

# **UNIVERSIDAD DE SONORA**

**DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**Departamento de Ciencias de la Salud**

**Experiencias en Mujeres con el Virus del Papiloma  
Humano o Lesión por Displasias.**

**TESIS PROFESIONAL PRÁCTICA**



**Para obtener el título en**

**PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Presentan:**

**Arana Olivas Magdalena**

**Villavicencio Montes Ingrid Fabiola**

**Ciudad Obregón, Sonora**

**Septiembre 2016**

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



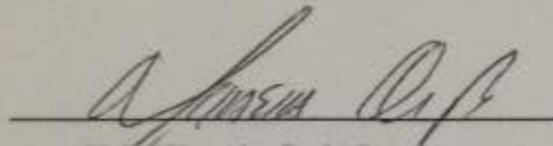
“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## APROBACIÓN

Los miembros del jurado designado para revisar la tesis profesional de **Magdalena Arana Olivas e Ingrid Fabiola Villavicencio Montes** la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptada como requisito parcial para obtener el título de Licenciado en Psicología de la Salud.



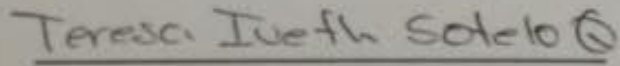
M.C. Micaela Ortiz Pacheco

Presidente



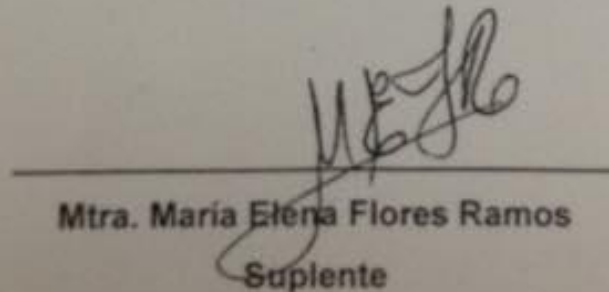
Dr. David López del Castillo Sánchez

Secretario



Dra. Teresa Sotelo Quiñonez

Vocal



Mtra. María Elena Flores Ramos

Suplente

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Sonora, por el apoyo brindado a través de sus enseñanzas y por ayudarnos a hacer posible este trabajo.

A mi coordinadora, un agradecimiento especial a la M.C. Micaela Ortiz, por hacer posible esta tesis y por los conocimientos que me ha brindado en este trascurso de aprendizaje; a mis sinodales: Teresa Sotelo, David López del Castillo y María Elena Flores, por el apoyo brindado en esta tesis así como la enseñanza brindada.

Al director de enseñanza del Hospital General de Obregón, Dr. Epifanio Gallardo, y de igual manera a los responsables de la clínica de displasias: al Dr. José María Revilla y la Enfermera Elsa Grageda, por permitirnos realizar este trabajo, por las enseñanzas académicas brindadas de esa área.

A las pacientes, que formaron parte de este proyecto, gracias por darnos la confianza y su tiempo.

A mi hijo por su paciencia y por estar a mi lado siempre, te quiero.

A mi esposo y mi familia por brindarme su apoyo incondicional, su confianza, y estar aconsejándome siempre, los quiero.

A mi compañera de tesis, Fabiola, que ha sido una amiga, compañera en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos; hemos compartido momentos muy importantes, te quiero.

**Magdalena Arana Olivas.**

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Sonora, por las enseñanzas y por hacer posible este trabajo.

A la Licenciatura en Psicología de la Salud, por enseñarme la importancia de encontrar un equilibrio en todo lo que haga.

A la M.C. Micaela Ortiz Pacheco, Coordinadora de la Licenciatura y de este trabajo, por la paciencia, el apoyo y la motivación durante estos cinco años.

Al Dr. Epifanio Gallardo, Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital General de Obregón, al Dr. José María Revilla y a la enfermera Elsa Grageda, responsables de la clínica de displasias, por permitirnos realizar este trabajo; por las enseñanzas académicas, personales, la confianza, el apoyo, las llamadas de atención y los buenos momentos.

Al Dr. David López del Castillo, la Dr. Teresa Sotelo, y la M.C. María Elena Flores, por el asesoramiento y buena disposición brindada durante este proceso.

A las mujeres que participaron en esta investigación, por enseñarme un acerca de la vida, y por compartir su fuerza con nosotras.

A mis padres, pilares fundamentales de mi vida. El principal apoyo y motivación; gracias por permitirme haber llegado a este lugar y a este momento.

A Magdalena Arana Olivas, mi compañera de tanto. Gracias por enseñarme de prioridades. Te quiero.

**Fabiola Villavicencio Montes.**

## CONTENIDO

	<b>Página</b>
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
OBJETIVO.....	13
ANTECEDENTES.....	14
Virus del Papiloma Humano.....	17
Definición.....	17
Factores de Riesgo.....	17
Detección.....	18
Papanicolaou.....	18
Biopsia Cervical.....	19
Colposcopia.....	20
Niveles de Displasias.....	20
Tratamientos.....	22
Electrocirugía.....	22
Criocirugía.....	23
Láser.....	23
Variables relacionadas al Virus del Papiloma Humano.....	23
Creencias.....	23
Conducta emocional.....	24
Adherencia al tratamiento en Virus del Papiloma Humano.....	26
Características sociodemográficas y apoyo económico.....	27
Conocimiento de la enfermedad y tratamientos.....	28
Apoyo social.....	29

Relación médico-paciente.....	30
METODOLOGÍA.....	31
Materiales y métodos.....	31
Estrategia de investigación.....	31
Escenario y participantes.....	32
Delimitación de la población.....	32
Selección de la muestra.....	33
Entrevistados especiales.....	35
Instrumento.....	37
Estructura de la entrevista.....	39
Procedimiento: estrategias de contacto.....	39
Sistematización y análisis de la información.....	40
Aspectos éticos.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	70
Anexo 1. Charla de Psicoeducación.....	71
Anexo 2. Guía de entrevista.....	77
Anexo 3. Focos de interés a profundizar.....	78
Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado.....	79
Anexo 5. Categorías.....	80

## LISTA DE TABLAS

<b>Tablas</b>	<b>Página</b>
1. Distribución de pacientes.....	34
2. Características de los informantes claves.....	36
3. Núcleos de indagación.....	38



## RESUMEN

En México, el VPH es responsable aproximadamente del 36% de todos los cánceres que se presentan en las mujeres entre los 24 y los 44 años. El cáncer cervicouterino (CaCu), es la segunda causa de muerte de mujeres mayores de 25 años en México y Sonora. En el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas con CaCu, y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas, (Castro & Arellano, 2010).

El objetivo de este estudio es: describir las experiencias en mujeres con VPH o lesión por displasias del Hospital del Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora. Para cumplir dicho objetivo, se utilizó el método cualitativo, bajo un diseño fenomenológico y siguiendo una línea descriptiva. Se eligió la clínica de displasias como el escenario idóneo para recabar la información. Además, se contó con entrevistados especiales quienes aportaron información relevante del fenómeno.

Para la obtención de información, se utilizó la entrevista semi-estructurada, la entrevista conversacional y la observación participante; lo obtenido se analizó bajo los criterios del análisis de contenido.

Se encontró que las emociones asociadas a un diagnóstico de VPH son: tristeza, vergüenza, ansiedad, culpa, enojo, miedo y confusión; sin embargo, se observa que las pacientes despliegan una variedad de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción. Las redes de apoyo social (hijos, hermanos, amigos) impactan de manera positiva su bienestar, mientras que la pareja evade su responsabilidad y las culpabiliza.

Se identifica la carencia de formación en los profesionales de la salud de primer nivel respecto al fenómeno de estudio, favoreciendo las respuestas emocionales negativas en las pacientes. Otro elemento relevante son las prácticas religiosas, identificándose como un factor importante a la hora de sobrellevar la enfermedad.

Es menester de los gobiernos, de las instituciones de salud y educación, de los profesionales del campo de salud o personas en general interesadas en este

fenómeno, redoblar esfuerzos que coadyuven a combatir esta problemática bajo un enfoque interdisciplinario.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el virus del papiloma humano (VPH) constituye un problema de salud pública a nivel mundial. La elevada carga de enfermedad del cáncer cervicouterino en las Américas representa un problema de salud pública de primer orden, que debe ser abordado mediante una estrategia integral e interprogramática (salud sexual y reproductiva, salud en adolescentes, inmunización y control del cáncer cervicouterino). En el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030, (OMS, 2011).

De acuerdo a la investigación realizada por Castro & Arellano (2010), en México, el VPH es responsable aproximadamente del 36% de todos los cánceres que se presentan en las mujeres entre los 24 y los 44 años. Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino, y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo, aumenta 78 veces la probabilidad de presentar CaCu.

El cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones en mujeres, con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos (18.6%), Chiapas (17.2%) y Veracruz (16.4%), (SS, 2015).

El VPH en mujeres menores de 30 años, se define a los jóvenes mexicanos de la primera década del siglo XXI, que tienen relaciones sexuales más temprano y con menos protección, donde casi 27 millones de hombres y mujeres entre 12 y 29 años son protagonistas de una gran contradicción: siendo la generación con mayor educación sexual e información sobre métodos de protección, es también

una generación que ha dado la espalda a esos métodos de protección, “Hay cifras muy reveladoras sobre la salud en etapas juveniles, como el hecho de que 95 % de las mujeres menores de 30 años con vida sexual activa ya hayan tenido una infección con Virus de Papiloma Humano. La mayoría llega a controlarlo con su propio sistema inmune, pero aquellas que no logran controlar al virus terminan por desarrollar cáncer temprano”, indicó en entrevista el doctor, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2013).

El cáncer cervicouterino, es la cuarta neoplasia más común en mujeres de todo el mundo, con un estimado de 528,000 casos nuevos y 226,000 muertes en el año 2012, de las que 87% (nueve de cada diez), ocurrieron en las regiones menos desarrolladas; en las investigaciones de prevalencia de este virus, se muestra que existen variaciones de acuerdo a la región donde se haya realizado. En la mujer indígena de México, las condiciones precarias de calidad de vida favorecen la manifestación de esta enfermedad, (Terán, Muñiz, Fernández, Galán, Noyola, Gutiérrez, Ortiz y Cruz, 2015).

El CaCu es la segunda causa de muerte de mujeres mayores de 25 años en México y Sonora. Los programas de detección oportuna de América Latina y el Caribe (a excepción de Cuba) han tenido un éxito limitado al mantener las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. Se han registrado avances significativos en la investigación biomédica y epidemiológica sobre la forma de transmisión del virus y su relación con el desarrollo del CaCu, y se ha logrado una vacuna contra cuatro serotipos del virus. Pero es necesario indagar la dimensión sociocultural de estos problemas y su inclusión en la formulación de la política y promoción de la salud, la calidad de la atención y el fomento de la adherencia de las pacientes a los procesos de cuidado, (Castro & Arellano, 2010).

Es importante resaltar el trabajo tan significativo que realiza el personal de la Clínica de Displasias del Hospital del Niño y de la Mujer, en Ciudad Obregón. Desde el año 2000 hasta septiembre del 2015 se han atendido 20, 889 mujeres. Del año 2005 al 2014 se encontraron 13, 680 casos con algún tipo de lesión causada por virus del papiloma humano, oscilando entre los 15 y los 50 años de

edad, el 99% de ellas con seguro popular (datos obtenidos de la clínica de displasias, 2015).

Por lo anterior y en nuestra experiencia, hemos podido observar en el trabajo diario, cómo día a día aumentan las cifras de cáncer cervicouterino en la clínica, cómo las pacientes una vez que son diagnosticadas son “presas” de un cumulo de emociones y pensamientos negativos que les desbordan, y en la gran mayoría de los casos desencadenando consecuencias desastrosas en su salud física, emocional y en su entorno social.

En ello radica la importancia e interés de la presente investigación, explorar, comprender y describir la experiencia de las pacientes que asisten a la clínica de displasias desde que son diagnosticadas con el virus del papiloma humano o lesión por displasia.

Partiremos de una aproximación psicosocial, considerando que los riesgos psicosociales están jugando un papel cada vez más importante, analizando el estado actual del VPH y variables relacionadas a este.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir las experiencias en mujeres con VPH o lesión por displasias del Hospital del Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora.

## ANTECEDENTES

A partir de la década de los años ochenta se ha identificado al virus del papiloma humano (VPH) como una causa necesaria, pero no suficiente para desarrollar cáncer cervicouterino (CaCu). Se ha informado que el CaCu invasor se asocia con la presencia de VPH en 99.7% de los casos. En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica en las que se reporta el 17,5 %. En la mujer en esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital como el VPH que ha cobrado una elevada incidencia para el 65 % del total de las afecciones del cuello uterino, esto referido por los autores Martínez y Torrientes en el 2006.

Posteriormente, en años recientes se ha notificado la existencia de más de 100 tipos de VPH, siendo las variantes: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68 las consideradas como de alto riesgo (AR), por encontrarse asociadas al CaCu en más de 95% de los casos. Basados en su asociación con el cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras, los VPH pueden agruparse en tipos de alto y bajo riesgo oncogénico.

Por otra parte, se informa que otros tipos de VPH, como el 6, 11, 42, 43 y 44 muestran una débil asociación con CaCu denominándose, por tanto, tipos de bajo riesgo. Otros factores deben coincidir con el VPH, ya que se notifica una prevalencia de 38% de infección por VPH en mujeres sanas jóvenes, misma que puede remitir con el tiempo. Entre esos factores se encuentran el nivel socioeconómico bajo, el inicio temprano de la vida sexual, el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales, la edad temprana del primer embarazo, el uso de anticonceptivos hormonales, y el tabaquismo, (Tirado, Mohar, López, García, Franco, y Borges, 2005).

Por otro lado, el VPH es tan común que casi todos los hombres y todas las mujeres sexualmente activos lo contraen en algún momento de su vida. Hay muchos tipos distintos de VPH. Muchas de las infecciones causadas por el VPH se resuelven espontáneamente, sin embargo, estos virus están asociados con una

variedad de condiciones clínicas y manifestaciones que van desde infecciones asintomáticas, latentes y lesiones benignas como los condilomas acuminados, hasta las displasias y el carcinoma invasivo del cérvix, así lo refieren Ávila, Cavazzab, Vásquez, Ortega, López y Correnti en el año 2008.

Algunos tipos pueden causar problemas de salud como verrugas genitales y cánceres, donde los doctores refieren que producen alteraciones en el epitelio escamoso y se relacionan con lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino, (Torrientes & Martínez, 2002). Por otro lado, los cambios premalignos cervicales representan un espectro de anormalidades histológicas que van desde un NIC 1 (displasia leve), NIC 2 (displasia moderada) y NIC 3 (displasia severa/carcinoma in situ) hasta cáncer invasivo. Aunque el tratamiento de los cambios cervicales premalignos es eficaz, también es un procedimiento ineficiente. Esto se debe a las incertidumbres que rodean a la historia natural de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Las pruebas citológicas e histológicas, no pueden distinguir a las pocas mujeres con frotis anormales, que progresarán hacia un cáncer invasivo de la vasta mayoría que presentan anormalidades que presentarán regresión espontánea, (Zaldívar et al. 2012). Eso hace que la historia natural de esta enfermedad tenga una progresión gradual por etapas intra-epiteliales o bien pre-invasoras (neoplasias intraepiteliales NIE-I, II y III o carcinoma in situ –CIS–, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. La prevalencia global de estas lesiones pre-invasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIEIII, esto descrito por Serman, (2002).

Las investigaciones realizadas por Arellano et al. en el 2013, arrojan que las infecciones de transmisión sexual, constituyen un grave problema de salud pública, debido que la sexualidad es un componente de la vida de las personas sujeta a diversas normativas sociales que han llevado a estigmatizar ciertos comportamientos y prácticas.

Una forma de entender y replantear nuevas acciones es a través del análisis del problema de salud desde un enfoque de género que permita visualizar cómo afecta a la salud la diferencia sexual, ya que el ser humano vive y se



enferma a partir de los significados socioculturales de su género, (Vargas-Daza, Quiroz-Añorve, Galicia-Rodríguez y Villarreal-Ríos, 2013).

Posteriormente la infección por VPH, ha adquirido una peculiar relevancia entre otras causas, por su alto nivel de incidencia y su relación con el cáncer cervicouterino, lo que ha demandado artículos que abarquen no sólo el área física sino también el área psicológica que innegablemente se ve afectada posibilitando así el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por VPH, (Meza-Rodríguez, Carreño, Morales, Aranda, Sánchez, Espíndola, 2008).

Por otro lado, las investigaciones desarrolladas por Maldonado, Allen y Lazano en el 2014, señalan que las mujeres sienten ansiedad en relación con la prueba de VPH cuando sus dudas no son resueltas; si se proporciona información, su ansiedad es menor.

La literatura médica resalta la importancia de acompañar la prueba de VPH con información sencilla, clara y adaptada a las necesidades de la población. Por otra parte, algunas investigaciones han relacionado que las mujeres experimentan sentimientos de decepción, preocupación por su salud y ansiedad por la amenaza de que la infección sea el inicio de una alteración más severa y miedo a tener relaciones sexuales por el riesgo de ser infectadas nuevamente, así como necesidad de cuidarse de la enfermedad, (Maldonado et al. 2014). Las conductas de las mujeres ante la atención a la salud pueden ser analizadas desde el enfoque de género dentro de un contexto social en el que participan los servicios de salud, lo cual permite entender la experiencia de ser portadora de VPH.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las experiencias en mujeres con VPH o lesión por displasias del Hospital del Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora?

# VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

## Definición

La infección genital por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia en la población sexualmente activa y desempeña un rol importante en la génesis de las lesiones pre-neoplásicas y del cáncer invasivo de cuello uterino, (Rodríguez, D. Pérez, J. Sarduy, M., 2014).

Por otro lado, varios autores señalan que el virus del papiloma humano es la principal causa de cáncer cervicouterino, y que existen pruebas para detectar la infección por VPH que son altamente sensibles, reproducibles y con un alto valor predictivo negativo. México ha introducido la detección de VPH de alto riesgo al programa de detección y control del CaCu; se recomienda su utilización en mujeres de 35 a 64 años y la citología en mujeres de 25 a 34 años, (León-Maldonado et al. 2014).

## Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que favorecen la aparición de la infección por VPH están: la sexarquía temprana (inicio de la actividad sexual antes de los 18 años) y la promiscuidad de cualquiera de los integrantes de una pareja sexual, definiéndose esta como 2 parejas sexuales en menos de 6 meses. Esta afección no solo está vinculada con la población adolescente, sino también con la adulta, porque este virus presenta alta afinidad por el epitelio cilíndrico del endocérvix; además, a lo largo del ciclo menstrual y de la vida de la mujer se suscitan cambios por acción hormonal, tanto la metaplasia durante la adolescencia, como los sucesos en los períodos menopáusicos y posmenopáusicos, siendo estas edades un momento adecuado para el debut o la recidiva del virus, esto señalado por varios autores, entre ellos Araujo et al., (2010).

En 2001, el CaCu ocupó en México el primer lugar entre los tumores malignos en la población femenina, con un total de 4,512 defunciones y una tasa de mortalidad de 18.3 por 100,000 mujeres de 25 y más años. Por otra parte, 24.4% del total de casos nuevos de neoplasias malignas, registradas durante ese año, correspondieron a CaCu. De esa cifra, 47% de los casos se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad, (Tirado et. al, 2005).

En la investigación realizada por Araujo et al. en el 2010, se encontró que en Venezuela, en el año 2006, fue la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, con 2.141 casos que representó el 4,56 % del total de muertes femeninas ocurridas ese año. La carga de enfermedad cervicouterina atribuible a la infección por VPH no se limita al cáncer, sino que incluye una proporción incluso mayor de lesiones cérvico-uterinas pre-malignas.

El cáncer cervicouterino ocupa en la actualidad el 3er. lugar en mortalidad; para lograr disminuir su incidencia, la profilaxis es la principal, pues sólo si se actúa sobre los factores de riesgo conocidos y se tratan eficazmente las lesiones precancerosas, se podrá lograr tal disminución, (Torrientes & Martínez, 2002).

## **Detección**

### **Papanicolaou**

La American Society of Clinical Oncology (ASCO) en el 2014, define que la prueba de Papanicolaou, también denominada citología vaginal, es la prueba más frecuente de detección para el cáncer de cuello uterino en las mujeres que no tienen síntomas de cáncer. Por lo general, se realiza durante el control ginecológico de una mujer. Consiste en recolectar una muestra de células del cuello del útero, que es la parte del útero que se abre a la vagina. La muestra se coloca en una placa de vidrio y se envía a un laboratorio para que sea examinada en un microscopio por un patólogo.

El patólogo puede identificar células anormales, que pueden ser precancerosas o cancerosas, pero, más a menudo, son cambios celulares precancerosos que pueden tratarse, más que el cáncer de cuello uterino.

Algunas de las células extraídas del cuello del útero durante la prueba de Papanicolaou además pueden examinarse para detectar el Virus del Papiloma Humano, también denominado VPH. Un médico puede realizar una prueba de VPH al mismo tiempo que la prueba de Papanicolaou o después que los resultados de la prueba de Papanicolaou muestren cambios anormales en el cuello del útero.

### **Biopsia Cervical**

La Clínica Dam de Madrid en el 2016, define la biopsia cervical, biopsia del cérvix o biopsia del cuello uterino como una prueba en la cual se obtienen muestras de tejido del cuello uterino y se examinan en busca de enfermedad u otros problemas.

Se le pide a la paciente acostarse boca arriba con los pies en los estribos. Como en un examen pélvico regular, se introduce un espéculo (un instrumento usado para mantener abierta la cavidad vaginal con el fin de examinar el interior) dentro de la vagina y se abre un poco de modo que el cuello uterino esté visible.

Se observa el área con un colposcopio, un microscopio pequeño de bajo poder que se utiliza para amplificar la superficie de la vagina y el cuello uterino (es el método más preciso). Se aplica una solución de vinagre (ácido acético) al cuello uterino para retirar el moco y ayudar a resaltar las áreas anormales. Luego, se ubica el colposcopio en la abertura de la vagina y se examina el área. Igualmente, se pueden tomar fotografías.

Cuando se localiza una anomalía, se toma una muestra, empleando unas pequeñas pinzas para biopsia o una aguja grande. Se puede tomar más de una muestra. Las células del canal del cuello uterino también se pueden utilizar como muestras, lo cual se denomina biopsia o legrado (raspado) endocervical que

puede ayudar a identificar y localizar posteriormente células cervicales anormales. Cuando el procedimiento se ha terminado, se retiran todos los instrumentos.

## **Colposcopia**

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2015), define la colposcopia como una manera de ver el cuello uterino mediante un aparato amplificador (colposcopio). Este aparato ilumina de luz la vagina y el cuello uterino, lo cual le permite al médico ver y detectar problemas que no se pueden ver a simple vista.

La colposcopia se utiliza cuando la prueba de detección del cáncer de cuello uterino revela alteraciones anormales en las células del cuello uterino. La colposcopia brinda más información sobre el estado de las células anormales.

Se realiza en el consultorio médico, y se le pide a la paciente acostarse boca arriba y con los pies elevados en un apoyapié. Después, se utiliza un espéculo para separar las paredes vaginales de manera que se pueda ver el interior de la vagina y del cuello del útero. El colposcopio se coloca justo afuera de la pared de la vagina. Se aplica una solución suave al cuello uterino y a la vagina con un aplicador o una mota de algodón. Este líquido facilita ver las áreas anormales del cuello uterino.

## **Niveles de displasias**

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intra-epiteliales pre-invasoras (neoplasias intraepiteliales NIC I, NIC II, NIC III ó Cáncer In-Situ, Cáncer Invasor). Dependiendo de lo extendidas que estén las células anormales, la displasia se clasifica por los especialistas médicos como:

- Leve o NIC I: son las iniciales de neoplasia intra-epitelial cervical. Si la displasia es de "nivel 1", significa que solamente un tercio de las células del cuello uterino son anormales. Además, las células no son tan claramente

anormales como en la displasia moderada o grave. Se calcula que una de cada seis mujeres desarrollará NIC I, que normalmente desaparece por sí sola y que no precisa de tratamiento. NIC I puede denominarse también lesión intra-epitelial escamosa de bajo grado (LSIL).

- Moderada o NIC II: aproximadamente dos tercios de las células del cuello del útero son anormales. Otro sinónimo de CIN-2 (y de CIN-3) es lesión intra-epitelial escamosa de alto grado (HSIL).
- Grave o NIC III o Cáncer In-Situ (en el sitio): casi todas las células del cuello uterino son anormales o precancerosas. Estas células parecen claramente anormales en comparación con las NIC I o NIC II. Se calcula que una de cada 25 mujeres desarrollará NIC II o NIC III, (Serman, 2002).
- Cáncer invasor: se le denomina así al cáncer del cuello uterino en fase temprana, con mínima invasión del estroma, a menudo sin ningún síntoma ni manifestación clínica. Conforme avanza la invasión del estroma, la enfermedad se vuelve clínicamente evidente y revela varios patrones de crecimiento visibles en el examen con el espéculo. Histológicamente, entre 90 y 95% de los cánceres invasores del cuello uterino son tumores de células escamosas; en la mayor parte de los países en desarrollo, el adenocarcinoma constituye menos del 5% de los cánceres del cuello uterino. El sistema de clasificación más usado para el cáncer invasor del cuello uterino se basa en el tamaño del tumor y la diseminación de la enfermedad a la vagina, el parametrio, la vejiga urinaria, el recto y los órganos distantes. El estadio clínico de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor aislado más importante de predicción de la supervivencia en el cáncer invasor del cuello uterino, (World Health Organization, 2016).

El avance de la enfermedad o evolución clínica, ha demostrado que la lesión escamosa intra-epitelial de bajo grado, desaparece espontáneamente en el 70 a 92% de los casos, en un término de 12 a 24 meses ante todo en mujeres jóvenes, y, que en el 80% de los casos se encuentran vinculadas a virus de bajo riesgo, o también, en ocasiones, las infecciones causadas por estos virus son asintomáticas y tienden a desaparecer espontáneamente en 3 o 4 meses; mientras que el 20% restante es producida por virus de alto riesgo; incrementándose en éstos casos 5 veces más, el riesgo de progresión hacia un cáncer cervical, (Aguilar, Chávez, Gómez & Camacho, 2009).

## **Tratamientos**

### **Electrocirugía (o conización cervical)**

La electrocirugía, es la generación y aplicación de la corriente eléctrica entre un electrodo activo y otro de dispersión, fue utilizada desde 1875 por Claude Paquelin, sin embargo, la corriente de alta frecuencia con rango de 350 Khz a 4.0 Mhz ideal para utilizarla en tejidos vivos con el menor daño térmico (100-200 o C) se le llama radiofrecuencia, y es empleada desde 1980 para el manejo de las lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix; pudiendo modificar sus tipos de ondas de salida para producir un corte puro, coagulación o la mezcla de ambas, requiriendo para ello electrodos de diferentes dimensiones en forma de asa, rectangulares o esféricos, la eficacia terapéutica de escisión fluctúa en 97% con 3% de complicaciones, principalmente sangrado trans y postoperatorio, con la posibilidad de contar con un espécimen para estudio histopatológico, siendo importante el seguimiento por citología, colposcopia y pruebas de tipificación viral, ya que permite incrementar la tasa de detección temprana de las recurrencias, persistencias o el cáncer invasor, (López, V. 2007).

## **Criocirugía**

La crioterapia es un tratamiento mediante congelación que ha probado ser una manera segura y efectiva para eliminar las células anormales que pueden aparecer en el cérvix.

En la crioterapia se utiliza una temperatura extremadamente baja para destruir el tejido anormal. Estas células anormales muertas luego son eliminadas a través de la vagina, siendo reemplazadas por nuevas células normales en el cérvix. La eliminación de estas células anormales precancerosas evita que continúen mostrando cambios que eventualmente podrían ser la causa de cáncer de cérvix. La crioterapia es un procedimiento sencillo que no requiere cortar los tejidos afectados, (Cestero, 2006).

## **Láser**

Es más agresivo que la crioterapia y utiliza un haz de luz muy potente para quemar y extraer el tejido anormal del ano o del cérvix. Este tipo de tratamiento requiere hospitalización. Se utiliza un pequeño haz de luz de alta intensidad para vaporizar las células anormales. Se puede controlar con mucha precisión el área y la profundidad del tratamiento, (HPV-Test, 2003).

## **Variables relacionadas al Virus del Papiloma Humano**

### **Creencias**

Estudios señalan que la mayor parte de las mujeres no ha vivido un rechazo abierto y evidente por la enfermedad, es el proceso de estigma interno que se traduce en auto-recriminación y autocensura. Expresan vivencias cargadas de contenido simbólico sobre el ejercicio de la sexualidad propia y de la pareja lo que genera un silencio, un temor a compartir con otros la información, pues es lo que se percibe como una amenaza a su integridad personal y a la construcción social



sobre la feminidad y la sexualidad. Quienes se consideran poseedoras de un atributo desacreditador, viven tal percepción como personas estigmatizadas; sea real, o no, o haber pasado, o no, por la experiencia de discriminación o crítica por tal atributo: siente una permanente incertidumbre por no saber lo que los demás piensan de ellas, de cómo serán categorizadas, (Goffman, 1989).

Estudios realizados por Valderrama (2003), señalan que las respuestas de afrontamiento más utilizadas por mujeres portadoras de estos problemas son negación, esfuerzos cognitivos orientados a la solución de la alteración, confrontación, racionalización religiosa.

### **Conducta emocional**

Diversos estudios señalan que esta patología afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece, sino también las esferas psicológica y social, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, encontrando sentimientos de decepción, preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el temor a ser infectadas nuevamente, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta idea una fuente generadora de ansiedad. También se ha mencionado que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes como enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa. De manera específica, el estado de ansiedad ha sido referido como una reacción emocional compleja empleada por estas mujeres al interpretar esta situación como amenazante y por la preocupación de su estado de salud, (Meza et al. 2011)

La presencia de displasia o cáncer se constituye como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción con otros, posteriormente no obstante los beneficios de la prueba de VPH, recibir un diagnóstico positivo puede generar efectos psicosociales en las mujeres: ansiedad, angustia y confusión, sentimientos de culpa o la experiencia de

ser estigmatizada, (Maldonado, L. et al. 2014). Por otro lado, el mismo autor señala que las mujeres sienten ansiedad en relación con la prueba de VPH cuando sus dudas no son resueltas; si se proporciona información, su ansiedad es menor. por otro lado señalan otros autores que han hecho investigación de esto señalan que se ha reportado un gran impacto emocional causado por el diagnóstico de VPH puede ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, Investigaciones realizadas en Brasil y México, han encontrado que las mujeres experimentan sentimientos de decepción y preocupación por su salud, ansiedad por la amenaza de que la infección sea el inicio de una alteración más severa y miedo a tener relaciones sexuales por el riesgo de ser infectadas nuevamente, así como necesidad de cuidarse de la enfermedad.

De acuerdo al trabajo realizado por Wiesner, C. Acosta, P. Díaz, C. Tovar, M. Salcedo, F. en el 2016, las principales emociones encontradas en mujeres con VPH son las siguientes,

- Ansiedad: La prueba genera ansiedad desde el momento en que el médico la solicita, independientemente del resultado. La intensidad de la ansiedad se relaciona con lo que las mujeres denominan personalidad ansiosa o tranquila. En algunas mujeres se presentan conflictos para comunicar a la pareja la posibilidad de tener una infección de transmisión sexual (ITS), lo cual se hace particularmente notorio en el momento de la confirmación del resultado positivo; esto, por el miedo a la reacción de la pareja, que puede generar una ruptura de la relación. La ansiedad y el temor influyen en la decisión de comunicarlo o no, y en qué tanta información se proporciona. La ansiedad se relaciona con el tiempo que transcurre entre la toma del examen, la entrega y la interpretación de los resultados, pues constituye un periodo determinante para que permanezcan o desaparezcan muchos de los sentimientos. Es un tiempo que las mujeres califican como “difícil” o “terrible”. Para algunas, este sentimiento es tan marcado que limita su funcionamiento en la vida diaria

- Rabia: solicitar una prueba que detecta una ITS despierta en las mujeres rabia y dolor, incluso antes de conocer el resultado. Rabia cuando emergen en los recuerdos situaciones en las que se buscan o se confirman posibles culpables. Este sentimiento se hace más o menos intenso en relación con las especificidades de los roles de género y de la historias de pareja; es decir, cuando se encuentra un mayor anclaje de las relaciones tradicionales de género. La carga emocional se relaciona con el número de compañeros sexuales, pues cuando sólo se ha tenido uno la ansiedad y la rabia son mayores. Igualmente, cuando está de por medio el antecedente de la infidelidad de la pareja, en el caso de mujeres casadas el sentimiento se hace más explícito.
- Vergüenza: teniendo en cuenta que las ITS se relacionan con conductas que se consideran inadecuadas, la posibilidad de tener el VPH o de recibir una prueba positiva despierta en las mujeres un sentimiento de vergüenza. Así mismo, tal vergüenza influye en la manera como se maneja la información con otros, en las decisiones sobre cómo comunicarla y en cómo se construye la red de apoyo
- Culpa: ésta no se presenta en todas las pacientes, y en los casos en los que sí, no necesariamente aparece como una respuesta explícita. Sin embargo, en los relatos de las mujeres es posible observar matices con respecto a la manera cómo viven y se expresan sobre su religiosidad.

### **Adherencia al tratamiento**

En uno de los trabajos desarrollados por Ortiz, Uribe, Díaz, Dangond en el 2014, se encuentra que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones pre-malignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intra-epitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos

programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario, sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, y en las mujeres que acuden para detección tardíamente; es de resaltar que en este país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales. Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros.

En investigaciones realizadas en México se ha demostrado que las mujeres que se encuentran incluidas en los programas de control prenatal, de planificación familiar y las que en general utilizan los servicios de salud son la población mayormente cautiva para la toma de la citología cérvico-vaginal; lo mismo demuestran los estudios efectuados en Estados Unidos, donde la mayor demanda de este servicio se presenta en usuarias que padecen enfermedades crónicas, o como el caso de Singapur, donde la demanda está condicionada por la motivación de un profesional de la salud. Esto está en consonancia con el hecho de que la mortalidad por cáncer de cuello uterino es más elevada en las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado, (Ortiz et al, 2014).

### **Características sociodemográficas y apoyo económico**

Hernández-Carreño en el 2012, establecía que la mayoría de la población se encuentra en situación de pobreza, donde sufren una discriminación social por la falta de servicios públicos; generalmente es olvidada, por lo regular no cuenta con

un nivel de educación superior, una vivienda digna, un empleo con prestaciones y el acceso a los servicios de salud, siendo la más vulnerable la que más enferma a causa de la situación en la que vive y la falta de oportunidades, dejando más expuestos a los adolescentes ante las enfermedades.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010), menciona que las condiciones de desarrollo en las que se encuentran los jóvenes son un condicionante crítico del potencial individual y desafortunadamente un sector importante de la juventud enfrenta limitaciones para el bienestar, lo cual favorece la transmisión inter-generacional de la precariedad. Uno de cada cinco hogares tiene dificultades para satisfacer sus necesidades de salud y educación.

La persistencia de la pobreza constituye uno de los principales obstáculos para que los adolescentes puedan desarrollar sus capacidades humanas básicas, lo que pone a estos en condiciones de mayor vulnerabilidad en su vida reproductiva. Se considera que una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos y para realizarse un estudio preventivo como el Papanicolaou, lo que provoca la existencia de una brecha entre las campañas de prevención y la sensibilización de los jóvenes que aun cuando quisieran actuar en beneficio a su propia salud, no cuentan o no tienen el acceso a los servicios de salud adecuados, (Hernández-Carreño, 2012).

### **Conocimiento de la enfermedad y tratamientos**

Continuando con Hernández-Carreño (2012), la falta de una cultura centrada en la sexualidad ha mermado la salud en hombres y mujeres. Factores culturales tales como algunas costumbres y tradiciones nos enseñan que es un tabú hablar de sexualidad y pocas son las familias que conversan sobre este asunto con sus hijos, por miedo a incitarlos o inducirlos a las prácticas sexuales.

La inexistencia de una cultura sólida de la educación sexual en México, aunque exista la intención derivada de los planes y programas de la SEP y de la Secretaría de Salud, la información no ha sido precisa ni eficaz, no ha generado

una conciencia del cuidado del cuerpo y la poca educación que generalmente se brinda en casa, es insuficiente para el cuidado de la salud reproductiva de niños y adolescentes.

Se han analizado factores que inciden para el contagio del VPH y algunos se pueden prevenir modificando conductas individuales no saludables, sin embargo, existen factores que requieren luchas y esfuerzos de múltiples actores, en diferentes frentes, a fin de modificar los de orden político-estructural, tal es el caso de la pobreza y educación, donde una cantidad considerable de población no cuenta con los servicios necesarios para una buena calidad de vida y sufren de discriminación social al carecer de empleo o contar con empleos mal pagados sin beneficios como prestaciones; específicamente de servicios de salud, quedando expuestos y vulnerables ante las enfermedades.

### **Apoyo social**

Por otro lado, existen múltiples preocupaciones en las mujeres con displasia o con CaCu, entre las que predominan la presencia o ausencia de apoyo social, estrés general, bienestar familiar, vida sexual y de pareja, y síntomas físicos asociados al tratamiento.

Existen estudios que refieren que tras dos años posteriores de tratamiento, las mujeres aún manifiestan preocupación por su enfermedad, donde a veces las mujeres pueden experimentar sentimientos de pérdida que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder formar una posterior relación, esto hace que su situación se vea reflejada, donde llegan a señalar mayores preocupaciones reproductivas en pacientes con CaCu, que en mujeres con ausencia de enfermedad. Otro problema es la alteración en la percepción de la imagen corporal, debida a cicatrices que son producto del tratamiento, lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en sí misma, El apoyo social de la familia, pareja y amistades, constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad así lo refiere, (Maldonado, L. et al., 2014).

## **Relación médico-paciente**

Durante nuestra estancia hemos observado que cuando las mujeres reciben información detallada, sin tecnicismos, y acorde a su nivel educativo por parte del personal de salud, disminuyen sus niveles de ansiedad, preocupación y fatalidad que les genera su diagnóstico. Regularmente las pacientes no preguntan ni exigen las explicaciones al médico sobre su problema, ya que la relación desigual las cohibe.

De acuerdo a Castro & Arellano, (2010), recibir información oportuna y accesible de los médicos permitiría a las mujeres apropiarse de sus procesos de atención. Aunque es una disposición legal y ética, los prestadores de salud no ofrecen información, lo que genera incertidumbre ante procesos desconocidos y obstaculiza una adecuada toma de decisiones, que se complica con componentes emocionales y valorativos. El manejo estigmatizante limita buscar ayuda en sus redes, o bien, solicitar información, por el temor de sentirse señaladas, lo que demuestra cómo el ejercicio de la sexualidad femenina se halla cargado de mitos y sometido al juicio social, percepción que se refuerza al ser un asunto poco tratado por los médicos.

De igual forma, señalan que el personal médico debe capacitarse para reconocer las necesidades de información de las pacientes y las actitudes de angustia y desconfianza en las mismas. Debe hacerse visible la relación jerárquica entre el médico y las pacientes, así como las desigualdades de género inmersas en tal relación, para crear canales efectivos de comunicación.

## **METODOLOGÍA**

### **Materiales y Métodos**

El presente apartado tiene el propósito de describir a detalle la estrategia metodológica que se siguió para lograr el objetivo general de la investigación. Esta fase comprende la descripción de las participantes, la construcción del instrumento con el que se recolectó la información, el procedimiento de obtención de la misma y el escenario en el cual se realizó el protocolo.

#### **Estrategia de Investigación**

En la presente investigación se ha decidido utilizar el método cualitativo, pues es el que se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto; se busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados; es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad, (Hernández, 2010).

El diseño utilizado fue el fenomenológico, ya que como igual menciona Hernández, (2010) se adecúa de nuevo a los objetivos. Este diseño se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes; pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia.

Además, se siguió una línea descriptiva, pues la información recabada se recolectó sin manipular nunca el entorno de las participantes.



## **Escenario y Participantes**

En esta indagación cualitativa se eligió a los participantes y el contexto bajo los siguientes cuestionamientos:

- a) ¿Quiénes tienen la información relevante?
- b) ¿Quiénes son más accesibles físicamente y socialmente? (entre los informados).
- c) ¿Quiénes están más dispuestos a informar? (entre los informados y accesibles).
- d) ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión? (entre los informados, accesibles y dispuestos), (Valles, M. 2000)

Se ha considerado la Clínica de Displasias del Hospital del Niño y la Mujer, el contexto idóneo para el cumplimiento del objetivo planteado. La respuesta del hospital y específicamente del médico responsable de la clínica fue siempre favorable, permitiéndonos participar con ellos en todos los procedimientos médicos, así como en el abordaje psicológico.

Es importante mencionar que el Hospital del Niño y la Mujer atienden a 13 municipios del sur del estado y es a través de los Centros de Salud que reciben a las pacientes con este tipo de padecimientos.

## **Delimitación de la Población**

En esta investigación se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con resultados de Papanicolaou alterados por el Virus del Papiloma Humano (VPH, NIC I, NIC II, NIC III o Cáncer In-Situ, Cáncer Cérvico-Uterino invasor) que asisten por primera vez.
- Pacientes afiliadas al Seguro Popular.

De igual manera, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que asistieran por resultados de Híbridos Positivos.
- Pacientes que no accedieran a ser grabadas en audio.

### **Selección de la Muestra**

Se hace mención que la muestra es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia, (Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P., 2006).

De acuerdo a Mayan, (2001), la fórmula cualitativa para el cálculo del tamaño muestra contiene como ingrediente clave la noción, principio o estrategia de saturación, es decir, cuando el desarrollo de categorías es denso en variación y proceso, y cuando las relaciones entre categorías están bien establecidas y válidas, la saturación de los datos es alcanzada y se cumple con el llamado muestreo teórico.

El primer contacto se realiza a través de una charla de psicoeducación (Anexo 1) que consiste en informar a las pacientes sobre lo que es el Virus del Papiloma Humano incluyendo el método de contagio, los síntomas, el proceso de recuperación, los cuidados necesarios y en lo que consiste el abordaje médico.

Cada una de las pacientes fue seleccionada después de la charla bajo los criterios de inclusión previamente mencionados, realizando cada una de las entrevistas hasta cumplir el criterio de saturación, quedando como muestra final 14 mujeres. La distribución se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes.

<b>Clave de identificación</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Diagnóstico medico</b>	<b>Comunidad de procedencia</b>
<b>María</b>	25	Unión libre	NIC I	Navojoa
<b>Mercedes</b>	55	Casada	CaCu (Cáncer Invasor)	Huatabampo
<b>Rocío</b>	33	Unión libre	NIC I	Estación don
<b>Cecilia</b>	35	Unión libre	VPH	Pueblo Mayo
<b>Marcela</b>	25	Soltera	NIC II	Álamos
<b>Alicia</b>	30	Unión libre	VPH/NIC I	Bácum
<b>Alejandra</b>	17	Unión libre	NIC I	Cd. Obregón
<b>Irene</b>	30	Unión libre	Cáncer In-Situ	Bácum
<b>Guadalupe</b>	35	Unión libre	Cáncer In-Situ	Cd. Obregón
<b>Esther</b>	44	Casada	NIC I	Huatabampo
<b>Manuela</b>	55	Viuda	NIC I	San Ignacio Rio Muerto
<b>Lucila</b>	39	Divorciada	VPH	Cd. Obregón
<b>Patricia</b>	29	Unión libre	Cáncer In-Situ	Cd. Obregón
<b>Mirna</b>	19	Unión libre	NIC II	Vícam

(Fuente: Elaboración Propia).

## **Entrevistados Especiales**

El entrevistado especial es quien aporta información directamente relacionada con los objetivos de la investigación, es una persona que ocupa una posición estratégica dentro del ámbito, (Gorden en Delgado, 1999).

La información brindada por los entrevistados especiales fue importante y esclarecedora, ya que nos sirvió como guía para el reconocimiento de las características, y dinámica del lugar y para orientar la selección de los participantes de acuerdo a las variables definidas, (Guillén, 2005). Por otra parte, según Taylor & Bogdan (2009), dependiendo de la posición epistemológica y teórica del investigador, se habla de entrevistado especial a la persona capaz de aportar información sobre el elemento de estudio y además de ser entrevistado, es una persona que se sitúa en el campo y ayuda en el proceso de selección de participantes en el caso de realizar entrevistas.

En nuestro caso los entrevistados especiales son las personas que por su posición dentro de la institución tienen la posibilidad de realizar dicha colaboración; dichos sujetos fueron el médico encargado de la clínica, y la enfermera encargada del programa de cáncer cervicouterino.

Las características de los entrevistados especiales pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Características de los entrevistadores especiales.

<b>Entrevistados especiales</b>	<b>Puesto</b>	<b>Actividad.</b>
<b>Médico</b>	Responsable de la clínica de displasias del hospital del niño y la mujer; médico tratante.	Segundo contacto con las pacientes que llegan a la clínica.
<b>Enfermera</b>	Enfermera encargada del programa de cáncer cervicouterino.	Primer contacto con las pacientes que llegan a la clínica.

(Fuente: Elaboración Propia).

## Instrumento

La información ha sido recopilada por medio de la entrevista semi-estructurada (anexo 2); dicha entrevista fue basada en ciertos núcleos de indagación (anexo 3), que contempla aspectos generales (tabla 3). Una vez realizada la revisión de la literatura y considerando la experiencia personal, se formularon las preguntas, realizando un estudio piloto en una pequeña muestra.

Cabe aclarar que los criterios de las entrevistas cualitativas semi-estructuradas es no instigar a los entrevistados a que nos den una respuesta con base en los intereses del investigador; el entrevistado tiene la libertad de expresar sus propias percepciones del fenómeno de estudio.

También se utilizó la *Entrevista Conversacional*, la cual está compuesta de preguntas que surgen espontáneamente. Los temas no están determinados previamente y se generan también como un trabajo de observación, (Mayan, 2001).

De igual forma, se utilizó la *Observación Participante*. Esta puede usarse para obtener información que de otra forma sería inaccesible. Al participar en el escenario, el investigador adquiere conciencia a través de la experiencia personal al conocer a las personas involucradas, posiblemente haciendo lo que ellas hacen al observar todo por completo, (Mayan, 2001).

Tabla 3. Núcleos de indagación.

Dimensión de núcleos temáticos	Aspectos a indagar
<b>Salud</b>	<p>Psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Toma de decisión</li> <li>❖ Concentración</li> <li>❖ Ansiedad.</li> <li>❖ Depresión</li> <li>❖ Angustia.</li> <li>❖ Temor</li> <li>❖ Miedo</li> <li>❖ Aislamiento</li> <li>❖ Enojo</li> <li>❖ Vergüenza</li> <li>❖ Culpa</li> <li>❖ Rechazo</li> <li>❖ Confusión</li> <li>❖ Estrés</li> </ul>
<b>Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Creencias religiosas</li> <li>❖ Creencias sociales</li> <li>❖ Creencias sexuales</li> <li>❖ Creencias de la salud (sobre VPH)</li> <li>❖ Compensación económica.</li> <li>❖ Relación con la pareja</li> <li>❖ Redes de apoyo (amigos, familiares)</li> </ul>
<b>Afrontamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea la persona para enfrentar las demandas externas e internas.</li> <li>❖ Durmió más de lo habitual</li> <li>❖ Busco ayuda</li> <li>❖ Rezo</li> <li>❖ Hizo ejercicio</li> <li>❖ Se volcó en el trabajo etc.</li> </ul>

(Fuente: Elaboración Propia).

## **Estructura de la Entrevista**

En diseño, además se contemplaron una serie de preguntas para determinar el conocimiento de las pacientes sobre la enfermedad y sobre el procedimiento por el que asisten a la clínica; también, se realizaron preguntas para esclarecer pensamientos, acciones y emociones específicas relacionadas al diagnóstico médico que se les dio.

De igual forma, se establecieron preguntas para determinar la afectación que ha causado la enfermedad en diferentes aspectos de la vida de las pacientes, como: en lo personal, vida de pareja, vida social, vida académica, vida laboral y en lo familiar (Anexo 3).

## **Procedimiento: Estrategias de Contacto**

La participación de los entrevistadores especiales abrió camino para localizar y establecer contacto con nuestras participantes. Acceder a las pacientes no fue una tarea difícil, pues los directivos de la clínica desde un principio nos integraron a sus actividades y nos pasaban a las pacientes para que trabajáramos con ellas de la misma manera en que lo hacían ellos.

En ocasiones y a pesar de la disponibilidad del personal de la clínica, sí nos costaba un poco de trabajo lograr que las pacientes accedieran a una entrevista, o al acompañamiento, pues en sus propias palabras: “*no lo considero necesario*”; en estas situaciones teníamos que tener mucha paciencia y respetar la decisión de las pacientes, pues la participación en el protocolo no era obligatoria por parte de ellas.

El consentimiento informado fortaleció la colaboración y facilitó el contacto; se les explicaba que su participación únicamente consistiría en brindar información por medio de entrevistas, y donde se les aseguraba que sus datos personales serían manejados con absoluta confidencialidad. Una vez leído y firmado el consentimiento, se prosiguió a realizar las entrevistas en dos o más sesiones, buscando siempre las condiciones más adecuadas para la obtención de la información.

La información proporcionada por las pacientes fue siempre grabada en audio y posteriormente transcrita haciendo un análisis preliminar de los datos obtenidos.



## **Sistematización y Análisis de la Información**

El proceso de análisis consistió en codificar y categorizar patrones primarios de los datos en cada una de las entrevistas.

La codificación es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso, (Rubín en Fernández, 2006).

A través de la codificación nos familiarizamos con los datos y se organizó la información; posteriormente se leyeron en repetidas ocasiones todos los datos. Se seleccionaron pasajes de todas las entrevistas y al lado de cada pasaje seleccionado se hicieron anotaciones pertinentes a lo descrito por la paciente, y que nos permitiría más adelante acomodar cada narrativa en su respectiva categoría.

Fernández (2006), refiere que la codificación fuerza al investigador a ver cada detalle, cada cita textual, para determinar qué aporta al análisis. Una vez que se han encontrado esos conceptos y temas individuales, se deben relacionar entre sí para poder elaborar una explicación integrada.

Una vez llevada a cabo la codificación se comenzó a categorizar los datos, se recortaron las secciones del texto y se realizó la agrupación en categorías en archivos separados. En algunas ocasiones la misma oración encajaba en dos categorías; cuando esto sucedía, se realizaba una referencia cruzada de esos datos en la otra categoría.

Una vez que la información ha sido recolectada, transcrita y ordenada la primera tarea consiste en intentar darle sentido, (Álvarez en Fernández, 2006).

Gues en el 2006, hace mención que las categorías son juzgadas mediante dos criterios, homogeneidad interna y homogeneidad externa. La primera se refiere a las categorías individuales; que todos los datos reflejen la categoría y encajan perfectamente en ella. Y la segunda se hace mención que las relaciones entre categorías son todas distintas y diferenciables, las diferencias entre categorías deben ser sólidas y claras.

De nuevo Fernández (2006), agrega que la codificación y la categorización incluyen ciertas tareas fundamentales que son independientes del modelo de análisis utilizado o de la tradición epistemológica en la que se basa la investigación.

## **Aspectos Éticos**

La investigación fue realizada y supervisada por personas técnicamente preparadas, y se ajustó a los principios científicos y se fundamentó en la experiencia previa.

No hubo ningún tipo de riesgo para las pacientes, quienes tenían plena libertad para aceptar o rechazar su condición de colaborar, y se respetó la confidencialidad de cada una de ellas; se le dio un consentimiento a cada paciente.

Las pacientes firmaron un consentimiento informado donde autorizaron la realización de las múltiples entrevistas y donde accedieron a participar en el protocolo de investigación (Anexo 4).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se muestran las evidencias encontradas a partir de la narrativa de las entrevistadas; dichas evidencias se han clasificado en *categorías*, que se han definido previamente con la finalidad de lograr un ajuste idóneo (Anexo 5).

Han surgido las siguientes categorías: *emociones y sentimientos, estilos de afrontamiento, relaciones interpersonales con la pareja, relaciones interpersonales con la familia, relación entre profesional de la salud y pacientes, y creencias.*

### **Categoría: Emociones y sentimientos**

La presencia de displasia o cáncer se constituye como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción con otros, posteriormente, no obstante los beneficios de la prueba de VPH, recibir un diagnóstico positivo puede generar efectos psicosociales en las mujeres: ansiedad, angustia y confusión, sentimientos de culpa o la experiencia de ser estigmatizada, (Maldonado et al. 2014).

De manera específica, el estado de ansiedad ha sido referido como una reacción emocional compleja empleada por estas mujeres al interpretar esta situación como amenazante y por la preocupación de su estado de salud. (Meza-Rodríguez et al. 2011).

Por otro lado, Wiesner, Acosta, Díaz, Tovar y Salcedo, (2016) hacen mención a que la ansiedad y el temor influyen en la decisión de comunicarlo o no, y en qué tanta información se proporciona; también se relaciona con el tiempo que transcurre entre la toma del examen, la entrega y la interpretación de los resultados, pues constituye un periodo determinante para que permanezcan o desaparezcan muchos de los sentimientos.

Por medio de las siguientes narrativas podemos observar como el estado emocional negativo es algo constante en las pacientes desde el momento en el que se les entregan resultados y en el tiempo de espera a la cita siguiente.

“Lo primero que sentí, fue miedo y angustia, estaba muy preocupada por mis hijos... eso sentí... me la he llevado pensando pues si me ha afectado psicológicamente y haz de cuenta que a veces me duele algo a mi... digo ¿será por eso?” (Guadalupe).

“Me soltaba a llorar y yo así ahorita, por ejemplo ahorita que me estaban pesando... mira [me toma la mano y la aprieta] helada.... y yo pues con eso, ese pendiente; cada vez que me subía al camión y yo sabía que tenía que ver al doctor me daba mucha vergüenza y me soltaba, me soltaba llorando ¿verdad?...” (Esther).

“En la panza me dolía bien nerviosa, andaba bien asustada y se me hace que eso nomas” (Patricia).

“Pues... pensé en cómo, por qué yo... lo primero que se viene a la mente es cómo por qué, muchísimas dudas, angustiada yo.... Al informarme dicha enfermedad me dio mucha angustia y preocupación...” (María).

“No pues no sentí nada, me sentí tranquila pero pues ya después si me deprimí, pensando qué voy a hacer, cómo esto, cómo lo otro, qué tendré, estaré mal, se equivocaría el doctor” (Mercedes).

“Primero si me alarmé yo, me asusté más bien por que dije yo ¿cáncer? y si, si me asusté, si me deprimí algo y como me pusieron la fecha bien larga...” (Cecilia).

“Me sentí mal, triste porque me salió esto, y la verdad no esperaba eso yo... no sé si me vaya a doler...Me siento bien triste... [Llanto]...Pues es que yo no esperaba esto... no sé qué hacer no se... [Llanto]... y luego vengo sola...nadie me acompañó y luego las muchachas veo y ellas si traen acompañante... [Llanto]” (Irene).

“Me sentí muy mal...Creo que si como una semana si lo lloré escondidas, ¿no? es que es algo muy feo, eh? con solo hecho de decir el papanico... o sea, o decir cáncer ya te vas a la fase que tú puedas... ya te vas a lo terminal....a lo más feo...Al momento que

me lo dicen recibí un vaso de agua fría... y se siente muy feo... ya el decir papiloma para mi es cáncer... a mí lo que más me dolía eran mis hijos chiquitos, dejar a mis hijos y más al más pequeñito que decía ¿quién lo va aguantar? pero si, es algo yo creo que también yo creo que tus hijos te ayudan a... levantarte el ánimo, el aliento..." (Lucila).

"Mal, me sentía muy mal, por mis hijos...que me iba a morir, que los iba dejar muy chiquitos" (Rocío).

Al igual que Maldonado, L. et. al, (2014), se observa en las narrativas que la falta de consejería parece traducirse en impactos emocionales negativos, que las usuarias mencionan como tristeza, angustia, preocupación, enojo o pena.

La preocupación por la salud, el temor a ser infectadas nuevamente, así como la necesidad de curarse son algunos aspectos observados, (Da Silva, M. Giménez, M. 2009).

Teniendo en cuenta que las ITS se relacionan con conductas que se consideran inadecuadas, la posibilidad de tener el VPH o de recibir una prueba positiva despierta en las mujeres un sentimiento de vergüenza. Así mismo, tal vergüenza influye en la manera como se maneja la información con otros, en las decisiones sobre cómo comunicarla y en cómo se construye la red de apoyo, (Wiesner et al. 2016).

"Ahorita todavía siento mucho coraje porque por culpa de él yo tengo que pasar vergüenzas y haz de cuenta que cada vez que yo iba que hablar de este tema se me salían las lágrimas y empezaba a llorar porque ¿cómo posible? 26 años llevo yo guardándole fidelidad, no sé...coraje, ganas de llorar, ganas de no existir, de desaparecerme, no se..." (Esther)

"Creo que es también vergüenza con mi esposo...porque uno como quiera se siente mal, como contaminada... aunque sé que no es exactamente así, uno no puede evitar eso" (Mirna).

"...Miedo a que me rechace [pareja]" (Alicia).

“Y desde le dije pues como que todo eso como que me afecto demasiado, eso me afecta demasiado y ahorita que me preguntaran que tienes aay no, yo no puedo estar diciendo que tengo esto o sea, para mí es una vergüenza decir que tengo eso” (Esther).

Este sentimiento también es señalado por Brenna en Concha, (2001), quienes reportan que un 87% de las mujeres de su estudio sienten vergüenza frente a la toma de la muestra de PAP. En el estudio de Fernández, et. al, en Concha, la vergüenza fue asociada por las mujeres a la estigmatización de portar una enfermedad de transmisión sexual, por lo que pueden ser señaladas como promiscuas e infieles. En otro estudio, la vergüenza frente al diagnóstico por VPH fue más frecuente en personas jóvenes y con un nivel bajo de conocimiento relacionados con la enfermedad, (Concha, X. Urrutia, T. Riquelme, G. 2012).

Meza-Rodríguez en el 2010, señala que de las pacientes con malestar psicológico, 30.8% emplearon el estilo aceptación de responsabilidad, mismo que está ligado a la propia responsabilidad ante el problema, lo que se asocia con la representación social que viven las mujeres, percibiéndose culpables de lo que les ocurre, siendo la culpa lo que pone en marcha acciones contraproducentes con el cuidado a la salud.

En nuestras narrativas las pacientes refieren sentirse culpables en el momento en que son diagnosticadas con VPH.

“Creo que yo que en algo tuve la culpa por haber permitido tantas cosas que yo no quería, pero pues ya que le voy a hacer, ¿verdad?...” (Mirna).

“En parte pues yo también tengo la culpa por estúpida, por haberme metido con él” (Esther)

Al solicitar una prueba que detecta una ITS, ya sea como el VPH, se despierta en que las mujeres manifiestan rabia y dolor, incluso antes de conocer el resultado. Este sentimiento se hace más o menos intenso en relación con las especificidades de los

roles de género y de la historias de pareja; es decir, cuando se encuentra un mayor anclaje de las relaciones tradicionales de género. Rabia cuando emergen en los recuerdos situaciones en las que se buscan o se confirman posibles culpables, (Wiesner et al. 2016).

“Enojo porque dejé que me pasaran muchas cosas que no tenían que pasarme... sí en ese momento te sientes muy mal, y te sientes muy así asustada pero también enojada porque dices “este cabrón sabía y no me dijo”, o piensas que eres la otra pues, o que él tiene otras y muchas cosas de ese estilo; pero yo soy viuda, y el señor éste ya está mayor y pues como que no te encajan muchas cosas ya que uno entiende ¿ves?...” (Manuela).

Meza-Rodríguez et al., (2011) menciona que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes como enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa.

Después de analizar lo expresado por las mujeres, se puede observar que lo mencionado por los autores coincide con lo encontrado en nuestras narrativas, pues ellas mencionan como principales emociones la depresión, tristeza, ansiedad, culpa, enojo y vergüenza

Cabe mencionar que cuando las pacientes llegan a la clínica de displasias, ya traen cierta carga emocional; esto debido a un diagnóstico malhecho en el centro de salud de donde son enviadas, y por la información errada que se les da al entregarles dicho resultado. Esta ha sido una situación común que hemos podido observar durante nuestra estancia en la clínica de displasias.

### **Categoría: Estilos de Afrontamiento.**

Diversos estudios señalan que las respuestas de afrontamiento más utilizadas por mujeres portadoras de estos problemas son negación, esfuerzos cognitivos

orientados a la solución de la alteración, confrontación, racionalización religiosa, (Maldonado, L. et al. 2014).

En las siguientes narrativas podemos observar los distintos estilos de afrontamiento que desarrollaron nuestras pacientes.

“Son cositas que nos pasan...yo digo pequeñas cositas que pero que hay remedio, para todo hay remedio; malo es cuando nos sentamos a llorar y no hacemos nada...Muchas veces culpamos a mucha gente pero yo creo no es momento de culpar a nadie, es momento de atenderse uno; ya el hacerse preguntas no tiene caso, y buscar por qué tampoco” (Lucila).

“El problema que yo traigo pues ni modo es un problema que tengo y tengo que platicarlo sacarlo y porque si voy a estar viniendo a las citas tengo que platicar y decir que problema tengo para que me apoye o no saber que va pasar ya de ahí va depender que va pasar conmigo...” (Alicia).

“Es algo muy importante y uno como mujer no dejar estas enfermedades porque con el tiempo... como me dijeron a mi puede tener problemas, consecuencias, y ya después va a ser demasiado tarde y ya no tiene caso, y más vale con tiempo revisarse, checar y no estar después lamentándose por culpa de uno mismo...” (Alicia).

“No pues... he pensado que o sea, a la vez me consuela que digo yo, porque si yo... es lo que te digo, si en 3 años...no creo que en 3 años se me haya desarrollado...si va empezando pues a la mejor tengo remedio, me alivio, y eso pienso yo, tengo mucha fé en Dios” (Manuela).

“No, no, no mucho, porque no lloré ni media hora... [Risas] así cuando le dije... a la madre... no dije a la verga y comencé a llorar así despacito y me comencé a secar las lágrimas, y dije yo no voy a llorar yo dije porque mucha gente se ha curado de esto y ya, yo sola me puse a pensar sola, sola...” (Marcela).



El estilo de afrontamiento a que recurre cada mujer en particular, la presencia o ausencia de manifestaciones de depresión, ansiedad o ambas son los factores que permitirán la identificación de la respuesta emocional en estas mujeres, (Meza-Rodríguez et. al, 2011)

Maldonado, L. et. al, (2010) refiere que la identificación de la respuesta emocional en este tipo de pacientes se logra a partir del reconocimiento del estilo de afrontamiento al que recurre cada mujer, la presencia o ausencia de depresión, ansiedad o ambas. Además, es necesario señalar que se considera que la adaptación a la enfermedad va ligada a una situación reactiva conocida como malestar psicológico.

### **Categoría: Relaciones interpersonales con la pareja.**

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Vargas-Daza en el 2013, la experiencia de ser portadora de VPH involucra en su contenido los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos que tienen sobre el cuerpo, el ser mujer, la sexualidad y las enfermedades sexuales.

En la mayoría de las mujeres se presentaron conflictos para comunicar a la pareja la posibilidad de tener una infección de transmisión sexual (VPH), lo cual se hizo particularmente notorio en el momento de la confirmación del resultado positivo; esto, por el miedo a la reacción de la pareja, que puede generar una ruptura de la relación, (Wiesner et al. 2016). Mencionan que las mujeres pueden experimentar sentimientos de pérdida que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder formar una posterior relación.

Dichos expresiones se presentan en las siguientes narrativas expresadas por las pacientes de la clínica de displasias.

“Si, me ha afectado porque me la llevo con puros gritos, y se enoja y como si me quisiera decir que yo tengo la culpa de eso de lo que me pasó de la displasia; por todo se enoja, me habla y a cada ratito se la lleva hablándome para saber dónde estoy...como que me vigila; piensa que estoy haciendo algo malo o no sé, y a cada rato

me marca. Ahorita ya me marcó en la mañana y ya no sé qué decirle yo [llanto]...Me afectó de que ya no iba poder tener relaciones con mi esposo, a que yo tuviera algo malo y que no quería pegarle algo yo malo a él” (Irene).

“[Esposo] cuando yo hablé, él se negó, y yo dije pues es que el doctor no me puede estar echando mentiras, te voy a llevar le dije yo. Entonces ahí tuvo que admitir que si había tenido otras pareja y no una, fueron dos o tres más...y pues fueron de la vida pues...de la vida galante... y así le dije yo [esposo] ya no te tengo confianza, de ahora en adelante yo ya no quiero contigo nada. Y si más adelante hay algo pues con condón le dije, porque tú a mí ya no me vuelves a pegar nada” (Esther).

“Cuando yo le hablé a mi ex para decirle que estaba pasando, porque él era mi esposo todavía, me dijo él que él estaba limpio, que yo era, que quién sabe dónde lo habría agarrado. Entonces yo hablé con mi doctor, y el doctor me dijo ‘dile que le hagan un cepillado, si a él le dolió te lo va a decir’; y ya me dijo ‘no, ya me hicieron estudios’, jamás me dijo si es cierto o no es cierto y entonces...en la forma en la que me lo dijo me lastimó” (Lucila).

“Si cambian mucho las cosas; o sea ya por mí ya las cosas son aparte, ya no es la misma...en confianza cambias. De convivir pues igual, lo mismo, pero ya para dormir eso ya es aparte”...“Más que nada la confianza porque no es lo mismo...y lo que ellos dicen que no tienen nada...lo niegan pues” (Rocío).

“Él piensa que lo engañé, desde entonces ya no es igual, por todo se enoja” (Irene).

Retomando a Vargas-Daza (2013), las pacientes al ser mujer-madre viven la experiencia de ser diagnosticadas con VPH como una sentencia de muerte física y sociocultural, cuestión que se enlaza con aspectos valorativos en los que padecer una enfermedad que se transmite vía sexual las devalúa socialmente como procreadoras y como madres, pero, además, su muerte física adquiere el significado de ya no poder cubrir su papel de protectoras de los hijos, ya que consideran que el padre los abandonará.

Aunado a las narrativas, nuestros informantes claves refieren, que uno de los principales apoyos que deberían tener las pacientes que son atendidas en la clínica es

la pareja, pues se les da la oportunidad de compartir la situación que están viviendo en ese momento. Sin embargo, no es siempre este el caso, pues hay pacientes que refieren el abandono de sus parejas desde la entrega de resultados del PAP, o el alejamiento en el terreno sexual.

Diversos estudios también expresan la negación frente al diagnóstico de infección por VPH en cuanto a ser portadores del VPH, ninguno de los dos, mujer/hombre, quiere ser portador de la infección del VPH, los hombres niegan cualquier tipo de infección, o la posibilidad de transmitir la enfermedad, dejando traslucir otro elemento cultural por parte de los hombres “el machismo” el cual se transforma en una barrera al momento de diagnosticar la infección y prevenir su contagio, (Concha et al. 2012)

### **Categoría: Relaciones interpersonales con la familia.**

Según Goffman en Castro & Arellano (2013), se considera que las mujeres son poseedoras de un atributo desacreditador, viven tal percepción como personas estigmatizadas; sea real, o no, o haber pasado, o no, por la experiencia de discriminación o crítica por tal atributo: siente una permanente incertidumbre por no saber lo que los demás piensan de ellas, de cómo serán categorizadas.

Esta subcategoría adquiere un significado importante, pues puede observarse con claridad como el sentido de las expresiones de diferentes pacientes se orienta tanto al miedo a expresar sus sentimientos, la vergüenza de comunicar el diagnóstico y la tristeza por su situación actual, pero después de todo se sienten apoyados por los miembros de su familia, ya sea nuclear o extendida.

“Más tranquila fíjate que ya hasta ni me preocupo. Mis hijos y mis hermanas igual que como te decía me llaman todos los días fíjate, para preguntar ‘mamá, ¿cómo estás?, ¿mamá ocupas algo? ¿Mamá cómo te sientes?’ Y si se siente muy bonito porque nos sirve estar así, yo me siento mejor” (Manuela).

“Me da miedo decirle a mi familia; no le he dicho a mi mamá, habla conmigo por teléfono y también le dije de ese estudio que me hice; me preguntó cómo estaba y si le dije del estudio, pero no de la enfermedad que tengo” (Alicia).

“Yo no tuve la culpa, ni el chamaco tampoco, yo no lo voy a llevar a que pase vergüenzas conmigo le dije [esposo], porque yo lo veía como que ‘ay no, cómo la voy a acompañar’. Y el niño me dijo ‘amá yo voy a ir con usted, usted no se preocupe’. Y yo ay no, y si me pasa algo y me pongo a llorar...ay sabe, ¿qué voy a hacer? Sabe, sentía cosas pues, y ya dije yo no...pues ultimadamente él fue el que me hizo esto, él es el que me tiene que acompañar y afrontar los problemas conmigo, hay se la hecha” (Esther).

“Esto me ha ayudado. Todos los días me han hablado mis hijos, mis hermanos...” (Manuela).

“He tenido apoyo hasta eso, y me han apoyado todos para poder venir para acá con los pasajes...mucho apoyo...bien” (Rocío).

“Tratan de que no esté encerrada, que no esté pensando, que vamos a caminar, que vamos para allá...así nada más me traen, y así como si nada aunque si me da nervios un ratito nada más” (Rocío).

“Mi amá me dijo que no, que eso es normal, que a todas les pasa, que a ella también le pasó, que a mi hermana también. Que para qué venía al doctor si de todos modos los doctores nada más te lo alargan y que cuando ya te pones grave es cuando te lo curan, entonces yo te voy a curar y así” (Mirna).

De acuerdo a nuestros entrevistados claves, esta categoría es una de las más importantes pues la mayoría de las pacientes que ellos atienden reportan buena comunicación con sus familiares. Durante el proceso de diagnóstico y las primeras citas, ellas experimentan una gran variedad de emociones negativas por lo que el apoyo y acompañamiento de sus familiares es de suma importancia.

### **Categoría: Relación entre profesionales de la salud y pacientes.**

No obstante, ellas mismas mencionan que en ocasiones los médicos utilizan términos demasiado técnicos, que son difíciles de entender (tales como: periodo de latencia, factor de riesgo), no siempre proporcionan un ambiente favorable para el diálogo, y, en algunos casos, tampoco resuelven todas las inquietudes, pues muchas de éstas surgieron después del momento de la consulta, (Wiesner et al. 2016).

“[Enfermera] ella fue a mi casa, me buscó y me dijo que tenía cáncer, que me presentara a la clínica, y yo fui pues me asusté bastante, ¿no? Yo fui y cuando ya me tocó pasar con el doctor, me dijo que él era el doctor y que él me iba a explicar. Entonces yo le pregunté ‘oiga doctor, ¿salí con cáncer?’ No, me dijo; usted no tiene cáncer. Usted tiene el virus del papiloma humano, tiene que hablar con su pareja porque su pareja pues se lo contagió” (Esther).

“Me dijo, eso se transmite por vía sexual solamente, o sea que su pareja además de usted tuvo otra pareja o tiene o ha tenido otra pareja, me dijo. Y yo pues como un balde de agua fría” (Esther).

“No, no me dieron nada ahí en el sector, o sea, no me dieron plástica, me mandó el doctor para que me hicieran estudios sobre el papiloma” (Mercedes).

“Nos dijeron que el papiloma de hecho (en una plástica) también se transmitía por falta de higiene, y que así nomás por sexo, por transmisión sexual...eso es lo que había escuchado yo” (Marcela).

“Ay pues...es que la doctora me dijo que tenía cáncer en...el...in...sabe...” (Patricia).

“No, no me dijeron nada en el sector de salud, yo supe porque les pregunté...” (Alejandra).

“Ahora me siento bien ya; me siento contenta. Ya me dijo el doctor de aquí de la clínica de displasias que ya está bien, que ya va a ser mi último estudio y ya para ver si salgo bien; ya me siento agusto ya que me libré” (Irene).

La siguiente narrativa corresponde a nuestro infórmate clave, quien hace referencia a la manera en la que las clínicas que atienden este tipo de enfermedad (VPH), deben funcionar, y los errores detectados al tomar las muestras.

“Primeramente, para que una clínica de displasias, o cualquier programa funcione se necesita compromiso de las gentes que están en la clínica de displasias, pero también de las gentes del sector salud que refieren a esas pacientes; que estén impregnadas de cómo funciona la clínica de displasias. Hay gente a las que envían de los centros de salud...Obregón, Navojoa...y las mandan así porque sí. De entrada ignorando muchas cosas y posteriormente...este... mal enviadas, mal canalizadas, mal sensibilizadas. Muchas veces vienen asustadas, no saben a qué vienen, y a parte sin la documentación adecuada para darles un seguimiento y...un final feliz a lo que viene... una resolución final adecuada a esas pacientes... Hay pacientes que te impactan, porque son gentes que vienen muy jóvenes, y son contadas con lesiones de alto grado; hay pacientes que eventualmente vienen porque traen una lesión aparentemente sencilla y les hemos detectado cáncer invasor y ya no las volvemos a ver porque fallecen; llegan un cáncer invasor en etapas avanzadas y quien las envía, las envía por lesión de bajo grado” (Médico)

Alba, L. Fajardo, O. Tixtha, L. y Papaqui, J., (2012), refieren que se debe desarrollar una adecuada relación enfermera-paciente, desde que ingresa al hospital, nos permite elaborar una valoración más exhaustiva del estado de salud del paciente, identificando a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo que el proceso de comunicar es la base y eje de los cuidados de enfermería.

## Categoría: Creencias

Las creencias, al igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de complejos procesos mediante los cuales, el conocimiento puede ser creado y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas.

En los relatos de las mujeres es posible observar matices con respecto a la manera cómo viven y se expresan sobre su religiosidad. Una de las mujeres, quien manifestó ser muy creyente y practicante activa de la religión católica, se refirió al VPH como un posible castigo de Dios, y otra mujer expresó culpa frente a la idea de haber descuidado su salud, (Wiesner et al. 2016).

“Si, de hecho me la llevo pensando que será algo malo... de hecho hasta largo se me está haciendo el tiempo de aquí hasta junio, ojalá Dios quiera y no me pase nada.... me puse a pensar si me sale algo malo, que tal si me sale que tengo cáncer o alguna cosa que yo no quiera escuchar, que me digan que estoy mal o algo y por eso te digo se me vinieron muchas cosas a la cabeza...Ahorita ando tranquila entre lo que cabe pero a veces si me acuerdo y pienso muchas cosas en la cabeza de las que te comenté así...” (Alicia).

“Que tenía cáncer...porque mi mamá murió de cáncer” (Manuela).

“Los estudios que me dijeron que me pudiera dar cáncer, si no me atendía luego...que iba a tener cáncer...ya la muerte que yo que sé [risas] es lo primero que le pasa por uno...es morir precisamente” (Rocío).

“Yo pensé que pues...me imaginé que era cáncer; es cáncer, pero lo bueno que va empezando apenas” (Patricia).

“Que a la mejor traía cáncer o tenía principios de cáncer, o que me podían quitar un ovario” (Mirna).

“Pues la verdad al darme la noticia me sentí mal, por el problema que yo no sabía de qué se trataba la enfermedad; y si me sentí mal porque pensé lo peor, dije: a la mejor es un problema que no tiene cura, y dije yo, ¿qué voy a hacer? Y pensé en mis hijos en ese momento” (Alicia).

“Pero él... [Esposo] no entiende eso, ese es el problema yo le digo, si tú sabes que yo nunca me había hecho el Papanicolaou si me lo hubiera hecho eso antes de estar contigo me hubiera salido eso y yo te digo eso pero tú no entiendes” (Irene).

“Si él [esposo] al menos se hubiera protegido con las fulanas que se metió dije yo pues yo no estuviera en ese problema” (Esther).

“Ya la verdad me he apegado mucho a Dios y yo digo lo que venga es bueno y lo que no pues por algo nos lo están mandando, por algo a veces yo siento que son...a veces algo para que nos enfoquemos a él y pidamos un poquito más” (Lucila).

“Lo primero que hice... (Toma aire y sonrío), fue pedirle a Dios. Pedirle a Dios que me abriera puertas, no te voy a mentir se me cerraron muchas puertas pero se me abrieron muchas, eh...fue pedirle más que nada a Dios “(Lucila).

Las creencias fatalistas son determinadas o agravadas por factores estructurales en las cuales se incluyen el racismo, las dificultades económicas, y la inaccesibilidad a la atención de la salud. La fatalidad de una enfermedad, si es tomada en su expresión máxima, evitará que la mujer lleve a cabo una conducta preventiva, asegurando que *“frente a dicha sentencia de muerte no hay nada que hacer”*, (Concha et al., 2012).

### **Categoría: Conocimiento de la enfermedad**

Continuando con lo expuesto por Concha et al. en el 2002, a pesar que la infección por VPH está ampliamente difundida en el mundo, es una infección aún desconocida por parte de la población en riesgo, lo que asociado a diversos factores culturales, favorecen el desarrollo de creencias que dificultan su prevención y diagnóstico precoz.



También, estos autores mencionan que la educación en salud debe considerar aspectos cognitivos sociales y culturales de acuerdo a una determinada sociedad y desde esta perspectiva, es que, desde el ámbito de la psicología emergen diferentes modelos sociales relacionados al comportamiento y la salud.

“No, en mi vida había escuchado sobre una displasia, si había escuchado sobre el virus, pero no en sí de la enfermedad, cuáles eran los síntomas, las consecuencias, eso” (María).

“De hecho yo oí en la tele, en la Rosa de Guadalupe escuché el comentario del virus del papiloma que era por trasmisión sexual, eso fue lo que escuché, es lo que tenía entendido...” (Alicia).

“Que se trasmitía sexualmente...ajá... y que cuando lo tienes, te salen verruguitas ahí algo así.... [Risas] nomás es lo único” (Alejandra).

“De displasias no, pero del virus del papiloma humano más o menos, yo pensé que nomás eran las verrugas, como lo dicen, no sabía que aparecían displasias también. De displasias no sabía” (Guadalupe).

Por otro parte, al hablar con los entrevistados claves, refirieron que la mayoría de las pacientes no saben en sí qué es la enfermedad ni a lo que asisten a la clínica los días de sus citas. Al indagar un poco más, uno de nuestros informantes claves refiere lo siguiente:

“La mayoría de las pacientes que asisten al servicio no tienen un nivel básico de escolaridad y la mayoría son vienen de pueblos circunvecinos; esto nosotros podemos verlo en una baja conciencia de la gravedad del padecimiento en ellas, y pues en un manejo pobre ya sea del tratamiento y rehabilitación, y del proceso en sí que se lleva a cabo”, (Enfermera).

Se considera conveniente la implementación de programas de psicoeducación para las pacientes, sus parejas y familiares, con el fin de orientarlos sobre la evolución del padecimiento y el riesgo de presentar síntomas afectivos, (García, G. Joffre, V. Martínez, G. Llanes, A. Reyes, V. y Martínez, G., 2011)

## CONCLUSIONES

La infección por virus del papiloma humano (VPH) ha adquirido una relevancia importante por su alto nivel de incidencia y su relación con el cáncer cervicouterino, lo que ha demandado una visión integral del fenómeno abarcando no sólo la dimensión física sino también la dimensión psicológica que innegablemente se ve afectada, produciendo una serie de experiencias emocionales, originadas por situaciones ambientales y personales, dichas experiencias desencadenan estados de depresión, tristeza, ansiedad, culpa, enojo, vergüenza, miedo y confusión.

A pesar de que los estados emocionales negativos son constantes en la población, las pacientes desarrollan esfuerzos cognitivos y conductuales para afrontar esas situaciones y/o experiencias, echan mano de diferentes recursos para solucionar lo que ellas valoran como problema de acuerdo al momento, situación y etapa de la vida en que se encuentran, así como de su experiencia. Los datos obtenidos constituyen una clara evidencia de que los estados emocionales son diversos. No obstante, observamos que la utilización de estrategias de afrontamiento se dirige preferentemente a la emoción teniendo más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigidas a la emoción modifican la forma de vivir, sin cambiarla objetivamente.

Por otro lado, las redes de apoyo social tienen un impacto significativo en la manera de afrontar la enfermedad, en las expresiones se evidencia que las relaciones y las transferencias que se establecen cumplen un papel protector en el deterioro de la salud; se observó que las mujeres referían que el hecho de platicar con alguien cercano a ellas de su diagnóstico les generaba tranquilidad y serenidad.

La pareja cobra especial importancia en esta problemática, pues se encontró que los hombres reaccionan de maneras particulares: evaden el problema, niegan su responsabilidad y la dirigen a las mujeres, interrumpen toda actividad sexual e incluso, llegan a separarse de sus parejas.

Las pacientes manifiestan inseguridad, debido a la posible infidelidad de sus parejas, miedo a ser culpadas y señaladas de ser infieles por parte de ellos, el estigma social se hace presente.

La relación que se da con los hijos, padres, amigos o familiares cercanos la valoran como importante, pues tienen la seguridad de que encontrarán un apoyo en ellos para hacerle frente al problema. Contrario a la relación con la pareja, la relación afectiva con otros significativos es uno de los principales apoyos con los que las pacientes cuentan; se pudo observar que la población acudía a sus consultas acompañadas por sus madres, hermanas y en ocasiones con sus hijos. Uno de los elementos importantes a rescatar, es que este tipo de vínculo las hace sentir más seguras, identificando un cambio positivo en la relación con su familia.

Una de las categorías más relevantes es la relación existente entre los profesionales de los centros de salud, lugar donde la paciente establece el primer contacto, y posteriormente, se canaliza a la clínica de displasias, donde se le da una atención más especializada. Se ha identificado que los profesionales de la salud de dichos centros de salud no están entrenados para abordar este tipo de problemática; las pacientes llegan mal informadas y mal diagnosticadas, generando en ellas un cúmulo de emociones negativas que desbordan su equilibrio y bienestar psicológico, ya que vienen con la idea de que tienen cáncer, cuando no necesariamente es así.

Es necesario distinguir la necesidad y la importancia del psicólogo de la salud en los hospitales, el manejo del aspecto psicológico en las enfermedades evidencia su relevancia. La humanización en la atención en la salud implica nuevas formas de intervención, de roles y de comunicación, que nos ayuden a fortalecer estilos de vida saludables, adherencia al tratamiento, y a mejorar la forma de valorar la calidad de vida para lograr un bienestar biopsicosocial.

Otro elemento importante a mencionar, es el papel que juega la dimensión religiosa. Las mujeres que tienen creencias y prácticas religiosas se mostraban más positivas acerca de su enfermedad, construían o reconstruían la enfermedad dándole un significado; dichas creencias y prácticas religiosas se mostraban como parte del proceso de afrontamiento, dándole un significado relevante para la recuperación de la salud.

Por otro lado, el nivel económico y educativo determina la forma en que las pacientes dan significado a su realidad, desde que son diagnosticadas hasta las diferentes etapas a las cuales tienen que enfrentarse durante el proceso. El aspecto económico determina la asistencia o no a las citas médicas, en muchos de los casos dan prioridad a la alimentación o educación de sus hijos, dejando en segundo plano la atención a su salud, y en consecuencia permitiendo el avance de la enfermedad. Respecto a la formación educativa identificamos que a las mujeres de menor nivel educativo les cuesta más trabajo comprender las implicaciones sobre su padecimiento y los cambios conductuales y cognitivos que deben generarse para lograr una buena calidad de vida.

En nuestra opinión, y de acuerdo a las evidencias encontradas, los profesionales de la salud de primer nivel, no cuentan con habilidades de comunicación que sirvan para informar y explicar los diagnósticos a las pacientes, de manera que esto no se traduzca en el desarrollo de emociones y sentimientos negativos, que a su vez se conviertan en un punto imprescindible para la falta de adherencia al tratamiento.

Se observa en la población en general una carencia de información respecto al VPH; existe una escasez de programas de prevención con bases científicas, que nos permitan informar y promover habilidades que asienten la adquisición de determinadas competencias que nos ayuden a que los niveles de incidencia no sigan en aumento. Es menester de los gobiernos, de las instituciones de salud y educación, de los profesionales del campo de salud o personas en general interesadas en este fenómeno, redoblar esfuerzos que coadyuven a combatir esta problemática bajo un enfoque interdisciplinario.

Se demuestra con este trabajo que la dimensión psicológica juega un papel determinante tanto en la etapa de adquisición de la enfermedad, como en el tratamiento.

## RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos por esta investigación, se han desarrollado los siguientes puntos:

- Implementación de programas de educación e intervención para la salud, basados en modelos teóricos que den respuesta a las necesidades de dicha problemática, basados en un enfoque biopsicosocial, y centrados -desde nuestro punto de vista- en la educación básica.
- Capacitar a todo profesional responsable de los centros de salud y hospitales sobre medidas preventivas y de rehabilitación sobre esta enfermedad, y a la par, entrenar habilidades de comunicación y empatía, con la finalidad de que a la hora de notificar resultados positivos, puedan referirlos de tal manera que no promuevan el desarrollo de estados emocionales negativos en las pacientes, y se fomente la adherencia al tratamiento con mayor eficacia.
- Capacitar al personal de salud responsable de tomar los papanicolaou's y de analizar las muestras, sobre la manera correcta y ética de hacer la prueba, para evitar resultados erróneos
- Implementar charlas de psicoeducación en los centros de salud de manera permanente, dirigidos sobre los métodos de prevención, la vacuna del VPH, la sintomatología, las consecuencias y la rehabilitación.
- Concientizar a la población en general, incluyendo a los profesionales de la salud, sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou cada año, una vez iniciada la vida sexual.
- Contar con psicólogos de la salud desde un nivel preventivo hasta la rehabilitación y el tratamiento de la enfermedad, por las implicaciones

conductuales y el impacto psicológico que rodean a dicho padecimiento. Desde la dimensión psicológica se pueden establecer conductas instrumentales de salud, identificación de estilos interactivos y conductas de riesgo, empleo de técnicas y procedimientos; adherencia al tratamiento, regulación emocional, toma de decisión, solución de problemas, autoestima, estilos de afrontamiento, charlas de psicoeducación, capacitación a otros profesionales, por mencionar algunas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Garay M.L., Chávez Chávez J.P., Gómez Romo S. Y Camacho Cortes J.L. (2009). 123 Mujeres con Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado y Manejo en Espera, atendidas en la Clínica de Colposcopia: Servicio Oncología, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal., e Instituto Jalisciense de Cancerología, de la Secretaria de Salud en Jalisco. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. Vol. I No. 1
- Alba L.A, Fajardo O.G, Tixtha L. E, Papaqui-H. J. (2012) La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012 ©INNN, 2010 Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>.
- Amarís Macías, C.M. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología del Caribe*, 125.
- Araujo E., Barroso S., Cendón A., Muñoz M., Ortunio M., Cardozo R., Guevara H. (2010). Infección por virus de papiloma humano en mujeres: hallazgos paraclínicos. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.70 n.2
- Arellano-Gálvez MC, Castro-Vázquez MC.(2013) El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales* 42. 2013; 21 (42): 261-278.
- Ávila. M, Cavazzab. M.E, Vásquez W, Ortega. J, López, Correnti. M (2008). Genotipificación del virus de papiloma humano en pacientes con condilomas acuminados. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*. 28:127-13.



- Castro Vásquez M.C. y Arellano Gálvez M.C. (2014). Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. La ventana, núm. 39
- Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Pública Mex 2010; 52:207-212.
- Ceballos, C.W. (2009). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. Revista Colombiana Cancerol, 145-156.
- Cestero, R. M. (2006). La crioterapia del cérvix. Obtenido de [http://www.geosalud.com/VPH/cervical\\_cryotherapy.pdf](http://www.geosalud.com/VPH/cervical_cryotherapy.pdf)
- Clínica, S. E. (Agosto de 2014). Prueba de Papanicolaou. Obtenido de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/pruebas-y-procedimientos/prueba-de-papanicolaou>
- Concha P. X, Urrutia S.T, Riquelme H. G. (2012) Creencias y virus papiloma humano. Rev chil obstet ginecol 2012; 77(2): 87 – 92.
- Consortio para la educación compensatoria y la formación ocupacional de gipuzkoa. Sistema de planificación del programa de intervención socioeducativa. Obtenido de: <http://www.gipuzkoa.eus/kale-heziketa/archivos-pdf/volumen2-tecnica.pdf> 17 de junio 2016.
- Da Silva Marques Ferreira M.L, Giménez Galvão M. T (2009) Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. Ginecol Obstet Mex 2005; 73: 531-6
- Delgado, J.M. (1999). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis Psicología.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2013) Obtenido de: <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1308-muy-alto-el-porcentaje-de-mujeres-menores-de-30-anos-con-vph.html> 11 de junio de 2016

Ibarra Guillermo (2015) virus del papiloma humano Obtenido de: <Http://www.mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/714-virus-del-papiloma-humano>. 11 de junio de 2016

Fernández Núñez Lissette. (2006) ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí La Recerca ISSN: 1886-1946

García Maldonado G., Joffre Velázquez V.M., Martínez Perales G.M., Llanes Castillo A., Reyes Chong V. y Martínez Salazar G.J. 2011. Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 1, págs. 64 a 73.

Gues, G. 2006. ¿How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Fiel methods (18) 1.59-82

Guillen, M. 2005. Reconfiguración productiva, crecimiento urbano e identidades: representaciones sociales de los pobres en la periferia urbana de una ciudad del norte de México. Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.

Gynecologists, T.A. (2015). La Colposcopia. Obtenido de <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-colposcopia>

Hernández-Carreño, L. (2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano. Revista Digital Universitaria, 2-13.

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. México, D.F., Mc Graw Hill.

HPV-Test. (2003). ¿Cómo se trata la displasia? Obtenido de <http://www.hpv-test.es/about-hpv/cervical-dysplasia-faqs/>

León-Maldonado L., Allen-Leigh B. y Lazcano-Ponce E. (2014). Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México.

López, V. (2007). La electrocirugía en el tratamiento de las lesiones intraepiteliales del cervix. Obtenido de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=13504>

Madrid, C. D. (Marzo de 2016). Biopsia Cervical. Obtenido de <https://www.clinicadam.com/salud/5/003912.html>

Martínez. C.M, Torrientes. H. B (2006) Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. v.32 n.1 Ciudad de la Habana.

Mayan, M. 2001. Una introducción a los métodos cualitativos. Edmonton: IIQM

Meza-Rodríguez M. del P, Mancilla-Ramírez J, Morales-Carmona F, Sánchez-Bravo C, Pimentel-Nieto D, Carreño-Meléndez J (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. Perinatol Reprod Hum. 25 (1): 17-22.

Meza-Rodríguez M. Del P., Carreño Meléndez J., Morales Carmona F., Aranda Flores C., Sánchez Bravo C, Espíndola Hernández J.G. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. Perinatol Reprod Hum. 22 (3): 168-173.

- Montañés, M.C. (s.f.). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Obtenido de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf> 09 de Mayo de 2016.
- Mora, B. (2012) El impacto emocional del virus del papiloma humano en las mujeres. Obtenido de: <http://periodicoaltavoz.blogspot.mx/2012/10/el-impacto-emocional-del-virus-del-4574.html>
- Organización mundial de la salud (OMS). (2011) Obtenido de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420%3A2011-cervical-cancer&catid=3595%3Acervical-cancer-content2&Itemid=3637&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420%3A2011-cervical-cancer&catid=3595%3Acervical-cancer-content2&Itemid=3637&lang=es). 11 de junio de 2016.
- Organization, W. H. (2016). Introducción al cáncer invasor de cuello uterino. Obtenido de <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=3>
- Ortiz, S.R. (2004). Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia.
- Oncology, A.S. (Agosto de 2014). Prueba de Papanicolaou. Obtenido de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-delc%C3%A1ncer/pruebas-y-procedimientos/prueba-de-papanicolaou> 09 de mayo de 2016.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Obtenido de <http://www.rae.es/rae.html> 09 de junio 2016.
- Robertson, A. (15 de Mayo de 2006). Biopsia Cervical. Obtenido de <https://www.clinicadam.com/salud/5/003912.html> 09 de junio 2016.
- Rodríguez González D., Pérez Piñero J. Sarduy Nápoles M. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol; 40 (2)

Secretaría de Salud (2015) Obtenido de: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>. 11 de junio de 2016.

Sampieri, R.H. (2010). Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw Hill.

Serman, F. (2002) Cáncer cérvicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento (2002) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Carabineros revista chilena.

Soldán, R.S. (2003). Importancia de un equipo multidisciplinario en tratamiento y manejo de enfermedades desde edades tempranas de la vida. Gaceta Médica Boliviana.

Taylor, S. Bogdan, R. (1986) "Introducción: Ir hacia la gente", En introducción a los métodos cualitativos de investigación. Disponible: [HTTP://Ulloavision.org/archivos/antologias/meto2]

Terán-Figueroa Y, Muñiz-Carreón P, Fernández Moya M, Galán-Cuevas S, Noyola-Range N, Gutiérrez-Enríquez SO, Ortiz-Valdez JA, Cruz-Valdez A. (2015) Repercusión del cáncer cervicouterino en pacientes con limitaciones de acceso a los servicios de salud. Artículo original. Ginecol Obstet Mex 2015;83:162-172.

Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. (2005) Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex 47:342-350. vol.47, no.5.

Torrientes Hernández B Y Valentín Martínez R. (2002) Aplicación del interferón en el tratamiento de la infección por virus del papiloma humano Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(3):174-7.

Valderrama, E. (2003). *Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas*. Recuperado el 30 de Junio de 2016 de:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/584/1/Valderrama\\_te.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/584/1/Valderrama_te.pdf)

Valles, M. 2000. *Técnicas cualitativas de investigación social: una reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis. Madrid.

Vargas-Daza E.R., Quiroz-Añorve E.D., Galicia-Rodríguez L. y Villarreal-Ríos E. (2013). *Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 22(1):5-12

Velásquez, J.L. (2007). *La electrocirugía en el tratamiento de lesiones intraepiteliales del cérvix*. *Medigraphic Artemisa*, 31-35

Wiesner C.C, Acosta P.J, Díaz C.A, Tovar M.S, Salcedo F.H. (2016) *Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio*. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia

Zaldívar, G. Martín, F. Sosa, C. Ávila, J. Lloret, M. Román, M. Vega, G. (2012). *Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.

# ANEXOS

## Anexo 1

### Charla de Psicoeducación



**Hospital General de Obregón**  
**Universidad de Sonora**  
*Licenciatura en Psicología de la salud*



## "Clínica de displasias del HGO"

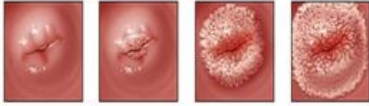


*Psicólogas de la salud:*  
*Magdalena Arana Olivas, Fabiola Villavicencio Montes*

## CLÍNICA DE DISPLASIAS ES:

- Es un lugar diseñado y establecido para la atención de pacientes cuyo resultado de Papanicolaou indica la presencia de infección por VPH, displasias o cáncer de cuello de la matriz.

### ¿Qué son las Displasias?





Vista del Cervix a través de la Vagina

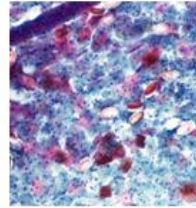
- Las displasias son lesiones que se caracterizan por un cambio en la forma de las células.
- Displasia **NO** es lo mismo que Cáncer cérvicouterino.



## ¿QUÉ ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO ?

Virus que genera una infección de transmisión sexual.

- Cuando el virus entra al cuerpo, comienza a modificar la forma normal de las células del cérvix.

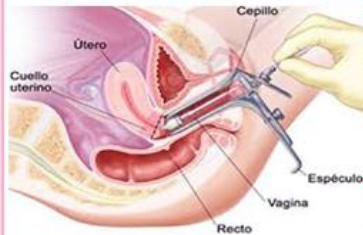


## ¿CÓMO SE CONTAGIA?

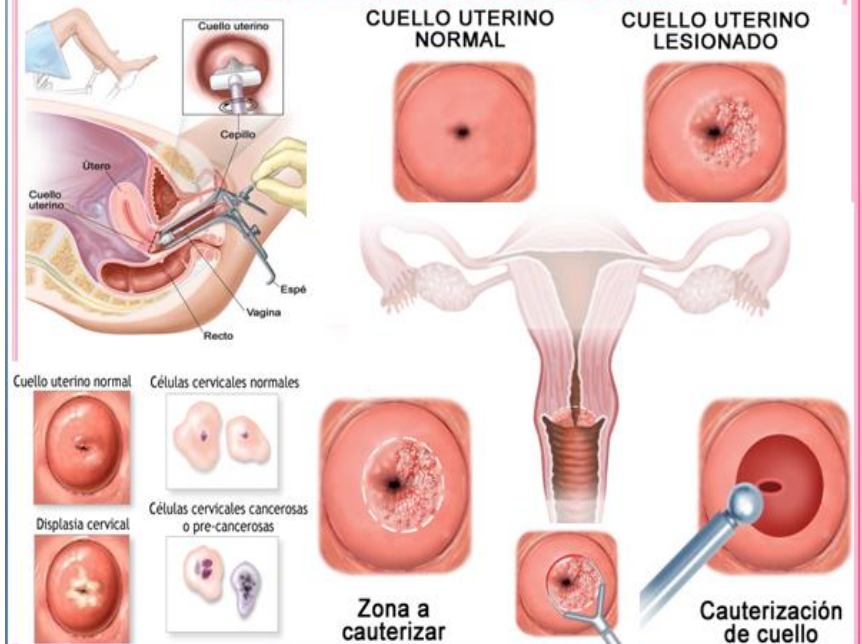
- Cualquier ser humano que tenga relaciones sexuales puede estar en contacto con el virus.

## DETECCIÓN

- o La prueba de Papanicolaou, es un examen sencillo y gratuito para detectar a tiempo la enfermedad del VPH (incluyendo displasias).
- o Colposcopia.



## DISPLASIA CERVICAL



## ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

- La mayoría de las personas infectadas por el VPH no presentan síntomas.
- Algunas veces pueden aparecer verrugas genitales en hombres y mujeres.



Debes conocer el aspecto de las lesiones...

Las verrugas son:

- Rugosas
- No dolorosas
- Únicas o en racimos.

**Factores de riesgos:**

- Múltiples parejas sexuales.
- Mala nutrición.
- Personas que fuman.
- Defensas bajas.
- sistema inmune deprimido.

## ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR?

- Acudir con médicos especialistas (ginecólogos).
- Hacerse el Papanicolaou cada año.
- Revisar los genitales (hombres y mujeres).
- Llevar un estilo de vida saludable.



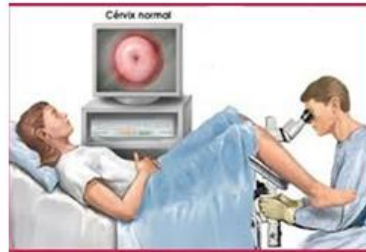
## TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES



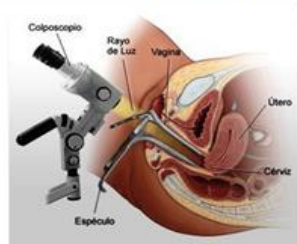
- Electrocirugía
- Son procedimientos que no requieren hospitalización.
- Se realizan en el consultorio médico. No son dolorosos.
- La lesión puede desaparecer por completo y así evitar que progrese la enfermedad.

## ¿QUÉ ES UNA COLPOSCOPIA?

- Una colposcopia es un procedimiento muy seguro que le permite a su ginecólogo ver detalladamente el cuello uterino.
- Es un procedimiento que no requiere hospitalización.

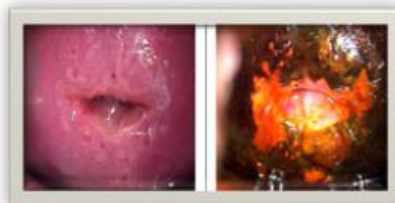
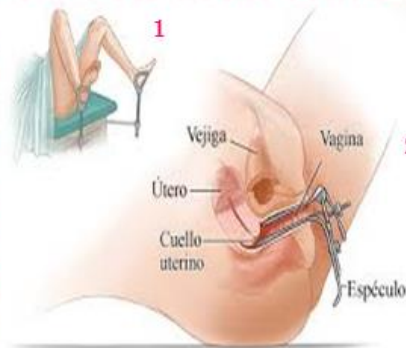


## ¿Qué se utiliza para realizar la colposcopia?



## ¿CÓMO SE REALIZA LA COLPOSCOPIA?

1. Paciente acostada en una camilla con sus piernas dobladas y separadas.
2. El ginecólogo inserta un especulo en la vagina.
3. Se utiliza el colposcopio para mirar el cuello uterino de cerca e identificar cambios en la coloración del cérvix después de aplicar algunas soluciones.



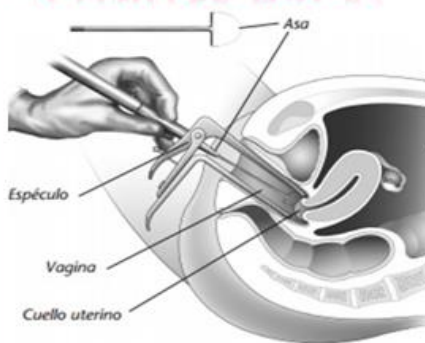
Es importante saber:  
La colposcopia no causa dolor, pero puede ser incómoda.

Puede que haya necesidad de repetir la colposcopia si se encuentran áreas anormales que necesiten ser evaluadas frecuentemente.

## ¿QUÉ ES LA ELECTROCIRUGÍA?

- Es un tipo de tratamiento para prevenir el cáncer cervical y eliminar lesiones.
- Es seguro y eficaz.

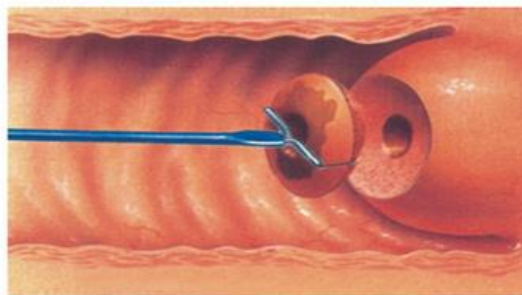
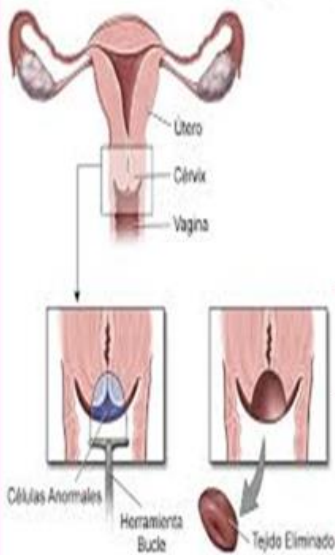
## ¿CÓMO SE HACE?



- Se introduce un espéculo en la vagina como en cualquier otro examen pélvico.
- Se administra anestesia para evitar el dolor o la incomodidad.

## ¿CÓMO SE HACE?

### Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica con Lupa



- Se introduce el asa en la vagina hasta el cuello del útero donde se encuentra la lesión.

- Al finalizar el procedimiento, el médico aplica una pomada con una gasa (como un tampon) para ayudar a la cicatrización; la gasa se retira al día siguiente por la mañana.

El patólogo indica si quedaron bordes libres de lesión (sana).

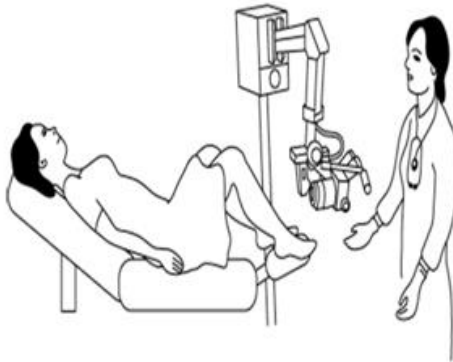
- Solo es posible realizar 2 conos durante el proceso de chequeo, si después de los 2, la lesión persiste, se pasa a otro tratamiento.

- Proceso de chequeo: 2 a 3 años.

#### RECUPERACION:

-Es posible que durante los días siguientes, usted sienta o presente:

- Cólicos leves.
- Secreción acuosa o de color rosado.
- Secreción marrón (por la pomada que le aplicó el médico).



#### CUIDADOS QUE DEBEN TENER DESPUES DE LA CIRUGIA:

- No tener relaciones sexuales en 2 meses (se puede lastimar la herida, o regresar el virus).
- No usar zapatos altos.
- No levantar cosas pesadas.
- No hacer movimientos bruscos.

## Anexo 2

### Guía de entrevista

Clave de identificación:	Fecha:
Expediente médico:	
<b>Datos personales</b>	
Nombre: _____	
Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____	
Estado Civil: _____ Religión: _____	
Residencia actual: _____ Escolaridad: _____	
Ocupación: _____ Ocupación de su pareja: _____	
Diagnóstico Médico: _____	

1. ¿Por qué asiste a la clínica de displasias?
2. ¿Usted había escuchado hablar de \_\_\_\_\_ antes?  
Mujeres con VPH (lesión por displasia).
3. ¿Qué pensó al momento en el que el doctor le dio la noticia?
4. ¿Cómo se sintió al momento en el que el doctor o la enfermera le dio la noticia?
5. ¿Qué hizo?
6. De qué manera ha afectado este problema su vida? (Áreas: personal, trabajo, académica, social, familiar, de pareja).

## Anexo 3

### Focos de interés a profundizar

Pregunta	Focos de interés
<b>3. ¿Qué pensó al momento en el que el doctor le dio la noticia?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ ¿Qué le hizo pensar en eso?</li><li>❖ ¿Qué creyó en ese momento sobre lo que le decían?</li><li>❖ ¿Qué piensa hacer?</li><li>❖ ¿Pensaba en lo que pensaría su familia?</li><li>❖ ¿Qué piensa usted de esta enfermedad?</li><li>❖ ¿Anteriormente alguien le había comentado algo sobre el tema que la hiciera pensar de esa manera?</li></ul>
<b>4. ¿Cómo se sintió al momento en el que el doctor o la enfermera le dio la noticia?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ ¿Por qué cree que sintió eso?</li><li>❖ ¿Habló con alguien sobre esos sentimientos?</li><li>❖ ¿Usted cree que sus sentimientos sobre la enfermedad le ayuden durante el proceso o lo entorpezcan?</li><li>❖ ¿Cree que le afectó de alguna manera sentirse así?</li><li>❖ ¿Desde el momento de la noticia hasta el día de hoy, se siente igual, ha cambiado el sentir? ¿Por qué cree? (En caso de que haya diferencia).</li><li>❖ ¿Cómo cree que este sentimiento afecta/influye en su vida y en su manera de actuar sobre la enfermedad?</li></ul>
<b>5. ¿Qué hizo?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ ¿Qué la motivó a hacer eso?</li><li>❖ ¿Considera que fue necesario que usted actuara como lo hizo?</li><li>❖ ¿Alguien le pidió que actuara de esa manera, o fue por convicción suya?</li><li>❖ ¿Considera que fue lo mejor actuar de esa manera?</li><li>❖ ¿Cree que pudiera haber actuado de forma diferente? ¿En qué sentido?</li></ul>

## Anexo 4

### Carta de consentimiento informado

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Experiencias en mujeres con VPH o Lesión por Displasias del Hospital del Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora”, cuyo objetivo, es describir las experiencias en mujeres con VPH o lesión por displasias del Hospital del Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora. Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar información mediante dos o más entrevistas a profundidad, entendiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

- El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.
- El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier cambio en el procedimiento para la obtención de información.
- El investigador me ha dado seguridad de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
- El investigador me ha explicado que todas las sesiones de entrevista serán grabadas (en audio) para un análisis más detallado. También, que la información que proporcione será de manera completamente confidencial, sin publicar mi nombre.

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona bajo estudio

I.1. \_\_\_\_\_

I.2. \_\_\_\_\_

Nombre y firma de las investigadoras



## Anexo 5

### Categorías

<b>Categoría</b>
<i>Emociones y sentimientos</i> Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Chóliz-Montañés, s.f.).
<b>Categoría</b>
<i>Estilos de afrontamiento</i> Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes (Macías, 2013).
<b>Categoría</b>
<i>Relaciones interpersonales pareja</i> Forma en que la paciente percibe el apoyo de su compañero sentimental durante el proceso; y a lo ocurrido con la misma durante el proceso.
<b>Categoría</b>
<i>Relaciones interpersonales familia</i> Se refiere a toda respuesta por parte de la familia relacionada a la salud de la paciente; apoyo, reacción, creencias, preocupación.
<b>Categoría</b>
<i>Relación entre profesionales de la salud y pacientes</i> Forma en que las pacientes perciben y califican la forma en que fueron abordadas y atendidas por el personal de salud durante su proceso en los centros de salud previo al hospital.
<b>Categoría</b>
<i>Creencias</i> 1. Firme asentimiento y conformidad con algo. 2. Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos.

---

3. Religión, doctrina. (R.A.E.).

---

**Categoría**

---

*Conocimiento de la enfermedad*

Asociado a la cantidad y calidad de información que tienen las pacientes sobre su padecimiento actual.

---