

Aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano y los factores asociados en la ciudad de Resistencia, Chaco

Acceptance of human papillomavirus vaccination and associated factors in the city of Resistencia, Argentina

Dr. Raúl M. Chaparro^a, Dra. Verónica Em Vargas^a, Dra. Liliana R. Zorzo^a,
Dr. Sebastián Genero^a y Dra. Antonieta Cayre^b

RESUMEN

Introducción. En Argentina, se diagnostican 3000 nuevos casos y más de 2000 muertes por cáncer de cuello uterino cada año. El virus del papiloma humano es el principal factor de riesgo en la carcinogénesis cervical.

Objetivos. Determinar el nivel de aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano por parte de los tutores de las niñas candidatas y los factores asociados en un área de Resistencia, Chaco.

Métodos. Estudio cualicuantitativo. Se utilizó un muestreo aleatorio simple sobre la base de listas escolares. Se incluyeron los tutores que refirieron tomar decisiones respecto a la salud de sus niñas, en el año 2012. Se utilizó un cuestionario estructurado en 4 constructos, que medían la aceptabilidad global. Se estudió la asociación entre aceptabilidad global y las variables sociodemográficas.

Resultados. La frecuencia de aceptación fue 46,6% (IC 95%: 34,8-58,6). De los tutores, el 84,2% fueron mujeres; la media de edad fue 38,3 años (IC 95%: 36,7-39,8). La frecuencia de práctica de religión fue 86,8% (77,1-93,5); el 55,2% practicaban la religión católica y el 44,8%, evangelista. El 18,9% tenía más de una niña candidata a recibir la vacuna. El 85,5% refirió que había escuchado hablar del virus en algún momento y el 52,7% conocía la existencia de la vacuna para prevenirlo. La aceptación fue significativamente mayor en los tutores de las niñas que habían recibido la primera dosis de la vacuna (OR 8,02; IC 95%: 2,29-28,01; p= 0,0011).

Conclusiones. La frecuencia de aceptación fue baja y no se encontró una asociación de los factores sociodemográficos y psicosociales con la decisión de vacunar a las niñas contra el virus del papiloma humano.

Palabras clave: inmunización, infecciones tumorales por virus, infecciones por papilomavirus, aceptación de la atención de salud.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.36>

INTRODUCCIÓN

En Argentina, como parte de una estrategia integral de prevención del cáncer de cuello uterino, el Ministerio de Salud de la Nación

ha incluido la vacunación contra el virus del papiloma humano (*human papillomavirus*; HPV, por sus siglas en inglés) en el Calendario Nacional de Vacunación (CNV)¹ desde el año 2011. Sin embargo, el éxito de la vacunación dependerá de una alta cobertura, fuertemente dependiente de la aceptabilidad, tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud.²

En nuestro país, la carga de enfermedad no es homogénea y varía según la ubicación geográfica. Es muy alta en poblaciones con menor nivel de desarrollo socioeconómico. Así mismo, las tasas de mortalidad regionales reflejan esa variabilidad, que, en orden creciente, son Sur, Centro, Cuyo, Noroeste y Noreste.³

El impacto de esta enfermedad podría ser evitado, en parte, mediante la vacunación profiláctica contra el HPV. Dicha intervención ha mostrado ser útil para prevenir un 77% de las neoplasias cervicales asociadas a los serotipos 16 y 18 de HPV, que son los predominantes en el cáncer de cuello uterino (CCU).⁴

Las vacunas que están actualmente disponibles en nuestro país han demostrado ser eficaces y seguras para la prevención de lesiones asociadas a los serotipos 16 y 18 de HPV y para conferir protección cruzada contra los serotipos 31, 33, 45, 52 y 58, no incluidos en la vacuna. Sin embargo, su eficacia a largo plazo para prevenir el cáncer de cuello uterino no ha sido completamente probada.⁵⁻⁷ Los efectos adversos comunes son leves y pueden incluir dolor, hinchazón o enrojecimiento en el sitio de la

- Residencia en Epidemiología.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco. Resistencia, Chaco, Argentina.

Correspondencia:

Dr. Raúl M. Chaparro:
martinchaparro87@gmail.com

Financiamiento:

Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 29-4-2015

Aceptado: 26-8-2015

punción. Además, son comunes la fiebre y las náuseas, pero no resultaron más frecuentes en las niñas que habían recibido una vacuna contra el HPV en comparación con las que habían recibido una inyección de placebo. Estos efectos adversos suelen remitir espontáneamente en uno o dos días.⁸

Según el Programa Ampliado de Inmunizaciones de la provincia del Chaco, la cobertura de la vacuna contra el HPV para la 2^{da} dosis fue de 24,55% en el primer semestre del año 2012, en la población bajo estudio, cifra que se encuentra muy por debajo de lo esperado. Nuestra hipótesis fue que la aceptación de los tutores podía ser uno de los factores asociados al bajo nivel de cobertura de vacunación, explicado por algunos factores sociodemográficos y psicosociales.

El objetivo general de este trabajo fue determinar el nivel de aceptación de la vacuna contra el HPV por parte de los tutores de las niñas candidatas en un área de Resistencia, Chaco, noreste de Argentina.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: a) determinar la cobertura de la vacuna contra el HPV en las niñas en edad de recibirla; y b) explorar la asociación entre la intención de los tutores de vacunar a las niñas y los factores sociodemográficos y psicosociales.

MÉTODOLÓGIA

Tipo de estudio

Se utilizó un diseño descriptivo cualicuantitativo desde abril a octubre de 2012.

Población: tutores que refirieron tomar decisiones respecto a la salud de sus niñas (madre, padre, responsable y/o encargado), residentes en el área de influencia de un servicio de salud perteneciente al primer nivel de atención de la ciudad de Resistencia (Chaco) en el año 2012.

Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple sobre la base de las listas escolares de niñas de 11 años. En caso de existir más de un tutor, se optó por el encargado de tomar las decisiones con respecto a la salud de la tutelada.

Se organizaron reuniones escolares y se invitó a los tutores a participar según un cronograma estipulado para cada establecimiento escolar. En caso de no asistir el tutor, se realizó una visita al domicilio.

Unidad de análisis: tutores seleccionados al azar sobre la base de las listas de niñas de 11 años registradas en las planillas escolares de escuelas

públicas de nivel primario correspondientes al área de influencia del centro de salud de referencia en la localidad.

Criterios de exclusión: tutores con incapacidad para hablar o responder al cuestionario o por negarse a participar en el estudio.

Tamaño: para un universo de 560 niñas escolarizadas con una prevalencia de aceptabilidad de los tutores del 60% y un error alfa del 0,02 (según la bibliografía de Canadá y Estados Unidos de América),⁹ calculamos una muestra final de 300 tutores.

Método

Fuente de información. Instrumento de medición

Se utilizó un cuestionario elaborado *ad hoc*, estructurado en 4 constructos, que evaluaba la aceptabilidad global a través de la *intención de los tutores de vacunar a sus niñas*. Cada constructo contenía 3 ítems medidos con una escala tipo Likert (del 1 al 5). 1: completamente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: de acuerdo; 5: completamente de acuerdo. Se realizó un estudio piloto para probar el instrumento. El instrumento de medición presentó una consistencia interna aceptable del 70% (alfa de Cronbach de 0,701). (Ver Anexo).

Variable dependiente

Aceptabilidad global. La aceptabilidad global se investigó a través de constructos según la teoría del comportamiento planificado. Se obtuvo un puntaje total y se tomó como punto de corte un valor mayor de 50 puntos o igual, y se consideró por encima de ese valor que aceptaba la vacunación.

Definición de los constructos que

componen la aceptabilidad de la vacunación

- Intención: la intención conductual es el factor más directo y cercano a la conducta.
- Actitud: evaluación positiva o negativa que el sujeto hace de la realización de la conducta y que está determinada por las creencias de la persona sobre los resultados del comportamiento y sus evaluaciones de estos resultados.
- Norma subjetiva: percepción que el sujeto tiene de las presiones sociales a que realice u omita cierta conducta y que está compuesta por las creencias de la persona sobre lo que determinados grupos de referencia piensan de dicho comportamiento y su motivación para complacer a estos grupos de referencia.
- Control conductual percibido: representa la percepción de la facilidad o dificultad para

realizar una conducta y se asume que refleja la experiencia pasada así como la anticipación de impedimentos y obstáculos.

Variables independientes

Factores sociodemográficos del tutor:

- Sexo: femenino-masculino.
- Edad: en años cumplidos.
- Religión: profesan una religión o no profesan. En caso afirmativo, catolicismo, evangelista, judaísmo, otras.
- Nivel de educación: nivel de estudios completos, categorizado como primario, secundario, universitario o terciario, sin estudios. Según la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE) del Ministerio de Educación de la Nación, para la provincia del Chaco, en el año 2010, más del 98% de los niños y niñas de entre 6 y 11 años asistieron a la escuela. Del total de matriculados en la provincia, el 25% de las matrículas corresponden al sector privado.⁹
- Nivel de ingreso económico: dinero mensual en pesos argentinos que genera el grupo familiar, categorizado como menor de \$1000, de \$1000 a \$2500, de \$2600 a \$4000, de \$4100 a \$6000 y mayor de \$6000.
- Presencia de algún familiar con cáncer: sí/no.

Factores relacionados con los conocimientos

- Conocimiento sobre el HPV: sí/no.
- Cobertura de la 1^{ra} dosis de la vacuna contra el HPV: sí/no.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariado. Para las variables cuantitativas, se calculó la media y el desvío estándar y, para las cualitativas, las proporciones con IC al 95%. Luego, se desarrolló un análisis bivariado para evaluar la relación entre variables cualitativas (aceptabilidad global) y las variables sociodemográficas. Se utilizó el test de chi cuadrado para hallar la independencia entre grupos. Valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. En el análisis multivariado, se realizó regresión logística no condicional.

Se utilizó el *software* EpiInfoTM e IBM SPSS Statistics versión 21.0.0 (SPSS, Inc, Chicago, Illinois).

Aspectos éticos

No se sometió a evaluación por un Comité de Ética de la Investigación, ya que el estudio formó

parte de un proyecto piloto de implementación de la vacuna anti-HPV dirigida por el Programa Provincial de Inmunizaciones (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, ProNaCEI) como monitoreo de rutina de las coberturas de vacunación. No hubo riesgos para los participantes del estudio; sin embargo, se solicitó un consentimiento informado a quienes voluntariamente decidieron participar. Para el resguardo de la confidencialidad de los datos, la encuesta fue anónima y se establecieron mecanismos de anonimización de las variables que podrían identificar a los participantes. Así mismo, se establecieron acuerdos formales entre el Ministerio de Educación y Salud para el acceso al listado de las niñas escolarizadas.

RESULTADOS

De 12 establecimientos seleccionados (300 tutores), 2 rechazaron participar (80 tutores). En los 10 centros remanentes (220 tutores), respondieron la encuesta 100 tutores (75 mujeres). Se excluyeron del análisis 23 encuestas por falta de datos. Se incluyeron en el análisis las encuestas de 77 tutores, 84,2% mujeres, con edad promedio de 38,3 años. No se pudo alcanzar el tamaño muestral esperado debido a cuestiones presupuestarias, logísticas y, en parte, por la falta de respuesta de los tutores. El poder del estudio para dicho tamaño muestral fue finalmente de 64%. Aunque fue menor a lo reportado de manera habitual, pensamos que es aceptable para un estudio exploratorio.

De la información obtenida de los tutores, el 46,1% (IC 95%: 34,5-57,9) de las niñas candidatas habían recibido la primera dosis de la vacuna (Tabla 1).

Respecto al nivel educativo, se observó que el 21% de los encuestados había alcanzado un nivel terciario o universitario; el 51,3% contaba con estudios secundarios; y el 25%, con estudios primarios completos.

En relación con la aceptación global, se obtuvo una frecuencia de 46,6% (IC 95%: 34,8-58,6).

El conocimiento de la vacuna implementada en el Calendario de Vacunación se asoció con su aceptación, aunque no de manera estadísticamente significativa (OR 2,21; IC 95%: 0,87-5,62; $p = 0,09$). La presencia de cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el HPV referida por los tutores se asoció a la aceptación y presentó un OR 4,08 (IC 95%: 1,56-10,68; $p = 0,003$) (Tabla 2).

Al realizar el análisis multivariado, para el mejor modelo seleccionado, solo la cobertura de

la primera dosis (OR ajustado 8,02; IC 95%: 2,29-28,01; $p=0,0011$) presentó una asociación con la aceptación global, ajustando por conocimiento de la vacuna contra el HPV, conocimiento del HPV, nivel socioeconómico, edad, sexo, familiar con cáncer cervicouterino, niñas candidatas a la vacunación y religión (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos muestran que la aceptabilidad global de la vacuna fue menor a lo publicado por otros autores, quienes declaran una aceptación del 60% al 70% en países como Canadá y Estados Unidos. Esta diferencia en la estimación se podría explicar, en parte, por el bajo poder del estudio en detectar diferencias.¹⁰⁻¹²

Al evaluar el sexo y la edad de los encuestados, se pudo observar que la mayor frecuencia de tutores era de sexo femenino de mediana edad y fue concordante con lo hallado en otros estudios. Esto se debe a que son las que habitualmente toman las decisiones respecto al estado de salud de las niñas.¹⁰⁻¹²

En estudios que analizaron el conjunto de variables, como la edad, la educación, el estado socioeconómico, el número de niñas candidatas y la religión, no hallaron una asociación estadísticamente significativa respecto a la aceptación de la vacuna.¹²⁻¹⁴

Sin embargo, algunos autores refieren que el nivel educativo está asociado a una mayor adherencia a la vacunación.^{10,15} En el estudio

TABLA 2. Análisis bivariado de las variables estudiadas y la aceptación global de los tutores. Resistencia, Chaco, 2012

Variables	Aceptación global	
	OR* (IC 95%)	Valor p
Sexo		
Masculino	1,28 (0,37-4,41)	0,68
Femenino	-	
Edad		
De 40 a 56 años	0,72 (0,25-2,06)	0,54
De 28 a 39 años	-	
Nivel socioeconómico		
Alto	2,14 (0,75-6,08)	0,14
Bajo	-	
Religión		
Sí	1,25 (0,32-4,84)	0,51
No	-	
Niñas candidatas		
Una niña	1,58 (0,47-5,26)	0,45
Dos o más niñas	-	
Conocimiento del HPV*		
Sí	0,96 (0,26-3,48)	0,6
No	-	
Conocimiento de la vacuna contra el HPV*		
Sí	2,21 (0,87-5,62)	0,09
No	-	
Cobertura de la primera dosis		
Sí	4,08 (1,56-10,68)	0,003
No	-	
Familiar con cáncer cervicouterino		
Sí	0,82 (0,27-2,47)	0,73
No	-	

* Virus del papiloma humano.

* OR: Odds Ratio.

TABLA 1. Descripción de variables estudiadas de los tutores. Resistencia, Chaco, 2012

Variables	%	IC 95%
Edad (media)	38,3	36,7-39,8
Sexo		
Masculino	15,8%	7,9-25,0
Femenino	84,2%	75,0-92,1
Ingreso mensual en pesos argentinos (medio)	4000	700-7000
Religión	86,8%	77,1-93,5
Religión católica	55,2%	42,6-67,4
Religión evangelista	44,8%	32,6-57,4
Número de niñas candidatas		
Una niña	81,1%	70,3-89,3
Dos o más niñas	18,9%	10,7-29,7
Conocimiento del HPV*	85,5%	75,6-92,5
Conocimiento de la vacuna contra el HPV	52,7%	40,7-64,4
Cobertura de la primera dosis	46,1%	34,5-57,9
Familiar con cáncer cervicouterino	23,3%	14,2-34,6

* Virus del papiloma humano.

de Ogilvie y col., 2010, los padres con mayores niveles de educación eran menos propensos a dar el consentimiento para que su niña recibiera la vacuna contra el HPV (63,3% frente a 72,9%; $p < 0,01$).¹⁰ Así mismo, un estudio cualitativo en Colombia mostró que las familias de nivel educativo y económico más alto, representadas por padres de niños y niñas que asistían a colegios privados, fueron las que habían mostrado mayor capacidad crítica frente a la información científica recibida, lo que se tradujo en una actitud claramente dubitativa frente a la administración de la vacuna.¹⁶

Cabe destacar que nuestro estudio no encontró una asociación entre el nivel educativo y la aceptabilidad, probablemente porque tanto el nivel socioeconómico como el educativo de los encuestados eran bastante homogéneos por corresponderse con un grupo de habitantes de un área circunscrita de la ciudad.

Respecto al antecedente de presentar algún familiar con cáncer, no se asoció a una mayor aceptación de la vacuna. Sin embargo, lo encontrado se contrapone a lo reportado por Ogilvie y col., 2010, en lo que los padres que conocían algún familiar con cáncer cervical tenían mayor probabilidad de aceptar la vacunación (OR 1,5; IC 95%: 1,1–2,1).¹⁰

En general, la proporción de niñas vacunadas difiere entre los países y dentro de ellos, así como también en la continuidad de la vacunación para la segunda dosis. Por ejemplo, una encuesta a padres de casi 3000 niñas de entre 12 y 13 años en Manchester, Reino Unido, mostró una cobertura de la vacuna del 70,6% para la primera dosis,¹⁷ mientras que Fang y col., basados en una encuesta nacional estadounidense (HINTS), reportaron una cobertura del 37% para esa población.¹²

Según datos del ProNaCEI, la estimación de la cobertura con esquema completo en el país de la cohorte de niñas nacidas en 2000-2001 fue en promedio de 50,2% y fue menor para la provincia del Chaco.¹⁸ Este hallazgo concuerda con nuestros resultados, que reflejan la necesidad de implementar estrategias para incrementar las cifras de cobertura.

Dentro de las explicaciones causales de aceptabilidad de las vacunas, el conocimiento previo de la vacuna por parte de los tutores podría ser un factor determinante respecto a su aceptabilidad, aunque, en nuestro estudio, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa.¹⁰⁻¹³

Sería interesante indagar en profundidad las razones por las que los tutores no aceptan la vacunación y explorar otras variables, como la confianza en los médicos o en el sistema de salud y la comunicación tutor-niña sobre temas relacionados con la sexualidad desde una perspectiva de análisis cualitativo.¹⁶ Así mismo, otro factor para investigar sería la opinión de los pediatras que atienden a esta población y que podría tener influencia en el asesoramiento que brindan a los tutores de las niñas.

Es de suma importancia que nuestro país mejore las coberturas de vacunación. En tal sentido, existen algunas experiencias internacionales para mejorar la adherencia a ella. En Canadá, específicamente en British Columbia, se implementó un programa de vacunación basado en los establecimientos escolares. Enfermeras entrenadas durante la jornada escolar aplicaban las vacunas a las niñas. Esta estrategia se complementó con campañas de educación a los padres a través de una página web, folletería y charlas en la comunidad para tratar los mitos de la vacunación contra el HPV.¹⁰

TABLA 3. Análisis multivariado de las variables estudiadas y la aceptación global de los tutores. Resistencia, Chaco, 2012. N= 66

VARIABLES	OR* (ajustado)	IC 95%*	Valor p
Cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el HPV* (sí/no)	8,02	2,29-28,01	0,0011
Conocimiento de la vacuna contra el HPV* (sí/no)	1,13	0,36-3,52	0,83
Conocimiento del HPV* (sí/no)	0,41	0,07-2,27	0,31
Nivel socioeconómico (medio/bajo)	2,94	0,85-10,17	0,08
Edad (años)	1,02	0,93-1,12	0,58
Sexo (masculino/femenino)	1,26	0,30-5,27	0,74
Familiar con cáncer cervicouterino (sí/no)	1,13	0,29-4,37	0,85
Niñas candidatas a la vacunación (una/dos o más)	1,61	0,34-7,62	0,54
Religión (sí/no)	2,86	0,53-15,39	0,21

* Virus del papiloma humano.

* OR: Odds Ratio.

Una potencial limitación de nuestro estudio podría ser el hecho de considerar solo a los tutores de las niñas escolarizadas provenientes de los establecimientos públicos, sin incluir a los establecimientos privados.

No obstante, más allá de las limitaciones, esperamos que nuestro estudio piloto sirva como base para futuras aplicaciones a mayor escala y profundidad de las variables estudiadas. A la vez, brinda un instrumento confiable para la medición de la aceptación de una nueva vacuna introducida al Calendario Nacional en contextos de alta prevalencia de cáncer de cuello uterino.

CONCLUSIONES

Los datos analizados revelan una frecuencia de aceptación baja, que coincide con la cobertura de la primera dosis referida por los tutores. Sin embargo, no se halló ninguna característica demográfica ni psicosocial que se asociara a la decisión de los tutores de vacunar a sus niñas contra el HPV. ■

REFERENCIAS

1. Resolución 563/2011. Boletín Oficial de la República Argentina N.º 32149, 3 de mayo de 2011. [Acceso: 26 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar/DisplayPdf.aspx?s=BPBCF&f=20110513>.
2. Mazzadi A, Paolino M, Arrossi S. Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina. *Salud Publica Mex* 2012;54(5):515-22.
3. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014. [Acceso: 26 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>.
4. Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, Gibbons L, et al. Type-specific HPV prevalence in cervical cancer and high-grade lesions in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2011;6(10):e25493.
5. Paavonen J, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet* 2009;374(9686):301-14.
6. Wheeler CM, Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen OE, et al. The impact of quadrivalent human papillomavirus (HPV; types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine on infection and disease due to oncogenic nonvaccine HPV types in sexually active women aged 16-26 years. *J Infect Dis* 2009;199(7):936-44.
7. Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen OE, et al. Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. *J Natl Cancer Inst* 2010;102(5):325-39.
8. FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med* 2007;356(19):1915-27.
9. UNICEF. Informe provincia de Chaco. Las oportunidades educativas (1998-2010). [Acceso: 26 de agosto de 2015]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_provincia_de_Chaco_-_Las_oportunidades_educativas_\(1998__2010\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_provincia_de_Chaco_-_Las_oportunidades_educativas_(1998__2010).pdf).
10. Ogilvie G, Anderson M, Marra F, McNeil S, et al. A population-based evaluation of a publicly funded, school-based HPV vaccine program in British Columbia, Canada: parental factors associated with HPV vaccine receipt. *PLoS Med* 2010;7(5):e1000270.
11. Ogilvie GS, Remple VP, Marra F, McNeil SA, et al. Parental intention to have daughters receive the human papillomavirus vaccine. *CMAJ* 2007;177(12):1506-12.
12. Fang CY, Coups EJ, Heckman CJ. Behavioral correlates of HPV vaccine acceptability in the 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(2):319-26.
13. Lazcano-Ponce E, Rivera L, Arillo-Santillán E, Salmerón J, et al. Acceptability of a human papillomavirus (HPV) trial vaccine among mothers of adolescents in Cuernavaca, Mexico. *Arch Med Res* 2001;32(3):243-7.
14. Marlow LA, Waller J, Wardle J. Sociodemographic predictors of HPV testing and vaccination acceptability: results from a population-representative sample of British women. *J Med Screen* 2008;15(2):91-6.
15. Constantine NA, Jerman P. Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *J Adolesc Health* 2007;40(2):108-15.
16. Wiesner C, Piñeros M, Trujillo LM, Cortés C, et al. Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes, en Colombia. *Rev Salud Publica* 2010;12(6):961-73.
17. Brabin L, Roberts SA, Stretch R, Baxter D, et al. Uptake of first two doses of human papillomavirus vaccine by adolescent schoolgirls in Manchester: a prospective cohort study. *BMJ* 2008;336(7652):1056-8.
18. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Página 15. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014. [Acceso: 26 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000449cnt-2014-02_lineamientos-tecnicos-vph-2014.pdf.

Anexo

Nro. de ficha:

ENCUESTA A LOS TUTORES DE NIÑAS CANDIDATAS A RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL HPV, RESISTENCIA, CHACO, 2012

Marque con una "x" la opción que considere; solo puede marcar una.

1. Identificación del tipo de tutor:

- Madre
- Padre
- Responsable

2. Edad (en años): _____

3. Sexo de la persona:

- Masculino
- Femenino

4. Domicilio: _____

5. Teléfono (fijo o celular): _____

Sección 1: Factores sociodemográficos

6. ¿Cuál fue el máximo nivel de estudio alcanzado?

- Primaria
- Secundaria
- Terciario
- Universitario
- Sin estudios

7. ¿Cuál fue el máximo nivel de estudio alcanzado por su padre?

- Primaria
- Secundaria
- Terciario
- Universitario
- Sin estudios

8. ¿Cuál es la ocupación o profesión que le genera mayor ingreso económico?

9. ¿Cuánto es aproximadamente el ingreso económico mensual del grupo familiar?

10. ¿Usted practica alguna religión?

- Sí
- No

[Si la respuesta fue sí] ¿Cuál?

- Catolicismo
- Evangelista
- Judaísmo
- Otra

11. ¿Cuántas hijas de 11 años o menores tiene?

- Una
- Dos o más

12. ¿Su hija de 11 años recibió alguna de estas vacunas? (Puede corroborarlo en el carnet de vacunas de su niña).

Anti-hepatitis B	Sí	No	No sabe
Triple viral	Sí	No	No sabe
DPT (acelular)	Sí	No	No sabe

Sección 2: Factores psicosociales

13. ¿Escuchó alguna vez hablar sobre el HPV?

- Sí
- No

14. ¿Se colocó su niña de 11 años la vacuna contra el HPV?

- Sí
- No

15. ¿Alguien cercano o familiar ha tenido cáncer de cuello de útero?

- Sí
- No
- No sabe

En la siguiente grilla, elija el número que considere y escríbalo en el casillero del tutor según la escala que figura al pie.

- 1: completamente en desacuerdo;
 2: en desacuerdo;
 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo;
 4: de acuerdo;
 5: completamente de acuerdo.

Factor I. Actitud	Tutor
1. Las vacunas en la infancia son beneficiosas.	
2. El aplicarle la vacuna a mi hija/encargada no previene el cáncer de cuello uterino.	
3. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad grave.	
4. La vacuna contra el HPV es efectiva para prevenir el cáncer de cuello de útero.	
5. La vacuna contra el HPV no es segura.	
Factor II. Norma subjetiva (NS)	
1. La religión que practico no me permite vacunar a mi hija/encargada.	
2. Mis amigos o mi familia no recomiendan vacunar a sus hijas/encargadas.	
3. En la escuela o en el centro de salud o en la televisión, no me animan a vacunar a mi hija/encargada.	
4. La mayoría de las personas que son importantes para mí piensan en vacunar a sus hijas/encargadas contra el HPV.	
5. Las personas de mi entorno cuya opinión valoro no aprueban la vacunación contra el HPV.	
Factor III. Control conductual percibido (CCP)	
1. Es posible llevar a mi hija/encargada para que reciba la vacuna contra el HPV.	
2. Escapa a mi decisión que mi hija/encargada reciba la vacuna contra el HPV.	
3. No me esforzaré para llevar a vacunar a mi hija/encargada contra el HPV.	
4. Si me lo propusiera, llevaría a vacunar a mi hija/encargada contra el HPV.	
5. No estoy plenamente seguro de que mi hija/encargada recibirá la vacuna.	
6. Otras responsabilidades de trabajo, actividades extras me demandan tiempo y me dificultan llevar a aplicarle la vacuna contra el HPV a mi hija/encargada.	
7. Llevaría a mi hija/encargada a vacunar si, por el contrario, implicara que no pudiera continuar con sus estudios o alguna penalidad.	
Factor IV. Intención	
1. Tengo la intención de aplicarle a mi hija/encargada la vacuna contra el HPV este año para prevenir el cáncer de cuello de útero.	