



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores de Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Intervención Psicoeducativa con mujeres de los Altos de Chiapas en la Clínica de Displasia del Hospital de las Culturas, diagnosticadas con el Virus de Papiloma Humano y Lesión Precursora de Cáncer Cervicouterino

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARTHA ADRIANA DÍAZ PEÑALOZA

Directora: Lic. Verónica Cristina Morales Vásquez

Secretario: Lic. César Pérez Romero

Vocal: Lic. Karla María González Mancera



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México

29 de noviembre de 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
Relevancia social del problema que se va a intervenir	3
Marco Teórico	6
Justificación de la importancia y relevancia de la práctica profesional en el área de intervención	12
Objetivos de la práctica de servicio	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	15
INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES	15
Descripción del contexto institucional	15
Población	18
Instrumentos	18
Procedimiento	19
Resultados	20
CONCLUSIONES	26
Competencias desarrolladas durante la práctica	26
Elementos que se deben considerar para producir cambios en el fenómeno de interés	28
Consideraciones éticas y responsabilidad social del quehacer profesional	28
Limitaciones de la práctica realizada	29
Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica	30
Otros aspectos a considerar	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	37
Anexo 1. Cuestionario	37
Anexo 2. Escala de modos de afrontamiento	39

RESUMEN

El Cáncer Cervicouterino (CaCu), es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla en el cuello uterino a partir de lesiones precursoras, siendo el Virus de Papiloma Humano (VPH) la condición necesaria para la génesis este cáncer. El CaCu es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en el mundo. En México, esta enfermedad es la segunda causa de mortalidad entre la población femenina, y en el estado Chiapas ocupa el primer lugar.

El objetivo de este trabajo fue llevar a cabo una intervención psicoeducativa para abordar aspectos cognitivos, comportamentales y emocionales asociados al diagnóstico de CaCu, con el propósito de promover la adherencia terapéutica y el bienestar emocional de las pacientes participantes.

Esta investigación corresponde a un estudio cualitativo experimental. La muestra estuvo representada por 22 mujeres de edades entre 20 y 52 años diagnosticadas positivas a VPH y con lesión precancerosa de cuello uterino, que acuden al servicio de clínica de displasia en el Hospital de las Culturas en el municipio de San Cristóbal de las Casas, en el estado de Chiapas.

La estrategia de evaluación fue la entrevista semiestructurada y la Escala de Modos de Afrontamiento de Lázarus. Como resultado significativo, se determinó en las participantes carencia de información sobre el VPH, CaCu y lesiones precancerosas, así como temor hacia los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios en el tratamiento de la enfermedad.

Como resultado de la intervención psicoeducativa se encontró mejor adaptación de las pacientes, y asumieron mayor compromiso en el afrontamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Virus del Papiloma Humano, Cáncer Cervicouterino, Lesión precancerosa, Displasia, Psicoeducación, adherencia terapéutica.

SUMARY

Cervical Cancer (CaCu) is a multifactorial disease that develops in the cervix from precursor lesions, with Human Papillomavirus (HPV) being the necessary condition for the genesis of this cancer. CaCu is the third most frequent gynecological cancer in the world. In Mexico, this disease is the second cause of mortality among the female population, and in the state Chiapas occupies the first place.

The objective of this work was to carry out a psychoeducational intervention to address cognitive, behavioral and emotional aspects associated with the diagnosis of CaCu, with the purpose of promoting therapeutic adherence and emotional well-being of the participating patients.

This research corresponds to an experimental qualitative study. The sample was represented by 22 women between the ages of 20 and 52 diagnosed positively with HPV and with a precancerous lesion of the cervix, who attend the dysplasia clinic at the Hospital de las Culturas in the municipality of San Cristóbal de las Casas, in the state of Chiapas.

The evaluation strategy was the semi-structured interview and the Lazarus Coping Modes Scale. As a significant result, participants lacked information about HPV, CaCu and precancerous lesions, as well as fear of the medical-surgical procedures necessary in the treatment of the disease.

As a result of the psychoeducational intervention, patients were better adapted, and assumed greater commitment in coping with the disease.

Keywords: Human papillomavirus, Cervical cancer, Precancerous lesion, Dysplasia, Psychoeducation, therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

Relevancia social del problema que se va a intervenir

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) más prevalente en la población sexualmente activa. El VPH es la condición necesaria para la génesis del Cáncer del Cuello Uterino (CaCu), de tal manera que, la prevención de la infección por el VPH se ha convertido en un importante objetivo de Salud Pública en México (Demosthenes, 2017).

En la actualidad el CaCu es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en el mundo. Se estima que anualmente se diagnostican alrededor de 500,000 nuevos casos de cáncer cervical invasor, de los cuales la mitad son mortales. El CaCu afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad reproductiva, el riesgo aumenta rápidamente alrededor de los 29 años, llegando a su punto culminante entre los 45 y 49 años, además existe una gran variabilidad en la distribución geográfica de esta enfermedad, mucho más frecuente en países en vías de desarrollo, donde se diagnostican el 80% de los casos (Urdaneta, Nava, García, Cepeda, Zambrano, Salazar, Contreras & Mujica, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 85% de todos los casos de cáncer de cuello uterino se producen en las regiones de bajo ingreso, en estas regiones el CaCu representa el 13% de todos los casos nuevos de cáncer en las mujeres, de hecho, se estima que el 1.9% de las mujeres que viven en regiones de ingresos bajos, desarrollarán un cáncer de cuello uterino antes de los 75 años. De esta manera, el CaCu representa la causa más importante de años de vida perdida entre las mujeres del tercer mundo. El 13% de los casos se localizan en América Latina y el Caribe en donde ocurre anualmente 12% de las muertes mundiales por este tipo de cáncer (Montoya, 2007; Demosthenes, 2017).

En México, el CaCu es la segunda causa de mortalidad entre la población femenina. Se ha identificado que los virus del papiloma humano de alto riesgo están presentes en el 99% de lesiones cervicouterinas y de cáncer invasor. En el año 2009 ocurrieron en México 4,107 muertes por cáncer cervicouterino. El estado de Chiapas, junto con Zacatecas, Veracruz, Colima y Campeche, presentan las tasas de mortalidad más altas por esta causa, particularmente en los

grupos de mujeres de 25 a 64 años. En 2009, en México se registraron 12 muertes por este tipo de cáncer en mujeres menores de 25 años. De igual forma, en un estudio realizado por Freyermuth se documentaron casos de jóvenes de 18 años que fueron sometidas a procedimientos de conización (electrocirugía), lo que implica que ya se les había diagnosticado displasia severa pese a su corta edad (Domínguez, 2011; Freyermuth, 2011; citados en Luna y Sánchez, 2013).

En el estado de Chiapas la tendencia del CaCu se ha mantenido casi de manera estacionaria, de 2007 a la fecha ha oscilado alrededor del 22% (22.01% en 2009, 19.00% en 2010 y 21.71% en 2011) a pesar que la tasa nacional pasó de 14.3% para mujeres entre 25 y 65 años a cerca de 11%. En el estado Chiapas se registran anualmente un promedio de 217 defunciones por este Cáncer lo que hace que esta enfermedad ocupa el primer lugar en defunciones por neoplasias en Chiapas para la población femenina mayores de 25 años, cabe mencionar que en últimas fechas también se han documentado casos de mortalidad por Cáncer Cervical en mujeres menores de 25 años (Palacio, 2009; Hernández, 2015; citados en Demosthenes, 2017).

Desde la perspectiva de Urdaneta y cols. (2013), el CaCu es considerado un problema tanto de equidad de género, puesto que lastima la dignidad de la mujer, como de equidad regional, debido no solo a las diferencias de desarrollo económico y social, sino en cuanto a la infraestructura física y de recursos humanos que otorgan los servicios de salud.

Por su parte, Ashing y cols. (2004) señalan que el CaCu es el cáncer que reporta los mayores índices de depresión, y en comparación con otros cánceres, como el de mama y de endometrio, es el que reporta las mayores aflicciones emocionales. Esto debido a que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento contribuyen a que estén en promedio más años libres de enfermedad, pero viviendo más tiempo con la amenaza de la recidiva. En un estudio realizado por Wenzel y cols. (2005) se estimó que en 69% de las mujeres recuperadas de CaCu hubieran deseado consejería al momento del diagnóstico, para resolver preocupaciones relacionadas con efectos de largo plazo del tratamiento, recidiva y aspectos psicosociales (citados en Montes, Mullins & Urrutia, 2006),

En lo que a la cultura en los Altos de Chiapas respecta, la mujer tiene un sentido muy elevado del pudor y, aceptar una revisión ginecológica, para muchas de ellas, significa un gran esfuerzo que doblega sus dogmas y principios. Aunado a esta situación, se suman las creencias distorsionadas y la falta de información en relación al CaCu, así como, la cosmovisión en el concepto salud-enfermedad. Toda esta situación puede llegar a dificultar la detección oportuna, así como, la adecuada intervención del CaCu.

Los Altos de Chiapas es la región del país con la mayor densidad de población indígena por kilómetro cuadrado. Aunque el número promedio de hablantes de lengua indígena (Tzotzil y Tzeltal) en la región es de 80%, en 14 de los 17 municipios que la conforman alcanza 95% y sólo en dos (San Cristóbal de las Casas y Teopisca) es menor de 40% (Freyermuth & Cárdenas, 2009).

Los Tzotziles y Tzeltales son dos grupos indígenas que forman parte de la antigua cultura maya, y que en la actualidad siguen conservando sus costumbres y tradiciones, las que dan sustento a su cultura e identidad. Estos grupos étnicos habitan los Altos de Chiapas, una zona mayoritariamente indígena y de difícil acceso por su ubicación geográfica. Los Tzotziles y Tzeltales aún conservan sus ancestrales prácticas terapéuticas en lo que a medicina tradicional se refiere y está conformada por una visión del mundo ajena a la cultura occidental. De acuerdo con López y Teodoro (2006), para poder entender la forma en que estos grupos indígenas conciben a la medicina y al proceso de curación es necesario abordar el concepto de cultura ya que estos grupos tienen un tipo de organización social, económica, política y religiosa muy diferente a la cultura occidental, además que cuentan con una lengua propia y comparten un conjunto de valores, tradiciones y costumbres que conforman su cosmovisión.

Desde esta perspectiva, la intervención a mujeres con CaCu se hace necesaria no sólo desde la esfera biomédica, sino que ésta debe promover la atención biopsicosocial e integral de las pacientes a través del reconocimiento de las implicaciones culturales, ideológicas, socioeconómicas, geográficas, de apertura sanitaria, así como también, reconocer las implicaciones emocionales y psicológicas asociadas a la enfermedad, todas como agentes involucrados tanto en el desarrollo como en el afrontamiento de la enfermedad.

MARCO TEÓRICO

Virus del Papiloma Humano

La infección por el VPH es la más común de las infecciones sexuales, es una enfermedad que involucra tanto a hombres como mujeres, y es el principal factor asociado al CaCu. Esta infección se presenta en las mujeres en el cérvix, la vagina y la vulva, y en los hombres en el glande, prepucio, piel del pene y el escroto. Según López, se considera que todo individuo sexualmente activo estará expuesto en algún momento de su vida a este agente patógeno. La Organización Mundial de la Salud estima que 80% de la población mundial sexualmente activa adquirirá al menos una vez en su vida la infección (2006; citados en Bustamante, Martínez, Tenahua, Jiménez & López, 2015).

Cáncer Cervicouterino

El cáncer de cuello uterino, es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la unión escamo-columnar del cuello uterino, a partir de lesiones precursoras (también llamadas lesiones precancerosas o displasias) después que ha ocurrido una infección por el VPH, en presencia de otros cofactores: genéticos, ambientales (Sanabria, Fernández, Cruz, Oriolo, Llanuch, 2011).

A diferencia de otras ETS, la principal vía de transmisión del VPH es sexual, es decir, contacto directo piel-piel de los genitales, en el sexo anal y en el sexo oral (Sepúlveda, Meneses & Goldenberg, 2014). Se ha referido que la prevalencia aumenta a medida que las mujeres inician su vida sexual a edades más temprana, también factores relacionados con el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tanto personales como en compañeros sexuales (Apgar, Brotzman & Spitzer, 2003; Dell, Chen, Ahmad & Stewart, 2000; citados en Meza, Sánchez, Pimentel & Carreño, 2011). De igual manera, Demosthenes (2017), señala que, la progresión a cáncer de las lesiones producidas por una infección por el VPH depende del tipo viral y de las variaciones del serotipo viral, de que, si el

VPH es de alto riesgo, de la integración del genoma viral al ciclo celular y de la probable carga viral además de ciertos factores del entorno del huésped.

La siguiente clasificación histopatológica de neoplasia, establecida por la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino; permite clarificar las etapas de desarrollo del CaCu:

Lesiones precancerosas de cuello uterino:

Bajo grado:

- Displasia Leve (NIC 1)

Alto grado:

- Displasia Moderada (NIC 2)
- Displasia Severa (NIC 3)

Cáncer Invasor

Factores implicados en el CaCu

Urdaneta et al. (2013), define que la pobreza es una de las condiciones que acompañan al CaCu, las mujeres que sufren de cáncer de cérvix invasor son una población con un perfil de altos niveles de pobreza, bajos niveles de escolaridad, muy baja cobertura en la realización de citologías (estudios de papanicolau) en esquema adecuado y por consiguiente de alta incidencia de estadios avanzados de la enfermedad.

De acuerdo con Da Silva Marques y Giménez (2005), esta patología afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece sino también la esfera 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. 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 (Steben, 2000).

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) señalan que, la mujer infectada debe realizar una evaluación respecto de su salud y el grado de funcionamiento para realizar sus actividades cotidianas, lo que incluye la percepción general de la salud propia y el bienestar emocional. De igual manera, se considera que la adaptación a la enfermedad va ligada a una situación reactiva conocida como malestar psicológico, esto es, el conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no pueden ser agrupados en una situación sintomática (citados en Meza et al., 2011).

Publicaciones realizadas por De Groot y cols. (2005) constatan que las preocupaciones psicológicas en mujeres con CaCu pueden persistir durante los dos primeros años posteriores al tratamiento médico; en cambio las preocupaciones por los síntomas físicos no sobrepasan los tres meses post-tratamiento. La aceptación inicial del diagnóstico de cáncer, su tratamiento y los posibles efectos secundarios son un componente importante para las habilidades de afrontamiento. Una actitud realista, determinante y una participación activa en el proceso de tratamiento permite, a algunas pacientes, enfrentar el diagnóstico, los procedimientos desagradables y los efectos secundarios con menor estrés (Juraskova, Butow, Robertson, Sharpe, McLeod & Hacker, 2003).

Existen múltiples preocupaciones en las mujeres con CaCu, entre las que predominan el apoyo social, el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento. Un sentimiento recurrente es la preocupación constante por su enfermedad y el miedo a la recidiva. Otra secuela del tratamiento para el cáncer cérvico uterino es la alteración en la percepción de la imagen corporal. Esta alteración se debe a cicatrices producto del tratamiento lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en sí misma, siendo aún más evidente en las mujeres premenopáusicas. Al respecto, y dado los cambios profundos que experimentan las mujeres, existe la necesidad de recibir consejería y apoyo continuo. El CaCu al estar relacionado con la promiscuidad sexual trae como consecuencia un estigma social que provoca en la mujer aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión. El apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de

apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación. El apoyo social recibido es significativo, en todo momento, pero se vuelve más importante a partir de los seis meses post-tratamiento, ya que es ahí cuando la mujer percibe la necesidad de hablar y compartir experiencias de tener cáncer, del tratamiento y de los efectos secundarios de éste, dado que se produce una estabilidad en las alteraciones físicas. También necesitan interactuar con mujeres que han tenido tratamiento similar, para poder hablar con alguien que las pueda entender, escuchar y poder recibir apoyo y reconocimiento de su mejoría y progreso (citados en Montes et al., 2006).

Cabe decir que, la mayor parte de las mujeres diagnosticadas con CaCu no ha vivido un rechazo abierto y evidente por la enfermedad, sin embargo, es el proceso de estigma interno que se traduce en autorecriminación y autocensura. De acuerdo con Vidal (2000), aceptar una enfermedad sexualmente transmitida es una acción que pone en riesgo la estabilidad en las redes cercanas de estas mujeres, por lo que, estas prefieren ocultar la información de su enfermedad. De igual manera, la falta de información clara influye para que las mujeres refuercen sus temores y miedos frente a sus diagnósticos. Según López (2011), esta autocensura y falta de información contribuye a que la paciente se niegue a asistir a revisión médica, lo que puede derivar en complicaciones más severas a futuro (citados en Arellano & Castro, 2013).

Concepto de Salud

Oblitas (2003) hace referencia al concepto de salud como el estado de bienestar del ser humano. Sin embargo, este estado no es exclusivo de la ausencia de la enfermedad, sino que, es un concepto más complejo que engloba el bienestar físico, psicológico o emocional y social.

Adherencia terapéutica

Por su parte, en la adherencia terapéutica no sólo está implicado el consumo de medicamentos y la continuidad de la revisión médica, sino que en este también se exige el cambio comportamental del paciente, desde la adquisición de hábitos más saludables, hasta la radicación

de conductas nocivas. En la adherencia terapéutica no sólo está inmerso el conocimiento y capacidades del profesional de la salud, sino que están involucrados componentes como la aceptación social, las habilidades y creencias del paciente, la comunicación efectiva implicadas en las prescripciones, así como el desarrollo de programas de promoción que propicien una mejor adherencia. Desde esta perspectiva, la Psicología cobra gran importancia ya que coadyuva con la medicina para apoyar a los pacientes en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Desde el enfoque del tratamiento preventivo terciario se identifica la importancia de mantener en el paciente un estado anímico favorable, de tal forma que, el Psicólogo procura en el paciente la estabilidad de la salud y busca evitar o reducir posibles recaídas en la enfermedad.

Psicoterapia con grupos

El trabajo con grupos tiene la finalidad de mejorar las condiciones de vida a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como también del afrontamiento y disminución de enfermedades crónicas y terminales. En la psicoterapia de grupos se promueve el dialogo y la comunicación, la participación, se intercambian ideas, se genera conocimiento colectivo, se facilita la reflexión sobre la problemática analizada y el encuentro de propuestas encaminadas a afrontar los problemas identificados. Como bien menciona Correa y Salazar (en Arrivillega, 2007), la literatura presenta evidencia que los pacientes que participan en terapias de grupo exhiben una capacidad mayor de afrontamiento y una recurrencia menor de cuidados médicos; de igual manera, la psicoterapia grupal es un tratamiento altamente rentable a nivel de costo-beneficio con pacientes ambulatorios.

Zúñiga y Núñez (1957) asienten que, la situación terapéutica de grupo es un status ideal en el que un individuo puede comparar sus propios problemas con los de otros, favoreciendo la objetiva evaluación de sí mismo. En este tratamiento se establece una interacción dinámica, idealmente libre, que permite la objetivación y el reconocimiento de impulsos instintivos de cada uno de los miembros que forma el grupo. El permitir al paciente la expresión de tales tendencias, que son valoradas tanto por los demás integrantes del grupo como por el terapeuta y al hacersele objetiva la

conducta, tanto propia como de sus compañeros, el paciente logra disminuir la tensión producida por sus impulsos reprimidos y aprende poco a poco a manejar sus tendencias instintivas.

La psicoterapia de grupo es congruente con la terapia individual e incide en la estabilidad del paciente, incluye el examen y manejo de las reacciones de transferencias y contratransferencia. Martínez, Vilar y Verdejo (2017) infieren que, el tratamiento en grupo es útil porque reduce la tendencia al abandono, permite el insight mediante un proceso de identificación, se centra en la situación de aquí y ahora, muestra la universalidad vivida de sentimientos y reacciones, se demuestra que son posibles otros tipos de conducta, es un lugar adecuado para experimentar nuevas conductas, ayuda a contrarrestar la influencia social y permite optimizar el tiempo de la terapia. Por su parte, Biagini, Torruco y Carrasco (2005) señalan que la presencia de otros sujetos brinda ocasión para que los mismos pacientes establezcan límites y para la interacción altruista con lo cual pueden consolidar sus ganancias en el proceso de ayuda a otros.

De igual manera, la terapia de grupo no solo promueve la reducción de síntomas, sino también el incremento de la autoestima, la integración social, la honestidad, la aceptación, el amor a uno mismo y la consecución de habilidades sociales más eficaces. La terapia de grupo, entonces, promueve el manejo emocional, ofrece una guía en la resolución de problemas y proporciona feedback al individuo con respecto a su comportamiento (Martín, Rivera, Morandé, Salido, 2000).

Psicoeducación

La psicoeducación implica un proceso educativo mediante el cual el facilitador particulariza sumariamente información científica actual y relevante a fin de responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Kraemer, 2006).

Por su parte Colom (2011), refiere que esta preparación se basa en el entrenamiento cognitivo-conductual, incluyendo el aprendizaje y la práctica de estrategias de afrontamiento, de tal manera que, se dota al paciente de herramientas que le permiten ser más proactivo en la comprensión y afrontamiento de su enfermedad; para reducir el estrés y las complicaciones físicas

derivada de los tratamientos; de tal forma que, se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima. La Psicoeducación, entonces, va mucho más allá de la información y aspira modificar actitudes o conductas del paciente, que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas. A decir de ello, Pedraza et al. (2012) concluye que, tanto la información brindada acerca de la enfermedad como las herramientas aportadas para el manejo de circunstancias y el cambio conductual condicionan que la Psicoeducación sea aplicable a diversas patologías en el logro de necesarios cambios en los estilos de vida de las personas (citados en Montiel & Guerra, 2015).

Justificación de la importancia y relevancia de la práctica profesional en el área de intervención

El CaCu es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en el mundo y afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad reproductiva. De esta manera, el CaCu representa la causa más importante de años de vida perdida entre las mujeres del tercer mundo. En México, el CaCu es la segunda causa de mortalidad entre la población femenina, y en el estado Chiapas ocupa el primer lugar en defunciones en mujeres mayores de 25 años, y en últimas fechas, también se reporta ocurrencia en mujeres menores de 25 años.

El CaCu es el cáncer que reporta los mayores índices de depresión y mayores aflicciones emocionales. De tal manera que, esta patología afecta no sólo la esfera biológica de las mujeres que la padecen, sino también la esfera psicológica y social.

Las pacientes diagnosticadas con VPH y lesiones precancerosas de cérvix son referidas a clínica de displasia en el Hospital de las Culturas para atención especializada, sin embargo, la intervención es exclusiva de la atención médica, priorizando la referencia psicológica sólo a las pacientes diagnosticadas con cáncer invasor, es decir, pacientes oncológicas. La presente investigación permitió demostrar la importancia de intervenir, también, a las pacientes de clínica de displasia desde el abordaje psicológico. Dado que estas pacientes se encuentran en una etapa

temprana de cáncer, la relevancia de la intervención psicológica cobró aún mayor realce, ocurriendo la necesidad de promover estilos de vida saludables y la adherencia terapéutica, así como el de ofrecer estrategias de afrontamiento de la enfermedad, buscando en todo momento, promover la atención multidisciplinaria y mejorar el bienestar en estas pacientes. A decir de ello, cabe señalar que el departamento de psicología de este nosocomio, actualmente, no cuenta con un proyecto específico para la intervención psicológica de las pacientes en clínica de displasia, por lo que, con este trabajo se detectó la necesidad de dicha apertura.

Las pacientes en clínica de displasia acuden a este servicio con conocimientos limitados sobre la enfermedad de la que fueron diagnosticadas. En las unidades médicas de primer nivel, de donde han sido referidas, estas mujeres no reciben información pertinente, detallada y comprensible que les permita asimilar adecuadamente el diagnóstico. Situación que puede llegar a suscitar ideaciones catastróficas de la enfermedad, sentimientos de desesperanza, ansiedad, estrés y depresión. De igual manera, estas mujeres acuden a clínica de displasia sin conocimiento previo sobre los objetivos, tipo de atención o procedimientos médicos que se llevan a cabo en este servicio. Una vez que acuden a clínica de displasia, el personal médico especializado hace una explicación de la problemática y la necesidad de atender la enfermedad, sin embargo, esta información se realiza de manera breve y sin acompañamiento psicológico para las pacientes. Esta información que puede ser insuficiente, incomprendida o confusa entre las pacientes, deriva, en muchas ocasiones, en renuencia ante los tratamientos farmacológicos, procedimientos quirúrgicos y la continuidad en posteriores revisiones médicas.

Este estudio también permitió demostrar que, a través de la Psicoeducación y el acompañamiento emocional, las mujeres de los Altos de Chiapas, diagnosticadas con CaCu, pueden asumir nuevas formas de pensamiento que les permita interpretar y aceptar de mejor manera el diagnóstico de CaCu; que éstas pueden desarrollar capacidades para superar el estigma social y afrontar de mejor manera la enfermedad; que es posible mejorar la autoestima, así como disminuir en ellas la continua recidiva o recaída de la enfermedad. A decir de ello, Arrivillega (2007) afirma que, la Psicoeducación y el trabajo con grupos, no sólo contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino que también representa impactos benéficos ante los grupos públicos destinados al tratamiento de la enfermedad.

Esta investigación, también, invita a la reflexión de los servicios de salud en los Altos de Chiapas sobre las limitantes en el impacto de las campañas preventivas donde los temas centrales son el VPH y el CaCu. Si bien, las estrategias de detección del virus y lesiones cervicales han logrado mayor cobertura, por su parte, las estrategias encaminadas a promover la cultura de la prevención no han sido tan favorables, siendo que el objetivo es la disminución de la incidencia de mujeres diagnosticadas con CaCu. En este sentido, en el carácter de salud, así como político y social, este estudio evidencia la ausencia de programas de salud, especialmente de CaCu, diseñados a la medida, es decir, que reconozcan atributos como la regionalización, estructura cultural y socioeconómica, nivel de alcance de los servicios de salud, así como, capacidades, creencias y red familiar, particulares de la población en los Altos de Chiapas.

Desde de la perspectiva del quehacer profesional del Psicólogo, llevar a cabo este trabajo también invita a la reflexión sobre los conocimientos, habilidades, experiencia y cualidades necesarias para ofrecer un servicio apto, de calidad y calidez, acorde a las necesidades sociales y de salud que caracterizan a la población de los Altos de Chiapas. El vínculo entre paciente y terapeuta, es el factor de mayor efecto en el éxito de intervención psicológica (Rossetti & Botella, 2017), por lo que, el psicólogo que trabaje con esta población debe tener en cuenta que, los valores culturales y el proceso de transmisión de estos, así como el lugar donde nace y se desempeña el individuo, son factores relevantes en cuanto a las posibilidades de desarrollo humano.

Objetivos de la práctica de servicio

Objetivo general

El objetivo de este trabajo es la intervención psicoeducativa a pacientes que acuden a clínica de displasia, con la finalidad de abordar aspectos cognitivos, comportamentales y emocionales asociados al diagnóstico de CaCu.

Objetivos específicos

- Describir objetiva y concretamente las causas, etapas y progreso del CaCu
- Describir los componentes psicosociales involucrados en la aparición del CaCu
- Disminuir el malestar psicológico relacionado al diagnóstico
- Describir detalladamente los procedimientos médicos y quirúrgicos que se llevan a cabo en clínica de displasia
- Promover la efectividad de los procedimientos en clínica de displasia
- Promover la confianza hacia los servicios de salud
- Reflexionar las consecuencias de no atender la enfermedad en etapas tempranas
- Promover la adherencia al tratamiento médico y quirúrgico, y la continuidad de las revisiones médicas
- Reflexionar sobre los componentes psicológicos, emocionales y comportamentales como factores involucrados en el afrontamiento y en la recidiva de la enfermedad
- Facilitar mediante la información la toma de decisiones en las pacientes
- Promocionar estilos de vida saludables encaminados al mejoramiento de la salud y a evitar la recidiva del CaCu
- Promover una mejor autoestima entre las pacientes

INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Descripción del contexto institucional

El Hospital de las Culturas se encuentra ubicado en el municipio de San Cristóbal de las Casas, y corresponde a la zona de influencia de la Jurisdicción Sanitaria No. 2, en la región Altos de Chiapas. Esta unidad médica es de segundo nivel (en el sistema sanitario, se trata de servicios especializados) y atiende a habitantes de la región Altos Tsotsil-Tseltal, donde se localiza la mayoría de los municipios con menor índice de desarrollo humano. Cabe decir que, este nosocomio es el primero en el país en incluir la medicina tradicional con pleno respeto a los usos y costumbres de las comunidades indígenas.

Desde su inauguración en el año 2010, el Hospital de las Culturas acogió el Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a través de la Clínica de Displasia cuya misión es la *“Detección de las lesiones precancerosas del cérvix y su tratamiento oportuno con la finalidad de disminuir la prevalencia del cáncer cervical”*.

Principales acciones médicas que se llevan a cabo en clínica de displasia:

- Revisión y valoración colposcópica
- Toma de estudios histopatológicos (Biopsia)
- Electrocirugía/Conización
- Histerectomía
- Toma de citologías de control

Modo de referencia de pacientes

La cobertura sanitaria de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 está a cargo de ocho Equipos Zonales que aplican los programas prioritarios de detección, prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas y crónico-degenerativas en cada una de ellas. Estos Equipos Zonales realizan, de manera periódica, estudios de Captura de Híbridos (muestra de VPH) y Citología de exudado vaginal por método de Papanicolaou a la población femenina que hayan iniciado su vida sexual y cuyas edades se encuentran en el rango de 16 a 65 años. Se levanta un censo por medio de visitas domiciliarias y se invita a estas mujeres a realizar la Captura de Híbridos o el Papanicolaou. Los casos Positivos son referidos a la clínica de displasia en el Hospital de las Culturas.

Diagnóstico de las características de la población de estudio

Principales características observadas en la población de estudio, obtenidas en la entrevista inicial (Anexo 1):

Sociodemográficas:

Nivel bajo de escolaridad, analfabetismo, bajo nivel socioeconómico, pertenencia a grupos indígenas (Tzotziles y Tzeltales).

Cognitivas:

- Las pacientes referidas llegan al servicio de displasia sin conocimiento sobre la enfermedad diagnosticada.
- Desconocen información básica como las causas, etapas y progreso de la enfermedad, y las consecuencias de no atenderla en etapas tempranas.
- Desconocimiento de los factores psicológicos como agentes implicados en el desarrollo de una lesión cervical precancerosa.
- No cuentan con información pertinente sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos que se realizan en clínica de displasia.

Culturales:

- Idiosincrasia arraigada a usos y costumbres.
- Miedo y desconfianza a los servicios de salud.
- La naturaleza del VPH connota tabú de índole sexual, dado que en esta comunidad prevalece el machismo, esta situación se convierte en una limitante ante las necesidades sanitarias de estas pacientes. De igual manera, entre la población se distinguen distorsiones cognitivas (ideas equivocadas, desconfianza) en relación a la efectividad de los tratamientos médicos, e incluso se observa indecisión sobre la necesidad de atender la enfermedad.

Emocionales:

Depresión, baja autoestima, frustración, enojo y temor, relacionados al diagnóstico. Negación a la continuidad en la revisión médica, pero, sobre todo, temor al sometimiento a procedimientos quirúrgicos.

Recidiva:

Prevalencia de la recaída en aquellas pacientes que se han sometido, previamente, a tratamientos farmacológicos y quirúrgicos para curar la enfermedad.

Población

Se trató de una muestra de 22 mujeres de edades entre 20 y 52 años diagnosticadas positivas al virus de papiloma humano y con lesión precancerosa de cuello uterino, que acuden como pacientes ginecológicas al servicio de clínica de displasia/colposcopia en el Hospital de las Culturas en el municipio de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Criterios de inclusión: que acudan a valoración médica en clínica de displasia y deseen participar en la intervención psicoeducativa.

Criterios de exclusión: mujeres menores de edad, mujeres que no hablen español.

Instrumentos

Cuestionario. (Anexo1) Preguntas semiestructuradas. El primer apartado recaba información sociodemográfica de las participantes. El segundo apartado consta de 20 ítems y recaba las percepciones de las pacientes en relación a la enfermedad (VPH, displasia/lesión cervical, Cáncer Cervicouterino), así como de la adherencia al tratamiento y afrontamiento de la enfermedad.

Escala de modos de afrontamiento (Anexo 2): incluye 67 ítems con cuatro opciones de respuesta: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida; relacionados con las dos funciones básicas de afrontamiento: regulación emocional y solución de problemas. También contiene otros cuatro relativos a cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información, afrontamiento intrapsíquico o cognitivo (Lazarus, 1984; González, 2007).

Procedimiento

Antes que las pacientes iniciaran la valoración médica/ginecológica, se les aplicó, de manera grupal, la Escala de Modos de Afrontamiento (Anexo 2); y de manera individual, la entrevista semiestructurada (Anexo 1).

Posteriormente, se reunió a las pacientes y se procedió a la intervención psicoeducativa, se plantearon los temas de relevancia y se les exhortó a participar exhibiendo dudas, aportando aprendizajes previos, así como a expresar y compartir experiencias en el manejo y afrontamiento de la enfermedad.

Posterior a la revisión médica/ginecológica, la intervención psicológica se dirigió, de manera individual, a aclarar dudas en relación a la temática planteada (que en la intervención grupal no haya sido posible exponerlas), y se buscó facilitar en las pacientes la toma de decisiones, así como también, promover la adherencia al tratamiento médico o quirúrgico, la continuidad de las revisiones médicas, y la promoción de conductas encaminadas a mejorar la salud.

RESULTADOS

Diagnóstico

Con la Escala de Modos de Afrontamiento (Anexo 2), se determinó que las sub-escalas “*búsqueda de apoyo social*” con 79 puntos (número de respuestas que puntúan a cada ítem) y “*aceptación de la responsabilidad*” con 64 puntos han sido las de menor presencia entre las pacientes participantes. Por su parte, las sub-escalas de mayor presencia fueron: “*reevaluación positiva*” con 162 puntos y “*autocontrol*” con 151 puntos (tabla 1 y figura 1).

Ítem	Sub-escalas	Puntaje
6, 7, 17, 28, 34, 46	<i>Confrontación</i>	86
12, 13, 15, 19, 21, 32, 41, 44	<i>Distanciamiento</i>	137
10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62, 63	<i>Autocontrol</i>	151
8, 18, 31, 42, 45	<i>Búsqueda de apoyo social</i>	79
9, 25, 29, 51	<i>Aceptación de la responsabilidad</i>	64
11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58, 59	<i>Evitación</i>	107
1, 2, 27, 39, 48, 49, 52	<i>Planificación</i>	125
20, 23, 30, 36, 38, 56, 60	<i>Reevaluación positiva</i>	162
*En la aplicación de la Escala de Afrontamiento de Lazarus participaron 12 mujeres		

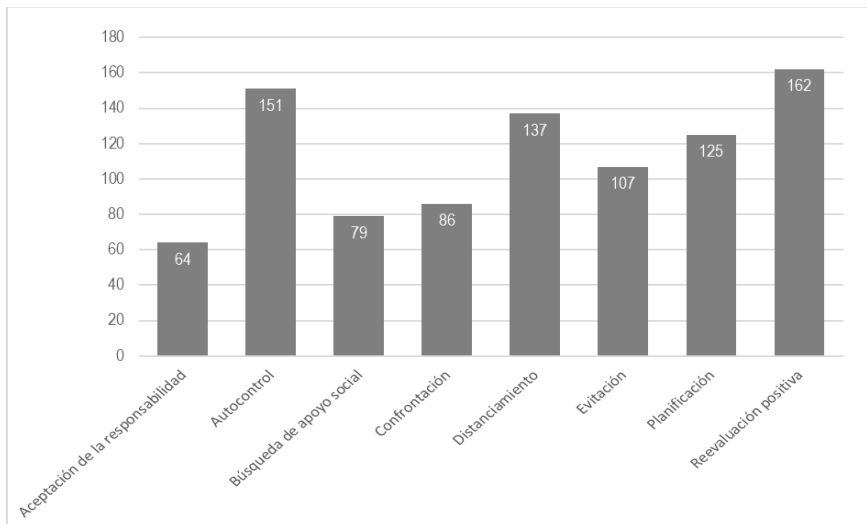


Figura 1. Resultados - Escala modos de Afrontamiento de Lazarus

Principales hallazgos encontrados en la entrevista semiestructurada (Anexo 1): El 55% de las pacientes son mayores de 41 años, 18% de edades 31 a 40 años, y 27% de edades de 20 a 30 años (figura 2). También se identificó que el 55% de las participantes pertenece a un grupo étnico indígena (figura 3). El 54.6% de las pacientes tiene estudios de primaria y secundaria, 18.1% preparatoria y universidad, y un 27.3% no tiene ningún tipo de escolaridad (figura 4).

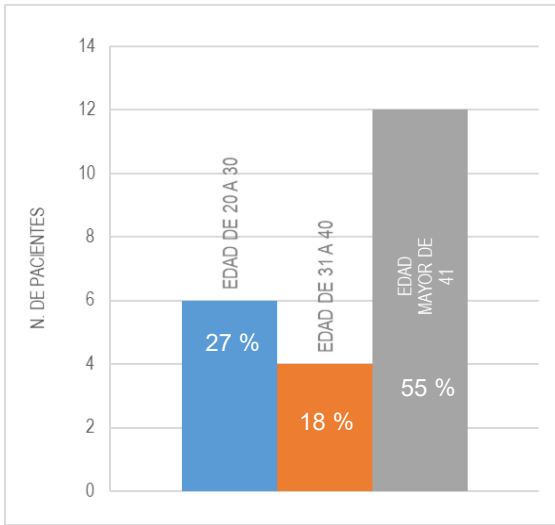


Figura 2. Edades de las pacientes

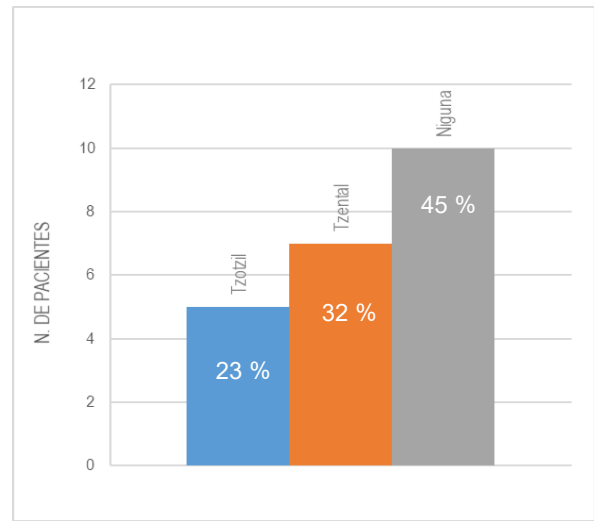


Figura 3. Pertenencia a grupo étnico

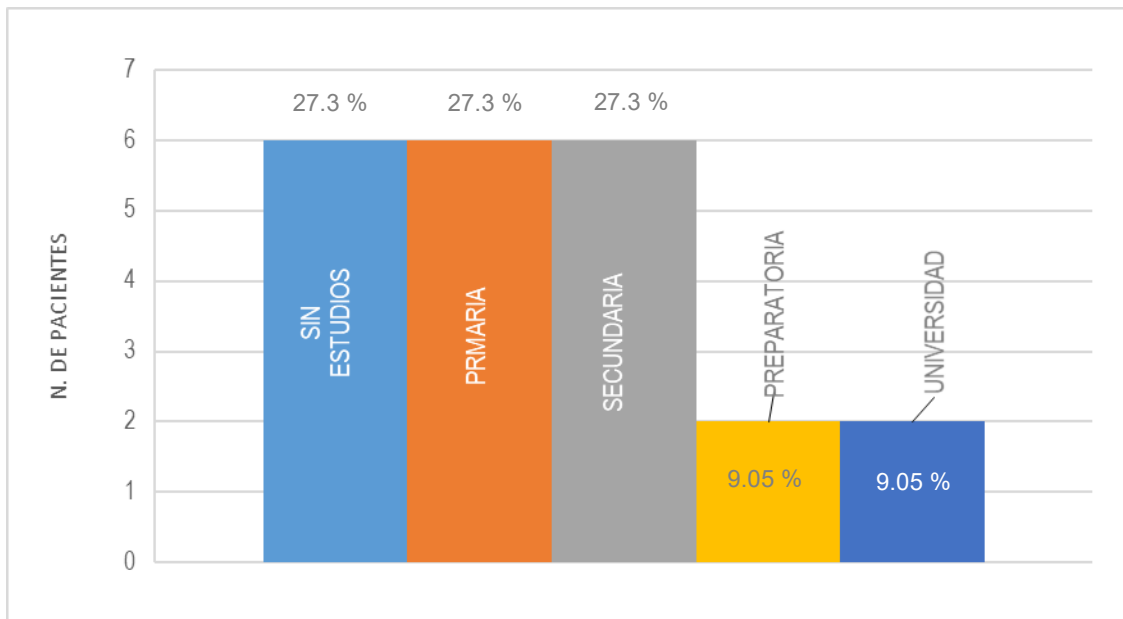


Figura 4. Nivel Educativo

En relación al conocimiento general sobre el tema del VPH y el CaCu, se determinó que el 45% no tenía ningún tipo de conocimiento o información pertinente, 41% de las pacientes respondió conocer el tema de manera regular, y el 14% respondió conocer a detalle el tema (figura 5). Sobre el conocimiento específico de las etapas y consecuencias de no atender la enfermedad en etapas tempranas, se identificó que el 64% de las pacientes no posee ningún conocimiento sobre el tema, 23% tiene un conocimiento regular, y sólo el 13% tiene un conocimiento más detallado sobre el tema (figura 6).

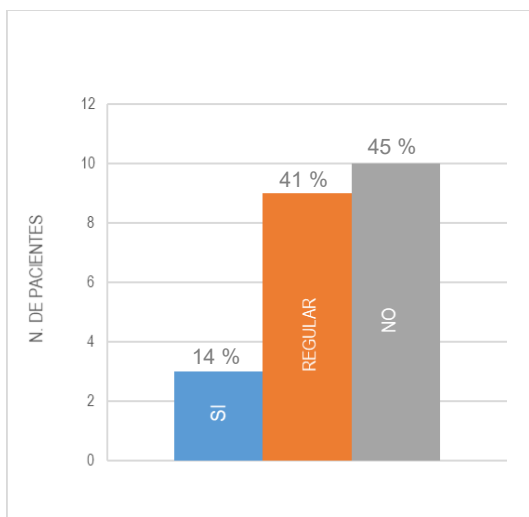


Figura 5. Conocimiento general del VPH y CaCu

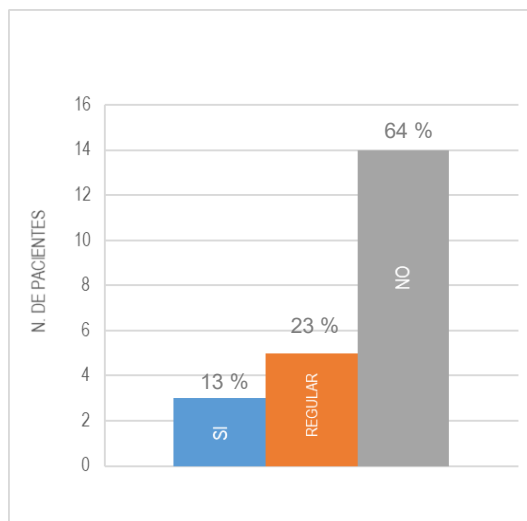


Figura 6. Conocimiento de las etapas y consecuencias del CaCu

En relación a las percepciones sobre la importancia de la adherencia terapéutica, 68% de las pacientes reportaron “importante el apego a tratamiento”, y 32% reportaron “poco benéfico el apego a tratamiento” (figura 7).

En las percepciones sobre procedimientos quirúrgicos, tales como Electrocirugía/Conización e Histerectomía, 50% de las pacientes reportó miedo, tristeza y dolor físico, 23% reportó haberse negado a someterse a dichos procedimientos, 18% reportó satisfacción ante los resultados de la intervención, y 9% no fueron candidatas para dichos procedimientos (figura 8).

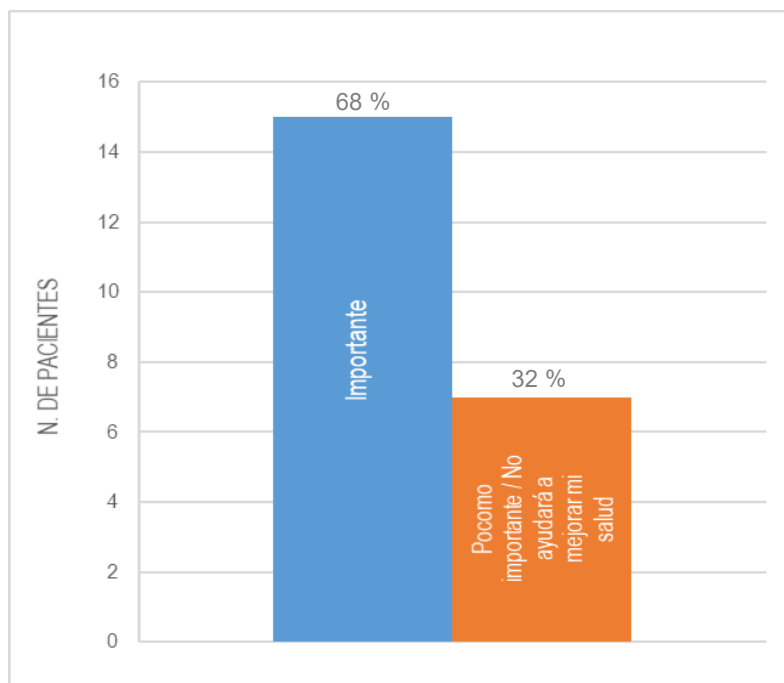


Figura 7. Percepciones sobre la adherencia a tratamiento

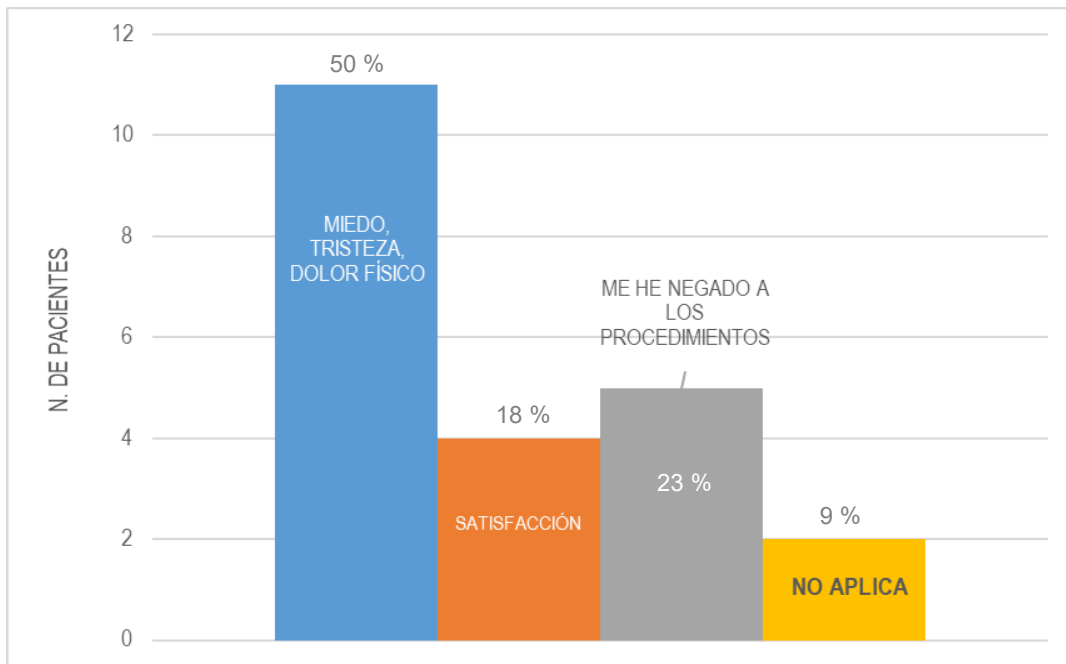


Figura 8. Percepciones sobre procedimientos quirurgicos (Electrocirugía/Cono e Histerectomía)

En relación al apoyo familiar para afrontar la enfermedad, 68% de las pacientes reportó haber tenido apoyo, y 32% reportaron no recibir apoyo familiar (figura 9).

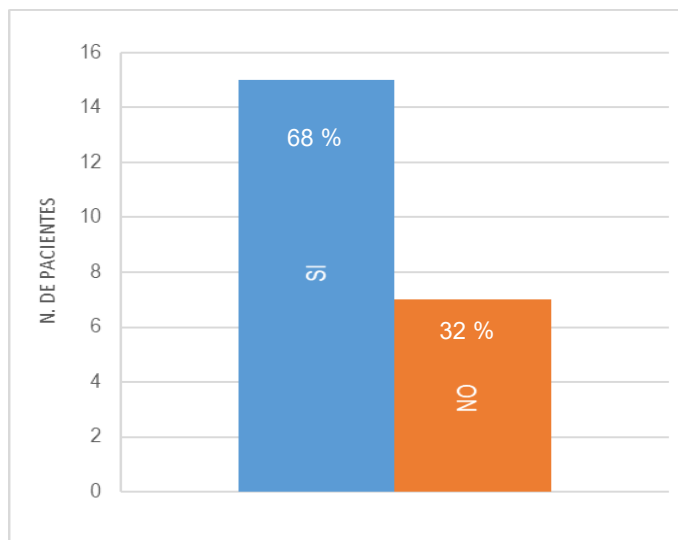


Figura 9. Apoyo familiar en el afrontamiento de la enfermedad

De igual manera, durante la pre-evaluación, se identificó que las aflicciones de mayor relevancia se asociaron al contagio del virus, sobre todo porque, la mayoría de las pacientes asentó haber presentado afectaciones, a nivel de relación de pareja y familiar, debido a la ausencia de información concreta sobre el tema.

También, se identificó entre las pacientes gran incertidumbre y temor relacionado al diagnóstico y progreso de la enfermedad, dado que éstas mujeres asociaron la enfermedad a pensamientos catastróficos como la muerte o de estados críticos de salud.

En aquellas pacientes que ya se habían sometido a procedimientos de Electrocirugía/Conización, se detectaron sentimientos de temor ante la recidiva de la enfermedad. De igual manera, como resultado de la recidiva o, incluso, aumento en el grado de la lesión, las pacientes exhibieron malestar y rechazo ante la necesidad de someterse nuevamente a la Electrocirugía o, en su caso, a procedimientos más complejos como la Histerectomía.

De manera general, entre las pacientes se detectó depresión asociada al contagio del VPH (sospecha de posible infidelidad, abandono de la pareja debido a la enfermedad), así como también, ansiedad, angustia y preocupación asociada al diagnóstico de displasia cervical.

Resultados de la intervención psicoeducativa

Las distorsiones cognitivas alrededor del CaCu fueron modificadas por conocimientos y creencias racionales y objetivas. Las pacientes lograron asimilar la forma en que se adquiere el VPH y el comportamiento o modo de operar de este, de igual manera, reconocieron que el virus tiene como único medio de transmisión la relación sexual. También, se explicó que el contagio del virus es común en la población sexualmente activa, de tal forma que, comprendieron que el VPH sumado a otros factores contribuye en la aparición de una displasia o lesión cervical.

En relación a las cogniciones sobre la evolución o etapas del CaCu, se logró modificar las distorsiones cognitivas relacionadas al diagnóstico, es decir, las pacientes asimilaron que no son pacientes con una enfermedad terminal asociadas a un cáncer invasor, más bien que, se encuentran

en una etapa previa (lesión precancerosa de cuello uterino) en la que existe gran oportunidad de atención y manejo de la enfermedad. Se logró, entonces, permear en la importancia de atender la lesión cervical en etapas tempranas para estar en oportunidad de mejorar su condición de salud.

En la intervención se motivó la continuidad en la revisión médica especializada (colposcopia/ginecología), las pacientes aprendieron sobre la importancia de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y el de acceder a procedimientos quirúrgicos como elementos médicos implicados en la atención de la displasia cervical, y la recuperación en el estado de salud. Las pacientes recibieron información pertinente sobre los procesos en clínica de displasia, y reconocieron la importancia y efectividad de este servicio ante el tratamiento de las lesiones precancerosas de cuello uterino.

Se explicó que en el desarrollo de una lesión precancerosa se encuentra implicada la complicidad del VPH con factores psicológicos y estilos de vida inadecuados. Se señaló que, los componentes psicológicos como la tristeza, angustia, depresión, ansiedad, baja autoestima, pueden influir en la aparición y desarrollo de una lesión, y también dificultar el afrontamiento cuando la enfermedad ya está presente.

La intervención se dirigió a promover y mejorar la autoestima de las pacientes mediante la instrucción directa, de igual forma, se instruyó a acudir a centros de salud cercanos a su localidad (para atención psicológica) en caso de experimentar dificultades emocionales. También, se hizo hincapié en la pertinencia de atender y resolver su situación de pareja, de tal manera que, se aclaró que el contagio de VPH no necesariamente precede a una infidelidad, se explicó la compleja forma en la que el VPH se hace evidente, teniendo como objetivo disminuir el sentimiento de ira, enojo y culpabilidad hacia la pareja. También, se promovió buscar o ampliar las redes de apoyo de la paciente, de tal manera que le apoyen a afrontar de mejor manera la enfermedad.

Para el caso de los estilos de vida, en la intervención se promovió el cambio comportamental a estilos de vida más saludables, tales como, alimentación balanceada, hacer actividad física, evitar el sedentarismo, evitar el consumo de sustancias, así como procurar una higiene de sueño.

Las pacientes externaron que la psicoeducación ayudó a disminuir los sentimientos de incertidumbre e ideaciones catastróficas sobre la enfermedad, de igual manera, les permitió establecer ideas más claras sobre cómo afrontar la enfermedad, y agradecieron la intervención.

De igual forma, como resultado de la intervención, en la revisión ginecológica, las pacientes presentaron mayor involucramiento y comportamiento desinhibido, solicitaron mayor información especializada sobre su diagnóstico, y cuestionaron sobre los beneficios y efectos secundarios del tratamiento. Se observó menos incertidumbre y asumieron mayor compromiso y aceptación hacia los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos; 3 de 5 pacientes que continuamente exhibían renuencia o negación ante procedimientos de Electrocirugía/Conización, aceptaron someterse a dicho procedimiento.

CONCLUSIONES

Competencias desarrolladas durante la práctica

El abordaje psicoeducativo grupal permitió reconocer que las posibilidades de intervención en el ámbito de la salud, no sólo están limitados a la psicoterapia individual, sino que, como psicóloga en formación, también es posible desarrollar, de manera efectiva, otras formas de participación.

Como psicóloga se desarrollaron competencias, tales como:

Conocimientos de los procesos psicológicos básicos, teorías y supuestos psicológicos.

Competencias en el uso técnicas de evaluación psicológica, tales como la observación y la entrevista, así como, capacidades para elegir estrategias de intervención adecuadas e identificar su efectividad.

Conocimientos y habilidades en la intervención comunitaria, promoviendo el bienestar social y psicológico.

Competencias en la promoción de la salud y elaborar estrategias de intervención psicológica encaminadas a mejorar las condiciones de salud.

Capacidades de crítica de las publicaciones científicas, discernir de nuevas aportaciones psicológicas y de su eficiencia.

Habilidades autodidactas y de investigación con el objetivo de plantear temas de salud de manera competente y acorde a las necesidades sociales actuales. Las actividades del psicólogo enmarcan una gran responsabilidad y la necesidad de una investigación y actualización constante, dado que éste no sólo interviene en trastornos mentales, sino que participa en la atención de pacientes con diversas enfermedades de salud.

Competencias éticas de responsabilidad, honestidad, confidencialidad, empatía y aceptación de la diversidad, así como, ampliar las habilidades de comunicación asertiva (bidireccional) y de persuasión.

Habilidades para establecer vínculos terapéuticos que permitan coadyuvar en la adherencia a tratamientos médicos, así como, promover la pronta recuperación y acompañar al paciente en el afrontamiento de la enfermedad y en la toma de decisiones.

Experiencia en el manejo de grupos considerando las características y necesidades comunitarias. Se promovió el aprendizaje de temas relevantes en salud en poblaciones vulnerables y de alta marginación; promoción de la salud y el bienestar, y prevención de conductas de riesgo.

Habilidades de comunicación con colegas y otros profesionales de la salud en pro de coadyuvar en la atención integral y multidisciplinaria del paciente, cada uno desde su actuar profesional.

Identificar limitaciones en la intervención; solicitar opinión de otros colegas; identificar y referir a aquellas pacientes con necesidades de intervención de mayor especialización.

Elementos que se deben considerar para producir cambios en el fenómeno de interés

Es importante insertar estrategias de prevención efectivas y que consideren las necesidades particulares de esta población, de tal forma que, estrategias existentes deben adaptarse a las características de la población objetivo.

Promover la atención psicológica extensa que permita abordar la problemática de forma más profunda y de manera particular, para que las pacientes logren asumir de mejor manera la enfermedad, la adherencia terapéutica, así como, mejorar el estado emocional, sumando así a la remisión de la enfermedad.

Es pertinente monitorear o registrar el progreso de la paciente: capacidad de adaptación, adherencia terapéutica, continuidad en las revisiones médicas, la presencia de recidivas; para determinar la efectividad de la intervención psicológica.

Se debe promover la participación integral y conjunta de los profesionales de la salud de primer y segundo nivel del sistema de salud. Dado que gran parte de las pacientes que se atienden en clínica de displasia provienen de diversas localidades lejanas, es pertinente que las unidades de primer nivel en aquellas comunidades ofrezcan servicios psicológicos encaminados al afrontamiento de la enfermedad, monitoreen el progreso de la paciente, promuevan la continuidad de las revisiones médicas en segundo nivel, así como detectar y solucionar dificultades que podrían inferir en la renuencia o abandono del servicio de displasia.

Consideraciones éticas y responsabilidad social del quehacer profesional

En apego al Código Ético del Psicólogo (2009), y derivado de la presente práctica profesional, cabe considerar:

Cualquier intervención psicológica debe respetar los derechos humanos, reconociendo la diversidad ideológica, cultural, étnica, religiosa, de raza, etc.

Como psicólogos debemos pronunciar una postura ética proporcionando resguardo y confidencialidad de los datos proporcionados por el paciente. Así como, ofrecer servicio acorde a capacidades, aptitudes, experiencia, etc., y hacer claros los objetivos de la intervención, garantizando el bienestar del cliente.

El psicólogo que trabaja con las etnias indígenas de México debe mantenerse alerta a prejuicios y malinterpretaciones dadas por diferencias en idioma y cultura. Por lo que, es importante considerar la necesidad de adaptaciones en las técnicas de valoración e intervención, procurando el ajuste al contexto cultural, en apego respeto y reconocimiento de la identidad cultural.

La intervención psicológica en ambientes hospitalarios permitió asumir responsabilidades como el trabajo grupal con pacientes que cursan enfermedades crónicas; ofrecer información pertinente sobre tratamientos médicos; manejo de terminología médica para colaborar con otros profesionales de la salud; adaptación de la enfermedad; promoción de la salud y adherencia terapéutica; utilización de un lenguaje claro y concreto en la interpretación de los resultados de la evaluación psicológica; establecer de manera clara y respetuosa los motivos de una posible derivación a servicios psicológicos especializados.

En el quehacer profesional se desarrollaron capacidades de escucha, tolerancia, respeto a ideología cultural, empatía y sensibilidad ante el paciente, comunicación asertiva, así como, habilidades de evaluación psicológica como la entrevista y la observación.

Limitaciones de la práctica realizada

Los espacios destinados para llevar a cabo la intervención individual eran inestables. Durante la participación se identificó que los espacios físicos destinados para la intervención psicológica son limitados.

En la intervención fue ineludible la barrera sociocultural. En la población estudiada se identificó baja cultura de la prevención en materia de salud y bajo nivel educativo. De igual

manera, el 55% de la población es hablante de lengua indígena (Tzotzil o Tzental), por lo que se dificultó la comunicación asertiva entre psicólogo y paciente.

Se observó en las pacientes dificultades de insight, autoexploración y de expresión de emociones. De igual manera, se observaron creencias arraigadas en relación a la atención de enfermedades, tales como la medicina tradicional, lo cual, dificultó los intentos por promover el apego a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.

Durante la intervención se identificaron problemas emocionales complejos, por lo que, la duración de la intervención podría considerarse insuficiente para lograr un cambio comportamental que contribuya al adecuado afrontamiento de la enfermedad de las pacientes.

Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica

Solicitar a los servicios de salud espacios dignos y específicos para el desarrollo de la participación psicológica.

Ampliar el uso de técnicas psicológicas (ej. verbalización positiva, autoafirmaciones, relajación, etc.) que permitan en las pacientes desarrollar habilidades de insight, autoexploración, reflexión y expresión de emociones.

Consultar sobre estrategias motivacionales al personal en los centros de salud de salud rurales, profesionales en desarrollo humano, profesionales comunitarios u otros que hayan trabajado con poblaciones similares a la población objetivo y demostraran efectividad en su intervención.

Dada las características de la población, es estratégico insertar a la intervención psicológica colaboradores que pertenezcan al mismo grupo étnico de las pacientes, de tal forma que se integren como traductores e intermediarios, con el objetivo de obtener mayor integración, confianza y participación del grupo de trabajo.

Otros aspectos a considerar

Las emociones juegan un papel determinante en el proceso y afrontamiento de la enfermedad, así como en las necesidades de cambio comportamental encaminados a mejorar la salud. Las pacientes con mayor apoyo social, familiar y del sistema de salud, asumen una mejor adherencia y afrontamiento de la enfermedad. Por su parte, la participación del psicólogo es, entonces, pieza clave, ya que estos atienden aspectos motivacionales y cognitivos, acompañan al paciente y le ayudan a gestionar sus propias herramientas y estrategias en pro de una mejor adaptación, sumando así al cumplimiento terapéutico del paciente y mejor afrontamiento.

El CaCu es una enfermedad en la que se implican componentes adversos y que impactan en la adherencia terapéutica y en las respuestas emocionales de las pacientes: influencias socioculturales y económicas, la deficiente estructura sanitaria, la desinformación o distorsiones cognitivas en relación al CaCu, percepciones sobre la gravedad de la enfermedad, etc. La intervención psicológica con pacientes de CaCu representó un reto en la práctica profesional y permitió que otros colegas situaran la vista en esta problemática. En el Hospital de las Culturas, las pacientes con displasia de cuello de uterino no tenían ningún tipo de acompañamiento psicológico para afrontar la enfermedad, dado que, es el personal médico el que decide la necesidad de referencia de la paciente al departamento de psicología, la atención psicológica fue menospreciada al considerarla innecesaria en esta población. Sin embargo, como resultado de esta práctica, en el personal médico se promovió una nueva perspectiva, logrando así la apertura a la intervención psicológica.

Las acciones para mejorar la salud, indudablemente, deben estar encaminadas a reforzar la prevención. De igual manera, el sistema sanitario debe promover la adecuada y oportuna atención integral de la paciente, médico, trabajo social, psicológico, etc., para evitar abandono del paciente, y promover la adherencia al tratamiento y adecuado afrontamiento de la enfermedad; es decir, el sistema sanitario debe promover la atención del paciente desde una perspectiva biopsicosocial y no únicamente a través del modelo biomédico, de igual manera, debe garantizar los servicios especializados, sobre todo, en poblaciones vulnerables en estado de gran pobreza y marginación.

REFERENCIAS

- Arellano, M. C. & Castro, M. C. (diciembre-2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, 21(42), 259-278. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000200011
- Arnau, J., Anguera M. T., Gómez, J. (1990). Metodología de la observación en ciencias del comportamiento. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=TQtBbnk1LSoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ballester, A. R. (1997). La formación y el ejercicio profesional del Psicólogo de la Salud. *Introducción a la Psicología de la Salud* (207-241). Recuperado de <https://suayed.ired.unam.mx>
- Biagini, M., Torruco, M., & Carrasco, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, 28(1), 52-60. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1035/1033
- Bustamante, G. M., Martínez, A., Tenahua, I., Jiménez, C. & López, Y. (2015). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. *An Fac med*, 76(4), 369-376. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n4/a07v76n4.pdf>
- Correa, D. & Salazar, I. C. (2007). Aspectos Psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En Arrivillega, M. (Eds.), *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*, (pp. 3-23).

- Demosthenes, P. (2017). *Desempeño de la Clínica de Colposcopia del Hospital de las Culturas de San Cristóbal de las Casas, durante el periodo fiscal 2010-2012* (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://repositorio.unicach.mx/bitstream/20.500.12114/1416/1/MCSP%20618.14%20D45%202017.pdf>
- Enciso, A. (12 de septiembre de 2012). Hospital de Las Culturas acerca la atención a la población de los Altos. *Periódico La Jornada*, p. 45. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2011/09/12/sociedad/045n2soc>
- Freyermuth, G. & Cárdenas, R. (2009). Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. *Salud Pública de México*, 51(6), 450-457. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6934/8839>
- González, F M. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. Editorial Ciencias Médicas. Cap. 11.
- López, J. R. & Teodoro, J. M. (2006). La cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhai*, 2(1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/461/46120102.pdf>
- Luna, M. A. & Sánchez, G. (2014). Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2), 67-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a5.pdf>
- Marchena, C., Calero, A. & Galván, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, No. 24, 55-65.

- Martín, L. Grau, J. A. & Espinosa, A. D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225-238.
- Martín, L., Rivera, A., Morandé, G. & Salido, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, 11(2), 231-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618250004.pdf>
- Martínez, J. M., Vilar, R. & Verdejo, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v29n1/2174-0550-clinsa-29-01-1.pdf>
- Meza, M. P., Sánchez, C., Pimentel, D. & Carreño, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres por infección de virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(1), 17-22. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip1111d.pdf>
- Molina, M. C. (n.d.). Orientación Psicológica como intervención de elección ante las demandas del Sistema Sanitario en la Atención Primaria de Salud. *Alternativas cubanas en Psicología*, 1(2), 79-84. Recuperado de <https://www.acupsi.org/index/download.html?id=articulos/2-10-orientacion-psicologica-como-intervencion-de-eleccion-molina.pdf>
- Montes, Mullins & Urrutia (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena Obstétrica Ginecológica*, 71(2), 129-134. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v71n2/art10.pdf>
- Montiel, V. E. & Guerra, V. M. (2015). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6113857.pdf>
- Oblitas, L. A. (2003). Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomson Learning.

- Olvera, J. & Soria, M. R. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista electrónica de psicología de Iztacala*, 11(4), 149-158.
- Rodríguez, H. A. (2005). Metodología de la Investigación. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=r4yrEW9Jhe0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rossetti, M. L. & Botella, L. (2017). Alianza Terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/2819/281950399003/>
- Sanabria, J. G., Fernández, Z.C., Cruz, I. L., Oriolo, L. & Llanuch, M. (2011). El cáncer Cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. *Rev. Ciencias Médicas*, 15(4), 295-319. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n4/rpr26411.pdf>
- Santibáñez, P. M., Román M. F., Chenevard, C. L., Espinoza, A. E., Irribarra, D. E., Müller, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008
- Sepúlveda, G. J., Meneses, A. L. & Goldenberg, P. (julio- 2014). Validez de contenido: Cuestionario de vulnerabilidad al Papillomavirus Humano. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, No. 35, 221-225. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300013

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). Código Ético del Psicólogo. Trillas México.
Recuperado de
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf

Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1996). La entrevista en profundidad. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, pp. 55-99.

Urdaneta, J. R., Nava, M. L., García, J., Cepeda, M., Zambrano, N. B., Salazar, J., Contreras, A. & Mujica, A. (2013). Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y Hallazgos Citológicos en Mujeres de Estratos Socioeconómicos Bajos. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(4), 211-228. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/3756/375634881003.pdf>

Zúñiga, C. & Núñez, R. (1957). Psicoterapia de Grupo. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4895300.pdf>

ANEXO 1. CUESTIONARIO

Tema: Virus del papiloma humano (VHP), displasia cervical, Cáncer Cervicouterino	
Nombre (opcional):	
<i>Datos sociodemográficos</i>	
Edad:	Estado civil:
Localidad y municipio de procedencia:	
Escolaridad:	
A qué se dedica:	Cuál es el ingreso mensual de su familia: \$
Su casa es propia o renta:	
Pertenece a alguna etnia indígena ¿Cuál?	Habla otra lengua además demás del español ¿Cuál?
<i>Percepciones de la enfermedad – adherencia al tratamiento - afrontamiento</i>	
1.	¿Tiene usted conocimiento o ha solicitado información para saber más sobre la enfermedad de la que fue diagnosticada? Describa su conocimiento sobre el tema. _____
2.	¿Tiene conocimiento de cómo se adquiere ésta enfermedad? Describa su conocimiento sobre el tema. _____
3.	¿Tiene conocimiento de las etapas o evolución de la enfermedad? Describa su conocimiento sobre el tema. _____
4.	¿Usted sabe de las consecuencias de no atender esta enfermedad en etapas tempranas? Describa su conocimiento sobre el tema. _____
5.	¿Considera usted que los periodos de atención han sido oportunos, desde su atención en el centro de salud (primer nivel) hasta su referencia y valoración médica en clínica de displasia/colposcopia (segundo nivel)? Describa por qué. _____
6.	¿Cómo considera actualmente su estado de salud? _____
7.	¿Considera usted que la atención médica que ha recibido en clínica de displasia ha sido suficiente para mejorar su estado de salud? Describa por qué. _____
8.	¿Qué acciones emprende usted para mejorar su situación de salud actual? _____
9.	¿Ha faltado a alguna de sus citas con la ginecológica en clínica de displasia? En caso de haber faltado, describa cuál fue el motivo. _____
10.	¿Qué tratamiento ha recibido en relación a la enfermedad? Farmacológico ¿Cómo se sintió con el tratamiento física y emocionalmente? _____

Electrocirugía (Cono Cervical) ¿Cómo se sintió con este procedimiento física y emocionalmente?

Cirugía (Histerectomía/retiro de la matriz) ¿Cómo se sintió con este procedimiento física y emocionalmente?

11. ¿Considera importante seguir acudiendo a próximas valoraciones médicas en el servicio de displasia? Describa por qué.

12. ¿Cuál fue su primera impresión (pensamientos, emociones) al ser referida al servicio de clínica de displasia/colposcopia por motivo de ser diagnosticada positiva al virus del papiloma humano?

13. ¿Después de ser diagnosticada con esta enfermedad, ha platicado esta situación con algún familiar o conocido?

Sí ¿Cómo se sintió de haber compartido esta información?

No. ¿Por qué?

14. ¿Considera a su pareja y familia como apoyo para afrontar su enfermedad? Describa por qué.

15. ¿Considera que su relación de pareja ha sido afectada por la enfermedad? ¿De qué manera?

Emocional:

Sexual:

16. ¿Considera que sus relaciones familiares y sociales han sido afectadas por la enfermedad? ¿De qué manera?

17. ¿Considera usted que tiene dificultades para transmitir con los demás emociones o sentimientos?

18. ¿Ha acudido o participado en grupos de autoayuda, la iglesia u otros? ¿Cómo ha beneficiado en su vida y en su salud?

19. ¿Ha solicitado alguna vez ayuda psicológica? ¿Cuál es su opinión de la terapia psicológica?

20. ¿Sabe usted cuáles son los beneficios de acudir a terapia psicológica cuando se presenta una enfermedad?

ANEXO 2

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

- 0 — En absoluto.
- 1 — En alguna medida.
- 2 — Bastante.
- 3 — En gran medida.

-
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso) ()
 2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor. ()
 3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. ()
 4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar. ()
 5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación. ()
 6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. ()
 7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión. ()
 8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
 9. Me criticqué o me sermoneé a mi mismo. ()
 10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta. ()
 11. Confié en que ocurría un milagro. ()
 12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte). ()

13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada. ()
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos. ()
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno. ()
16. Dormí más de lo habitual. ()
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema. ()
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. ()
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor. ()
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo. ()
21. Intenté olvidarme de todo. ()
22. Busqué la ayuda de un profesional. ()
23. Cambié, maduré como persona. ()
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada. ()
25. Me disculpé o hice algo para compensar. ()
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí. ()
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería. ()
28. De algún modo expresé mis sentimientos. ()
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema. ()
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré. ()
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones. ()
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. ()
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. ()
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso. ()
36. Tuve fe en algo nuevo. ()
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara. ()
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida. ()
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien. ()
40. Evité estar con la gente. ()
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo. ()

42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. ()
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas. ()
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio. ()
45. Le conté a alguien cómo me sentía. ()
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería. ()
47. Me desquité con los demás. ()
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar. ()
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien. ()
50. Me negué a creer lo que había ocurrido. ()
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez. ()
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema. ()
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto. ()
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas. ()
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía. ()
56. Cambié algo en mí. ()
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente. ()
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo. ()
59. Fantasié e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas. ()
60. Recé. ()
61. Me preparé mentalmente para lo peor. ()
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría. ()
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo. ()
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. ()
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas. ()
66. Corrí o hice ejercicio. ()
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo) ()