos) Rotafolios (20 minutos) Conversación (20 minutos) Método de relajación (5 minutos) Teach-back (10 minutos)	Tablet Computadora Rotafolios

Apéndice R

Sesión 4: Métodos anticonceptivos en pareja

Objetivo

Fortalecer la capacidad para negociar el uso del condón

Objetivos específicos

Identificar la importancia del uso del condón para el VPH de alto riesgo

Reconocer la importancia de la comunicación con la pareja

Componentes/ actividades	Estrategias de apoyo	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
*Compartir experiencias sobre métodos anticonceptivos usados *importancia de la comunicación con la pareja *Resolución de problemas *Toma de decisiones informadas *Formulación de planes de acción	*Exposición con rotafolios (diapositivas impresas). *Conversación interactiva *Demostración y modelaje para facilitar la comprensión *Teach-back de la sesión	1 sesión (60 minutos) Repaso de la sesión anterior (5 minutos) Rotafolios (20 minutos) Conversación (20 minutos) Método de relajación (5 minutos) Teach-back (10 minutos)	Tablet Computadora Rotafolios

Apéndice S

Sesión 5: Importancia de las pruebas de detección oportuna

Objetivo

Identificar las diferentes pruebas de detección oportuna de VPH de alto riesgo y CaCU

Objetivos específicos

Reconocer las diferentes pruebas de detección oportuna en cada caso

Determinar la importancia de los tiempos establecidos para cada prueba

Componentes/ actividades	Estrategias de apoyo	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
Compartir experiencias sobre métodos anticonceptivos usados *importancia de la comunicación con la pareja *Resolución de problemas informadas *Toma de decisiones informadas *Formulación de planes de acción	*Exposición con rotafolios (diapositivas impresas). *Conversación interactiva *Demostración y modelaje para facilitar la comprensión *Teach-back de la sesión	1 sesión (60 minutos) Repaso de la sesión anterior (5 minutos) Rotafolios (20 minutos) Conversación (20 minutos) Método de relajación (5 minutos) Teach-back (10 minutos)	Tablet Computadora Rotafolios

Apéndice T

Guía de entrevista semiestructurada

Fecha de entrevista:	
Institución de salud:	
Nivel de estudios del profesional de salud:	
<p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabe usted que es el automanejo? 2. ¿Conoce intervenciones de automanejo? 3. ¿Qué intervenciones conoce para el VPH de alto riesgo? 4. ¿Qué intervenciones de VPH de alto riesgo ha aplicado en la práctica? 5. ¿Cuáles cree usted que sean las mejores estrategias para una intervención sobre el VPH de alto riesgo? 6. Desde su punto de vista: ¿considera que las sesiones de la intervención de automanejo para mujeres con VPH de alto riesgo tiene elementos suficientes? 7. ¿Qué piensa usted de las técnicas de relajación y comunicación que se incluyen en las intervenciones? 	