

# **UNIVERSIDAD DE SONORA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Estilos de Afrontamiento en Mujeres Portadoras del Virus del  
Papiloma Humano**

**TESIS PROFESIONAL PRÁCTICA**

Para obtener el título en

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Presentan:

**Dora Alicia Franco Quiroz  
Moisés Omar Ayala Burboa**

# 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 Dora Alicia Franco Quiroz y Moisés Omar Ayala Burboa, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptada como requisito parcial para obtener el título de Licenciado en Psicología de la Salud.

Atentamente:



---

**Mtra. en Psic. Elizabeth Peña Fernández**

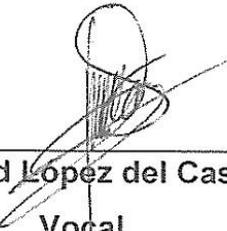
**Presidente**



---

**M.C. Micaela Ortiz Pacheco**

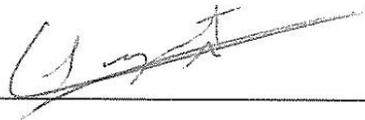
**Secretario**



---

**Dr. David Lopez del Castillo**

**Vocal**



---

**Mtro. en Psic. Gustavo Zazueta Tenorio**

**Suplente**

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

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

Al Doctor Epifanio Gallardo, jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital General de Ciudad Obregón, al Dr. José María Revilla y a la enfermera Elsa Grajeda Burboa, responsables de la Clínica de Displasia, por permitirnos realizar este trabajo, por las enseñanzas académicas, personales, la confianza, el apoyo, los buenos momentos.

A la Mtra. Elizabeth Peña Fernández, directora del proyecto, por hacer posible esta tesis y por sus conocimientos que me brindó en el transcurso de mi aprendizaje en la Universidad.

A la M.C. Micaela Ortiz Pacheco, Dr. David López del Castillo y Mtro. Gustavo Zazueta Tenorio, por el asesoramiento, buena disposición y apoyo brindado durante este proceso.

A las mujeres que formaron parte de esta Investigación que nos brindaron su confianza y su tiempo.

A mis hijos Fernando, Alejandra, Víctor Hugo, Dora María, que me dieron su paciencia, y apoyo, cuando les pedía que me enseñaran. Estoy orgullosa de ustedes y todo lo que hago es para ser mejor para ustedes cada día.

A mi esposo por brindarme su apoyo y motivación, gracias por estar en los momentos difíciles.

A Moisés Omar Ayala Burboa, gracias por compartir este proyecto y ser un buen amigo.

A Dios por ser siempre fiel y permitirme llegar a esta etapa de mi vida plena y satisfecha, que a pesar de pasar por tantas adversidades puedo ver su amor reflejado en el cuidado que tiene sobre mí y mi familia.

**Dora Alicia Franco Quiroz.**

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A la Universidad de Sonora por la oportunidad de crecer en esta institución, por todas las enseñanzas que me dio y por hacer posible que este trabajo se realizara.

Al Doctor Epifanio Gallardo, jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital General de Ciudad Obregón, al Dr. José María Revilla y a la enfermera Elsa Grajeda Burboa, responsables de la Clínica de Displasias, por abrir las puertas de la institución para permitirnos realizar este trabajo, por las enseñanzas académicas, personales, la confianza, el apoyo, los buenos momentos que pasamos.

A la Mtra. Elizabeth Peña Fernández por aportar todo su conocimiento para este trabajo. Gracias por tenerme tanta paciencia y brindarme su amistad.

A la M.C. Micaela Ortiz Pacheco, gracias por trabajar y aguantarme durante 5 años, aprendí mucho de usted.

Dr. David López del Castillo gracias por aportar su conocimiento y consejos para este trabajo, admiro su sentido social en todo lo que hace.

Mtro. Gustavo Zazueta Tenorio, por el asesoramiento, paciencia, buena disposición y apoyo brindado durante todo este proceso. Gracias por no solo enseñarme psicología, disfruté mucho hacer teatro con usted, es un excelente maestro.

A las participantes de este proyecto, gracias por su disposición para colaborar con nosotros.

A Dora Alicia Franco por permitirme trabajar con ella en este proyecto y brindarme su sincera amistad.

A mis padres y hermanos que han sido pilares fundamentales y me han dado su apoyo y motivación, han estado en los momentos difíciles, gracias por permitirme llegar a este momento, Los amo.

A mis amigos que siempre están presentes en cada etapa de mi vida y me motivan con su ejemplo.

Con todo mi corazón a Dios que es mi fuerza para ser mejor cada día y me acompaña en cada paso que doy.

**Moisés Omar Ayala Burboa.**

## CONTENIDO

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
OBJETIVOS.....	12
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	13
Virus del papiloma humano.....	13
Aspectos psicológicos asociados con la presencia de VPH.....	18
Estilos de afrontamiento ante enfermedades crónico degenerativas.....	20
METODOLOGÍA.....	24
Diseño.....	24
Participantes.....	24
Criterios de inclusión.....	24
Criterios de exclusión.....	24
Definiciones conceptuales.....	25
Definiciones operacionales.....	25
Instrumentos.....	25
Estrategias de contacto.....	26
Sistematización y análisis de la información.....	26
Consideraciones éticas.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	36
Limitaciones.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
Componentes de relación.....	38
Regulación emocional.....	38
Apoyo profesional.....	38
Psicoeducación.....	39
Empoderamiento.....	39
Solución de problemas.....	39
Autonomía.....	39
Reevaluación positiva.....	39

Reestructuración cognitiva.....	40
EXPERIENCIA PERSONAL.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	51
Consentimiento informado.....	52
Entrevista socio-demográfica.....	53
Escala de enfrentamiento.....	54

## LISTA DE TABLAS

<b>Tablas</b>	<b>Página</b>
1. Frecuencia de VPH en algunas lesiones ginecológicas.....	15
2. Cargas factoriales por reactivo del Factor Emocional Evasivo.....	29
3. Cargas factoriales por reactivo del Factor Directo.....	29
4. Cargas factoriales por reactivo del Factor Revalorativo.....	30
5. Comparación de los promedios totales de cada uno de los Factores.....	30

## RESUMEN

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en nuestro país y la principal causa de cáncer del cuello del útero o Cáncer Cérvico Uterino (CaCu). Si el diagnóstico de infección por VPH, se realiza en etapas tempranas a través de una citología y colposcopia, es posible eliminar las lesiones que se generan en el cérvix y así evitar que se desarrollen hasta convertirse en CaCu.

Los estilos de afrontamiento son los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Es decir, se refiere a la forma en la que las personas enfrentan las demandas del entorno y existen diferentes formas de hacerlo.

En este sentido, el objetivo principal de este trabajo fue identificar los estilos de afrontamiento en pacientes portadoras del Virus del Papiloma Humano del Hospital de Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora, y como objetivos específicos: identificar los principales estilos de afrontamiento en pacientes con VPH y proponer una validación incipiente del instrumento de afrontamiento para pacientes con VPH.

Los resultados de esta investigación, indican que el estilo de afrontamiento que predomina en esta muestra es el emocional-evasivo ( $M = 25.89$ ), seguido del revalorativo ( $M = 23.22$ ) y por último el directo ( $M = 17.05$ ).

## INTRODUCCIÓN

El identificar los estilos de afrontamiento en pacientes portadoras del VPH permitirá establecer un punto de partida para identificar algunas variables psicológicas que pueden afectar el curso y desarrollo de padecimientos médicos. Particularmente el caso de la infección por VPH, que de acuerdo con la literatura es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente y cuya infección es la principal causa de cáncer del cuello del útero.

Muchas de las mujeres a las que se les entrega un diagnóstico de VPH se formulan preguntas que difícilmente pueden ellas mismas responderse y frecuentemente no reciben el acompañamiento emocional junto con el abordaje médico en las instituciones públicas de atención para la salud.

La falta de información genera en muchos casos inseguridad, temores, vergüenza y culpabilidad que termina minando la autoestima, en ocasiones recurren a información errónea o a fuentes de datos alarmistas o con términos médicos que complican aún más ese estado emocional.

México es una de las zonas de mayor incidencia y mortalidad por CaCu de los países en vías de desarrollo. En 2008 la tasa de incidencia fue de 19.2 casos por cada cien mil mujeres y la tasa de mortalidad fue de 9.7 por cada cien mil mujeres (International Agency for Research on Cancer, 2012).

A nivel biológico, el CaCu es el resultado de la infección por VPH; sin embargo, a nivel social y conductual es el resultado de varios factores, como el nivel socioeconómico, emociones y pensamientos presentes en la vida de la mujer que lo padece y que pueden incidir en la realización o no, de conductas preventivas y de diagnóstico oportuno.

Factores como un estrato socioeconómico bajo, un pobre nivel de escolaridad, vivir en áreas rurales en donde no hay acceso fácil a centros de salud, o la falta de cobertura por parte del sistema de salud para la realización de la citología o consultas médicas, aunado a la falta de campañas de promoción y prevención constantes en las áreas rurales de la nación, pueden ser factores que inciden en la falta de conductas preventivas y de diagnóstico oportuno de esta enfermedad (Palacio y Jina, 2011).

Lazarus (1984) define afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”; por lo tanto, las conductas de los pacientes portadores de VPH, entre ellas, sus

estilos de afrontamiento, pueden influir de manera positiva o negativa en la evolución del padecimiento.

Con este trabajo se logró identificar cuáles son los principales estilos e afrontamiento que utilizan las mujeres portadoras de VPH y proponer una validación incipiente del instrumento de enfrentamiento en salud propuesto por Góngora (1998).

### **Justificación Social:**

Una de las aportaciones más importantes de este trabajo al ámbito social, es poder identificar a través de un instrumento válido y confiable a pacientes que, debido a su estilo de afrontamiento, presenten cierto grado de vulnerabilidad de no llevar un tratamiento, evitando así que el VPH pudiera evolucionar a CaCu. Generalmente el diagnóstico de VPH y su evolución a CaCu, genera o hace probable que las pacientes abandonen el tratamiento, puede generar también la desintegración de las familias, la falta del ingreso que aporta la paciente a la familia, sensación de marginación, los altos costos que representan para el sector salud la atención a pacientes con CaCu, destinando mayores recursos para el tratamiento y finalmente como resultado de la falta de adhesión al tratamiento, la muerte; todos estos factores generan una problemática social que impacta en la familia en particular y la sociedad en general.

### **Justificación Científica:**

La identificación de los estilos de afrontamiento en las mujeres con VPH utilizando un instrumento válido y confiable será la base para realizar investigaciones futuras con diferentes variables psicológicas involucradas en la adaptación de las pacientes a su enfermedad. Además, permitirá realizar intervenciones basadas en los hallazgos científicos de acuerdo a las necesidades de este tipo de pacientes.

### **Justificación práctica:**

El investigar los estilos de afrontamiento puede brindar información de cómo manejar las percepciones y creencias disfuncionales de las pacientes. Permitirá a los profesionales de la salud obtener datos sobre la manera en que las mujeres enfrentan el diagnóstico de VPH para así poder desarrollar intervenciones más efectivas en pro de la salud de las usuarias del servicio de displasias.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Identificar los estilos de afrontamiento en pacientes portadoras del Virus del Papiloma Humano del Hospital de Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, Sonora.

### **Objetivos Particulares**

- Identificar los principales estilos de afrontamiento en pacientes con VPH.
- Proponer una validación incipiente del instrumento de afrontamiento para pacientes con VPH.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### **Virus del Papiloma Humano**

El virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente y cuya infección es la principal causa de cáncer del cuello del útero, además de otros tipos de cáncer en la vagina, ano y pene. Existen más de 120 tipos de VPH que pueden infectar al humano, y algunos tipos tienen una relación importante con el cáncer del cuello del útero (CaCu), los tipos 16 y 18 son los responsables del 70% de los cánceres y el 6 y el 11 son los responsables de las verrugas genitales (Barbecho y col., 2015).

El VPH es de las infecciones de transmisión sexual más comunes a nivel mundial; en América Latina y el Caribe, la prevalencia en mujeres es del 15.6% (Organización Panamericana de la Salud, 2008). En el 93% de los casos de CaCu se ha detectado la presencia de VPH (Walboomers y col., 1999).

El VPH puede generar verrugas o condilomas en una variedad de vertebrados superiores incluyendo al hombre (Aguilar y col., 2008). La naturaleza viral de las verrugas fue descubierta por primera vez por Ciuffo en 1907 (citado por Ferrá y col., 2011) al transmitir las de una persona a otra usando un extracto libre de células.

Los tipos de VPH genital se han subdividido en tipos de bajo riesgo que habitualmente producen verrugas genitales benignas y otros tipos de alto riesgo, que se asocian más frecuentemente con CaCu y otras lesiones malignas. Debido a que es una infección de transmisión sexual, la falta de uso de anticonceptivos de barrera durante el acto sexual constituye un factor de riesgo importante. En un estudio realizado en mujeres activas sexualmente se encontró que el uso del preservativo previene la infección por el VPH en un 70% (Arias y col., 2013).

El contacto sexual es un requisito necesario para adquirir el VPH en el tracto genital. El mayor riesgo de infección por VPH se asocia al inicio temprano de las relaciones sexuales, la promiscuidad tanto masculina como femenina, el no utilizar preservativo y el no estar circuncidado (Batista y col., 2013).

La infección genital por VPH es una de las infecciones transmitidas sexualmente más comunes en el mundo. La mayoría de los adultos (15-49 años) adquirirá la infección por VPH en algún momento de su vida y nunca lo sabrá debido a que la infección no genera síntomas y pudiera no producir enfermedad (Zacaría, 2006).

García y Jacome (2002) mencionan que existen padecimientos que afectan a la mujer y pueden poner en riesgo su vida, uno de estos padecimientos es el CaCu. Aunque esta

enfermedad tiene síntomas de alerta como sangrados o hemorragias inusuales, secreciones o dolores en la zona del vientre, la mayoría de las veces pasa desapercibido, por lo que es recomendable realizar un examen anual para verificar la existencia de células anormales.

El examen de diagnóstico es el Papanicolaou, en honor a George N. Papanicolaou, quien en el año de 1917, descubrió que a través de las células de las mucosas (tejido fino que cubre algunos órganos) o de las secreciones, era posible diagnosticar transformaciones malignas (García, 2002).

Desde 1940, el porcentaje de muerte en mujeres con Cáncer, ha decrecido un 70%, en gran parte porque muchas mujeres se han realizado un examen de Papanicolaou; de ahí estriba la importancia de que las mujeres se realicen esta prueba (Hernández, 2005).

Según Serman (2002) la evolución natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales 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 NIE III.

Por su parte, Rivera y col. (2002) encontraron que la identificación de lesiones intraepiteliales y tumorales asociadas a tipos con diferente potencial oncogénico, han demostrado que este virus participa en un número cada vez más creciente de lesiones, no limitado a zonas vulva-genitales.

Es de vital importancia comprender la interacción entre el efecto patogénico viral en la célula huésped con un grupo de cofactores de riesgo, necesarios para la progresión de lesiones. En este sentido es posible intervenir a modo de lograr una conducta preventiva o de diagnóstico precoz. La persistencia viral de los tipos de alto riesgo oncogénico facilitaría la progresión de lesiones culminando finalmente en el desarrollo de cáncer. En la Tabla 1 se muestran las frecuencias de presencia de VPH en algunas lesiones ginecológicas.

Tabla 1. Frecuencia de VPH en algunas lesiones ginecológicas

Grado de lesión (NIC):	Porcentaje
– I:	44-77%
– II:	69-91%
–III:	86-100%

(Rivera y col., 2002)

Tirado (2005), encontró una serie de factores sociales que se asociaron con la probabilidad de desarrollar CaCu, como baja escolaridad académica o ausencia de escolaridad, falta de seguridad social, consumo de tabaco en algún momento de la vida, nivel socio-económico bajo, más de tres partos, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses y el inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años.

En un estudio participaron 1,000 mujeres, algunas universitarias, trabajadoras y otras madres de familia de entre 22 y 26 años, que tuvieran hijas de entre 9 y 17 años. En los resultados se demostró que únicamente 30% de las mujeres que estudian una carrera profesional o que se desempeñan en el campo laboral, reconocieron al CaCu como la principal consecuencia del VPH (Gómez y col., 2013).

En la literatura se refiere que cada día, 12 mujeres mueren a causa del CaCu y miles más son atendidas hasta que el padecimiento se encuentra en etapas muy avanzadas. Estas consecuencias se podrían prevenir acudiendo al médico o realizándose un Papanicolaou al año una vez que se inicia la vida sexual o cada vez que el médico lo requiera (Cambray, 2014).

A partir de la década de los 80 fue reconocido como el principal agente etiológico del CaCu y estudios moleculares, clínicos y epidemiológicos han permitido demostrar una relación causal entre la infección por el VPH y el CaCu (Aguilar y col., 2008).

Se estima que cada año se diagnostican 500,000 casos nuevos de CaCu en el mundo y este tipo de cáncer es responsable de 190,000 muertes anuales, de las cuales 78% ocurren en los países en desarrollo (García, 2005).

La incidencia y mortalidad por CaCu en los Estados Unidos de América (EUA) y otros países desarrollados han disminuido notablemente. Sin embargo, en los países en desarrollo, esta patología no ha presentado una disminución importante. Son los países latinoamericanos los que informan las tasas de incidencia más altas (Carrillo y col., 2004).

La infección genital por VPH es hoy día la enfermedad de transmisión sexual más común en el mundo y aunque estas infecciones generalmente son transitorias, existen dos hechos de carácter relevante; primero, la infección puede ser persistente y segundo, existen más de 15 tipos de VPH de alto riesgo. Estos virus constituyen la causa directa de los casos de carcinoma epidermoide y adenocarcinoma del cuello uterino y el 70% de los casos de CaCu se deben al VPH de los tipos 16 y 18 (García y col., 2010).

México es de las zonas de mayor incidencia y mortalidad por CaCu. En 2008 la tasa de incidencia fue de 19.2 casos por cada cien mil mujeres y la tasa de mortalidad fue de 9.7 por cada cien mil mujeres (International Agency for Research on Cancer, 2012); este se ubica entre las veinte principales causas de mortalidad general y la segunda en mujeres mayores de veinticinco años (Secretaría de Salud, 2010). Se ha demostrado que más de 40 tipos de VPH están asociados con una amplia variedad de las lesiones epiteliales benignas y malignas.

Un estudio del laboratorio farmacéutico Merck, Sharp and Dohme (MSD) estimó que en México existen 800 mil menores de 18 años que ya fueron infectados con el Virus de Papiloma Humano; de estos jóvenes contagiados, MSD calculó que 500 mil son hombres y 300 mil mujeres, pero pocos varones desarrollan síntomas (Gutiérrez y col., 2008).

Con los nuevos métodos de biología molecular en la Agencia Internacional para Investigación sobre el Cáncer (IARC), han concluido que en un 99,7% de todos los casos de cáncer cervical, el VPH es la causa necesaria para que estos tumores se hayan desarrollado (Tamayo y col., 2010).

El CaCu afecta directamente el órgano sexual y reproductor femenino, lo que impacta psicológicamente a la mujer (García y col., 2003). La citología sí es efectiva en la detección temprana del CaCu, pero hay graves deficiencias en cuanto a la cobertura del sistema de salud debido a que muchas mujeres de áreas rurales no tienen acceso a dicho servicio; además no hay una rigurosidad en cuanto a la calidad del procedimiento en los casos en que sí se realizaba la citología, además de que no se realizaban seguimientos a los casos que presentan resultados positivos dentro de la citología, lo que contribuye al crecimiento de este tipo de enfermedad a nivel nacional (Murillo, y col., 2009).

El CaCu es el resultado de varios factores sociales y psicológicos en la vida de la mujer que lo padece puesto que pueden incidir en la realización de conductas preventivas como la citología (Palacio y Jina, 2011).

Algunos ejemplos de los factores que inciden en la aparición y ascenso de esta enfermedad son:

- Un estrato socioeconómico bajo.
- Un pobre nivel de escolaridad.
- Vivir en áreas rurales en donde no hay acceso fácil a centros de salud.
- La falta de cobertura por parte del sistema de salud para la realización de la citología.
- La falta de consultas médicas.
- La falta de campañas de promoción y prevención constante en las áreas rurales.

Según datos de la Agencia Internacional para el estudio del cáncer en su reporte del 2009, durante el año 2008 en México, se presentó una tasa de morbilidad de 20 por cada 100,000 mujeres, de las cuales la mitad fue defunción, lo cual se traduce en una tasa alta de casos nuevos y muertes.

Durante el año 2011 se detectaron en total 5,316 casos nuevos de CaCu, siendo el pico más alto en las mujeres de entre 25 a 44 años de edad con 2,574 de los casos, y reportando casos desde el grupo de edad de 15-19 años. Se ha observado una tendencia al aumento en la cantidad de infecciones de VPH en nuestro país, ya que durante el año 2000 se detectaron 10,393 casos nuevos de esta infección, durante el 2005 fueron detectados 24,780 nuevos casos y en el 2010 se reportaron 31,517 nuevos casos, en el 2011 se registraron 36,333 pacientes con diagnóstico de primo-infección por VPH (Anuario SALUD, 2011).

Valdez (2004), indica en su estudio la importancia de divulgar e informar los aspectos relacionados con el cáncer, pues afirma que las mujeres que más información tienen al respecto presentan comportamientos preventivos. Este hallazgo coincide con (Arguero y col., 2012), que encontraron que el desconocimiento de la prueba del Papanicolaou y los beneficios de ésta, así como la falta de información sobre el cáncer cervical, llevan a las mujeres a pensar en que por no tener una vida sexual activa no necesitan la prueba, por lo que no dan importancia a la realización de ésta como medida preventiva del cáncer cervical.

El INEGI (2010) refiere que entre la población que padece CaCu, el porcentaje más alto de morbilidad hospitalaria se concentra en la población de 35 a 59 años, principalmente en la población de 45 a 49 años (15.1%), seguido de las mujeres de 40 a 44 años y de las de 50 a 54 años (14% y 13.2%), respectivamente.

Según datos de la Secretaría de Salud (2010) el CaCu ocupa el octavo lugar dentro de los tumores malignos que más muertes causan en Sonora. En 2009 se registraron alrededor de 90 fallecimientos por este tumor, los municipios con mayor número: Hermosillo 25; seguido Cajeme con 19; y Guaymas 10. Mientras que en 2008 se contabilizaron 88 decesos en la

entidad; esto significa que cada 4 días fallece una mujer a causa de este padecimiento en Sonora.

En la Clínica de Displasias del Hospital del Niño y de la Mujer en Ciudad Obregón, desde el año 2000 hasta diciembre del 2015 se han atendido 21,151 mujeres. Del año 2005 al 2014 se encontraron 13, 680 casos con algún tipo de lesión causada por virus del papiloma humano, (datos obtenidos de la clínica de displasias, 2015).

### **Aspectos Psicológicos asociados con la presencia de VPH**

La condición emocional está ligada a la infección por VPH, específicamente al estado de ansiedad, como una reacción emocional compleja, que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como amenazantes. La intensidad y duración de tal estado, están determinadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa referida en su estudio (Silva y col., 2005).

La forma en la que las personas enfrentan situaciones estresantes puede influir en la adaptación o solución de las mismas, por ejemplo, Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona".

En el ámbito de la salud, se define afrontamiento como el esfuerzo cognitivo, emocional, y conductual por parte del paciente para generar unas estrategias que le permitan adaptarse a la enfermedad crónica, esfuerzo que siempre se verá permeado por la particularidad de cada individuo en el intento de superar su dificultad. Es por esto que el afrontamiento a una enfermedad como el cáncer le exige al sujeto realizar unos esfuerzos cognitivos, afectivos y conductuales, puesto que el sujeto debe recurrir a su sistema de creencias para elaborar constantemente estrategias, que según su propia interpretación, le servirán para tolerar la enfermedad y sus tratamientos (Llull y col., 2003).

En este sentido, existen varias definiciones de afrontamiento, Fierro (1997) se refiere al afrontamiento como la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solo las emociones suscitadas por el evento estresante.

Es importante en este punto mencionar la diferencia entre estrategias y estilos de afrontamiento (Pressley, 1985) define estrategias de afrontamiento como un conjunto de procedimientos o actividades, generalmente conscientes e intencionales, que guían la acción hacia el logro de metas adaptativas, mientras que los estilos de afrontamiento son aquellas

predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento así como su estabilidad temporal y situacional (Solís y Vidal, 2006).

Las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1991) son el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema. El afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar. Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen 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. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

En el presente trabajo se consideraron los diferentes estilos de afrontamiento propuestos por Góngora (1998), que son:

Directo: Cuando las personas expresan hacer algo ya sea cognitiva o conductualmente para resolver el problema.

Emocional: Cuando las personas expresan ante un problema un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a resolver el problema.

Evasivo: Cuando las personas expresan algo para escapar, evitar o minimizar el problema o para no ver su importancia, ya sea de manera cognitiva o conductual.

Revalorativo: Cuando las personas expresan darle un sentido positivo al problema o de alguna manera mejorar su percepción.

Social: Compartir con alguien el problema o la búsqueda de su solución.

El estilo de afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, y por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación. Así mismo implica una serie de procesos cognitivos y conductuales estrechamente relacionados; por una parte, dependen de la evaluación que realiza el sujeto sobre la situación y, por otra, del uso de estrategias conductuales utilizadas para aliviar la carga que supone el estresor sobre el bienestar psicológico (Lazarus, 2000).

En la literatura existe un acuerdo entre diferentes investigadores (Aldwin y Revenson, 1987; Carver y col., 1989; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Páez, 1993; Góngora y col., 1999) en distinguir tres estilos, como modalidades o dominios del afrontamiento: cognitivo, conductual y emocional, según esté dirigido a:

- 1) Afrontamiento cognitivo: Que es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable. Este dirigido al problema.
- 2) Afrontamiento conductual: Que es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- 3) Afrontamiento emocional: Que es la regulación de los aspectos emocionales y un intento de mantener el equilibrio afectivo.

Los estilos de afrontamiento pueden incidir en la percepción de bienestar y calidad de vida del individuo, es decir, una percepción subjetiva de bienestar y satisfacción en diferentes dimensiones de la vida de éste, lo que genera estrategias de afrontamiento particulares ante las diversas dificultades. Por lo tanto, el afrontamiento implica que el sujeto perciba su realidad y lleve a cabo procesos cognitivos que le permitan ampliar sus posibilidades de adaptación, lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y los demás (Gaviria y col., 2007).

### **Estilos de afrontamiento ante enfermedades crónico degenerativas**

Existen múltiples estudios sobre enfermedades crónico degenerativas como el CaCu, VIH, cáncer de mama, Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en los que se han evaluado los diferentes estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes y cómo éstos afectan su calidad de vida. Por ejemplo, Contreras (2007) realizó un estudio donde evaluó los estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y encontró que el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

En otro estudio donde se evaluó el desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal se encontró que la depresión, la desesperanza y la soledad están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo–disfuncional; la soledad y la ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo–agresivo caracterizado por una expresión emocional abierta,

finalmente, la capacidad percibida de dar y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo–positivo (Rivera y col., 2012).

Por otro lado, Ledón y col. (2007), trabajaron para describir los procesos de afrontamiento a la enfermedad en personas con endocrinopatías que provocan cambios en la apariencia física, dentro de sus resultados se encontró que los sujetos utilizaron 2 tipos de estrategias de afrontamiento (social y personal):

- En las sociales encontraron la búsqueda de apoyo social (familia, institución sanitaria y relaciones interpersonales en general
- En las personales, aparecieron importantes diferencias de género; mientras los varones realizaban actividades normalizantes, utilizaron el humor y la exculpación; las mujeres, por su parte, refirieron explícitamente el uso de estrategias dirigidas a manejar la emoción y a encubrir los cambios corporales.

Tanto mujeres como varones utilizaron el acercamiento espiritual en los momentos más críticos de su proceso de enfermedad.

Un estudio realizado en Colombia por Gaviria y col. (2009), donde estudiaron los estilos de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA encontraron que los estilos de afrontamiento más significativos fueron la búsqueda de alternativas, religión, refrenar el afrontamiento, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional. Por otro lado, Vargas y col. (2009) encontraron resultados similares en su trabajo sobre estrategias de afrontamiento al SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos, donde concluyeron que el estilo de afrontamiento más frecuente en las mujeres es el apego a la religión y evitación.

Por su parte, Brito y col. (2014) estudiaron la autoestima y los estilos de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Concluyeron que la mayoría de las mujeres estudiadas presentan un estilo de afrontamiento centrado en las emociones, lo que genera la aparición de estados emocionales negativos y no representa un estado constructivo para el enfrentamiento a la enfermedad.

En otro estudio sobre afrontamiento en cáncer de mama se encontró que las estrategias más empleadas son “cumplir exactamente las prescripciones médicas” e “ir al médico inmediatamente” que corresponden al estilo de afrontamiento directo o dirigido al problema. Aproximadamente la mitad de las pacientes nunca utilizan la estrategia de “buscar información”, “buscar ayuda en otras personas” o reconfortarse con la comida o la bebida y la menos utilizada es “disfrutar con algunos aspectos positivos” (Font y Cardoso, 2009).

Retomando a Llull y col. (2003) en un estudio sobre afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer, encontraron que los pacientes presentan más estrategias de aproximación que de evitación y más centradas en el problema y en la evaluación que en la emoción. Utilizaron en su mayoría las estrategias aproximación, salvo el “análisis lógico” (aproximación) que junto a la “descarga emocional” (evitación) son las dos menos utilizadas.

En estudios sobre CaCu se ha encontrado que el estilo de afrontamiento más utilizado es la negación, esto es un resultado esperable dada la situación a la que se enfrentan las mujeres, sin embargo, esta situación no implica que no hagan esfuerzos cognoscitivos para resolver el problema (Iturbe y col.,1995).

Las mujeres que han tenido más de una pareja, ya sea porque se divorciaron, las abandonaron, se separaron o quedaron viudas, prefieren no hablar sobre su problema de salud con sus actuales parejas para no ser juzgadas o abandonadas. El miedo al rechazo lo manifiestan a través de la definición que se hace sobre las mujeres que presentan enfermedades de transmisión sexual. 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 (Silva y Col., 2005).

El abandono emocional en las mujeres es percibido con mayor intensidad, dado que se sienten vulnerables ante la enfermedad. A las mujeres con menos recursos económicos y escasas redes de apoyo familiar se les dificulta el acceso a la atención por no poder acudir constantemente a sus citas o debido a la compra del medicamento. Algunas mujeres prefieren no ir a sus citas para no saber que está avanzando su enfermedad “Si no lo sé, entonces no está pasando”, es uno de los razonamientos que fundamenta su conducta. (Vargas y col., 2014).

Meza y col. (2010) realizaron un estudio para conocer si los estilos de afrontamiento, rasgos de depresión y ansiedad empleados por las mujeres con infección por VPH influyen sobre la adaptación a la enfermedad, encontraron que el estilo predominante es la reevaluación positiva. La condición emocional está ligada a la infección por VPH, específicamente al estado de ansiedad, como una reacción emocional compleja, que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como amenazantes. La intensidad y duración de tal estado, están determinadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa referida en su estudio.

La adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como: la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la

enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras (Riveros y col., 2007).

Finalmente, queda claro que el paciente a partir de la percepción que tiene de la enfermedad desarrolla formas de afrontarla; esto despierta un interés como tema de estudio en esta investigación puesto que se quiere conocer los estilos de afrontamiento utilizados por pacientes con VPH.

### **Planteamiento del Problema**

La infección por el Virus del Papiloma Humano, no solo involucra la esfera orgánica de la paciente sino también la emocional y la social. La prevención es la herramienta más importante para preservar la salud.

El tipo de afrontamiento de las pacientes a su padecimiento, puede influir en su bienestar psicológico, adhesión al tratamiento médico y en su calidad de vida. Por lo tanto surge la siguiente pregunta ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento de las pacientes portadoras del virus del papiloma humano?

## MÉTODOLOGÍA

En el presente apartado se describen a detalle las estrategias metodológicas que se siguieron para conseguir el objetivo de la investigación. Esta fase está constituida por la descripción de las características de las pacientes, la adaptación del instrumento de medición utilizado y el procedimiento de recolección de datos.

### **Diseño**

El diseño de la presente investigación fue de tipo cuantitativa debido a que la recolección de datos para probar la hipótesis se realizó con base en la medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

La medición fue de tipo transversal debido a que se realizó en un único momento y el alcance de la investigación fue descriptivo.

### **Participantes**

En el estudio participaron 100 mujeres con un rango de edad de 16 a 60 años, referidas por diagnóstico de VPH de sus centros de salud locales a la Clínica de Displasias del Hospital del Niño y la Mujer con citología confirmada.

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con citología positiva para VPH.
- Pacientes que cuenten con el seguro popular, debido a que en el Hospital del Niño y de la Mujer que es donde se realizó el estudio, sólo se atienden a mujeres afiliadas al seguro popular. En caso de que las pacientes no estuvieran afiliadas, se les explicó el procedimiento para afiliarse, así como los documentos que requerían y se les acompañó a realizar el trámite de afiliación correspondiente.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes referidas a la clínica por otro problema de salud diferente a VPH.
- Pacientes que no cuenten con seguro popular. Aunque las pacientes no fueran a ser participantes del estudio, se les explicó el procedimiento para afiliarse, así como los documentos que requerían y se les acompañó a realizar el trámite de afiliación correspondiente, igual que como se hizo con las pacientes que sí participaron en el estudio.

- Pacientes con diagnóstico híbridos positivo a que estos pacientes solo iban a su revisión anual.

### **Definiciones Conceptuales**

Afrontamiento: Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 1984).

### **Definiciones Operacionales**

Afrontamiento: Se midieron los estilos de afrontamiento con la escala de afrontamiento en salud de Góngora (1998) que tiene un nivel alpha de .7624. El instrumento está constituido por 18 reactivos y tiene un formato de respuesta en escala tipo Likert pictórica con siete opciones de respuesta representadas en cuadros de diferente tamaño.

VPH: Se tomó en cuenta el resultado del Papanicolaou positivo para VPH realizado en el centro de salud de cada paciente.

### **Instrumentos**

La escala de afrontamiento de Góngora (1998), que se caracteriza por ser multidimensional y multisituacional. El instrumento está integrado por una situación general de afrontamiento y cinco situaciones específicas que son: Situación de Vida (general), Situación de Salud, Situación de Familia, Situación de Pareja, Situación de amigos y Situación de Escuela o Trabajo.

Para el presente estudio se utilizó la escala de Situación de Salud, que originalmente tuvo un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de .7560 y se realizó una adaptación a la misma. La instrucción original era la siguiente: “Cuando tengo problemas con mi salud yo...” Para este estudio dicha instrucción se modificó por: “A partir de mi diagnóstico de VPH, yo...”

El instrumento estuvo constituido por los 18 reactivos originales y a los reactivos no se les realizó ninguna modificación. Los reactivos fueron en un formato tipo Likert con siete opciones de respuesta en el continuo de siempre y nunca para medir la frecuencia.

Para identificar a las pacientes con diagnóstico de VPH se utilizó el resultado del Papanicolaou y la hoja de referencia del centro de salud de su procedencia.

### **Procedimiento: Estrategia de Contacto**

Una vez autorizado el proyecto de investigación por parte de la Universidad, se solicitó el permiso al Médico y enfermera encargados de la clínica de Displasias del Hospital General de Ciudad Obregón, dando a conocer el objetivo de dicha investigación y cómo se seleccionaría la muestra. Una vez recibida la autorización por parte del personal se estableció contacto directo con las posibles participantes.

Cuando se tuvo identificadas a las participantes potenciales se les abordó antes de recibir atención médica y psicológica para explicar en qué consistía el proyecto de investigación y cuál era su participación en este, si las pacientes aceptaban se les pedía que firmaran una carta de consentimiento informado que contenía los objetivos del trabajo, se detallaba su participación y como serían tratados los datos proporcionados. Se recabaron sus datos generales, estas entrevistas fueron guiadas por un conjunto de preguntas socio-demográficas y consecutivamente se aplicaba la escala de afrontamiento de Góngora (1998).

Una vez recabados los datos se brindó una sesión de psicoeducación por parte de los investigadores y otros psicólogos de la salud que brindaban su servicio social en la institución para posteriormente acompañarlas a recibir la atención médica. Si las pacientes así lo pedían se les brindó sesiones individualizadas, acompañamiento y técnicas de relajación durante los procedimientos médicos. A las pacientes que no aceptaban participar en el proyecto de igual manera se les brindaba atención psicológica, igual que a las participantes de la investigación.

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

Se capturaron las respuestas de las participantes en el programa estadístico SPSS y se realizaron análisis de frecuencia, estadísticos descriptivos y análisis de discriminación de reactivos.

Como se indica en las investigaciones con diseño cuantitativo, el análisis de la información se interpretó con base en las hipótesis y la teoría.

### **Consideraciones éticas**

La investigación fue realizada y revisada por personas especialistas en el área, se ajustó a los principios científicos éticos y se fundamentó en la teoría científica actual.

A cada una de las pacientes se le entregó una carta de consentimiento informado en forma escrita donde se les explicaba en qué consistía el trabajo de investigación y su participación en este proyecto, se les informó cuál era el propósito de la investigación y que los datos que proporcionaran serían tratados con estricta confidencialidad y bajo anonimato, que

tenían la plena libertad para rechazar participar en el estudio o de retirarse en cualquier momento si así lo creyeran conveniente.

## RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 100 mujeres de 16 a 60 años cuyo promedio de edad fue de 35.8. De acuerdo al lugar de residencia: 40% pacientes pertenecen al municipio de Cajeme, 13% Navjoa, 11% Bacum, 10% Vicam, 8% Huatabampo, 6% Álamos, 4% Guaymas, 3% Etchojoa, 2% Yécora, 2% San Ignacio Rio Muerto y 1% Empalme.

La media de número de hijos fue de 3, en el estado civil se encontró que: el 39% viven en unión libre, 38% están casadas, 16% solteras, 6% divorciada, 1% viuda. Al analizar la escolaridad de las participantes se encontró que del total de las pacientes 54% estudiaron hasta la secundaria, 26% primaria, 11% preparatoria, 5% sin instrucción, 2% licenciatura, 2% carrera técnica.

El porcentaje de la ocupación de las pacientes se distribuyó de la siguiente forma: el 76% son amas de casa, 8% jornaleras, 8% empleadas, 3% independiente, 2% trabajadora doméstica 1%. El porcentaje del empleo del esposo fue 40% jornalero, 23% empleado, 8% independiente, 6 % eventual y el 1% es desempleado.

Se realizó un análisis factorial por cada uno de los factores reportados por Góngora (1998) y se eliminó un reactivo de cada factor del instrumento original ya que no tenía congruencia teórica ni estadística. Del factor uno (Emocional Evasivo) compuesto por los reactivos 3, 4, 12,13 y 16 se eliminó el 16. Del factor dos (Directo) compuesto por los reactivos 1, 5, 6, 7 y 18 se eliminó el 18 y del factor tres (Revalorativo) compuesto por los reactivos 8, 10,11 y 14 se eliminó el 8, los reactivos 2, 15 y 17 en el análisis factorial no se agruparon en ningún factor por lo que también se eliminaron.

Tabla 2. *Cargas factoriales por reactivo del Factor Emocional Evasivo*

Reactivo	Carga factorial
Me molesto	.70
Trato de dormir para no pensar en ello	.65
Me desespero	.86
Me pongo triste	.79
Siento malestar	.85

KMO del factor 1= .81

Como se observa en la tabla 2 en el factor Emocional Evasivo se agruparon 5 reactivos con un KMO de .81. Este factor es definido por Góngora (2000) como el estilo que se presenta cuando la persona expresa un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema, y tiende a evitar o escapar del mismo.

Tabla 3. *Cargas factoriales por reactivo del Factor Directo*

Reactivo	Carga factorial
Tomo todas mis medicinas	.76
Me alimento bien	.54
Me cuido siguiendo mi tratamiento	.87
Consulta al doctor	.70

KMO del factor 2= .57

Como se puede observar en la Tabla 3, se agruparon cuatro reactivos que componen el factor 2 arrojando un valor KMO de .57. Este factor se refiere a cuando la persona hace algo de forma activa para resolver el problema.

Tabla 4. Cargas factoriales por reactivo del Factor Revalorativo

Reactivo	Carga factorial
Veo lo positivo	.75
Me esfuerzo por encontrarle sentido	.79
Me doy cuenta de importante que es la vida	.57

KMO del factor 3= .57

La tabla tres muestra los 4 reactivos que se agruparon en el factor directo con un KMO igual al del factor revalorativo de .57. Como se menciona en la introducción el Factor Revalorativo se refiere a cuando la persona le da un sentido positivo al problema y lo replantea dándole otro significado, trata de aprender de la situación o de alguna manera mejorar su percepción.

Posteriormente se calculó el promedio de la muestra total en cada uno de los tres factores que integran el área de Afrontamiento en Salud del instrumento de Góngora.

Tabla 5. Comparación de los promedios totales de cada uno de los Factores

Factor	Promedio
Emocional evasivo	25.89
Revalorativo	23.22
Directo	17.05

Como se observa en la Tabla 5, las pacientes reportaron como estilo de afrontamiento sobresaliente, el emocional evasivo, que puntuó con la media más alta (25.89). El segundo estilo de afrontamiento más utilizado por los participantes es el revalorativo con una media de 23.22 seguido del directo con una media de 17.05.

Al revisar las respuestas de las participantes en cada uno de los reactivos independientemente del factor al que corresponden, llama la atención que los puntajes refieran como forma de afrontamiento común entre las participantes el dormir para no pensar en su problema de salud 26%, mantenerse ocupadas para no pensar en ello 42%, el que casi siempre se desesperan 41%, y sentir molestia 44%. También refieren preocuparse por su problema de salud 52% y sentimientos de tristeza 51%.

Por otra parte es importante mencionar que las respuestas de las participantes también muestran que un 47% refiere tomar todas sus medicinas, alimentarse bien 29%, cuidarse siguiendo el tratamiento 38%, consultar al doctor 48%, ver lo positivo de su situación 44%, esforzarse por encontrarle sentido 44%, darse cuenta de lo importante que es la vida 54%, casi siempre darle importancia a su enfermedad 29% y pedir a alguien más que le recomiende a un doctor 44%.

## DISCUSIÓN

La infección por VPH ha llamado la atención de los investigadores, dado su alto nivel de incidencia y la relación existente con el CaCu, esto ha demandado que se realicen estudios integrales de este fenómeno que abarquen no sólo el área física sino también el área psicológica que incuestionablemente se ve afectada (Del Pilar y col., 2011).

El objetivo principal de este estudio fue identificar los estilos de afrontamiento en pacientes con diagnóstico confirmado de VPH. Su medición se llevó a cabo con una adaptación de la escala de afrontamiento en salud de Góngora (1998). El grupo de estudio estuvo conformado por 100 mujeres pertenecientes a diferentes municipios del sur del Estado de Sonora. Se encontró que el estilo de afrontamiento que predomina en las pacientes con VPH que se atienden en la Clínica de Displasias del Hospital del Niño y de la Mujer, fue el estilo emocional evasivo que de acuerdo con Góngora (1998), indica que las pacientes expresan un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema y tienden a evitar pensar en ello o a escapar de la situación. Es importante mencionar que si las pacientes con un estilo de afrontamiento emocional evasivo, no son identificadas para recibir la atención psicológica pertinente, es posible que abandonen su tratamiento y que la infección por VPH evolucione a CaCu, poniendo en riesgo la vida de la paciente.

Palacio y Jina (2011), mencionan que el VPH y CaCu tienen repercusiones en las diferentes esferas de las mujeres diagnosticadas con estas enfermedades y que factores como un estrato socioeconómico bajo, pobre escolaridad y vivir en áreas rurales pueden ser factores que incurren en la aparición o avance de la enfermedad. Las participantes del estudio son mujeres con un bajo nivel de estudio ya que se encontró que más de la mitad de estas solo terminaron la secundaria y solo un 4% tienen una licenciatura o carrera técnica. Aunado a esto el tipo de pacientes que se atienden en la clínica de displasias de Ciudad Obregón, Sonora son de tipo de escasos recursos y la mayoría son pertenecientes a comunidades rurales del sur de Estado.

De acuerdo al estado civil, en un estudio se buscó determinar el perfil sexual de 299 mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel del Estado de México y se encontró que el 56.19 % estaban casadas, 9.70 % solteras, 9.03 % vivían en unión libre, 8.70 % eran viudas, 3.34 % separadas y 1.67 % divorciadas. Aunque la muestra de dicho estudio es mayor que la muestra del presente trabajo, se pueden observar algunas similitudes ya que se encontró que el 38% están casadas, 16% solteras, 6% divorciada, 1% viuda. A diferencia de las mujeres

en unión libre, ya que el porcentaje de las mujeres del Estado de México que pertenece a este estado civil es solo el 9.03% contrastando con el 39% de las sonorenses estudiadas que ocupan el primer lugar en la condición del estado civil.

En este mismo trabajo respecto a la ocupación actual, el 67.56 % se dedicaba al hogar; seguido por el 22.30 %, que contaba con algún tipo de empleo y el 0.67 %, que tenía como ocupación estudiante. Estos mismos datos coinciden con los encontrados en la presente investigación, debido a que en el porcentaje de la ocupación de las pacientes, el 77% son amas de casa, y el resto tiene algún tipo de trabajo y a pesar de tener participantes en edad escolar no se registró ninguna que refiriera dedicarse a esta ocupación (Cabrera y col., 2014).

Estos datos son similares a los encontrados por (Pulido y col., 2011), en una población venezolana donde se buscó determinar las características clínicas y epidemiológicas de todos los casos de Infección por VPH diagnosticados en la consulta de patología vulvar del servicio de dermatología del Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, en el período comprendido entre enero 2004 y septiembre de 2009. En el cual al final se estudiaron 98 casos donde se encontró que el 30% casadas, divorciadas 6%, concubinato 7.1%, 2% viuda y finalmente 4.1% no reportado.

Sin embargo, se observa una diferencia en las pacientes solteras con un 50% discrepando con los datos obtenidos en este trabajo ya que solo el 16% de la población estudiada pertenece a este grupo. Con relación a la ocupación se encontró que el 45.9% se dedica al hogar, 17.2% estudiantes, 29.6% algún tipo de empleo y 2.1% no contestó mostrando el pico más alto en la ocupación de ama de casa y registrando un porcentaje para estudiantes a diferencia de nuestro trabajo.

Respecto al nivel de instrucción en un estudio realizado en Lima, Perú con un total de 465 mujeres se encontró que en la mayoría tenían secundaria completa 65.8%, seguido de primaria completa 10.5% y superior/técnico 9.5% (Yasser, 2016). Datos que son similares con los nuestros ya que la mayoría de nuestra población (54%) tienen la secundaria completa, seguido de la primaria con 26%, 7% superior y 2% carrera técnica. En otro trabajo realizado en Ecuador se encontró que el primer lugar de escolaridad de las participantes es la primara con un 38.01%, seguido de la secundaria 24.56% y la universidad 26.90% (Salinas, 2016) que muestra un aumento significativo en las participantes con instrucción de universidad a diferencia de las participantes del presente estudio, donde sólo el 2% de la muestra cuenta con un título universitario.

Hernández (2014), en su estudio realizado con población mexicana menciona que el nivel de conocimientos sobre VPH y por lo tanto la realización de conductas preventivas se incrementa con el grado de escolaridad y es mayor en las mujeres más jóvenes. Como se menciona anteriormente las participantes de este estudio fueron mujeres que en su mayoría solo terminaron la secundaria o la primaria, lo que muestra indicios del porque estas pacientes afrontan la enfermedad de manera emocional evasiva.

Cualquier enfermedad crónica puede producir alteraciones en las emociones de las personas. Lazarus (2000) menciona que el afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, por lo que el estilo de afrontamiento puede depender de la enfermedad a la que se enfrenta y de las peculiaridades de cada persona. Por ejemplo, Ledón y col. (2007) encontraron que una de las estrategias de afrontamiento predominante en pacientes con endocrinopatías que causaban cambios en la apariencia era la búsqueda de apoyo social, hallazgos que discrepan con los encontrados ya que la búsqueda de apoyo social presente el factor revalorativo no puntuó como principal en los resultados, esto a pesar de que el VPH es una enfermedad que puede causar cambios en la apariencia física. Esto puede deberse a la estigmatización que existe alrededor de esta enfermedad, Arellano y Castro, (2013) estudiaron la estigmatización de las mujeres sonorenses diagnosticadas con VPH, encontraron que este tipo de pacientes ponen en marcha estrategias protectoras o evitativas para así evitar ser estigmatizadas.

Steben (2000) menciona que el enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza y culpa son manifestaciones emocionales persistentes en las pacientes diagnosticadas con VPH, algunas de estas emociones coinciden con el estilo de afrontamiento emocional evasivo que fue el estilo que más usan las mujeres con este padecimiento de acuerdo con lo encontrado en el presente trabajo. La preocupación por la salud, el temor a la reincidencia de la enfermedad, son algunas características que expresan las mujeres con VPH expuestas por Da Silva Marques y Col. (2005), características que también pertenecen al estilo emocional evasivo. Estos datos muestran que la condición emocional está ligada a este padecimiento por lo que es necesario, se realicen acciones que vayan encaminadas a resguardar no solo la salud física de las pacientes si no también su estabilidad emocional. Otros autores como Meza y col, (2008) mencionan que entre más elevado sea el autoconcepto de las mujeres con VPH se disminuye la posibilidad de presentar malestar psicológico.

Por otro lado, Vargas y col. (2009) estudiaron las estrategias de afrontamiento que utilizaban los pacientes seropositivos, encontrando que una de las estrategias más utilizadas

por esta población es la negación. Como se ha mencionado anteriormente el principal estilo de afrontamiento utilizado por la muestra de este estudio fue el emocional evasivo por lo que se encuentran similitudes en la forma de afrontar la enfermedad en pacientes seropositivos y con VPH. Esta similitud puede deberse a que las dos enfermedades son de carácter sexual, Bermúdez y Vuela (2011) refieren que los estilos de afrontamientos de pacientes con enfermedades que involucren la sexualidad tienden a ser evitativos y con tendencia a las emociones.

Los estilos de afrontamiento también se han estudiado en cáncer, en pacientes con cáncer de mama Front y Cardoso. (2009) encontraron datos que indicaban que este tipo de pacientes tienden a presentar un estilo de afrontamiento directo, estos datos coinciden con los obtenidos por Llull y col. (2003) que refieren el mismo estilo en pacientes con cáncer. Estos datos muestran una diferencia de los estilos utilizados en los estilos utilizados en pacientes con cáncer y VPH se ha demostrado que el afrontar la enfermedad de manera pasiva se traduce en un deterioro en la calidad de vida de los pacientes (Martín, y col., 2003).

En otro estudio que evaluó estilos de afrontamiento en pacientes con CaCu se encontró que estas pacientes enfrentan la enfermedad de forma directa (Palacios y Hernández, 2010) datos que contrastan con lo encontrado en este estudio, esto a pesar de la asociación negativa que existe por parte de las pacientes entre VPH y CaCu.

Finalmente en afrontamiento en VPH (Meza y col., 2010) se ha encontrado que este tipo de pacientes presentan un estilo de afrontamiento con tendencia al estilo revalorativo, datos que difieren de los expuestos en este trabajo debido a que el factor revalorativo fue el segundo estilo más utilizado por la muestra aunque la puntuaciones de diferencia entre el factor emocional evasivo y el revalorativo no son significativas.

## CONCLUSIONES

Como se ha observado anteriormente diversos estudios han propuesto que la infección por VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes y actualmente es bien sabido que este virus es un agente causal necesario para que se presente CaCu. Los datos epidemiológicos sobre mortalidad y morbilidad de CaCu, indican que esta enfermedad no está controlada y sigue generando costos en diferentes niveles, tanto en la vida personal de quienes lo padecen, hasta el sector salud y la sociedad en general; a pesar de ser un padecimiento totalmente prevenible.

El ser portadora de una enfermedad que implica la sexualidad es tomado por las pacientes como algo que debe ser ocultado ya que esto genera vergüenza, rechazo, miedo, culpa entre otras emociones negativas que pueden llevar a un estilo de afrontamiento emocional evasivo. Por lo que es necesario que los profesionales de la salud realicen intervenciones que no solo abarquen la salud biológica de las pacientes sino que de igual manera se tome en cuenta la esfera emocional de las pacientes con VPH, debido a que el no tratar esta dimensión de la salud puede repercutir en como las pacientes afrontan la enfermedad. Los aspectos cognitivos y emocionales de las pacientes con VPH, pueden afectar la forma en la que enfrentan dicha enfermedad. De no ser atendidas apropiadamente, considerando estos aspectos psicológicos, puede generar que las pacientes no se adhieran a su tratamiento médico, lo que ocasiona que el VPH evolucione a CaCu junto con las complicaciones del mismo.

Con este trabajo se logró determinar que el estilo de afrontamiento que predomina en las mujeres portadoras de VPH del HNM de ciudad Obregón, es el emocional evasivo ya que fue el estilo con las puntuaciones más altas. Este resultado indica que la forma de enfrentar la enfermedad, una vez que las pacientes reciben el diagnóstico de VPH, es expresar un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema y tienden a evitar pensar en ello o en escapar de la situación.

De acuerdo con la literatura revisada para la elaboración del presente estudio, la atención psicológica a las pacientes y la información que se les proporciona podría llegar contrarrestar este problema de salud y así, disminuir los altos índices de mortalidad y morbilidad. Es importante tener una visión integral de esta enfermedad sabiendo que no solo es afectada la salud biológica de las pacientes sino también su salud psicológica y social.

El enfrentarse a una enfermedad crónica degenerativa genera en las personas un estremecimiento en sus emociones y los estados emocionales negativos son frecuentes en este tipo de pacientes.

Las personas que padecen una enfermedad crónica tendrán que enfrentarse con una enfermedad que es duradera y progresiva y que además va a repercutir en su vida diaria como en el trabajo, relaciones personales, nuevos hábitos alimenticios, a estar bajo supervisión de controles médicos y un plan terapéutico, en definitiva, una repercusión en la calidad de vida.

En la presente investigación, además de conocer el estilo de afrontamiento predominante en pacientes con diagnóstico de VPH, que es el emocional evasivo; se propuso una validación incipiente de un instrumento que evalúa específicamente estilos de afrontamiento adaptado para pacientes mexicanas con este tipo de padecimiento. Es importante mencionar que de acuerdo con la revisión de la literatura de los autores de este estudio, no se contaba con un instrumento validado y adaptado para poblaciones con características similares a las de la muestra de este estudio.

### **Limitaciones del estudio**

Algunas consideraciones adicionales a tomarse en cuenta en la interpretación o aplicación de los resultados de la presente investigación son los siguientes:

Dado que la recolección de datos se realizó directamente en el Hospital del Niño y la Mujer, cuando las pacientes acudieron a su consulta en la Clínica de Displasias, es posible que factores medioambientales pudieran haber distraído la atención de las pacientes durante su participación en el estudio. Sin embargo estos factores se consideraron y se procuró en todo momento estar ubicados en un consultorio aislado.

Debido a que los resultados de la presente investigación fueron de pacientes con VPH, la generalización a pacientes con un padecimiento diferente, deberá considerarse con cautela o realizar las adecuaciones pertinentes en el apartado de las instrucciones, antes de ser aplicado.

También es importante mencionar que la muestra con la que se trabajó en el presente estudio es homogénea y limitada por factores geográficos y socioeconómicos, por lo que se sugiere que su generalización a pacientes con características diferentes sea tomada con cautela.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda para futuras investigaciones, evaluar los estilos de afrontamiento de las personas junto con otras variables psicológicas como: locus de control, adhesión al tratamiento, creencias irracionales, creencias en salud y religiosidad.

También podría realizarse una réplica del presente estudio y posteriormente modificarlo con una metodología mixta para poder incluir datos de tipo cualitativo que pudieran complementar los resultados del presente estudio.

Debido a que la muestra del presente estudio fue homogénea, se sugiere para futuras investigaciones ampliar la muestra y dar seguimiento a la validación del instrumento de afrontamiento en salud, específicamente en VPH tanto en mujeres como en hombres.

En cuanto a las sugerencias de intervención psicológica en pacientes con VPH, los autores de la presente proponen las técnicas que se detallan a continuación:

### **Componentes de relación**

La relación terapéutica es una empresa intensamente humana en la que los significados se afinan, evolucionan y se construyen en un diálogo continuo basándose en la habilidad de dialogar y la empatía es la amalgama que mantiene la colaboración entre paciente y terapeuta y facilita la comunicación (Bohart y col., 2002).

Watson y Geller (2005) examinaron las diferencias en las percepciones de los pacientes sobre algunas características de la relación: empatía, aceptación, consideración positiva y congruencia en dos modalidades de terapia: Terapia Comportamental Cognitiva (CBT) y Terapia Procesal Experiencial (PET). La puntuación de los pacientes acerca de la relación terapéutica era predictiva de los resultados de la terapia en ambas modalidades terapéuticas.

### **Regulación emocional**

La regulación emocional es cualquier intento que hacen las personas para modificar en alguna medida la ocurrencia, intensidad o duración de un estado emocional, ya sea positivo o negativo, bien alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción o bien modificando algún aspecto de la emoción en sí misma (Gross, 1998).

### **Apoyo profesional**

El empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo, se considera como un tipo de apoyo social. Conocer y utilizar

los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación. Existen diferencias en la capacidad y en las estrategias de que dispone el individuo para dominar las demandas sociales y vislumbrar los recursos existentes. Las ayudas dispuestas por un grupo social, optimizan el uso de los recursos sociales, aunque esto depende de las coacciones que se encuentran en cada grupo social (Lazarus y Folkman, 1987).

### **Psicoeducación**

Consiste en ayudar a las pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, la aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y existenciales (Phillips y col., 2008).

### **Empoderamiento**

Shuler (1997), por su parte, identifica el empoderamiento como “proceso por medio del cual las personas incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas y su estatus y en su eficiencia en las relaciones sociales. Empoderamiento psicológico: integra percepciones de control personal, un enfoque proactivo hacia la vida y una comprensión crítica del entorno sociopolítico.

### **Solución de problemas**

Puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo (Fernández, 1999).

### **Autonomía**

Hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales. Este componente emerge como una estrategia nueva a través del análisis factorial (Londoño y col., 2006).

### **Reevaluación positiva**

Es considerada como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente (Lazarus, 1987).

## Reestructuración cognitiva

Parte del principio básico de que el modo en el que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Imaginemos que quedamos con un nuevo conocido que nos gusta y este no ha aparecido al cabo de media hora. Si nuestra interpretación es que no lo interesamos, nos sentiremos tristes y no volveremos a establecer contacto; pero si pensamos que la tardanza se debe a un imprevisto o a una confusión de hora, nuestra reacción emocional y conductual será muy diferente. La RC ha sido denominado modelo A-B-C (Ellis, 1979).

- A) Se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.
- B) Se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. Se presentan a continuación ejemplos de creencias y supuestos disfuncionales:
  - Tristeza
  - Comunicación interpersonal
  - Aceptación
  - Competencia
  - Responsabilidad
  - Control
  - Ansiedad
- C) Se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante.

Las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las alteraciones emocionales en particular. No son los acontecimientos personales los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos (Bados, 2008).

Finalmente, se sugiere realizar intervenciones multi e interdisciplinarias, con la finalidad de que las pacientes puedan adherirse a su tratamiento médico, modificar su estilo de vida y el impacto consecuente en su salud y calidad de vida.

## EXPERIENCIA PERSONAL

La Clínica de Displasias ubicada en Cd. Obregón, Sonora que atiende a las pacientes portadoras del Virus del Papiloma Humano, fue la fuente empírica más importante y útil para nuestro trabajo de investigación. En nuestra experiencia durante el abordaje psicológico que se les brindó a las pacientes, identificamos diferentes tipos de violencia: física, verbal, psicológica y económica mismas que se presentaron en la mayoría de las mujeres participantes.

Ellas manifestaron que en algunos casos las parejas se sintieron engañadas, reaccionando violentamente contra la mujer infectada; en otros casos fueron las mujeres las que le reclamaron a su pareja por haber sido infectadas, sintiendo dolor, celos, rabia, coraje, frustración y una serie de sentimientos encontrados propios del miedo que representa ser portadoras del virus, sobre todo cuando no se tiene conocimiento pleno de que esta enfermedad puede ser controlada.

En el área familiar se llegaron a presentar separaciones físicas entre las parejas, ya sea que la mujer era abandonada por la pareja o que le pidiera el divorcio, generándoles un problema social derivado del abandono, porque en su mayoría son madres con hijos, que también se ven afectados ya que tienen que enfrentarse a un nuevo entorno familiar.

A las mujeres con menos recursos económicos y escasas redes de apoyo familiar se les dificultaba el acceso a la atención por no poder acudir constantemente a sus citas. Una paciente refirió que cuando le hablaron por teléfono de la clínica, pensó muchas cosas y relató lo siguiente: “sentí mucho miedo, tengo mucho miedo porque tengo a mis niñas chiquitas, que me salga otra cosa. Cuando me hablaron por teléfono preguntaron si ese era mi teléfono, conteste que sí, me comentaron que ya estaban los resultados del Papanicolaou que fuera por ellos que me salieron anormales ya fui, al día siguiente y me dijo que salí mal, que me salió una lesión, sentí un nudo en el estómago, me aguanté todas las ganas de llorar, de gritar, porque iba mi esposo y los niños, ya que llegué a mi casa, pensé muchas cosas, a la mejor me sale otra cosa, se me venía a la mente la palabra cáncer, lloré sola mucho y pensaba: me voy a morir, mi esposo se va volver a casar”. Muchas de las pacientes atendidas manifestaron que pensaron que ya tenían cáncer y que se iban morir.

Algunas pacientes lloraban durante la entrevista y la plática de psicoeducación, comentaban que a unas no les dijeron más que tenían una lesión en el cuello del útero y que las pasarían a la clínica de displasias. Mencionaban que estaban desesperadas para que se llegara el día que las atenderían, algunas comentaron, que pensaban que su enfermedad avanzaba en lo que llegaba el día de la cita.

A las pacientes que personalmente acompañamos a la consulta con el doctor, una vez que las revisaba, y les tomaba la muestra para citología les explicaban que tenían una lesión ya sea leve, moderada o severa, que era 100% curable, para algunas pacientes pasaba desapercibida la palabras 100% curable, se les gravaba la palabra lesión y la asociación inmediata con cáncer.

A las pacientes que pedían que se les atendiera individualmente se les complacía, manifestaban que querían desahogarse, ya que mencionaban que por vergüenza no lo comentaban con familiares ni amigos por miedo al rechazo. Otras pacientes refirieron que su esposo las había abandonado, después de enfermarlas y tenían que trabajar y venir a consulta aparte de gastar en pasaje dejaban de ganar dinero, ese dinero les hacía falta para comer, gastos para la escuela de sus hijos, generándoles un problema económico más severo y lo que se podría considerar un círculo vicioso que dificultaba acudir a recibir atención.

La culpa era una constante por no hacerse la citología cada año; para algunas era la primera vez, aunque tuvieran más de quince años de casada. Una paciente refirió, que tenía diez y seis años de casada y su esposo padecía verrugas genitales desde entonces, así como constantes infecciones, sin embargo su esposo le echaba la culpa a ella de contraer la infección.

Las pacientes con escasos recursos no acudían a sus citas a la clínica, una vez que estaban los resultados las citaban para hacerles la electrocirugía. Las pacientes se asustaban por las indicaciones que tienen que seguir después de la cirugía como:

- 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.

Estas indicaciones les cuesta trabajo llevarlas a cabo debido a que algunas trabajan de jornaleras, otras son trabajadora domésticas, y amas de casas. Para las mujeres que viven sin pareja y son el sostén de su casa, presentan angustia cuando se les dan las indicaciones, ya que dejarán de trabajar, no entrarán ingresos a su casa y tienen que alimentar a sus hijos. Algunas que lo comentaron con su patrona y ya no tendrían trabajo cuando se recuperaran.

En cuanto a las relaciones sexuales se observó a pacientes que regresaban con sangrado porque tuvieron relaciones sexuales durante la recuperación, el doctor al momento de revisarlas se daba cuenta y les decía, que habían tenido relaciones sexuales, la mayoría lo

negaba; las que lo aceptaban referían que ellas no querían pero su esposo se molestaba si no lo hacían y lo tenían que hacerlo aunque les doliera y sangraran. Otras pacientes comentaban que su esposo se había molestado porque les habían hecho la cirugía. En una investigación que realizamos en semestres pasados encontramos que había mujeres que trabajan de sexo servidoras, ellas se molestaban o se ponían a llorar cuando se les comunicaba que estarían dos meses sin tener relaciones sexuales, comentaban que era su única forma de obtener dinero y que no sabían qué harían para darles de comer a sus hijos, haciendo muy obvia su desesperación.

Estas fueron algunas de las reacciones emocionales de las pacientes, que más llamaron nuestra atención en la experiencia que tuvimos tanto académica como durante el desarrollo de nuestra investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero, A., Castillo, K., y González, M. (2012). Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *RevObstetGinecolVenez*, 72(2), 89-102.
- Aguilar Fabr , K., Ríos Hernández, M. D. L.  ., Hernández Menéndez, M., Aguilar Vela de Oro, F. O., Silveira Pablos, M., y Nápoles Morales, M. (2008). Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(1), 0-0.
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmer n, J., Ferreccio, C., y Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *salud pública de México*, 52(6), 544. Disponible en: [559http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000600010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000600010&script=sci_arttext). (Fecha de acceso 20 de octubre del 2016).
- Anuario Salud México. (2011). Información epidemiológica de morbilidad 2011 versión ejecutiva. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/ver\\_ejecutiva\\_2011.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/ver_ejecutiva_2011.pdf). (Fecha de acceso 20 de octubre del 2016).
- Arellano Gálvez, M. D. C., y Castro Vásquez, M. D. C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(42), 259-278.
- Arias Rentar a, A. J., Botero Baena, S. M., Castaño Castrillón, J. J., Chicu  Prado, J., Díaz Ramírez, D., Giraldo González, G. C., y Zamudio Ibarra, M. M. (2013). Hallazgos en la Citología Vaginal y Colposcopia y su asociación con infección con VPH y otros factores de riesgo para Cáncer de Cérvix en mujeres atendidas en entidades de Manizales (Colombia), 200-2007.
- Barbecho Coraisaca, D. V., Caiminagu l aguazo, M. V., y Vi anzaca López, M. E. (2015). Prevalencia de los genotipos del papiloma virus humano en muestras c rvicouterinas y su relación con los factores de riesgo en mujeres con vida sexual activa de los cantones Santa Isabel, Girón, Ponce Enríquez, San Fernando, Pucarc , de la Provincia del Azuay 2013-2014.
- Batista, N., Alegret, M. y Antón, O. (2013). Análisis espacial de la morbimortalidad del cáncer de mama y cérvix: Villa Clara. Cuba. 2004-2009. *Revista Española de Salud Pública*, 87(1), 49-57. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272013000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000100006&lng=es&tlng=es). (Fecha de acceso 20 de octubre del 2016).
- Bohart, A., Elliot, R., Greenberg, L., y Watson, J. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (89-108). New York: Oxford University Press. Disponible en: [http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/\\_Gomez.pdf](http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/_Gomez.pdf). (Fecha de acceso 20 de Noviembre del 2016).
- Brito, O. M., Forteza, O. C., Llerena, I. L., Soto, Y. M., Capote, N., Jaruco, M., & del Norte, M. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama Self-esteem and coping styles in women with breast cancer. *Revista de ciencias médicas. La Habana*, 20(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2014/cmh143j.pdf>. (Fecha de acceso 20 de octubre del 2016).

- Cambray Sotelo, G. (2014). Atención de enfermería en mujeres con Displasia Cervical asociada a infecciones por Virus del Papiloma Humano tratadas con Flououracilo (Efudix) (Doctoral dissertation). Disponible en: <http://ri.uaq.mx/handle/123456789/1926>. (Fecha de acceso 12 de Mayo del 2016).
- Carrillo, A., Mohar, A., Meneses, A., Frías-Mendivil, M., Solorza, G., y Lizano, M. (2004). Utilidad en la combinación de oligonucleótidos universales para la detección del virus del papiloma humano en cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. *Salud pública de México*, 46(1), 7-15.
- Contreras, Françoise, Esguerra, Gustavo A. Espinosa, Juan Carlos, y Gómez, Viviana. (2007). estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000200016&lng=en&tIng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016&lng=en&tIng=).(Fecha de acceso 12 de octubre del 2016).
- Del Pilar Meza-Rodríguez, M., Mancilla-Ramírez, J., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., Pimentel-Nieto, D., y Carreño-Meléndez, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(1), 17-22.
- Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38285452/Reestructuracion\\_Cognitiva.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1480549188&Signature=c69w%2BiwetwLR6zH0LSYwL%2BbRmXA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFacultat\\_de\\_Psicologia\\_Departament\\_de\\_Pe.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38285452/Reestructuracion_Cognitiva.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1480549188&Signature=c69w%2BiwetwLR6zH0LSYwL%2BbRmXA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFacultat_de_Psicologia_Departament_de_Pe.pdf). (Fecha de acceso 29 de Noviembre del 2016).
- Ferrá Torres, Telma M, Santana Álvarez, Jorge, y Barreto Argilagos, Gaspar. (2011). La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(6), 1073-1086. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000600015&lng=es&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600015&lng=es&tIng=es). (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).
- Folkman, S. Lázaro, RS, Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, RJ (1986). Dinámica de un encuentro estresante: la evaluación cognitiva, afrontamiento, y los resultados se encuentran. *Diario de la personalidad y la psicología social*, 50 (5), 992. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/50/5/992/>. (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).
- Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Freire, W. (2015). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública Volumen 2, Número 1-mayo 2015*, 2(1), 117.
- García Gonzales, A. (2008). Detección Y Tipificación De Los Virus Del Papiloma Humano De Alto Riesgo En Pacientes Con Lesiones Preinvasivas E Invasivas Del Cérnix Por Medio De PCR. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Disponible en:

<http://glifos.concyt.gob.gt/digital/fodecyt/fodecyt%202007.06.pdf>. (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).

García-Tamayo, Jorge, Molina, Julia, y Blasco-Olaetxea, Eduardo. (2010). El virus del papiloma humano y el cáncer cervical: Una revisión de la historia actualizada sobre la investigación del cáncer del cuello uterino en Venezuela. *Investigación Clínica*, 51(2), 193-208. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332010000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332010000200004&lng=es&tlng=es). (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).

García Velázquez, A. (2002). Análisis de los resultados de papanicolaou realizados en un consultorio de medicina privada. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/36988>. (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).

Gaviria, Ana Milena, Quiceno, Japcy Margarita, Vinaccia, Stefano, Martínez, Luz Adriana, y Otalvaro, Martha Cecilia. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000100001&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001&lng=es&tlng=e). 10.4067/S0718-48082009000100001. (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).

Gómez, I., Ortiz, X., Cartagena, R., y Ramírez, N. (2013). Mujeres jóvenes, participación y empoderamiento para la gobernanza territorial en El Salvador. Disponible en: <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/34>. (Fecha de acceso 11 de octubre del 2016).

Góngora, E. (1998). El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición. *El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: Una visión etnopsicológica en un ecosistema de tradición*. Disponible en: <http://132.248.9.195/pd2000/281775/index.html>. (Fecha de acceso 12 de octubre del 2016).

Guiteras, A. F. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (61), 41-50.

Gutiérrez-Delgado, C., Báez-Mendoza, C., González-Pier, E., de la Rosa, A. P., y Witlen, R. (2008). Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 50(2), 107-118.

Hernández, G. (2005). Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000 perfil epidemiológico y retos para su atención. El colegio de Sonora. Disponible en: [http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020\\_frutosTrabajo/frutos\\_archivos/Alvarez2005\\_%20SaludReproductiva.pdf](http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020_frutosTrabajo/frutos_archivos/Alvarez2005_%20SaludReproductiva.pdf). (Fecha de acceso 12 de octubre del 2016).

Hernández-Márquez, C. I., Salinas-Urbina, A. A., Cruz-Valdez, A., y Hernández-Girón, C. (2014). Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Revista de Salud Pública*, 16(5), 697-708.

International Agency for Research on Cancer (2012) "Cervical Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008" en GLOBOCAN. Estados Unidos. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>. (Fecha de acceso 12 de Mayo del 2016).

- INEGI. (2010) Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Procesó INEGI. Disponible en [www.inegi.org.mx/sistemas/consulta\\_resultados/m5mh.aspx?\\_.../cpv2010/...20101](http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/m5mh.aspx?_.../cpv2010/...20101). (Fecha de acceso 6 de junio del 2016).
- Iturbe, P. V., Vásquez, S. C. Trejo, B. D. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 73-86. Bogotá Colombia. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205>. (Fecha de acceso 12 de junio del 2016).
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23, 4-41. doi:10.1080/02699930802619031.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *El estrés, la valoración y afrontamiento*. Editorial Springer. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=lazarus+y+folkman+1984&ots=DeKNhtlcLb&sig=3dF18\\_\\_21CljJOLBEB7hIRWu7H4#v=onepage&q=lazarus%20y%20folkman%201984&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=lazarus+y+folkman+1984&ots=DeKNhtlcLb&sig=3dF18__21CljJOLBEB7hIRWu7H4#v=onepage&q=lazarus%20y%20folkman%201984&f=false). (Fecha de acceso 30 de noviembre del 2016).
- LedónLlanes, L., Agramonte Machado, A., Mendoza Trujillo, M., Fabrè Redondo, B., Hernández Yero, J. A., y Chirinos Cáceres, J. L. (2007). Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. *Revista cubana de endocrinología*, 18(2), 0-0.
- León Cruz, G., y Bosques Diego, O. D. J. (2005). Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 31(1), 0-0.
- Lull, D. M., Zanier, J., y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PSICO-USF*, 8(2), 175-82.
- Maldonado, G. G., Velázquez, V. M. J., Manuel, G., Perales, M., Castillo, A. L., Chong, V. R.,...& Salazar, M. Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina.
- Martínez, S. V. (2005). Citología cervical. *RevMedHondur*, 73, 131-136.
- Mendoza, J. E. V., Ramírez, M. C., y Morales, J. E. A. (2013). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/631>. (Fecha de acceso 19 de octubre del 2016).
- Moreno Docón, A. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con lesión intraepitelial cervical: aspecto virológico y clínico patológico. *Proyecto de investigación*.
- Murillo, R., Cendales, R., Wiesner, C., Piñeros, M., y Tovar, S. (2009). Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. *Biomédica*, 29(3), 354-361.

- Organización Panamericana de la Salud (2008) "Estrategia y Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe" Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Palacio, C., y Jina, A. (2011). Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la clínica oncólogos de occidente SA de la ciudad de Pereira en el año 2009.
- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., Glück, S., DerHagopian, R. y Carver, C. S. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 70(9), 1044-1049.
- Rivera, A Montero, L. y Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35(4), 329-337. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000400008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400008&lng=es&tlng=es). (Fecha de acceso 18 de octubre del 2016).
- Rivera, Z., Aguilera, T., y Larraín, A. (2002). Epidemiología del virus papiloma humano (HPV). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(6), 501-506.
- Riveros, M. F., Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico
- Roca, A. J. (2012). Vacunación en salud pública. Primer Foro sobre Vacunación, de la Academia Nacional de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. *Revista Medicina*, 34(2), 167-183.
- .
- Rodríguez, M., y Del Pilar, M. A. R. I. A. (2009). Influencia de los estilos de afrontamiento, depresión y ansiedad sobre la adaptación a la enfermedad en mujeres con infección por virus de papiloma humano (Doctoral dissertation).
- Serman, Felipe. (2002). Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(4), 318-323. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000400011>. (Fecha de acceso 20 de octubre del 2016).
- Serranoa, P. M., Arguellob, G. V., Garcíab, S. A., y Osunab, M. S. (2007). Lesiones y neoplasias del tracto genital femenino relacionadas con la infección por el virus del papiloma humano. Impacto previsible de la vacunación profiláctica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 9(Suplemento 3)
- Teva, I., Bermúdez, M. P., y Buena-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *anales de psicología*, 27(1), 35-46.
- Tirado-Gómez., Laura, Mohar-Betancourt., Alejandro, López-Cervantes., Malaquías, García-Carrancá., Alejandro, Franco-Marina., Francisco, Borges, Guilherme. (2005). Factores de riesgo de

cáncercervicouterinoinvasor en mujeresmexicanas. *SaludPública de México*, 47(5), 342-350. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000500004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000500004&lng=es&tlng=es). (Fecha de acceso 20 de octubre del 2016).

Vargas-Daza, E. R., Quiroz-Añorve, E. D., Galicia-Rodríguez, L., y Villarreal-Ríos, E. (2014). Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 5.<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141b.pdf>

Walboomers, J. M., Jacobs, M. V., Manos, M. M., Bosch, F. X., Kummer, J. A., Shah, K. V., ... y Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *TheJournal of pathology*, 189(1), 12-19.

Zacarías-Flores, M. (2006). Virus del papiloma humano (VPH) y su potencial prevención a través de una vacuna. *Bioquímica*, 31(3), 83-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bioquimia/bq-2006/bq063a.pdf>. (Fecha de acceso 15 de octubre del 2016).

# **ANEXOS**

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Identificación Estilos de afrontamiento en mujeres con Virus del Papiloma Humano.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en solo proporcionar información general y responder una escala de estilos de afrontamiento.

El investigador 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 la información.

Entendiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.

El investigador me ha dado seguridad que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

Datos Generales		Fecha
Nombre	Edad	
Lugar de nacimiento	Domicilio	
Localidad	Estado civil	
No. Hijos	Nivel académico	
Ocupación de la paciente	Ocupación del esposo	
Diagnóstico	Teléfono	

### **Escala de afrontamiento en salud de Góngora (1998)**

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que describen cosas que la gente hace cuando tienen problemas. Marca con una **X** el cuadro que represente mejor la frecuencia con la que tú haces esas cosas. Ten en cuenta que entre más grande y más cercano esté el cuadro significa que llevas a cabo esa conducta con mayor frecuencia y entre más alejado esté indicará

que nunca haces eso. Selecciona el punto que mejor te represente tomando en consideración todos los cuadros.

Contesta tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado. Contesta en todos los renglones, dando una sola respuesta en cada uno de ellos.

Recuerda que tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

**A partir de mi diagnóstico de VPH yo...**

1	Tomo todas mis medicinas.	<input type="checkbox"/>						
2	<b>Me mantengo ocupada para no pensar en ello.</b>	<input type="checkbox"/>						
3	Me molesto.	<input type="checkbox"/>						
4	<b>Trato de dormir, para no pensar en eso.</b>	<input type="checkbox"/>						
5	Me alimento bien.	<input type="checkbox"/>						
6	<b>Me cuido, siguiendo mi tratamiento.</b>	<input type="checkbox"/>						
7	Consulto al doctor.	<input type="checkbox"/>						
8	<b>Pienso que son pruebas que me pone la vida.</b>	<input type="checkbox"/>						
9	Me desespero.	<input type="checkbox"/>						
10	<b>Veo lo positivo.</b>	<input type="checkbox"/>						
11	Me esfuerzo por encontrarle sentido.	<input type="checkbox"/>						
12	<b>Me pongo triste.</b>	<input type="checkbox"/>						
13	Siento malestar.	<input type="checkbox"/>						
14	<b>Me doy cuenta de lo importante que es la vida.</b>	<input type="checkbox"/>						
15	No le doy importancia.	<input type="checkbox"/>						
16	<b>Busco a alguien que me ayude, a decidir que hacer.</b>	<input type="checkbox"/>						
17	No me preocupo.	<input type="checkbox"/>						
18	<b>Pido que me recomienden a un doctor.</b>	<input type="checkbox"/>						