



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ACTITUD DE LAS PACIENTES CON VPH HACIA SU TRATAMIENTO,
EN RELACIÓN CON SU EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Elizabeth Terecita Hernández Zamudio

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos.

Uruapan, Michoacán, a 13 de agosto de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres José Francisco Hernández Mendoza y María Teresa Zamudio García de León:

Les agradezco la oportunidad que me dieron de poder terminar una carrera, apoyarme en cada una de las etapas de mi vida personal y profesional, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracteriza, el valor mostrado para salir adelante y su amor incondicional.

A mis hermanos Francisco y Levith

Por sus motivaciones y buen sentido del humor que muchas veces me liberaron de las presiones y el estrés, quienes me regalan su amor y su cariño de manera incondicional.

A mis hermanas Judith y Edith:

Mi corazón está plenamente agradecido por haber sido bendecida por ser mis hermanas, porque me aceptan a pesar de todas mis faltas, por ser parte de este proyecto de vida y por darme consejos que fueron de gran ayuda en mi tesis. Las quiero mucho.

A mis profesores:

Que me dieron su enseñanza durante mi formación profesional marcando cada etapa de mi camino universitario. A Lic. Perla Uribe, Lic. Leticia Espinoza y Lic. Jesús González que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de mi tesis.

A mi asesor el Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos por la paciencia, dedicación, por permitir conocer su manera de trabajar y compartir su conocimiento.

Al Dr. Héctor Calderón

Que me facilitó siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis, por los consejos y motivación, por la confianza en mi trabajo así como darme el espacio y el tiempo necesario.

A todas las personas que participaron e hicieron posible este proyecto, muchas gracias por su apoyo y enseñanza.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
Hipótesis	7
Operacionalización de las variables	7
Justificación	9
Marco de referencia	11

Capítulo 1. Actitudes.

1.1 Definición de actitud	14
1.2 Teorías de las actitudes	19
1.2.1 Teoría del aprendizaje	19
1.2.2 Teoría de la disonancia cognitiva	21
1.2.3 Teoría de la atribución	22
1.2.4 Teoría de la autopercepción	23
1.2.5 Teoría de la acción razonada	26
1.2 Valores y creencias	27
1.3 Formación de las actitudes	30
1.4 Componentes de las actitudes	34
1.5.1 Componente cognitivo	34

1.5.2	Componente afectivo	. . . . .	37
1.5.3	Componente conductual	. . . . .	38
1.6	Funciones de las actitudes	. . . . .	40
1.6.1	Función adaptativa	. . . . .	41
1.6.2	Función expresiva de valores	. . . . .	42
1.6.3	Función defensiva del yo	. . . . .	44
1.6.4	Función cognoscitiva	. . . . .	45
1.7	Desarrollo de las actitudes hacia la enfermedad	. . . . .	46

Capítulo 2. Virus del Papiloma Humano.

2.1	Definición del Virus del Papiloma Humano	. . . . .	53
2.2	Formas de contagio del VPH	. . . . .	55
2.3	Diagnóstico del VPH.	. . . . .	59
2.4	Características del VPH.	. . . . .	63
2.5	Signos y síntomas del VPH.	. . . . .	65
2.6	Clasificación del VPH.	. . . . .	67
2.6.1	Virus de alto riesgo	. . . . .	67
2.6.2	Virus de bajo riesgo	. . . . .	69
2.7	Tipos de VPH	. . . . .	71
2.8	Tratamiento médico del VPH	. . . . .	72
2.9	Tratamiento psicológico del VPH.	. . . . .	75
2.10	Factores que intervienen en el desarrollo del tratamiento del VPH.	. . . . .	79
2.11	Actitudes de las pacientes diagnosticadas con VPH	. . . . .	83

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	88
3.1.1 Enfoque cuantitativo	88
3.1.2 Diseño no experimental	91
3.1.3 Estudio transversal	91
3.1.4 Alcance correlacional	93
3.1.5 Técnicas de recolección de datos	94
3.2 Descripción de la población y muestra	99
3.3 Descripción del proceso de investigación	100
3.4 Análisis e interpretación de resultados	102
3.4.1 Actitudes hacia el tratamiento	102
3.4.2 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función de la edad	105
3.4.3 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función del estado civil	107
3.4.4 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función del lugar de procedencia	109
3.4.5 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función de la escolaridad	110
3.4.6 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función de la ocupación	112
3.4.7 Relación entre la edad y la actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento	113
3.4.8 Relación entre nivel de escolaridad y la actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento	115
Conclusiones	117
Bibliografía	123

Mesografía	130
Otras fuentes de información	131
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se analizan las actitudes que manifiestan las pacientes con Virus del Papiloma Humano hacia el tratamiento médico recibido en un hospital del sector público. Para ello, se proporcionan previamente los elementos que brinden el panorama necesario.

Antecedentes

Según Hernández y cols. (2006), para conocer el tema de estudio es necesario partir de los antecedentes, que hacen referencia a las investigaciones que se han elaborado anteriormente, lo cual permite saber si la temática ya se ha estudiado previamente, así como corroborar los resultados obtenidos en dichas indagaciones, en comparación con la que se realizará.

De esta manera, se puede señalar que se buscaron estudios con referencia al nivel de actitud promedio que tienen las pacientes con el Virus del Papiloma Humano hacia su tratamiento, pero no se han encontrado hasta el momento trabajos indagatorios que se acerquen a las variables de investigación en el campo de la psicología, sin embargo, la información que se revisó es referente al padecimiento y tratamiento médico, así como factores psicológicos que se generan durante la prueba del Virus del Papiloma Humano.

En una investigación titulada “Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del Virus del Papiloma Humano: un estudio exploratorio”, realizada en la Universidad Externado de Colombia por Wiesner y cols. (www.cancer.gov.co; 2009), se concluyó que el impacto psicosocial se ha clasificado en tres categorías: en la esfera emocional, en el comportamiento y en la vida sexual y de pareja.

Se diseñó un modelo de los determinantes de la magnitud de los efectos, el cual está determinado por la forma y el contenido de la información que suministra el médico y por las características biográficas de la mujer. Los efectos encontrados incluyeron ansiedad, rabia, vergüenza, culpa, la inquietud por la demora de los resultados, miedo al cáncer y temor a tener relaciones sexuales.

Es importante considerar otra investigación, titulada “Conocimientos, aceptabilidad y actitudes sobre la vacuna contra el VPH en médicos generales, ginecólogos y pediatras en Colombia”, realizada en el Instituto Nacional de Cancerología, de Bogotá, Colombia, por Piñeros y cols. (www.cancer.gov.co; 2009). Se encontró que los médicos generales tienen bajos conocimientos del Virus del Papiloma Humano y de la vacuna, mientras que los ginecólogos y los pediatras tienen buenos y excelentes conocimientos, respectivamente.

Muchos de los doctores ven una oportunidad de negocio en esta vacuna; en dos regiones son muy escépticos sobre la introducción de dicha medida preventiva,

por la ausencia de protección total y por la dificultad de llegar a la población más necesitada.

Por otra parte, en una investigación titulada “Condición emocional de las pacientes con infección por Virus de Papiloma Humano”, realizada en México por los investigadores del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), concretamente por Meza y colaboradores (www.inper.mx; 2008), se concluyó que existen alteraciones emocionales asociadas con la infección por Virus de Papiloma Humano.

En las mujeres con tal infección se encontró una mayor tendencia a presentar ansiedad-rasgo, se encontraron diferencias significativas en la subprueba “Yo físico”. No se detectaron diferencias significativas en el cuestionario general de salud en ambos grupos.

En otra investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou”, realizada por Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima, Perú, por Bazán y colaboradores (www.scielo.org.pe; 2007), se concluyó que el mayor nivel de conocimiento no está relacionado con la práctica correcta del Papanicolaou (Pap). Existe poca difusión sobre el Pap por los medios de comunicación y las limitantes a que las mujeres se lo hagan practicar, son principalmente psicológicas.

Planteamiento del problema

La presente investigación surge a partir de la preocupación de que actualmente el contagio por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual viral más frecuente en la actualidad, se estima que un 50% de los adultos sexualmente activos, han estado infectados del VPH.

Según Piñeros y cols. (www.cancer.gov.co; 2009), la prevalencia de infecciones genitales por VPH en la población general, es de 2% en mujeres entre 30 a 60 años; y de 3% en menores de 22 años. En las mujeres latinoamericanas la prevalencia es mayor en las de bajo nivel económico.

La infección genital por el Virus del Papiloma Humano (VPH), que es la infección viral más común del aparato reproductor, provoca prácticamente todos los casos (el 99%) de cáncer de cuello uterino.

Un diagnóstico del VPH puede producir cambios psicológicos importantes en la paciente, causando en ella una actitud negativa o positiva, dependiendo del caso en el que se encuentre.

Algunas personas se preocupan al descubrir que tienen una infección causada por este virus. Existen varios tipos de VPH, y la mayor parte de ellos no causan infecciones de importancia.

La persona que descubre que tienen VPH, desea saber quién la contagió, pero no hay modo de saberlo con seguridad. El virus es muy común, ya que cualquier persona puede tenerlo durante un tiempo prolongado antes de ser detectado. La mayoría de las mujeres suelen culpar a su pareja actual y suponen que ésta ha sido infiel.

La mayoría de las personas sexualmente activas contraen el VPH genital. Por lo que existe mayor probabilidad de contraerlo si se han tenido relaciones sexuales desde una edad temprana, varias parejas sexuales o una sola que haya tenido otras parejas.

Por lo que se parte de la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, con su edad y nivel de escolaridad?

Objetivos

El trabajo teórico y metodológico del presente estudio se moduló con base en las finalidades que enseguida se enuncian.

Objetivo general

Establecer la relación entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, con su edad y nivel de escolaridad, en el Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Michoacán, México.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de las actitudes.
2. Describir los componentes de las actitudes.
3. Explicar el origen y características del Virus del Papiloma Humano.
4. Clasificar los tipos de Virus del Papiloma Humano y su tratamiento.
5. Determinar los factores que influyen en la formación y desarrollo de las actitudes hacia el tratamiento del Virus del Papiloma Humano.
6. Medir el nivel promedio de actitudes que presentan las mujeres hacia el tratamiento del Virus del Papiloma Humano con base en la edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel de escolaridad y ocupación.
7. Establecer la relación estadística entre la edad y la actitud hacia el tratamiento en las pacientes con VPH.
8. Establecer la relación estadística entre el nivel de escolaridad y la actitud hacia el tratamiento en las pacientes con VPH.

Hipótesis

Las siguientes explicaciones tentativas reflejan la realidad esperada sobre el fenómeno de estudio.

Hipótesis de trabajo

Existe una correlación estadísticamente significativa entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, con su edad y nivel de escolaridad, en el Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Michoacán, México.

Hipótesis nula

No existe una correlación estadísticamente significativa entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, con su edad y nivel de escolaridad, en el Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Michoacán, México.

Operacionalización de las variables

La operacionalización es un proceso mediante el cual la variable se transforma de un nivel abstracto a un nivel empírico, observable o medible.

La operacionalización de las variables “difiere según su nivel de abstracción o complejidad, se identifican y definen sus subvariables o dimensiones. Luego se establecen los indicadores de cada una de ellas. Los indicadores señalan la forma de medir la variable o sus dimensiones. A este proceso se le denomina operacionalización o diseño de una variable” (Lerma; 2004: 76).

Es decir, los indicadores deben ser establecidos en términos de la cantidad o cualidad del atributo, expresando la respectiva unidad de medida y la forma en que se estará midiendo, o la expresión matemática que se utilizará para calcular esta misma.

Durante esta investigación se elaboró una escala tipo Likert, la cual fue construida por la misma investigadora de este estudio con base en los indicadores específicos de las variables a evaluar; dicho instrumento identifica la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento y permite establecer la relación con la edad y nivel de escolaridad que muestran las pacientes. El nombre de la prueba que se utilizó es “Escala de actitudes hacia el tratamiento de VPH”, que indica si existe relación en dichas variables.

Se seleccionó la variable Virus del Papiloma Humano como una característica de la muestra de mujeres, tomada en este estudio.

La prueba de Papanicolaou fue el indicador que demostró que las mujeres mostraban una displasia en sus resultados, lo que significa que hay presencia de VPH. Los diagnósticos fueron emitidos por el médico a cargo de la clínica de Colposcopia del Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” Uruapan, Michoacán México.

Las variables edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel de escolaridad y ocupación se identificaron mediante un instrumento de tipo cuestionario abierto realizado por la investigadora.

Justificación

Se consideran importantes las actitudes que se manifiestan en el paciente frente a una enfermedad o algún tratamiento clínico, ya que es una interrupción temporal hacia sus actividades profesionales, domésticas, sociales y familiares, esta situación genera sentimientos de impotencia y depresión en la persona.

Las aportaciones que se brindan en la presente investigación serán de gran utilidad a los psicólogos que se dediquen a la investigación en las actitudes de las pacientes con Virus de Papiloma Humano (VPH), ya que podrán obtener un conocimiento sobre lo que es VPH, así como el tratamiento médico y psicológico; en esta última parte, la mayoría de las veces la paciente no cuenta con un tratamiento psicológico que le ayude a sobrellevar su enfermedad.

Asimismo, ayudará a los estudiantes, en especial a las mujeres, a despejar dudas e inquietudes que vayan surgiendo durante la lectura, ya que es un tema de interés social puesto que cualquier mujer, en el momento de tener relaciones coitales, puede salir perjudicada si no se protege, y tener un diagnóstico como el del Virus del Papiloma Humano (VPH).

De igual manera, será útil en algunas carreras como la de trabajo social, ya que tiene que ver con el área de la salud y por ello está en estrecha cercanía con las pacientes que tienen el VPH; de esta manera, las profesionistas en cuestión conocerán cómo se debe tratar a las pacientes con esta enfermedad, así como entender la problemática que presentan en su vida personal. Todo esto les ayudará a elaborar un adecuado seguimiento del caso.

A la Universidad Don Vasco le servirá para las investigaciones futuras que se quieran realizar respecto a este tema o alguno otro que pueda desprenderse del presente trabajo, de modo que se puedan revisar algunas de las teorías que se manejaron durante la investigación.

Así mismo, ayudará a la población a tener mayor conciencia sobre la problemática que existe en torno al VPH, al conocer cuál es la manera adecuada de concientizar al público en general de que cualquier persona está propensa a padecer esta enfermedad, lo cual a su vez permitirá conocer la forma en que afecta al paciente y la familia, de modo que pueda ser una vía de información para el lector.

Por último, los resultados que se obtengan servirán de apoyo al Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, al conocer la actitud de las pacientes hacia el tratamiento médico en relación con su edad y nivel de escolaridad y los sentimientos que se generan, dado que estos dos factores pueden influir en la correcta rehabilitación de la paciente.

Marco de referencia

El Hospital General de Uruapan, Michoacán se localiza en el Km. 1.5 camino a Tejerías, en el Fracc. San Francisco Uruapan, que colinda con diferentes asentamientos irregulares entre los que se encuentran: Antorcha Campesina, el Uval, Ignacio Ramírez, Las Flores, Predio Calderón, Mapeco, Río Volga, Electricista y Mario Moreno. El terreno está ubicado al sureste de la ciudad, fue donado por el Gobierno Estatal y cuenta con una superficie de 15,000 m².

El Hospital General de Uruapan, Michoacán, tan sólo había sido un proyecto hasta 1990; al recibir apoyo bajo el programa de Solidaridad, inició su construcción en enero de 1991.

De acuerdo con el Manual de Organización y Procedimientos del Hospital General de Uruapan (1995), el hospital fue inaugurado el 17 de junio de 1993 por el Lic. Carlos Salinas de Gortari, entonces Presidente de la República Mexicana. Inició sus servicios en consulta externa el 1º de Julio del mismo año y en hospitalización el

10 de noviembre; comenzó con 60 camas censables (para uso regular de pacientes internos). Su equipo inicial de recursos humanos fue de 148 personas, teniendo como Director al Dr. Sergio Hidalgo Ramírez, como Subdirector al Dr. Fermín Jiménez Dávila, como Jefe de Enseñanza e Investigación al Dr. Enrique Ortiz de Montellano y como Jefa de Enfermeras a la E.A. Florentina Segoviano Sánchez.

En noviembre de 1993 se realizó la primera intervención quirúrgica, que fue una apendicectomía, realizada por el Dr. Daniel Murillo Estrada. Otros hechos relevantes dentro de la historia del Hospital, incluyen su nominación como Hospital “Dr. Pedro Daniel Martínez”, en honor de tan ilustre médico michoacano, el cual estuvo presente durante la ceremonia que se realizó el 24 de julio de 1995. El 3 de agosto de ese mismo año fue certificado por la UNICEF como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”.

Actualmente el nosocomio está constituido en dos plantas y proyectado para dar atención de segundo nivel, cuenta también con algunas especialidades, consideradas de tercer nivel. Su capacidad es para 100 camas censables, hoy en día se trabaja con 60 habitaciones, de las cuales 11 son cuartos privados. Su distribución es de la siguiente manera:

En la planta baja está ubicada consulta externa con 15 consultorios, divididos en dos módulos. Se cuenta con las especialidades de: oftalmología, estomatología, pediatría, nutrición, medicina interna, clínica de displasia, ginecobstetricia, cirugía

general; con subespecialidades de neurocirugía, cirugía cardiovascular, cirugía plástica y reconstructiva, al igual que urología; también se encuentra el departamento de psicología que da atención especial al adolescente, medicina preventiva, planificación familiar y banco de sangre, así como el área de colposcopia, que es en donde se realizó la presente investigación.

También en la planta baja está el servicio de urgencias, el módulo de recuperación de cirugía ambulatoria, un quirófano con tres salas de recuperación postoperatoria, tococirugía, hay dos salas de expulsión, central de equipos y esterilización, servicios generales, cocina, comedor, laboratorio y módulo mortuario, así como la oficina de control de asistencia; se cuenta, además, con la clínica de climaterio.

En la planta alta se ubica el área de administrativa, y la de enseñanza e investigación. Hay dos aulas con material de apoyo didáctico como son: pizarrón, rotafolio, proyectores de diapositivas y de acetatos, televisión, videocasetera, computadora conectada a Internet, biblioteca y oficina para el jefe de servicio.

CAPÍTULO 1

ACTITUDES

Las personas adoptan posiciones ante determinados hechos sociales, de modo que han aprendido a dar una reacción personal y afectiva a las situaciones que se presentan en su entorno. Esta respuesta que cada individuo adopta es conocida como actitud.

En el presente capítulo se aborda el concepto de actitud de acuerdo con varios autores y enfoques teóricos, así como las características que tienen los valores y las creencias. Se presenta un breve desglose de la formación de las actitudes, abarcando sus componentes desde la perspectiva de diferentes autores y, por otro lado, se analizan las diversas actitudes ante una enfermedad.

1.1 Definición de actitud

Las actitudes son determinantes para la formación de la personalidad, ya que diferencian a las personas; se manifiestan en el comportamiento, expresiones verbales, ideas u opiniones que se tiene hacia las personas y objetos, por lo tanto, representan la manera en que se actúa ante algún evento social. La respuesta que se use, se orientará a proteger la integridad personal.

Una actitud es “la reacción evaluativa, favorable o desfavorable, hacia algo o alguien, que se manifiesta en las propias creencias, sentimientos o en la intención del comportamiento” (Myers; 2005: 135), es decir, la respuesta que se tiene ante una determinada situación, ya sea que se esté de acuerdo o en desacuerdo con ella.

Alvarado (2003) establece que las personas están continuamente desarrollando actitudes cada vez que tienen una posición favorable o desfavorable ante los objetos, las personas o los acontecimientos. Las actitudes son, por lo tanto, orientaciones evaluativas hacia un objeto físico o social.

Otra definición que establece Allport, expone que una actitud “es un estado mental y neuronal de la disposición a responder, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directiva y/o dinámica de la conducta” (citado por Salazar; 2006: 148).

Esto implica considerar a las actitudes como un mediador de comportamiento entre lo que se piensa y se llega a realizar, es decir, primero serán las consideraciones de orden teórico y luego las empíricas.

Por otra parte, las actitudes son “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud” (Morales; 2007: 459).

Por ello, hablar de actitudes hace referencia al grado en que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad.

De acuerdo con Richmann (2005), las actitudes tienen una dimensión mental y subjetiva, por lo tanto, es un proceso de conciencia individual, puesto que también son consideradas como la formación de valores en las personas.

Las actitudes llevan al tema de los valores porque expresan los distintos modos de situarse frente a la realidad y de la vida. Son un tipo particular de hábitos que se concentra en los aspectos fundamentales de la persona y en sus relaciones con los demás.

De acuerdo con Banet (2004), el término actitud se emplea para señalar a una persona que puede tener pensamientos y sentimientos hacia objetos o personas que le gustan o le disgustan, produciendo ya sea confianza o desconfianza.

Se dice que las actitudes, aunque poseen una dimensión afectiva, no son originadas desde estructuras irracionales, sino que son aprendidas a partir de las vivencias que se tienen como resultado de las relaciones con uno mismo, con otros y con la sociedad.

Sin embargo, para Salazar (2006), las actitudes se forman a través de la experiencia, y a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiadas también a

través de esta misma práctica. Constituyen así un sistema de percepciones y evaluaciones, de sentimientos y emociones, de tendencias a la acción, organizado en relación con una situación significativa.

Las actitudes son una formación, es decir, “una organización estable de creencias y cogniciones dotada de carga efectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone hacia una acción coherente con las cogniciones y los afectos relacionados con este objeto” (Rodríguez; 2004: 41).

Este mismo autor menciona que la mayoría de las definiciones incluyen los siguientes elementos:

- a) Existencia de un sentimiento a favor o en contra de un objeto social.
- b) Presencia de una estructura cognitiva relativamente duradera.

Es decir, tiene que haber un sentimiento de por medio hacia una situación y ésta a su vez tiene que ser duradera para que se pueda generar una actitud positiva o negativa.

De acuerdo con Ros y cols. (2001), desarrollar las actitudes ayuda, entre otras razones, a entender la realidad, a posicionarse frente a ella, a orientar la conducta y a justificar las acciones. Depende de muchos factores, de las múltiples

experiencias y relaciones que se hayan ido acumulando a lo largo de su historia de vida.

Por otra parte, se piensa que dentro de un marco conductual, una actitud “es una clase de conductas sujetas al control de una variable social única, llamada referencia de la actitud. Es un rasgo común de las actitudes que incluyen reacciones emotivas, al igual que una ejecución pública” (Whittake; 2002: 240).

Es decir, una actitud se encuentra sujeta ante diferentes contextos, por lo cual habrá una predisposición para actuar de cierta forma ante circunstancias, adoptando una actitud en particular frente a una determinada situación, la cual variará de un individuo a otro ante un contexto similar.

Para Novel y cols. (2007), las actitudes son la organización de los sentimientos de las creencias y los valores, así como la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada. Esto es un determinante significativo en la orientación y adaptación del ser humano a su entorno social, dado que la actitud representa el aspecto psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y emprender de una persona, al propio tiempo que ordena y da significado a su experiencia.

Las actitudes forman parte de la personalidad del sujeto, son hábitos internos que indican las tendencias reales de conducta manifiesta, lo cual representa la mejor

información para pronosticar un comportamiento, a diferencia de las exposiciones verbales de las ideas, opiniones o imágenes mentales que, en ocasiones, no corresponden con las conductas o acciones de las personas. Es decir, la actitud varía dependiendo de las creencias y valores que tenga cada individuo, así como en la forma en que diseña las situaciones en la mente. La manera en que se presentan en el mundo implica una predisposición.

Como ya se ha mencionado, las actitudes son las reacciones afectivas positivas o negativas hacia un objeto, tienden a permanecer estables con el tiempo y son dirigidas hacia un objeto o idea en particular.

1.2 Teorías de las actitudes

Dentro de las actitudes se encuentran diferentes teorías de acuerdo con diferentes autores, de las cuales se plantean las siguientes.

1.2.1 Teoría del aprendizaje

La teoría del aprendizaje describe la manera en que los teóricos creen que las personas aprenden nuevas ideas y conceptos. Explican la relación entre la información que se tiene y la nueva que se está tratando de aprender.

De acuerdo con Papalia y cols. (2003), se forman las actitudes del mismo modo en que se construye todo lo demás. Al aprender la información nueva, se asimilan los sentimientos y las acciones que están en relación con ella.

Los individuos también pueden aprender al observar lo que sucede a otras personas, al igual que por experiencias directas. La influencia de los demás es fundamental para el punto de vista del aprendizaje social.

Según Alcocer (2010), el conocimiento está organizado en estructuras y el aprendizaje tiene lugar cuando existe una reestructuración debida a la interacción entre estructuras presentes en el sujeto y la nueva información. Por lo cual, al aprender nuevos conocimientos sobre la cultura, se intenta recoger toda la información posible para realizar un cambio en la conducta, a partir de la nueva información adquirida.

De esta manera, la teoría del aprendizaje ayuda a comprender, predecir y controlar el comportamiento humano, elaborando a la vez estrategias de aprendizaje y tratando de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

1.2.2 Teoría de la disonancia cognitiva

Muchas de las aparentes contradicciones en las que a menudo las personas se involucran en su vida cotidiana, se denominan disonancias cognitivas; diversos psicólogos sociales han estudiado esta teoría.

En este orden de ideas, Papalia y cols. (2003) citan a Festinger, quien sostiene que siempre que se tengan dos ideas, actitudes u opiniones que se contradigan, se está en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hará que se sienta una persona incomoda psicológicamente y por eso se ha de hacer algo para disminuir esta discordancia.

Este mismo autor señala que otras situaciones pueden producir disonancia cognitiva cuando se realiza algo contrario a las creencias firmes sobre lo que es correcto y apropiado, o bien, cuando se sostiene una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica.

Por otra parte, Richmann (2005) menciona que la disonancia cognitiva es un estado de tensión desagradable que se produce cuando un individuo mantiene simultáneamente dos cogniciones o certezas (ideas actitudes, creencias u opiniones) psicológicamente incompatibles. Según este autor, las personas se sienten incómodas cuando mantienen simultáneamente creencias contradictorias o cuando las creencias no están en armonía con lo que se hace.

Por otro lado Casis (2008) sostiene que la disonancia cognitiva tiene ciertas implicaciones para las teorías de la personalidad, ya que si las personas están motivadas para reducir la tensión generada por las creencias disonantes, esto influirá en las creencias que tienen acerca de sus propias capacidades, valores, metas y aspiraciones.

La motivación para reducir la disonancia va a depender de la intensidad con la que se manifieste. De este modo, cuanto mayor sea el malestar psicológico, mayor será el empeño en disminuir esa incomodidad; por otra parte, de las alternativas que se tengan para reducir la disonancia cognitiva, se escogerá aquella que para el sujeto le resulte más sencilla y eficaz en un momento determinado.

1.2.3 Teoría de la atribución

Esta teoría manifiesta la importancia de la cognición, el pensamiento, en la manera en que se interpreta la conducta ajena y la propia. Propone que el comportamiento de las personas se basa en gran medida en dichas interpretaciones.

Schiffman (2005), trata de explicar la manera en que las personas asignan un factor de causalidad (es decir, la culpa o el mérito) de los acontecimientos, tomando como base ya sea su propio comportamiento o el de otros individuos. Todo proceder se considera determinado por factores internos o externos.

Esto se debe a que constantemente se tiene el afán por proteger la autoestima, ya que se si se atribuyen los errores a causas externas, se puede seguir pensando que se es una persona valiosa.

Para Worchel y cols. (2002), este planteamiento se puede aplicar a la propia conducta, así como a la de otros, haciendo atribuciones de los éxitos y fracasos al igual que en lo referente a los demás, al decidir que los aciertos se deben a la capacidad, los esfuerzos redoblados o la buena suerte. Una de las características de los seres humanos es que le dan explicación a cualquier cosa o situación. Algunos psicólogos han revelado que las personas están predispuestas a juzgar quiénes o qué circunstancias son responsables de un acontecimiento o de una acción.

Por otro lado, Petri y cols. (2006) señalan que la teoría de la atribución se ocupa primordialmente de los factores, casi siempre rasgos constantes de la personalidad (llamados disposiciones) o aspectos de la situación social. Es decir, se analiza la conducta de alguien y se relaciona con una explicación a las características que se observaron del individuo y su situación.

1.2.4 Teoría de la autopercepción

En contraste con la teoría de la disonancia cognitiva, la de la autopercepción es una alternativa que plantea que las personas no siempre sufren un estado

motivacional aversivo, sino que las actitudes de la gente se basan en la percepción que tienen de sus propias conductas.

Según Schiffman (2005), existen inferencias o juicios que hacen los individuos acerca de las causas de su propio comportamiento. Esta teoría propone que las personas, cuando recuerdan que hicieron o dijeron algo en el pasado respecto a un individuo, problema u objeto, su actitud se adecuará a dicha evocación.

Es por ello que el comportamiento está determinado, en gran medida, por la idea que se tiene de una persona y, por lo tanto, desempeña un rol importante en el estrés personal, así como en el dominio de este último.

Retomando a Worchel y cols. (2002), la autopercepción es el proceso a través del cual las personas intentan comprenderse ellas mismas observando su propia conducta y las circunstancias en que ocurre. Es decir, se percibe a los demás como se percibe a uno mismo. Los sujetos cuya autoestima está debilitada y que no tienen mucha seguridad, son más propensos al estrés que aquellos que tienen confianza en sí mismos y se ven bajo una situación positiva.

Según otro autor, “obtenemos conocimientos sobre nosotros mismos sólo efectuando autoatribuciones; por ejemplo, inferimos nuestras propias actitudes de nuestra propia conducta” (Alcocer; 2010: 87).

Cuando los seres humanos saben cuáles son sus creencias, actitudes, motivos y sentimientos, percibidas en un momento dado, y a la vez se recuerda la forma en que se actuó en el pasado ante una situación determinada, de esta manera se utiliza el autoconocimiento que tiene el sujeto para razonar las causas o determinantes más probables de su conducta.

Para Díaz (2002), se deducen las actitudes ajenas observando la conducta y las circunstancias del momento. Esta teoría se funda en que no se tiene consciencia de las propias actitudes antes de actuar, si bien no aplica a las actitudes que se tienen hacia los objetos con los cuales no se ha tenido una experiencia importante o significativa.

Desde el punto de vista de López y Lameda (citados en la página electrónica redalyc.uaemex.mx; 2008), la teoría de la autopercepción está integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico, los cuales se modifican con la experiencia, al integrar nuevos datos e informaciones, y se desarrollan de acuerdo con las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas.

De esta manera, la autopercepción es determinante para el éxito personal y profesional del individuo, y constituye un factor de perturbación o equilibrio de la personalidad, según sea ésta positiva o negativa.

1.2.5 Teoría de la acción razonada

Este modelo parte de que la actitud es generada por la conducta. La teoría de la acción razonada representa una aportación importante en el estudio del comportamiento humano, ya que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada.

Retomando a Worchel y cols. (2002), las conductas específicas son causadas por las actitudes hacia la conducta y las normas subjetivas. La teoría de la acción razonada puede ser utilizada para explicar diferentes comportamientos en contextos diferentes, como puede ser en la salud, la cultura, el ámbito laboral o el social.

Por otro lado, Gil (2007) reconoce que en la teoría de la acción razonada existe una diferencia entre intención y práctica, por lo que intenta sistematizar la relación entre creencias, actitudes y factores normativos. Así, las actitudes se encuentran en función de las creencias sobre los atributos del objeto y de la valoración que el sujeto hace de ellos, lo cual se depende de lo que otras personas o grupos piensen acerca de si se debería o no realizar cualquier acción.

Aragón y Silva (2004), citando a Fishbein y Azjen, plantean que el comportamiento de una persona está en función de sus intenciones de realizar el acto en cuestión y sus normas subjetivas, es decir, la percepción que tienen acerca de lo que se debe hacer en relación con el comportamiento del que se trata.

Retomando a Shiffman (2005), la teoría de la acción razonada parte del principio de racionalidad de los seres humanos y del uso sistemático de la información que éstos realizan. Ante una determinada conducta de salud, la consecuencia inmediata es la intención de realizarla, la actitud hacia la conducta (evaluada positiva o negativamente) y la norma subjetiva (la percepción de las presiones sociales).

A su vez, las actitudes son una función de creencias comportamentales, que representan una información disponible sobre las consecuencias de la conducta y norma la valoración de la misma, las normas subjetivas se manifiestan en función de las creencias normativas. De esta manera, el sujeto pensará sobre si deberá de realizar o no esa conducta.

1.3 Valores y creencias

El ser humano nace dentro de un conjunto establecido de significados, valores y creencias al que se denomina cultura, es el término que se usa para referirse a la forma en que los seres humanos, se relacionan con la sociedad y sus integrantes.

Muchos de los modelos de actitud tienen un patrón cognitivo que muestra que tres elementos: creencias, valores y opiniones, son los componentes básicos del concepto más general de la actitud (Alcocer; 2010).

Las creencias, actitudes y otras variables, una vez que la persona las adquiere, son motivadores importantes del comportamiento. Las personas, con el paso del tiempo, van presentando comportamientos diferentes, sin embargo, algunas de esas creencias y actitudes parecen iguales durante años, por ello, proporcionan coherencia y predictibilidad a muchos de esas conductas.

Sin embargo, para Rokeach, un valor se define como “una creencia relativamente permanente de que un modo de conducta particular o que un estado de existencia es personal y socialmente preferible a modos alternos de conducta o estados de existencia” (Salazar; 2006: 110).

Este mismo autor establece que los valores son “estándares” y como tales, son utilizables de diversas maneras:

- a) Como guías para la acción.
- b) Como guías para evaluar o juzgar las situaciones.
- c) Como bases para racionalizar (en el sentido psicoanalítico) conductas y creencias.

De acuerdo con Morales (2007), los valores son modelos culturalmente definidos con los que las personas evalúan lo que es deseable, positivo o perjudicial, y que sirven de guía para la vida en sociedad. Los valores son principios amplios y

generales que sirven de base a las creencias. Éstas, por su parte, son manifestaciones específicas que las personas consideran como ciertas.

Para Haydon (2003), la posesión de un conjunto determinado de valores morales es uno de los aspectos que constituye una cultura humana, es también uno de los factores que conforman la identidad cultural de los individuos. Los valores más importantes que rigen la vida de una persona, son: el sentido de responsabilidad, el respeto y el compañerismo; aparte, evalúa las creencias espirituales como las de cada individuo y las expectativas que se generan ligadas a la salud.

Por otra parte Carranza (2003), retomando a Puig, asevera que los valores orientan la capacidad para reaccionar emocionalmente, dando pautas o criterios de juicios que, finalmente, se convierten en guías de la propia acción.

En el mismo sentido, Prat y cols. (2003) remiten a Lucini al definir algunos rasgos característicos de los valores:

1. Proyectos ideales de comportarse y existir que el ser humano aprecia, desea y busca.
2. Opciones personales que se adquieren desde las posibilidades activas de la voluntad.
3. Creencias que se integran en la estructura del conocimiento.

4. Características de la acción humana que mueven la conducta, orientan la vida y marcan la personalidad.

Según Rodríguez (2004), son categorías generales que están dotadas de componentes cognoscitivos y de elementos que son capaces de predisponer la adopción de una determinada conducta. El hecho de mantener los valores y actitudes similares a los de otras personas, conduce a los seres humanos a desarrollar actitudes positivas hacia ellas.

Se ha visto cómo los valores y creencias determinan las normas que rigen el comportamiento. De este modo, las actitudes están enmarcadas en el contexto de las normas morales y jurídicas que rigen a la sociedad.

1.4 Formación de las actitudes

Las actitudes son adquiridas como resultado de las experiencias y del aprendizaje que el individuo ha obtenido a lo largo de su historia de vida, lo que contribuye a que exprese una tendencia a responder de determinada manera y no de otra. Son impulsoras del comportamiento, representan la tendencia a responder o actuar a partir de los múltiples estímulos del ambiente.

Para Whittake (2002), desde el principio, el niño se encuentra sujeto a una serie de experiencias de socialización que, directa o indirectamente, moldean el

modo en que verá al mundo. De esa manera se conforma el proceso que tendrá el menor para socializar más allá de las influencias iniciales recibidas de padres y maestros que incidirán en la vida de una persona. En este tiempo, el niño pasa apreciando o desestimando dicha percepción de acuerdo con las actitudes de sus padres y de sus familiares.

De esta manera se va formando el comportamiento individual, incluyendo las posturas corporales y gestuales de la persona. Este proceso tiene como origen los sentimientos, los estados de ánimo observables e internos ante circunstancias o hechos específicos.

De acuerdo con Morales (2007), las personas poseen actitudes hacia la mayoría de estímulos que les rodean, incluso para aquellos objetos de los cuales se puede no tener ningún conocimiento o experiencia, de modo que se evalúan en una dimensión favorable o dañina.

Si bien la formación de algunas de estas evaluaciones puede estar influida por aspectos genéticos, cuyo origen parece radicar en mecanismos relativamente innatos, la mayoría de las actitudes tiene sus raíces en el aprendizaje y desarrollo social.

Este mismo autor maneja que las actitudes se adquieren:

- Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de los premios y castigos que se reciben por consecuencia de la conducta.
- Por modelado o imitación de otros.
- Por esfuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros.

Retomando a Rodríguez (2004), las actitudes sociales se forman de diferentes maneras: unas surgen por el reforzamiento, otras por características de personalidad, por imitación o modelaje, por identificación con una determinada clase social o por un análisis racional.

Las actitudes también tienen que ver con la personalidad y la motivación que se tiene, y juegan un papel decisivo para el éxito o fracaso en la comunicación.

De acuerdo con Novel y cols. (2007), las actitudes se forman o aprenden en relación con otras personas, grupos, instituciones, objetos, valores o ideologías. El niño, a través de la relación o identificación que realiza con los padres, desarrolla una serie de actitudes que se van formalizando a medida que amplía su campo afectivo de relación a lo largo de su vida social.

Para Valero (2003), la actitud no se define de manera innata sino adquirida; se nace con una disposición que puede favorecer la posesión de actitudes, o puede darse el caso de que éstas se malogren por falta de estímulos o medios.

Por lo anterior, se afirma que las actitudes trabajan en función de la manera de interpretar la realidad, así como las normas que dictan al ser humano aceptando o no las circunstancias que se presentan en la sociedad que se mueve la persona. En este sentido, juegan un papel básico las experiencias del pasado, que se han acumulado, conservado y organizado en el cerebro como recuerdos conscientes e inconscientes.

Por otra parte, Myers (2005) indica que muchas de las actitudes básicas se derivan de las primeras experiencias personales directas, aunque también se forman por imitación.

Los niños también reproducen la conducta de sus padres y adquieren actitudes aun cuando nadie está tratando deliberadamente de influir en sus creencias, por lo cual dichas predisposiciones se desarrollan a una edad temprana, a menudo, por medio de la imitación.

Según Whittake (2002), uno de los factores más poderosos cuando se crea una actitud o se influye sobre ella, es la experiencia directa que el individuo ha tenido con el objeto de actitud.

Por otro lado, Daviddoff (2001) indica que las personas obtienen algunas actitudes por medio de principios conductuales de aprendizaje sin percatarse de que aprenden algo. Sin embargo, la aprobación y apoyo de los padres y otras figuras importantes son motivadores potentes para la aceptación de sus opiniones.

Retomando a Rodríguez (2004), el modelaje es otro proceso capaz de formar actitudes a favor o en contra de objetos sociales, en el cual se tienden a adoptar las actitudes de las personas que son significativas. Por lo que en el proceso de crecimiento, dentro del ambiente que se sitúe una persona, ésta aprende a adoptar los usos y costumbres de otros individuos con quienes se mantiene contacto y forma parte de una comunidad, adoptando actitudes positivas o negativas.

1.5 Componentes de las actitudes

De acuerdo con Fishbein (retomado por Aragón y Silva; 2004), los componentes de la actitud son tres: afectivo, cognitivo y conductual.

1.5.1 Componente cognitivo

El componente cognitivo está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que se tiene sobre él.

Para que exista una actitud hacia un objeto determinado (Rodríguez; 2004), es necesario que exista también una representación cognoscitiva de dicho objeto. Es decir, para que exista una carga efectiva a favor o en contra de un objeto social definido, es necesario que también exista una representación cognoscitiva de dicho objeto.

Según Delgado y Tercedor (2002), el componente cognitivo se basa en conocimientos que se tienen acerca de los objetos, implica juicios de valor sobre ellos al realizar valoraciones positivas o negativas. Se refiere concretamente al proceso del pensamiento, con especial énfasis en la racionalidad y en la lógica.

Un elemento importante de la cognición es el de las creencias evaluativas que mantiene la persona, las cuales se manifiestan como impresiones favorables o desfavorables que alguien mantiene hacia un objeto o una persona.

Para Salazar (2006), un componente cognitivo es lo que se siente, lo que se piensa y lo que se pretende hacer respecto al objeto de actitud. Está compuesto por los conocimientos que una persona tiene acerca del objeto actitudinal y que por sí mismos son suficientes para fundamentar la actitud.

Retomando a Novel y cols. (2007), el componente cognoscitivo se refiere a que para la existencia una actitud en relación con un objeto determinado, es

necesario conocerlo, es decir, disponer de una representación cognoscitiva, formada por el pensamiento y las creencias en relación con un objeto.

Según Martin y cols. (2003), dicho componente se define como la creencia en la asociación entre el objeto y ciertos atributos, o entre ciertos atributos y las metas del sujeto. Es decir, está compuesto por los conocimientos que una persona tiene acerca del objeto actitudinal.

Sin embargo, para Whittake (2002) representa lo que una persona suele considerar como verdadero o falso y positivo o negativo. De este modo, cuando hay una incongruencia entre actitudes y creencias (disonancia cognitiva) el sujeto tiende a reducirla, ya sea cambiando la actitud o modificando sus creencias.

Por lo tanto, Alcocer (2010) menciona que muchos de los modelos de actitud tienen un patrón cognitivo, lo que indica que las creencias, valores u opiniones son los componentes básicos del concepto más general de la actitud. Incluso otros enfoques modernos que destacan un componente de evaluación, coinciden en una cuestión: las actitudes están representadas en la memoria.

Por lo tanto, el componente cognitivo es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma una actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación que se tenga del objeto.

1.5.2 Componente afectivo

El componente afectivo se basa en las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, ya sean positivas o negativas.

De acuerdo con Robbins (2004), un componente afectivo tiene que ver con los sentimientos, sensibilidades, disposición de ánimo y emociones sobre alguna persona, idea, acontecimiento u objeto.

De esta manera retomando a Carranza (2009), se hace referencia a las emociones o sentimientos que produce un objeto social, este conjunto ha sido siempre considerado como el componente fundamental de la actitud.

Retomando a Novel y cols. (2007), el componente afectivo es ese sentimiento o carga afectiva que se deposita sobre un determinado objeto social, y se debe conocer para investirlo de afectividad. De acuerdo con Delgado y Tercedor (2002), se basa en los sentimientos y preferencias personales, lo que explicando una actitud favorable en dos individuos hacia un objeto determinado.

Desde la perspectiva de Whittake (2002), es el componente de mayor importancia en una actitud. Por lo general, se toma como la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Se

puede decir que se forma el componente afectivo por los contactos que hayan ido ocurriendo entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables.

Para Chiang y cols. (2010), los sentimientos, las emociones y el estado de ánimo, están asociados a un objeto de experiencia. La presencia de un objeto de actitud es vivenciada por el sujeto al mismo tiempo como una afección emotiva que promueve sentimientos de agrado-desagrado, placer-dolor, felicidad, alegría, tristeza, temor, miedo, ansiedad, odio, repugnancia y desprecio.

De esta manera, a mayor sentimiento positivo hacia el objeto de la actitud concreta, habrá más aprendizaje y una mayor asimilación del mensaje.

1.5.3 Componente conductual

El componente conductual se basa en las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una asociación entre objeto y sujeto.

Para Delgado y Tercedor (2002), este elemento da lugar a acciones manifestadas y a declaraciones de intenciones. Bajo este componente se encuentran los criterios activos de los elementos cognitivos, que son los que utiliza un individuo para adoptar un comportamiento más o menos distante frente al objeto de actitud.

De acuerdo con la postura de Novel y cols. (2007), las actitudes están organizadas por una estructura que está formada por los componentes cognoscitivos, afectivos y comportamentales, los cuales tienden a ser congruentes entre sí, ya que se refieren y dirigen a un mismo objeto.

Carranza (2005), por su parte, señala que el componente conductual es la disposición o tendencia a actuar respecto al objeto actitudinal; teóricamente, representa la conjunción entre el componente cognitivo y el afectivo.

Citando de nuevo a Whittake (2002), este principio incluye el acto o la conducta que se dedicará a un individuo en presencia de ciertos estímulos. Este componente ayudará a predecir la conducta que mostrará un individuo cuando se enfrente con el objeto de la actitud.

Ya que no existe una aprobación respecto al papel de una actitud como activador de la conducta, gran parte de los teóricos están de acuerdo en que dicho atributo se relaciona de alguna manera con alguna conducta observable.

Retomando a Novel y cols. (2007), el componente conductual es la tendencia a actuar o reaccionar de cierto modo con respecto al objeto conocido y afectivo, aunque no siempre sigue una línea congruente entre lo cognoscitivo y lo afectivo.

Por otra parte, Morales (2007) recoge las intenciones o disposiciones a la acción, así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud. Es decir, estos tres elementos tienden a estar en armonía, aunque no siempre. La falta de congruencia entre estos elementos produce tensión y deseos de armonizarlos.

Por lo tanto el componente conductual es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

1.6 Funciones de las actitudes

Las funciones pueden ser motivacionales o cognitivas. Las primeras se presentan como respuestas a necesidades individuales o de grupo, las segundas se centran en el procesamiento de la información.

Retomado a Novel y cols. (2007), el desarrollo de las actitudes está ligado a las funciones que cumple la personalidad del sujeto, atendiendo determinadas necesidades de la persona. De acuerdo con lo anterior, se considera que las actitudes sociales desempeñan variadas funciones.

La teoría funcional de las actitudes explica la forma en que éstas facilitan la conducta social. Entre las tareas que realizan se encuentran las siguientes.

1.6.1 Función adaptativa

La función adaptativa sirve a las personas para alcanzar objetivos que les sean de beneficio notorio o se ajusten a una determinada situación.

Citando nuevamente a Novel y cols. (2007), dicha función permite desarrollar actitudes que son merecedoras de la aprobación y de la estima de los grupos sociales a los que pertenece el sujeto, con el fin de maximizar las recompensas o gratificaciones y minimizar el sufrimiento o castigo. Así, se adoptarán actitudes que estarán encaminadas a lograr la satisfacción de necesidades, adoptando posturas desfavorables hacia todo aquello que impida su logro o resulte amenazante.

Para Delgado y Tercedor (2002), tal función se basa en que las personas tienden a obtener las máximas gratificaciones en las relaciones con el mundo, para propiciar que las situaciones que no son gratas sean mínimas.

Por otra parte, retomando a Ibáñez (2004), la función adaptativa permite al individuo acercarse a lo que es agradable o alejarse de lo que es desagradable de acuerdo con la situación que esté expuesto. Es decir, las actitudes son los medios para llegar a metas deseadas.

En el mismo orden de ideas, Hernández (2004) indica que esta función actitudinal ayuda a conseguir objetivos sociales deseados, tales como la aceptación

de un grupo, el acercamiento afectivo a una persona o una promoción laboral, esto permite satisfacer la necesidad que tienen los individuos de expresar los valores y las creencias que poseen sobre el mundo y sobre sí mismos.

Por lo anteriormente expuesto, se puede confirmar que la función adaptativa se caracteriza por basarse en el principio de que la actitud sea útil como medio. La predisposición se adquiere, mantiene o expresa porque a través de ella se consigue un objetivo útil para la persona.

1.6.2 Función expresiva de valores

La función expresiva de valores permite manifestar a la persona lo que realmente piensa, siente y quiere que los demás sepan acerca de ella.

Retomando a Novel y cols. (2007), esta función aporta a la persona la posibilidad de expresar sus valores fundamentales para mantener la identidad del yo, protegiendo la autoestima y el autoconcepto.

Las actitudes que llegan a cumplir esta función se transforman en emociones y sentimientos, en ser los valores fundamentales para la persona. A esta función también se le denomina autorrealizadora.

Para Ibáñez (2004), las personas expresan de manera positiva sus valores y creencias principales, mostrando con ello el tipo de personas con las que crecen, así obtienen la afirmación de su identidad y la consolidación de su imagen.

Retomando a Delgado y Tercedor (2002), se busca que la persona se abra al exterior, mostrando la actitud que realmente se considera como propia, se espera así que las personas que rodeen al individuo lo aprueben, por lo cual se sentirán satisfechas para mostrar su verdadero concepto de ellos mismos.

Regresando a Carranza (2009), esta función se da cuando una actitud permite expresar de modo apropiado los valores personales y el concepto de su identidad, lo cual a su vez genera satisfacción; implica la internalización de dichos valores, que es posible en la medida de que éstos sean consistentes con los valores centrales ya existentes de la personalidad. Esta idea es sostenida por doctrinas de la psicología del yo que acentúan la importancia de la auto-expresión, el auto-desarrollo y la auto-realización.

Por lo tanto, la diferencia de esta función y la anterior es que en la adaptativa se habla de una racionalidad utilitaria que permite alcanzar objetivos de forma individualista, mientras que en la función expresiva de valores se trata de proyectar una determinada imagen social, de modo que la racionalidad se presenta de manera más cultural.

1.6.3 Función defensiva del yo

Esta función es resistente al cambio y sirve para proteger a las personas de sentimientos negativos que existan hacia los demás.

Retomando a Novel y cols. (2007), las actitudes pueden tener una función de defensa del yo al proporcionar autoprotección e impedir en ocasiones conocer verdades indeseables. Estas actitudes son muy resistentes al cambio, ya que cumplen una necesidad fundamental para la persona.

Delgado y Tercedor (2002), indican que dicho rol sirve para proteger al individuo de sentimientos negativos hacia él o hacia los demás, buscando la adaptación de la realidad. Es decir, la persona expresa sus emociones de acuerdo con acontecimientos reales.

De acuerdo con Ibáñez (2004), dicho papel permite defender el concepto que se tiene de uno mismo, admitiendo así la aceptación. De esta manera, ciertas actitudes ayudan a protegerse de impulsos propios que son inaceptables o de amenazas externas.

Por otra parte, Carranza (2009) señala que la actitud permite proteger de situaciones difíciles como conocer y enfrentar la propia realidad interna o la del mundo externo. El ego se protege de los conflictos internos o externos que

amenazan al propio concepto y que generan inseguridad y ansiedad. Por lo tanto, el individuo busca la mejor manera protegerse de las situaciones que le causan conflicto e inestabilidad en su persona.

1.6.4 Función cognoscitiva

La función cognoscitiva es un proceso intelectual por el cual la persona es consciente, percibe y comprende las ideas, entiende aquellos aspectos relacionados con la percepción, pensamiento, razonamiento y memoria.

Citando a Novel y cols. (2007), la función cognoscitiva se basa en el conocimiento, en dar sentido a la experiencia y poder entender a interpretar el entorno. Alude a los conocimientos con los cuales el individuo se enfrenta la realidad social.

Es decir, es la capacidad de una persona para procesar los pensamientos; se refiere principalmente a sucesos que almacena en la memoria, la capacidad para aprender nueva información, así como el habla y la comprensión de lectura.

Para Delgado y Tercedor (2002), las actitudes ayudan al individuo a conocer la realidad, ya que se supone que éste debe tener un patrón de referencia para comprender el medio del exterior.

Retomando a Hernández (2004), la adopción de actitudes constituye un modo de ordenar, clarificar, dar sentido al mundo en que se vive y orientar la toma de decisiones respecto a la propia conducta del individuo en relación con la selección y organización de estímulos que recibe diariamente.

Para Carranza (2009), la actitud organiza, simplifica y da significado a la experiencia de la gente al ofrecer un marco de referencia y responder a la propia necesidad de sentido y significado.

En la mayoría de las personas sanas, el cerebro es capaz de aprender nuevas habilidades en cada una de estas áreas, especialmente en la primera infancia, y tiene la posibilidad de desarrollo de pensamientos personales e individuales.

Por lo tanto, la cognición es el conocimiento del entorno empleado en la percepción, el razonamiento, el juicio, la intuición y la memoria. Cualquier deterioro que afecta a la cognición de manera negativa, perturbará al individuo en su manera de conducirse de una forma segura.

1.7 Desarrollo de las actitudes hacia la enfermedad

Enfermarse conlleva enfrentarse ante una situación desconocida y negada. Todo individuo, cuando enferma, experimenta una serie de reacciones emocionales ante el padecimiento que el médico debe considerar.

Existen muchos factores que intervienen ante estas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital, la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

De acuerdo con Oblitas (2009), las actitudes y comportamientos de las personas que rodean a un enfermo, son percibidas por éste como ineficaces o inadecuados, ante lo cual responde de diversas maneras, tales como la evitación física; asimismo, son negativos para conversar abiertamente sobre la enfermedad y rechazan el contacto social.

Las características propias de cada enfermedad plantean demandas específicas de apoyo social que determinan a su vez, las actitudes y conductas de las personas próximas al enfermo, las cuales en ocasiones son opuestas o no están a la altura de sus necesidades.

Para Álvarez (2010), hay algunas enfermedades que cuentan con un status social. En este caso, las actitudes modulan la manera en que paciente se siente consigo mismo y con su enfermedad, así como su reacción, no sólo por la connotación que le dé a la enfermedad, sino también por las actitudes que tenga hacia el hecho mismo de estar enfermo.

En algunas familias, la enfermedad se considera una debilidad y se abandona o se crea hostilidad hacia el enfermo; en otras, en cambio, se considera una oportunidad para cuidar, reparar y expresar sentimientos afectuosos.

Para González (2007), la idea de depender de otros no se hace insoportable cuando se siente querido y valorado por lo que es como persona. Lo que humilla o hace sentir indigno al paciente en ocasiones no es la enfermedad, sino la actitud de quienes rodean al enfermo: servicios sanitarios, familia y amigos.

La manera en que se expresan las personas, ya sea con un gesto, con el modo de mirar o de tocar, con la actitud, puede reafirmar al enfermo su identidad y dignidad; o confirmar que ya es para quienes lo rodean un objeto desagradable y molesto, esto tiene una influencia sobre el modo en que el paciente afrontará su enfermedad y dolor en cama.

En el mismo sentido, Villa-Coro (2010) puntualiza que la actitud psicológica y el estado de ánimo afectan y repercuten sobre la asistencia inmunológica del paciente, ya sea en una rápida recuperación o bien, en su retraso y en la posibilidad, incluso, de que se presenten complicaciones.

El paciente es una persona que sufre una dolencia que necesita asistencia física y emocional. Toda enfermedad, además del deterioro orgánico, produce un

impacto emocional que el personal sanitario debe tener en cuenta para prestar la ayuda necesaria.

El trato amable, las muestras de afecto y la actitud positiva ante un diagnóstico que pudiera ser de cierta gravedad, contribuye a tranquilizar, serenar y a restablecer el equilibrio psicológico que favorece en gran medida la curación del individuo.

En el mismo sentido, Armendáriz (2004) refiere que la actitud y sus consecuentes reacciones emocionales juegan un papel importante en la evolución de una enfermedad, especialmente en el desarrollo progresivo. Una actitud positiva y un estado emocional de confianza en salir adelante constituirán un factor a favor en el proceso de una afección.

El sistema inmunológico se encuentra más activo realizando mejor sus funciones de equilibrio restaurador. Por el contrario, un estado de permanente tristeza o depresión suele sentar más las bases para la presencia o alargamiento de una enfermedad, puesto que el sistema inmunológico se “deprime” en cuanto a su rendimiento y capacidad real.

De este modo, la actitud del enfermo ciertamente es fundamental como un factor de recuperación, pero es preciso tener cuidado y no aventurarse a realizar afirmaciones tajantes.

De igual manera, Antequera (2006) indica que se asume a diario una variedad de actitudes en el ámbito laboral, familiar o hacia las demás personas. El sufrimiento constituye el desarrollo de determinados comportamientos, por lo cual, cuando se tiene una enfermedad, no se es libre para elegirla, pero existe la posibilidad de adoptar una actitud ante ella. Hay quien la afronta con valentía y hay quien se deja invadir por el desánimo; cabe indicar que es humano que una enfermedad grave provoque momentos de malestar importante o de impaciencia y días de desconcierto y de miedo.

Por otra parte, Cibanal y Arce (2009) agregan que la enfermedad no es una entidad objetiva y aislada, sino que se presenta en un contexto humano que tiene sus implicaciones tanto en el paciente como en el médico y quienes lo rodean. Lo que el médico hace está basado en sus conocimientos y capacidades, pero el curso del padecimiento también dependerá de su actitud, de su personalidad y la del paciente.

Por lo tanto, las actitudes no sólo modifican el comportamiento individual, sino también el de la familia, la sociedad o de cualquier otro grupo. Una persona con una actitud positiva frente a los problemas, puede conseguir impulsar a los demás sujetos y a sí mismo para salir adelante y a mejorar. Mientras que una actitud negativa, consigue transmitir una actitud que lo puede llevar al fracaso en su calidad de vida.

En este primer capítulo se destacaron conceptos importantes para esta investigación: la definición de las actitudes, las teorías, los enfoques, valores y creencias, los componentes de las actitudes, su función y la manera en que se desarrollan ante una enfermedad. En el siguiente, se abordan específicamente las implicaciones del Virus de Papiloma Humano, entre las cuales hay precisamente un factor actitudinal.

CAPÍTULO 2

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Hoy en día se sabe que la mayor parte de los cánceres invasores del cuello uterino están vinculados con la presencia crónica en el cérvix del Virus del Papiloma Humano (VPH).

El Virus del Papiloma Humano, papilomavirus o VPH, genera una infección de transmisión sexual, ya que es considerada dentro del grupo de enfermedades venéreas.

El desarrollo de este segundo capítulo se comienza definiendo qué es el VPH, cuáles son sus formas de contagio, su diagnóstico, características, clasificación de los VPH, tipos, tratamiento médico y psicológico, así como los factores que intervienen en el desarrollo del tratamiento y las actitudes de las pacientes diagnosticadas con dicho padecimiento.

La información que se maneja dentro de esta investigación está respaldada por diferentes autores, tanto en el área psicológica como de la salud.

2.1 Definición del Virus del Papiloma Humano

El VPH constituye uno de los grupos virales más frecuentes en el mundo que afectan hoy en día a la piel y zonas mucosas del cuerpo. Suman más de 100 los diferentes tipos identificados hasta ahora.

“Los virus del papiloma son virus que se encuentran en muchas especies animales; estos virus son específicos para cada especie. El que infecta a los seres humanos se llama Virus del Papiloma Humano (VPH). Por lo general, causa proliferación epitelial en las superficies cutáneas y mucosas. Están involucrados en diversas patologías, desde verrugas a cánceres” (Cabrera y cols.; 2005: 179).

Entre los diferentes tipos, se encuentran algunos que infectan la piel, mientras que otros se reproducen en mucosas como la del cuello uterino, vagina, vulva, recto, uretra, pene y ano. Se agrupan en dos clases: de alto riesgo (oncogénicos) y de bajo riesgo (no oncogénicos).

El VPH “es un grupo de más de 100 virus. Se le llama papilomavirus porque algunos pueden causar verrugas o papilomas, los cuales son tumores benignos (no cancerosos). Algunos tipos de Virus del Papiloma Humano están relacionados con ciertos tipos de cáncer.” (Caudillo; 2007: 317).

El papilomavirus es un microorganismo que puede desaparecer de forma natural tanto del cuerpo del hombre como de la mujer sin dejar secuelas, o bien, puede permanecer en estado latente y cuando se desarrolla, atacar de forma violenta.

De acuerdo con De Palo y cols. (2007), el VPH adopta la forma de verrugas genitales. El término utilizado para describir las verrugas era condiloma (del griego kondyloma, que significa “protuberancia”) en referencia a sus dos principales características: por su aspecto redondeado (condiloma) y acabado en punta (acuminado).

Según Curtis (2008), las verrugas genitales (condilomas acuminados) son producidas por el VPH, el cual es un virus que contiene ADN y que se trasmite por contacto directo de piel a piel. De todos los tipos de VPH, más de 30 pueden infectar la región genital. El cáncer cervicouterino (CaCu) está íntimamente ligado al Virus del Papiloma Humano (VPH). Entre los mecanismos moleculares que causan el CaCu, dos están asociados con VPH.

Uno de los problemas severos, es que algunos de estos virus están relacionados con el cáncer cervicouterino. En México, se considera que alrededor de 4,000 muertes anuales de mujeres por este cáncer están relacionadas con el VPH.

Para Alonso de Luis y cols. (2005), algunas clases de VPH causan verrugas en la piel o en el área genital. Otras infectan células del cuello uterino, de la vagina o del conducto anal, donde no son visibles, pero pueden causar lesiones que se desarrollen.

Las lesiones son zonas de tejido anormal. Si no son tratadas, pueden ocasionar anomalías invasoras en el cuello del útero (displasia), en el ano y en el aparato genital, logrando que algunas mujeres desarrollen el cáncer.

Por lo tanto, el Virus del Papiloma Humano puede ser una causa de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado que existe una relación estrecha entre el desarrollo de células anormales en el cuello uterino y la infección por el VPH.

2.2 Formas de contagio del VPH

El VPH tiene la capacidad de mutar constantemente, lo que lo hace peligroso y muy difícil de controlar. Los numerosos tipos identificados se han clasificado por el lugar del cuerpo en que ocasionan sus lesiones, la mayoría se transmite sexualmente.

De acuerdo con Woods (2003), las verrugas genitales se contagian por contacto cutáneo directo con la persona que porta la infección, generalmente a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales.

Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genital-genital) pueden causar una infección por el VPH, pero esas vías de transmisión son menos comunes que la relación sexual con penetración. Las infecciones genitales por el VPH son poco comunes en las mujeres que reportan no haber tenido relaciones sexuales anteriormente y se presentan en menos de un 2% de esta población.

Según De Palo y cols. (2007), se trata de una enfermedad conocida y descrita en la antigua literatura griega y romana. En esa época ya se sospechaba que era una enfermedad de transmisión sexual, incidiendo más en individuos implicados en conductas homosexuales o promiscuas.

El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales vaginales o anales).

Puede transmitirse por contacto bucogenital, incluso entre parejas lesbianas, así como por contacto no sexual. Esta transferencia puede producirse por secreción, toallas o ropa interior, al igual que en el caso de las verrugas cutáneas.

Para Kumar y cols. (2003), algunos de los estudios epidemiológicos que se han realizado señalan que el carcinoma de cuello uterino se debe a un microorganismo transmitido por vía sexual, de modo que existe una relación entre el

VPH y este tipo de cáncer. Hay más probabilidades de contraerlo si se tienen relaciones sexuales a temprana edad, si se han tenido varias parejas sexuales o si se tiene una que haya tenido otras parejas.

Mantener relaciones sexuales con una pareja nueva puede ser un factor de riesgo más fuerte para la adquisición inicial del VPH que mantener relaciones sexuales con una pareja estable. En las mujeres, la actividad sexual de su(s) pareja(s) también es importante para determinar el riesgo de adquirir el VPH.

Sin embargo, Behrman y cols. (2004) señalan que el mayor riesgo entre los adolescentes con actividad sexual se relaciona con la exposición a nuevas parejas, lo que facilita la transmisión de este virus a través del contacto sexual. El 20% de los adolescentes sexualmente activos presentan VPH.

Para las mujeres adolescentes y estudiantes universitarias, el riesgo de adquirir el VPH aumenta si su pareja ha tenido o tiene otras parejas. Las infecciones de este tipo también son comunes en los hombres y mujeres homosexuales.

El ADN del VPH puede detectarse en muestras obtenidas con un hisopo en el conducto anal. La infección por este microorganismo puede detectarse en objetos inanimados, como la ropa o las superficies ambientales, sin embargo, no se conoce ningún caso de transmisión por esta vía.

Mientras tanto, para Curtis (2008), los factores de riesgo para adquirir el VPH son tener múltiples parejas sexuales, inicio a edad temprana de las relaciones sexuales y tener una pareja sexual con VPH.

Respecto al contagio en el embarazo, “haber padecido VPH o padecerlo durante el embarazo no afecta al bebé. En casos muy extremos, en los cuales la mujer presenta alguna lesión realmente importante, hay riesgos de contagio por parte del niño. En ese caso, los bebés presentan papilomas laríngeos, de regular seriedad y dificultad para su tratamiento; se recomienda una cesárea” (Barrom y Lindheimer; 2002: 507).

Por lo tanto, la infección por el VPH puede dar lugar a laceraciones cutáneas que generalmente se manifiestan como verrugas sobre las mucosas o la piel. Las lesiones pueden propagarse por contacto sexual directo o por contacto no sexual. El contacto con un elevado número de compañeros sexuales se asocia con un riesgo mayor de condiloma acuminado originado por la presencia de VPH en el cuello uterino.

De acuerdo con Beltrán (2008), el VPH es un virus común y se transmite por simple contacto entre la piel de los genitales; se puede contraer sin que sea necesario mantener relaciones sexuales completas y por ello, los preservativos no protegen a las mujeres de contraerlo.

De los más de 100 tipos de VPH que se han identificado hasta la fecha, sólo 15 son oncogénicos, es decir, se considera que causan cáncer de cérvix.

De las mujeres que desarrollan cambios anormales en las células con dos tipos de alto riesgo de VPH, sólo un porcentaje pequeño desarrollará cáncer cervical si las células no se extirparon.

2.3 Diagnóstico del VPH

El diagnóstico de las infecciones manifiestas por el VPH resulta habitualmente clínico. Menciona Curtis (2008) que la detección suele realizarse mediante visualización o palpación de las lesiones genitales papilomatosas (aspecto en forma de verruga) indoloras. El diagnóstico de las verrugas comunes se basa en su presentación clínica, su localización anatómica y su histología.

Según De Palo y cols. (2007), la determinación del virus se establece por citología, colposcopia e histología mediante la demostración de cambios atribuibles directamente a dicho organismo, empleando técnicas y análisis del ADN del VPH, que puede poner de manifiesto la presencia del virus.

El diagnóstico se establece con estudios de laboratorio y gabinete, y entre otros estudios se solicita Papanicolaou con colposcopia, citología exfoliativa del pene

o biopsia, de ser necesario. Con lo anterior se puede emitir un diagnóstico correcto y recomendar el tratamiento más adecuado.

Para Checa (2006), la prueba de Papanicolaou es el primer paso en el control de células anormales en el cuello uterino y en el ano. Mediante la prueba se recogen células escamosas de la zona de transición que va del cuello uterino al ano, el área que más frecuentemente está infectada con el VPH. Este procedimiento permite detectar inflamación y en la mayoría de los casos, predecir anormalidades cervicales o anales.

Por otra parte, “las extensiones celulares según la técnica de Papanicolaou utilizan la citología exfoliante como método de detección sistemática del carcinoma de cérvix. Las mejores muestras citológicas incluyen un raspado cervical obtenido con un cepillo (proporciona muestras procedentes de niveles superiores, y una toma de las células de la pared vaginal posterior)” (Rubin; 2003: 93).

La citología ginecológica ha demostrado ser muy efectiva en el diagnóstico de las neoplasias cervicales preclínicas.

Retomando a Checa (2006), la colposcopia es un examen del cuello uterino que usa un microscopio de baja resolución para observar el tejido más de cerca. Este procedimiento permite que el doctor vea su cuello uterino (o ano) e identifique cualquier área de tejido anormal.

Las lesiones, verrugas e inflamación son generalmente visibles durante una colposcopia, sin embargo, es difícil diferenciar entre una lesión de bajo grado y una de alto grado. Es por eso que en ocasiones, si se observan lesiones durante una colposcopia, hay que realizar una biopsia.

En el procedimiento antes mencionado, se toma una muestra de tejido del área del cuello uterino, es el método más fiable para diferenciar entre una lesión leve y aquellas que pueden convertirse en cáncer. Una biopsia puede resultar incómoda e incluso dolorosa, en algunas mujeres puede provocar hemorragias leves.

De acuerdo con Behrman y cols. (2004), el diagnóstico de las verrugas genitales externas y las comunes, se establece de modo fiable por inspección visual de una lesión por parte de un observador experto, y no requiere pruebas adicionales para su confirmación.

Se considera necesaria la realización de una biopsia si el diagnóstico es dudoso, si las lesiones no responden o empeoran durante el tratamiento.

De acuerdo con Comino y López (2004) la herramienta con la que cuentan los médicos para determinar si existe infección por el VPH en grandes poblaciones es el Papanicolaou, también denominado Pap o citología.

Este estudio sólo detecta 60% de los cambios celulares de cavidad vaginal, por ello, si no aparece nada en el primer resultado, de haber una infección, es muy probable que en la segunda prueba sí se refleje.

Así, “el test del Papanicolaou es el método más efectivo para identificar las pacientes con posibles lesiones preinvasivas o neoplásicas. Cuando la muestra de citología se toma en presencia de sangrado, spotting o flujo, puede ser más difícil de interpretar” (Martin y cols.; 2003: 1107).

Por otra parte, Woods (2003) indica que otro método de prueba es el despistaje (examen médico preventivo para detectar cáncer o enfermedades venéreas) y la colposcopia, a la que se recurre luego de haber obtenido indicios de infección o cambios celulares en el Pap; es una prueba que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero.

Es decir, se trata de la magnificación del cuello del útero a través de un microscopio para evaluar los cambios del tejido y poder hacer una biopsia dirigida que permitirá establecer con exactitud las alteraciones histopatológicas asociadas a la infección por el virus.

De esta manera se requiere saber con precisión el tipo de virus que se ha contraído, los especialistas recurren al examen Polimerase Chain Reaction (PCR), el

cual consiste en una técnica de biología molecular que se utiliza en los primeros meses de vida, se recurre también a la prueba de ADN viral.

De esta manera, los médicos establecen si la persona se encuentra en el grupo de bajo o alto riesgo. Finalmente, la prueba se efectúa mediante la visión directa de lesiones verrugosas genitales, colposcopia, el resultado de la citología, una biopsia cervical o pruebas de ADN viral específico para ciertos tipos de VPH.

2.4 Características del VPH

El VPH está relacionado con varios tipos de cáncer: en el cuello del útero (cervicouterino) y de varios órganos (amígdala, faringe, esófago, mama, próstata, ovarios, uretra y de piel).

“El tiempo transcurrido entre la infección por el VPH y la aparición de cáncer de cérvix o pene es de aproximadamente 10 a 15 años. Se considera que un 80-90% de las infecciones se resuelven espontáneamente y de un 10-20% persisten y evolucionan a cáncer” (www.sabin.org; 2008).

Las verrugas genitales, conocidas como condilomas acuminados, están relacionadas generalmente con dos tipos de VPH: el número 6 y el número 11.

Las infecciones por VPH se pueden expresar en forma clínica o latente. La manifestación clínica habitual de la infección son los condilomas acuminados, verrugas genitales, papilomas venéreos o verrugas venéreas.

De acuerdo con García y cols. (2007, citado por la página electrónica www.msc.es), los papilomavirus son virus pequeños y no están envueltos. Las partículas virales tienen un diámetro de 52 a 55 nm y un coeficiente de sedimentación de 300 S. La cápsida viral es icosaédrica y está organizada en 72 capsómeros.

Según Kumar y cols. (2003), las verrugas pueden aparecer varias semanas después del contacto sexual con una persona que tenga el virus, también es posible que aparezcan meses o años después, o tal vez nunca.

Por otra parte, Osorio (2004) refiere que el condiloma tiene dos patrones de crecimiento: el plano y el acuminado. El primero es el más frecuente y no se ve a simple vista, por lo que sólo se puede ver con ácido acético bajo colposcopia, presentándose en el cuello uterino y en los labios menores.

El segundo tiene un aspecto papilar y, a veces, en forma de coliflor, esto facilita detectarlo a simple vista; se encuentra con frecuencia en el tercio inferior de la vagina, así como en la vulva, región perinatal y perianal; si se encuentra en el cuello uterino se puede observar mejor la forma de transformación.

2.5 Signos y síntomas del VPH

Debido a que el VPH generalmente no presenta ningún signo o síntoma, las mujeres que lo padecen no están al tanto de su situación. La mayoría se entera de que tiene el VPH luego de un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou. Las verrugas genitales pueden ser tan pequeñas que no sean visibles.

Para Álvarez (2010), la mayoría de las infecciones por el VPH carece de signos y síntomas, por consiguiente, la mayoría de las personas infectadas ignora estarlo, por lo que transmite el virus a su pareja sexual.

Así, “los síntomas pueden ocurrir con sangrados vaginales anómalos, sangrado postcoital y flujo vaginal anómalo. Cuando la enfermedad está más avanzada, las pacientes pueden tener molestias difusas o dolor pélvico, síntomas digestivos o urinarios por compresión o infiltración, presencia de fístulas en el aparato urinario o el recto” (González; 2007: 168).

De acuerdo con Grases y cols. (2003), algunos de los síntomas más importantes que sugieren la presencia de Virus del Papiloma Humano son: irritaciones constantes en la entrada de la vagina, con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia); además de pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra en mujeres, y pene, uretra y escroto en varones. Pueden variar en apariencia (verrugas planas no

visibles o acuminadas si visibles), número y tamaño, por lo que se necesita de la asistencia de un especialista para su diagnóstico.

Desde la perspectiva de Concha (2007, citada en la página electrónica www.scielo.cl), dichas lesiones aparecen en las zonas genitales como un granito o pequeños grupos de granitos. Pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas o en forma de coliflor. Los médicos pueden diagnosticar las verrugas con sólo mirar el área genital durante la consulta.

Las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una pareja infectada, aun cuando esta persona no tenga signos de verrugas genitales. Si no se tratan, estas estructuras pueden desaparecer, quedarse igual o aumentar en tamaño y en número.

Por otro lado, Haya y Guerra (2008) indican que la infección por el VPH es la más frecuente de todas las enfermedades de transmisión sexual; gran número de casos ocurren de forma subclínica, es decir, no presentan sintomatología. Sin embargo, el síntoma más característico es la aparición de lesiones, condilomas acuminados leves o serios, que aparecen en los órganos genitales tanto masculinos como femeninos, así como también en la piel del rostro.

Para Osorio (2004), las dos terceras partes de las pacientes son asintomáticas, esto es, usualmente no tienen síntomas, por lo tanto, es necesario

realizar el diagnóstico mediante exámenes. Una tercera parte de las pacientes tienen signos y síntomas inespecíficos como flujos a repetición y sangrado postcoital.

Por lo tanto, las laceraciones pueden variar en apariencia (verrugas planas no visibles o acuminadas si visibles), número y tamaño, por lo que se necesita de la asistencia de un especialista para su diagnóstico. Las alteraciones del Papanicolaou indican que en el cuello del útero hay lesiones escamosas intraepiteliales (zonas infectadas por VPH) que pueden provocar cáncer.

2.6 Clasificación del VPH

Los virus en cuestión se dividen en dos grandes grupos, dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

Se denomina factor de riesgo a aquel elemento asociado con el peligro de desarrollo de una enfermedad, pero que no es suficiente para causarla. Es necesaria la presencia de otros factores asociados para producir la afección; en el caso del VPH, otros factores son: conducta sexual, mala nutrición, tabaquismo, entre otros.

2.6.1 Virus de alto riesgo

Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados a los casos de cáncer de cuello uterino. De acuerdo con

la Secretaría de Salud (2007), dichos microorganismos con mayor vinculación son los siguientes:

- El VPH 16 es el tipo de alto riesgo más común, ya que se encuentra en la mayoría de los cánceres del cuello uterino.
- El VPH 18 es otro virus de alto riesgo, el cual no sólo se puede encontrar en lesiones escamosas, sino también en laceraciones glandulares del cuello uterino. Este VPH representa entre el 10% y 12% de los cánceres de cuello uterino.

Todos los demás tipos de alto riesgo pueden asociarse con el cáncer del cuello uterino, pero con mucha menor frecuencia que los anteriores.

Rocha y cols. (2004) señalan que dentro de los VPH de alto riesgo se incluyen los tipos 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 66, 68 y 70; son los de mayor incidencia los tipos 16, 18, 31 y 33. El ADN de estos virus se ha encontrado en neoplasias de alto grado y en el 99.7% del cáncer cervical.

Es posible que durante la infección temprana con los VPH de alto riesgo, se establezca una interacción con diversos factores citológicos para que ocurra la transformación celular.

Por otra parte, según Montejo (2003), los VPH de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos, el 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes, dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

Por lo general, la infección de VPH de alto riesgo no causa problemas de salud a nadie pero, en ocasiones, puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, tales modificaciones pueden conducir al cáncer, si no son tratados. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas.

2.6.2 Virus de bajo riesgo

Se les llama así a aquellos cuyo peligro de provocar el cáncer es bajo. Retomando a la Secretaría de Salud (2007), estos virus pueden causar cambios benignos como las verrugas genitales, pero rara vez, en caso de hacerlo, aparecen en asociación de cáncer invasor.

El VPH 6 y el VPH 11 son los virus de bajo riesgo que se encuentran con mayor frecuencia en las verrugas genitales.

Rocha y cols. (2004) afirman que los VPH de los tipo 6, 11, 42, 43 y 44 se consideran de bajo riesgo. Estos virus se encuentran frecuentemente asociados a lesiones cutáneas benignas (condilomas acuminados) y raramente se encuentran presentes en tumores malignos.

Los virus 6 y 11, los cuales ocasionan la gran mayoría de las verrugas genitales, prefieren sitios mucocutáneos, ya que la mayor parte de las proliferaciones activas y la producción de virus se identifican como condilomas acuminados en sitios externos de los genitales.

Para Montejo (2003), los virus de papiloma humano de bajo riesgo son aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamados condilomas acuminados y crestas de gallo, están en este grupo.

Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer, si bien no conducen al cáncer; en general, no son perjudiciales y desaparecen con el tiempo.

2.7 Tipos de VPH

Los VPH se pueden clasificar en genitales (de las mucosas) y cutáneos.

De acuerdo con Mandell y cols. (2006), los VPH genitales se subdividen en tipos de riesgo alto y de riesgo bajo, dependiendo de su potencial maligno y de su capacidad de transformación celular in vitro. Los VPH cutáneos se pueden subdividir en los tipos clásicos asociados a las verrugas víricas cutáneas.

Según Curtis (2008), algunos tipos cutáneos de VPH, como las VPH-1 y VPH-2, causan verrugas comunes, que son encontradas con frecuencia en manos y pies, pero pueden aparecer en otras áreas, como rodilla y codo. Estas verrugas tienen una superficie característica de coliflor, las verrugas plantares se encuentran en la base del pie, las verrugas subungueales o periungueales, se forman debajo o alrededor de la uña, las verrugas planas se ubican comúnmente en los brazos o cara.

Por otra parte las verrugas genitales o anales (condilomas acuminados o verrugas venéreas) son el más fácil signo reconocido de infección de VPH genital. Aunque hay una amplia variedad de tipos de VPH que pueden causar verrugas genitales, los tipos 6 y 11 dan cerca del 90% de los casos. Mucha gente que adquiere verrugas genitales asociadas con tipos de VPH, resuelve la infección rápidamente sin siquiera desarrollar verrugas u otros síntomas.

De acuerdo con lo anterior, se puede ver que existen diferentes tipos de verrugas como son las cutáneas y las genitales, en esta última clasificación se enfocan el presente estudio.

2.8 Tratamiento médico del VPH

Los tratamientos de infección genital por VPH pueden ser invasivos o quirúrgicos.

De acuerdo con Hernández (2006, citado por la página electrónica www.aepcc.org), no existe ningún tratamiento específico de la infección genital por el VPH que consiga una erradicación del DNA viral, de manera que las estrategias terapéuticas están enfocadas hacia la destrucción de las lesiones exofíticas (verrugas genitales o condilomas).

Finalmente, existen tratamientos mixtos en los que se combina un tratamiento quirúrgico con otro médico, esta opción se adopta en casos difíciles.

De acuerdo con Curtis (2008), el tratamiento de las verrugas genitales depende de varios factores, como su tamaño, número y localización, y de las preferencias del paciente y del médico. Dado que las verrugas genitales se curan espontáneamente con el tiempo, el tratamiento puede ser aplicado por el paciente o por el médico.

De acuerdo con De Palo y cols. (2007), los principios generales del tratamiento consisten en:

- a) Diagnóstico preciso.
- b) Tratamiento establecido de modo seguro.
- c) Tratamiento.

La elección del tipo y el momento de tratamiento, es esencial, ya que en el pasado, a menudo se encauzaba de forma inadecuada y en ocasiones resultaba excesivamente agresivo, provocando secuelas físicas y psicológicas.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2007), en caso de que el resultado de la biopsia fuese el de una lesión intraepitelial, el colposcopista programa a la paciente para realizarle el tratamiento conservador correspondiente para resolver sus lesiones.

Por tratamiento conservador se entiende que se extrae o destruye sólo el tejido lesionado, manteniendo el resto del órgano intacto, de tal forma que después mediante la cicatrización se recupere la forma y función normal del órgano tratado.

Los tratamientos conservadores actuales son:

- La criocirugía: es la destrucción del tejido por la congelación o temperaturas bajo cero mediante la utilización de algún criógeno (producto congelante) como puede ser el nitrógeno líquido, el óxido nitroso o bióxido de carbono.
- La electrocirugía: es la utilización de una corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para cortar o destruir el tejido.
- El láser terapia: es la utilización de la energía producida por el rayo láser para destruir el tejido, vaporizándolo.

Retomando a De Palo y cols. (2007), el tratamiento de infección genital activa por VPH depende de si ésta es clínica o subclínica, así como de la localización anatómica afectada. En ocasiones es necesario realizar un tratamiento combinado.

Las verrugas genitales deben ser tratadas por un médico. “Si una persona desarrolla verrugas genitales, todos sus compañeros sexuales deben ser examinados por un médico y recibir tratamiento en caso de que se encuentren dichas verrugas” (De Palo y cols.; 2004: 14).

De igual manera, después de haber realizado el tratamiento inicial, el médico programará citas de control para ver si se presenta recurrencia de las verrugas. Por lo tanto, las mujeres con antecedentes de verrugas genitales y aquellas cuyos

compañeros sexuales tengan la misma condición, deben hacerse un examen de Papanicolaou al menos cada 6 meses.

Retomando a la Secretaría de Salud (2007), dentro del tratamiento médico el doctor no sólo tiene el objetivo de medicar para erradicar el problema, sino brindar una atención más personalizada y garantizar que las mujeres reciban información clara sobre los procedimientos que se realizan durante la toma del Papanicolaou.

Es importante tratar el problema de la enfermedad con delicadeza, ya que puede generar sentimientos negativos que afecten al tratamiento. Aunado a ello, el médico debe ser consciente de los términos que utilice y la forma en que plantee la situación a la paciente de cómo fue adquirido el VPH.

2.9 Tratamiento psicológico del VPH

Para poder entender el tratamiento psicológico es necesario hablar de los tipos de tratamiento que se realizan en algunas de las enfermedades que están ligadas al VPH, esto es, de transmisión sexual.

De acuerdo con Ramamurthy y cols. (2007), los pacientes con VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se plantean respecto a su tratamiento el apoyo psicológico, dado que esta infección está fuertemente ligada a la muerte. La estrategia consiste en plantear el tratamiento de la infección, tener una mejor calidad

de vida, hacer frente a la ansiedad, trabajar con la familia y manejar los temores y angustias que genera su condición de VIH positivos.

De esta manera, el apoyo psicológico no sólo ayuda al paciente a tener una mejor calidad de vida, sino que también mejora los resultados del tratamiento farmacológico.

Los problemas psicológicos y emocionales asociados con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) son numerosos y estresantes Según Little y cols. (2001), quienes consideran que es importante el asesoramiento psicológico previo a la realización de la prueba, en el momento del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad, dado que el impacto de una persona que se enfrenta con el trauma de una enfermedad mortal, puede ser grave.

El tratamiento psicológico consiste en ayudar a los pacientes a convivir de forma satisfactoria con el miedo a la muerte, a tener una responsabilidad ante su enfermedad, así como la necesidad de protegerse a sí mismos de las infecciones oportunistas.

Por otra parte, es importante animar al paciente a comunicarse de forma abierta y honesta con su cónyuge, amigos y familia, que constituyen su grupo de soporte, así como acceder a un grupo de apoyo para pacientes con SIDA.

Además de los medicamentos que se les receta a los pacientes de VIH, también deben llevar una orientación psicológica para que puedan combatir debidamente este mal; no obstante, muchas personas creen que es innecesaria la ayuda de un especialista en esta área, por lo que desisten de esta idea.

Para Carey (2006), el tratamiento psicológico para las pacientes con cáncer ginecológico consiste en que sus parejas reciban asesoramiento después del tratamiento, para afrontar los miedos, mitos y expectativas respecto a la función sexual.

En los casos de disfunción sexual de origen oncológico y ginecológico, se acude con un terapeuta sexual o un consejero matrimonial. De esta manera, la comunicación y el entrenamiento que está basado en las sensaciones con el compañero, pueden ayudar a las parejas a recuperar la actividad sexual tras el tratamiento.

Las técnicas de reducción de la ansiedad ayudan a afrontar temas como el miedo a hacerse daño durante la actividad sexual o a recaer de nuevo en el cáncer.

La asistencia de las mujeres para mejorar su imagen corporal después del tratamiento del cáncer puede tener un impacto positivo en su capacidad para reiniciar la actividad sexual, es beneficioso que se incluya a la pareja de la paciente.

Según Hales y Yudofsky (2005), se ha demostrado que las terapias en grupo mejoran la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Las técnicas de relajación y la terapia cognitivo-conductual también han reducido la ansiedad y la depresión en estos casos.

Por otra parte, Rubin (2003) señala que el tratamiento psicológico que se da al paciente con cáncer cervicouterino, como en el de toda patología, radica en abordar al paciente en relación con su historia, situación y vida familiar. El tratamiento psicológico intenta proporcionar las herramientas personales para entender la interpretación que cada uno realiza de su padecimiento, como cuál es el lugar que ocupa en su vida y cómo se va adecuando a él.

De esta manera se puede decir que en el tratamiento psicológico que se ofrece a un paciente con VPH se puede llegar a tener el mismo procedimiento que las anteriores enfermedades de transmisión sexual que se revisaron.

Por lo tanto, los sentimientos que se generan en la paciente pueden ser los mismos, ya que afectan a la imagen corporal, relaciones íntimas, problemas familiares, de manera que ocasionan en la paciente sentimientos de culpa, miedo, angustia, temor y tristeza, por mencionar algunos.

Las enfermedades de transmisión sexual producen marginación y aislamiento social a los infectados; ante ello, el apoyo psicológico de la familia y de la pareja de

la paciente es fundamental en el tratamiento, ya que le fomenta la confianza necesaria para poder encarar su enfermedad debidamente.

2.10 Factores que intervienen en el desarrollo del tratamiento del VPH

Existen diferentes factores que intervienen en una enfermedad y que pueden obstaculizar al paciente una pronta mejoría durante su tratamiento.

De acuerdo con De Palo y cols. (2007), los principales esfuerzos que se emplean son en tener un adecuado tratamiento para las pacientes, dejando de lado los problemas psicológicos que enfrentan las mujeres con VPH o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, para que así tengan una mejor calidad de vida.

Esta calidad de vida se ve afectada por múltiples elementos que intervienen en el tratamiento tanto médico como psicológico, entre los cuales se destacan los siguientes:

- Factores clínicos: los tratamientos son complejos, con fuertes efectos secundarios y posibles interacciones con otros fármacos. Un seguimiento continuo del tratamiento mejora considerablemente su cumplimiento y favorece la detección temprana de efectos secundarios.
- Factores psicológicos: los psicólogos atienden cada vez más pacientes con VPH que se plantean qué hacer con su vida, así como los problemas

derivados de tal situación, como ansiedad, depresión, baja autoestima, culpa, temor y preocupación, por mencionar algunos.

- Factores sociales: los problemas a los que se enfrenta una persona con VPH a la hora de vivir en sociedad, incluyen problemas con su pareja, así como el que las personas las discriminen por tener el VPH, ya que es una enfermedad cuyo origen es de transmisión sexual (ETS).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2006), existen varios factores que inciden en el grado de vulnerabilidad que las personas tienen al riesgo de adquirir o transmitir una ETS. Se han considerado tres aspectos básicos:

- La vulnerabilidad social: se relaciona con el contexto social y cultural en que la persona se desenvuelve cotidianamente y su influencia en el aumento o disminución de las posibilidades de exposición al riesgo.
- La vulnerabilidad afectiva: es la relación que existe entre la predisposición afectiva-emocional de las personas, el desarrollo de las capacidades y la autonomía en el manejo de los comportamientos, ante la posibilidad de riesgo de exponer o transmitir la infección
- La vulnerabilidad biológica: es la relación que se tiene con el mayor o menor riesgo físico frente a la presencia de lesiones y la respuesta fisiológica que se tenga en determinadas circunstancias especiales.

De esta manera, los factores de vulnerabilidad permiten buscar soluciones adecuadas al momento, de acuerdo con sus principios, valores personales y que puedan ser sostenidos en el tiempo.

Por otra parte, Tatti (2008) indica que la interacción entre factores los orgánicos y psicológicos, concretamente el estrés emocional y en particular los conflictos de pareja, pueden interferir con la función sexual normal. En algunas pacientes se ha descrito una mayor incidencia en la frecuencia de conflictos de relación, somatización y depresión, con una prevalencia de síntomas depresivos en el 36% de las enfermedades y un 42% de somatización.

En esta enfermedad es muy importante el sostén psicológico, ya que es frecuente que las personas aquejadas de dolor genital acaben teniendo problemas de adaptación de su vida cotidiana, sexual y de pareja. Es importante tener un manejo disciplinario, con la participación del ginecólogo, psicólogo y de otros especialistas del manejo del dolor crónico.

Gimeno y cols. (2006), agregan que se ha producido un cambio en las actitudes tradicionales del paciente. Ha pasado de ser pasivo, a una actividad cada vez más responsable, fruto de los cambios sociales que afectan a la sociedad en general. Es decir, el enfermo quiere que le consideren y a la vez, se considera un ser adulto y responsable, que salvo excepciones, debe tomar su decisiones sobre su

enfermedad, de manera que demanda más información, diálogo y una atención más humana.

De acuerdo con Barbosa y cols. (2010, citados en la página electrónica umb.edu.co), existen diferentes factores de riesgo que conlleva a la aparición del VPH:

- Biológicos: cantidad de compañeros sexuales, inmunidad biológica reducida, edad del primer coito, características del compañero sexual, tabaquismo y métodos anticonceptivos hormonales.
- Psicosociales: condición socioeconómica y cultural; existen datos que son de alguna controversia sobre el vínculo entre el cáncer de cuello uterino y la condición socioeconómica, social o educativa. Las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo pueden ser más vulnerables.
- Educación en la salud: las mujeres que asisten a los servicios de salud son las que poseen mayor nivel académico, lo anterior está ligado con el grado de conocimientos generales en salud.
- Rol que percibe la mujer acerca de su feminidad: capacidad que tiene la mujer para tomar decisiones autónomas.

Por otra parte Montejo (2003) señala que la pérdida del interés en el sexo suele ser secundaria a factores psicológicos; ambos sexos pueden pensar de forma

incorrecta en el origen del VPH por causa de actividad sexual en el pasado, relación extramatrimonial, enfermedad sexualmente transmitida o aborto.

Esta creencia errónea es especialmente significativa en los individuos cuya malignidad se encuentra en la región pélvica o genital. Los sentimientos de culpabilidad sobre la actividad sexual pasada o sobre el daño que puede hacerle al compañero sexual, son temas que se deben atender en estos pacientes.

En el mismo sentido, el varón o la mujer cuya relación no goza de la estabilidad de un compromiso, también tiene que afrontar la posibilidad del trauma de ser rechazado por un nuevo compañero que se entere de su historial. Las mujeres con conceptos negativos de la propia sexualidad tienen menos probabilidad de reasumir relaciones sexuales o de tener una favorable función sexual después del tratamiento.

Uno de los factores más importantes para un adecuado reajuste después del tratamiento, son los sentimientos que la persona tenía en relación con su sexualidad antes del VPH, por eso es importante una correcta evaluación de su sexualidad.

2.11 Actitudes de las pacientes diagnosticadas con VPH

Las emociones y los sentimientos tienen importancia en la vida afectiva, es importante saber cuáles son y la manera en que influyen en la conducta, ya que de

ello dependerá tener una actitud positiva o negativa hacia la enfermedad que se esté padeciendo o alguna otra situación por la que se esté atravesando.

Retomando el Secretaría de Salud (2007), los sentimientos más frecuentes, por parte de las mujeres, vinculadas al cáncer cervicouterino son: coraje, reflejado al interior mediante expresiones como: “en contra de no sé quién”, “por qué a mí”, “yo que siempre me he cuidado”, “de haber sabido”; así como al exterior, por la tardanza en la atención o el maltrato por algún trabajador de la unidad de salud.

Hay temor en la mujer al creer que si se realiza el Papanicolaou, le digan que tiene cáncer, o no saber que le van a hacer; tristeza, al recibir la noticia de lesiones intraepiteliales, tener cáncer cervicouterino o requerir una histerectomía, por la falta de apoyo de la familia, asociada a su autoestima.

La condición emocional de la mujer con VPH se ve afectada. González (2007), refiere que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por este virus.

El autor también señala la presencia de manifestaciones emocionales comunes como el enojo, depresión, aislamiento, miedo al rechazo, vergüenza, culpa; es así como la psicología juega un papel importante asociado a la infección por VPH.

De acuerdo con Montejo (2003), la pérdida del interés en el sexo suele ser una actitud presente en las mujeres con sentimientos de culpabilidad sobre la actividad pasada o sobre el daño que pueden provocar al compañero sexual.

Otra de las actitudes que padecen las mujeres con esta enfermedad es la reducción del placer sexual, que es un síntoma común de la depresión; los cambios en la imagen corporal pueden interferir con el apetito sexual.

De esta forma “La neoplasia del trato genital inferior afecta a la parte del cuerpo más identificable como centro de la sexualidad de la fémina y de las relaciones íntimas” (De Palo y cols.; 2007: 68).

De esta manera, las enfermedades que afectan al sistema reproductor femenino pueden provocar alteraciones de la sexualidad y complicaciones psicodinámicas, principalmente a consecuencia de sentimientos de culpa. Una de las preocupaciones principales de las pacientes con verrugas genitales es la desfiguración estética, con el consiguiente sufrimiento psicológico. A raíz de esto, la vida psicosexual de la paciente puede verse gravemente afectada.

Ya que la enfermedad es de transmisión sexual y dado que el VPH se relaciona con la patogenia de la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) y el carcinoma invasivo, pueden generarse sentimientos de culpa, reproches autoinfligidos y ansiedad hipocondriaca, así como problemas relacionados con la sexualidad, incluyendo serias dudas respecto a la pareja.

Por otra parte, Ballano y Esteban (2009) agregan que se debe tener en cuenta la actitud del paciente respecto a la enfermedad y el tratamiento, para evitar crisis agudas que puedan acompañar a una enfermedad crónica.

Por todo lo anterior, hay que ayudar a la paciente para que llegue a aceptar la enfermedad con las limitaciones que conlleva, adaptando su vida a su nueva situación y poniendo los medios necesarios para alcanzar la mejor calidad de vida posible.

De acuerdo con Kimberly (2005), a menudo las mujeres se preguntan cómo se infectaron. Al momento de que la paciente requiere de una explicación, un aspecto importante es el uso del lenguaje técnico preciso. De esta forma es importante explicar la enfermedad de manera clara, con palabras precisas y comprensibles, evitando los términos contradictorios y sin crear ansiedad.

Otro de los problemas delicados es la manera de preguntar los hábitos sexuales de la paciente, lo cual constituye una invasión a su intimidad, por ello se debe tener cuidado para no intimidar a la paciente, evitando causar una impresión lasciva o moralista.

Retomando a algunos de los autores ya mencionados, “las lesiones cervicales suelen asociarse con lesiones adicionales del tracto genital, de modo que a menudo

es precisa una erradicación general, y en ocasiones un tratamiento combinado” (De Palo y cols.; 2007: 68)

Para concluir, se pudo dar a conocer que es el VPH, la importancia que tiene en la sociedad, cuáles son sus características, el tratamiento médico y psicológico que se tiene que llevar cabo una mujer con este padecimiento. Se llegó a una conclusión dentro de cada apartado, de esta manera, la investigación resulta más enriquecedora y objetiva.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se desarrolla la descripción del proceso metodológico que se utilizó para realizar esta investigación, además del enfoque, el tipo de estudio, el alcance, la técnica que se utilizó para recolectar los datos, la descripción de la población investigada y del proceso de investigación.

Cabe mencionar que lo anterior se define con base en un sustento teórico respaldado por autores que han investigado sobre estos temas y que aportan la información necesaria para poder llevar a cabo esta investigación.

3.1 Descripción metodológica

Durante este apartado se realiza la descripción metodológica que hace referencia de acuerdo, con Hernández y cols. (2006), al conjunto de procedimientos basados en principios lógicos, utilizados para alcanzar una serie de objetivos que rigen en una investigación científica.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

El presente estudio se realiza mediante el enfoque cuantitativo; en él, Hernández y cols. (2006) señalan que se utiliza la recolección y el análisis de datos

para contestar preguntas de investigación, probar hipótesis establecidas previamente, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población.

El enfoque cuantitativo y el cualitativo, en general, utilizan cinco fases similares y relacionadas entre sí para llevar a cabo una investigación:

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluaciones realizadas.
3. Demuestran el grado en el que las suposiciones o ideas tienen fundamentos.
4. Revisan suposiciones con base en las pruebas o el análisis.
5. Se proponen nuevas observaciones y evaluaciones para aclarar, modificar y fundamentar las suposiciones.

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), en el enfoque cuantitativo se tienen las siguientes características:

- a) El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto, revisa lo que se ha investigado anteriormente, posteriormente estudia la literatura, con base en ésta construye un marco teórico, de esta teoría se derivan hipótesis,

se someten a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados y se analizan mediante procedimientos estadísticos.

- b) Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- c) La recolección de los datos se fundamenta en la medición de las variables, al utilizar procedimientos estandarizados.
- d) Los datos se presentan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
- e) Se confía en la experimentación y los análisis de causa y efecto. Los cuales dividen los datos en partes para responder al planteamiento del problema.
- f) Los análisis cuantitativos responden al planteamiento del problema.
- g) La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador.
- h) Los estudios cuantitativos siguen un patrón estructurado.
- i) Se pretende explicar y predecir los estudios investigados buscando relaciones causales entre los elementos.
- j) Los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones contribuirán a la generación de conocimiento.
- k) Este enfoque utiliza la lógica y el razonamiento deductivo.

Por lo anteriormente expuesto, el enfoque que se utilizó es el cuantitativo, ya que las características que se describieron coinciden con las intenciones de esta investigación.

3.1.2 Diseño no experimental

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular variables, lo que se hace es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Es por esto que “en un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. Las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tienen control directo sobre dichas variables ni se pueden influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.” (Hernández y cols.; 2006: 99).

Por lo tanto, este estudio está enfocado de forma no experimental debido a que no hay ninguna manipulación intencional. Las pacientes ya contaban con un tratamiento previo hacia el VPH y en este hecho, la investigadora no influyó en la actitud que mantenían las mujeres hacia el tratamiento, era una situación que ya existía, ajena al control directo de un experimento.

3.1.3 Estudio transversal

El estudio transversal permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

Para Cozby (2005), el método transversal es menos costoso y produce resultados útiles de manera inmediata, se pueden obtener comparaciones entre distintos grupos de edad en un lapso relativamente rápido.

En el método transversal se estudian casos de diferentes edades en un punto del tiempo. Con este método se pueden estudiar personas sin importar su edad.

“En el estudio transversal se miden las variables en un momento único para describir su estado momentáneo (se observa la incidencia los valores de las variables, o la relación entre éstas en un momento dado).” (Rusek; 2002: 60).

El estudio transversal “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es escribir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento único.” (Hernández y cols.; 2006: 208).

Es decir, puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes comunidades, situaciones o eventos.

Es por esto que el estudio es transversal, dado que los sujetos que se investigaron, si bien son de diferentes edades y comunidades, cumplen con las características que se necesitan para este estudio. Así como se recoge información en un momento dado.

3.1.4 Alcance correlacional

Este tipo de estudio sirve para responder a preguntas de investigación relativas al vínculo entre variables. “Este tipo de estudio tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables.” (Hernández y cols.; 2006: 105)

La utilidad principal de los estudios es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas, si dos características están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tiene en la otra.

La correlación puede ser positiva o negativa: la primera indica que si un sujeto presenta una alta incidencia de una variable, mostrará un puntaje alto también en la otra; por su parte, la negativa indica que los puntajes altos en una variable están relacionados con índices bajos en la otra. En función de ello, la presente investigación es correlacional porque trata de demostrar la relación entre las variables de estudio, de modo que la actitud de las pacientes guarda una presunta relación con su edad y escolaridad.

Estos diseños se basan en la descripción de las correlaciones que existen entre dos variables, al medirlas y analizarlas de una forma que se pueda observar la asociación entre variables en un determinado tiempo.

En esta investigación las variables son: actitud hacia el tratamiento del Virus de Papiloma Humano, edad y nivel de escolaridad.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

Una vez que se selecciona el diseño de investigación y la población apropiada, se procede a recolectar los datos pertinentes sobre los atributos, conceptos, cualidades o variables de los participantes que estarán involucrados en la investigación.

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), dicha tarea implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir datos con un propósito específico. Este plan incluye determinar:

- Cuáles son las fuentes de donde se obtendrán los datos.
- Dónde se localizan tales fuentes.
- A través de qué método o medio se recolectan los datos.
- De qué forma se prepararan para que se puedan analizar y respondan al planteamiento del problema.

De igual modo, se dispone de una gran variedad de instrumentos o técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas.

En el presente estudio se elaboraron técnicas estandarizadas, las cuales son el conjunto de los recursos ya desarrollados por especialistas en la investigación y son utilizadas para la medición de las variables.

Según Hernández y cols. (2006), una prueba se considera estandarizada cuando ha sido elaborada y administrada siguiendo los principios generales establecidos en las especificaciones de examen en las que se basa, puede demostrar que tiene un nivel de dificultad estable año tras año y se puede comparar con otras pruebas diferentes que evalúan lo mismo.

Las pruebas estandarizadas miden variables específicas como la inteligencia, la personalidad, pensamiento matemático, satisfacción laboral, la adaptación, autoestima, tipo de conductas, valores, interés vocacionales, entre otras. De esta manera también se pueden identificar actitudes, expectativas, opiniones y variables que pueden medirse mediante expresiones escritas o que el sujeto puede ubicarse en las categorías de las variables.

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), las pruebas son elaboradas por personas especialistas en el tema o por expertos en evaluación, luego pasan por una serie de análisis y ensayos previos realizados tanto por las personas que

elaboran la prueba como por aquellos a quienes va dirigida la prueba, para garantizar su validez y fiabilidad.

El instrumento que se elaboró y utilizó fue una escala tipo Likert que mide el nivel de actitud promedio que tienen las pacientes con VPH hacia su tratamiento. La estructura de dicha escala fue desarrollada por el psicólogo Rensis Likert y mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares.

La herramienta consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas de cada ítem, que refleja una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada reactivo está estructurado con cinco alternativas de respuesta.

La prueba tipo Likert que se estandarizó para esta investigación consta de 41 reactivos, cada uno con 5 opciones de respuesta, las cuales miden el nivel de actitud que tienen las pacientes hacia el tratamiento del VPH. El puntaje máximo obtenido es de 5 y el mínimo es de 1.

Para dar confiabilidad a la escala antes mencionada, se utilizó el método de mitades partidas, donde según Hernández y cols. (2006) se calcula por medio de un coeficiente de correlación entre las puntuaciones de las mitades del instrumento, esto

es, se relacionan los resultados de una mitad con los resultados de la otra mitad, aparentemente equivalentes.

La confiabilidad de un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas. “La confiabilidad es el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (Hernández y cols.; 2006: 277). En esta investigación se obtuvo un índice de .78, lo que indica que la confiabilidad es aceptable, ya que estos autores mencionan que de manera más o menos general, si se obtiene .25 en el coeficiente correlacional, indica baja confiabilidad, si el resultado es de .50, esta tiende a ser media, en cambio, si se supera el .75, es aceptable y si es mayor a .90 se habla de una confiabilidad elevada.

Con base en los resultados obtenidos en la prueba, se evalúa dentro de la siguiente escala actitudinal, que mide el nivel de la actitud, de acuerdo con los siguientes rangos:

VALORACIÓN	PUNTAJE
Muy positiva	71-80
Positiva	61-70
Neutra	51-60
Neutra	41-50
Negativa	31-40
Muy negativa	21-30

Además, es importante mencionar que para el proceso de estandarización se aplicó una prueba piloto en la cual, la escala construida en este estudio fue realizada con base en los indicadores que se especificaron anteriormente con las variables a evaluar. Se realizó el proceso técnico de piloteo, a partir del análisis estadístico en el que originalmente se aplicaron 96 reactivos a una muestra de 96 casos de la población estudiada; a partir del análisis estadístico, que se elaboró de estos resultados, se llegó a la construcción de la escala definitiva (ver anexo 1).

Por otro lado, el instrumento para determinar la presencia de Virus del Papiloma Humano fue la prueba de Papanicolaou realizada por la enfermera que está a cargo en el área de planificación familiar del Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez”, de Uruapan, Michoacán. La muestra que se toma de la paciente es enviada a Morelia Michoacán para ser estudiada en los laboratorios correspondientes.

La prueba del Papanicolaou utiliza la citología exfoliante como método de detección sistemática el carcinoma de cérvix. “Las mejores muestras citológicas incluyen un raspado cervical obtenido con un cepillo (proporciona muestras procedentes de niveles superiores y una toma de las células de la pared vaginal posterior)” (Rubin; 2003: 93).

Todas las mujeres que acuden a la clínica para su tratamiento presentan diagnóstico médico de VPH; con ellas se trabajó en el presente estudio.

Por otra parte, se utilizó un instrumento de tipo cuestionario abierto, el cual según Hernández y cols. (2006) consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Las variables edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel de escolaridad y ocupación se identificaron mediante el cuestionario abierto que realizó la investigadora.

3.2 Descripción de la población y muestra

En este apartado se describirán las características particulares de los sujetos en los cuales se realizó la investigación, la muestra que se tomó fue en el área de Colposcopia del Hospital General de Uruapan, “Dr. Pedro Daniel Martínez”.

“Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (Hernández y cols.; 2006: 238).

La población dentro del marco de esta investigación posee características compartidas en función de la enfermedad VPH, dichas particularidades se describen a continuación:

Estas pacientes se encuentran en un rango de edad de 15 años en adelante, ya que en el área de Colposcopia sólo se atienden a mujeres que se realizaron el estudio del Papanicolaou y su diagnóstico resultó con una displasia: cambios

anormales en las células de la superficie del cuello uterino que se observan bajo un microscopio.

Las pacientes cuentan con seguro popular, por lo cual el servicio que se les brinda es de manera gratuita. Se atiende alrededor de 15 a 20 personas diariamente; su nivel socioeconómico es medio bajo, su estado civil abarca: divorciadas, viudas, casadas y solteras. En su mayoría provienen del Municipio de Uruapan, Michoacán y sus alrededores. Cabe mencionar que la escolaridad y la ocupación de las pacientes no son fundamentales para su selección como sujetos de esta investigación.

La muestra es una fracción significativa de la población (Hernández y cols.; 2006). El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, porque se tomaron en cuenta las necesidades propias de la investigación, con una muestra de 55 pacientes seleccionadas de forma intencional. Las características para la aplicación del instrumento es que las pacientes encuestadas lleven un tratamiento de tres meses previos a la aplicación del cuestionario, que sean mayores de edad, que tengan una vida sexual activa y que cuenten con una pareja estable.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para la presente investigación se eligió un problema de investigación, se revisó la literatura y se estableció el marco teórico. Fue fundamental solicitar un oficio que fue proporcionado por la Dirección de la Escuela de Psicología de la

Universidad Don Vasco, después se prosiguió a hablar con el Comité de Bioética del Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” para obtener la autorización; posteriormente se habló con el doctor encargado de la clínica de Colposcopia, se le dio a conocer el objetivo de esta investigación, el instrumento de aplicación y lo que se pretendía medir con ello.

Se implementó la prueba estandarizada, para lo cual no hubo ningún inconveniente en realizar la aplicación a las pacientes de colposcopia, se administró de manera individual, se le dieron las instrucciones de dicha prueba a cada paciente y se les explicó la manera de contestarlo. A las personas analfabetas se les aplicó el instrumento en forma de entrevista.

El tiempo que se estimó para la aplicación del instrumento fue de 15 a 20 minutos por persona, al final se aclararon algunas dudas que surgieron durante el proceso. Una vez recopilada la información, se estructuró la base de datos y el análisis estadístico en el cual se obtuvieron las medidas de tendencia central, así como la desviación estándar y la varianza.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Para elaborar el análisis de esta investigación, se desarrolla la descripción teórica y estadística sobre las actitudes hacia la enfermedad, de igual forma, se da a conocer cuáles actitudes en promedio se presentaron en las pacientes.

Los resultados se presentan en las siguientes categorías: actitudes hacia el tratamiento; actitudes hacia el tratamiento en función de la edad, estado civil, lugar de procedencia, escolaridad y lugar de ocupación; finalmente, la relación entre la actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento, con las variables edad y nivel de escolaridad.

3.4.1 Actitudes hacia el tratamiento

Las actitudes son el proceso de conciencia individual que determina la actividad posible o real del individuo en el mundo social.

De acuerdo con Banet (2004), el término actitud se emplea para señalar a una persona que puede tener pensamientos y sentimientos hacia objetos, personas que le gustan o le disgustan, lo cual le produce ya sea confianza o desconfianza.

Se dice que las actitudes, aunque poseen una dimensión afectiva, no son originadas desde estructuras irracionales, sino que son aprendidas a partir de las

vivencias que se tienen como resultado de las relaciones con uno mismo, con otros y con la sociedad.

Por otra parte, Ballano y Esteban (2009) indican que se debe considerar la actitud del paciente respecto a la enfermedad y el tratamiento, para evitar crisis agudas que puedan acompañar a una enfermedad crónica.

Por esto, hay que ayudar a la paciente para que llegue aceptar la enfermedad con las limitaciones que conlleva, adaptando su vida a su nueva situación y aportando los medios necesarios para alcanzar la mejor calidad de vida posible.

De igual manera, González (2007) refiere que si la persona adopta una actitud negativa, puede vivenciar rabia contra la vida, desesperanza y desesperación, aumentando su sufrimiento y el de las personas que lo rodean.

Gimeno y cols. (2006) agregan que se ha producido un cambio en las actitudes tradicionales del paciente. Ha pasado de ser pasivo a tener una actividad cada vez más responsable, fruto de los cambios sociales que afecta a la sociedad en general. Es decir, el enfermo se considera como un adulto responsable y quiere tener esa proyección hacia los demás, donde en ocasiones debe tomar decisiones sobre su enfermedad, demandando más información, diálogo y una atención más humana.

Con relación a la descripción estadística de las actitudes hacia el tratamiento del VPH, se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala actitudinal, se obtuvo una media de 63 puntos, lo que significa que el grupo estudiado muestra, en promedio, una actitud positiva hacia el tratamiento del VPH. “La media es una medida de tendencia central que es la suma de todos los valores divididos entre el número de éstas” (Hernández y cols.; 2006: 427).

Con respecto a la mediana, el valor obtenido en la escala actitudinal es de 63 puntos, lo que muestra la posición intermedia de la distribución de los 55 resultados obtenidos. Esta medida estadística “divide la distribución por la mitad, la mediana refleja la posición intermedia de la distribución”. (Hernández y cols.; 2006: 425).

La moda es la medida que muestra “el dato que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones” (Hernández y cols.; 2006: 236). En esta investigación se obtuvo una moda de 59 puntos en la escala actitudinal.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar. De acuerdo con Hernández y cols. (2006), este índice muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (número de medidas). El valor obtenido de esta medida es de 16 puntos, lo que indica que los datos arrojados de la escala

actitudinal se encuentran separados respecto a la media hacia arriba y hacia abajo, con una distancia de 16.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede establecer que existe en promedio una actitud positiva en las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, puesto que las medidas de tendencia central obtenidas de la escala actitudinal se encuentran en 63 puntos.

3.4.2 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función de la edad

A continuación se analizarán las edades que sobresalieron durante la investigación, así como la actitud que presentaron hacia el tratamiento del VPH en las pacientes, asimismo, se estudiará la actitud en relación con la edad de las pacientes.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la escala actitudinal, la edad mínima de las mujeres fue de 18 años y la máxima de 60, en las pacientes que se encuestaron. La edad de 36 años fue la que más se manifestó (en 4 de las mujeres).

Para analizar las actitudes en frecuencia de edad se seleccionaron los siguientes rangos.

RANGO DE EDADES	MEDIA ARITMÉTICA	INTERPRETACIÓN VALORATIVA
18-30	76	Muy positiva
31-40	66	Positiva
41-50	58	Neutra
51-60	57	Neutra

Por lo tanto, el rango de edad en el que muestran una media más alta, es el de 18 a 30 años, con una actitud muy positiva, ya que se sienten seguras de tener relaciones íntimas con su pareja y cuentan con el apoyo de su familia y cónyuge para acudir periódicamente a revisión con el médico.

Asimismo, se puede observar en la tabla anterior que baja un poco la intensidad de la actitud en las mujeres de 31 a 40 años, si bien aún es positiva, ya que en algunas de ellas se dañó la relación con su pareja como consecuencia del VPH, y evitan tener relaciones con su pareja a partir de que están tomando el tratamiento.

Por otra parte, las mujeres con rangos de 41 a 50 y de 51 a 60 años, muestran una actitud neutra, debido a que en su mayoría no conocen que es el VPH, también

evitan tener relaciones con su pareja y creen que se sentirían señaladas por la sociedad si se enteran de la enfermedad que padecen.

Con base en la información obtenida, se determina que las mujeres más jóvenes muestran una actitud muy positiva hacia el tratamiento del VPH, sin embargo se puede ver que conforme va aumentando la edad, en las mujeres va disminuyendo la actitud positiva hacia el tratamiento.

3.4.3 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función del estado civil

Otra de las características que también se tomaron en cuenta dentro de esta investigación fue el estado civil de las pacientes encuestadas. Esta variable arrojó los siguientes datos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el número más bajo que se registró en las pacientes fue en el caso de las divorciadas, con sólo dos casos, mientras que el estado civil que sobresalió fue el de las casadas, con 31 casos.

A continuación se muestra una tabla de la media aritmética en relación con la actitud que presentaron las mujeres hacia el tratamiento del VPH, dependiendo de su estado civil.

Estado civil	Media Aritmética	Interpretación Valorativa
Viuda	75	Muy positiva
Soltera	71	Muy positiva
Unión libre	64	Positiva
Casada	63	Positiva
Divorciada	39	Negativa

Se observó que las mujeres viudas y solteras, quienes comparten la característica de no tener una pareja, mostraron una actitud muy positiva al tratamiento, por lo que se puede decir que esta es una condición importante.

Por otra parte, las mujeres casadas y las que viven en unión libre tienen una actitud positiva, posiblemente debido a que sus parejas tienen noción de lo que es el VPH y cuentan con el apoyo para acudir a las revisiones médicas, pero no están al pendiente del tratamiento que algunas de ellas están recibiendo. Lo que puede estar determinado a presentar promedios no altos en la actitud, aunque siguen siendo positivos.

Mientras tanto, las divorciadas tienen una actitud negativa ya que a causa de que se realizaron la prueba del Papanicolaou, se puede deducir que el término de las relaciones puede constituir un conflicto a resolver, esto les puede estar generando actitudes más negativas ante aspectos de su vida relacionados con la sexualidad.

3.4.4 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función del lugar de procedencia

El lugar de procedencia es otra de las características que se tomó en cuenta para la investigación. En este sentido, se detectaron mujeres de diferentes municipios de los alrededores de Uruapan, Michoacán.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el lugar de procedencia en el que se registraron menos casos fue en Nahuatzen, Ziracuaretiro, Taretan, Peribán, la Huacana, Tancítaro, San Juan Nuevo y Gabriel Zamora, con un solo caso en cada municipio. Por otra parte, en el municipio de Apatzingán se encontraron 16 casos, sin embargo, el lugar de procedencia en donde se registraron más pacientes fue en Uruapan, Michoacán, con 23 casos.

A continuación se muestran los municipios en que se encuentran las pacientes encuestadas en la escala de actitud.

LUGAR DE PROCEDENCIA	MEDIA ARITMÉTICA	INTERPRETACIÓN VALORATIVA
Apatzingán	65	Positiva
Uruapan	63	Positiva
Otros municipios	62	Positiva

Como se puede ver en la tabla, el lugar de procedencia que muestran las mujeres no es determinante en la actitud que muestran hacia el tratamiento, ya que depende de la atención que estén recibiendo y la información que necesiten sobre el estado de salud en el que se encuentran.

3.4.5 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función de la escolaridad

La escolaridad es otro de los criterios que también se tomaron en cuenta, ya que se puede conocer si influye en las pacientes encuestadas para tener una actitud positiva o negativa hacia el tratamiento del VPH.

De acuerdo con los resultados obtenidos se encontraron menos mujeres registradas con licenciatura, en solamente dos casos; en cambio, las mujeres que sobresalieron fueron las que terminaron la secundaria, de las que se encontraron 19 casos.

A continuación se muestra la escolaridad en que se encuentran las pacientes en la escala de actitud.

ESCOLARIDAD	MEDIA ARITMÉTICA	INTERPRETACIÓN VALORATIVA
Secundaria	72	Muy positiva
Bachillerato	65	Positiva
Carrera técnica	65	Positiva
Primaria	63	Positiva
Licenciatura	45	Neutra
Sin concluir primaria	42	Neutra

De acuerdo con la escala de actitud, las pacientes que tuvieron una actitud muy positiva fueron las mujeres que estudiaron hasta la secundaria, lo cual quiere decir que el grado de estudio es importante para tener conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual que existen en la sociedad, así como también el hecho de que la pareja de la paciente conoce lo que es el VPH.

Por otra parte, las mujeres que tienen primaria, bachillerato y una carrera técnica muestran una actitud positiva hacia el tratamiento del VPH, debido a que no tienen ningún problema para entender que es el VPH, y cuentan con el apoyo de su pareja económicamente para tomar el tratamiento, así como la información necesaria para tomar el tratamiento y cuidar su salud.

Sin embargo las mujeres que no tienen estudios presentan una actitud neutra debido a que no recibieron información necesaria sobre las consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual; de igual manera, comentan que les da pena o vergüenza preguntar sobre esta enfermedad.

Mientras que las mujeres con licenciatura muestran una actitud neutra, ya que sus parejas no las acompañan a las revisiones médicas y evitan tener relaciones íntimas. Se puede decir que no influye tanto en ellas la escolaridad, sino el apoyo emocional que les brinde su cónyuge.

3.4.6 Actitudes hacia el tratamiento del VPH en función de la ocupación

Otra de las características que se tomaron en cuenta para la realización de la presente investigación fue la ocupación que tienen las pacientes encuestadas, esto es, si influye el que las mujeres tengan una ocupación para tener una actitud positiva o no hacia el tratamiento del VPH.

De acuerdo con los resultados obtenidos se encontraron únicamente dos casos de mujeres estudiantes, mientras tanto, la ocupación que sobresalió fue la de atender el hogar, en 39 casos.

A continuación se conocerá la ocupación que presentan las mujeres y la actitud que se manifiesta dependiendo de dicha característica.

OCUPACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	INTERPRETACIÓN VALORATIVA
Estudiante	68	Positiva
Empleada	64	Positiva
Ama de casa	63	Positiva

Por lo tanto, se puede decir que las mujeres que se mencionaron en la tabla anterior muestran la misma actitud. Por lo cual se puede afirmar que la ocupación no es un factor determinante para tener una actitud favorable o desfavorable hacia el tratamiento del VPH.

3.4.7 Relación entre la edad y la actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento

Para examinar esta relación se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, así como la relación entre los puntajes promedio de cada sujeto con los de sus subescalas correspondientes, de esta manera se estableció el grado de asociación entre las variables de edad y actitud de las pacientes con VPH hacia el tratamiento.

Por otra parte, de acuerdo con Hernández y cols. (2006), el coeficiente de correlación de Pearson es una prueba estadística que indica el grado de asociación entre variables que se encuentran en un nivel de medición de intervalos o de razón.

En la investigación realizada en el Hospital General se encontró, de acuerdo con las mediciones, que entre la edad y la actitud existe un coeficiente de correlación de -0.32 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil, de acuerdo con los parámetros que establecen Hernández y cols. (2006).

Para conocer la relación entre la edad y la actitud, se obtuvo la varianza de factores comunes. Con base en este índice y mediante un porcentaje, se indicará el grado en que las variables influyen entre sí. Para obtener esta medida únicamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2006).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, es decir un 10% de relación entre variables, lo que significa que la edad se relaciona significativamente con la actitud; es decir, conforme va aumentando la edad, las mujeres tienen una actitud menos positiva hacia el tratamiento. Al respecto, Kerlinger y Lee (2006) sostiene que un índice de correlación, para que sea considerado significativo, debe ser al menos de 0.31, que convertido a la varianza de factores

comunes equivale a un 10%, porcentaje a partir del cual se considera que una variable influye significativamente en otra.

De acuerdo con estos resultados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual expresa que existe una correlación estadísticamente significativa entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, y la edad.

3.4.8 Relación entre nivel de escolaridad y la actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento.

Para la realización de este estudio también se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson. Se estableció la relación entre los puntajes promedio de cada sujeto hacia el tratamiento y los asignados al nivel de escolaridad.

En la investigación realizada en el Hospital General, de acuerdo con las mediciones, se obtuvieron los siguientes datos: entre el nivel de escolaridad y la actitud existe un coeficiente de correlación de 0.26 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de escolaridad y la actitud hacia el tratamiento del VPH existe una correlación positiva débil entre las variables, de acuerdo con los parámetros que establecen Hernández y cols. (2006).

Para conocer la relación entre nivel de escolaridad y actitud, se obtuvo la varianza de factores comunes, según la cual, la influencia que existe entre el nivel de

escolaridad y actitud fue de 0.07, es decir un 7% de relación entre variables, lo cual implica que la escolaridad no influye estadísticamente en la actitud hacia el tratamiento del VPH. De esta manera se confirma la hipótesis nula, en la cual se expresa que no existe una correlación estadísticamente significativa entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, y su nivel de escolaridad.

CONCLUSIONES

Esta investigación pretendió establecer la relación que guarda la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, respecto a su edad y nivel de escolaridad en el Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Michoacán, México.

Dentro de la investigación ya expuesta, se cumplió con el objetivo general; cabe mencionar que para alcanzarlo se plantearon ocho objetivos particulares a los cuales se dio respuesta a lo largo de la investigación.

El primer objetivo particular, definir el concepto de las actitudes, se abarcó en el capítulo 1, el cual dice que una actitud parte de una posición que adopta el ser humano para dar respuesta negativa o positiva hacia una situación que se presente.

Las actitudes se originan de los sentimientos, conocimientos, creencias y valores que posee una persona; se dan a través de las vivencias, del tiempo y de las relaciones que existen entre las personas. Ayudan al ser humano a protegerse de la sociedad o en el contexto en que se desenvuelvan.

El segundo objetivo particular consistió en describir los componentes de las actitudes, lo cual se logró mencionar a través del capítulo 1, el cual puntualiza que en las actitudes existen tres componentes: el afectivo, el cognitivo y el conductual. Cada

uno de ellos está formado por creencias, conocimientos, sentimientos, emociones y maneras de actuar de cada individuo. Estos tres componentes tienden a ser congruentes entre sí, ya que tienen una misma finalidad en la manera de actuar del sujeto.

El tercer objetivo particular, explicar el origen y características del Virus del Papiloma Humano, se logró mencionar durante el capítulo 2, el cual señala que existen más de 100 tipos de VPH, algunos de ellos pueden causar verrugas o papilomas y están íntimamente ligados al cáncer cervicouterino.

El VPH se transmite principalmente por contacto sexual a través de relaciones sexuales, vaginales, anales u orales, también si se han tenido muchas parejas sexuales o si se tiene una pareja que haya tenido otras, así como por toallas, ropa interior y secreciones.

Las características del VPH se presentan en dos patrones de crecimiento: el plano y el acuminado, de los cuales el primero no se ve a simple vista y se tiene que ver bajo una colposcopia.

El cuarto objetivo particular, clasificar los tipos de Virus del Papiloma Humano y su tratamiento, se cubre en el capítulo 2, el cual expone que se dividen en dos grupos: de alto y bajo riesgo oncológico, éstos se encuentran enumerados en

relación con su patología oncológica. Ésta es la forma en que se clasifican a los diferentes tipos de VPH.

Por otra parte, el tratamiento que se le da a la paciente va a depender de varios factores como el tamaño de las lesiones y la localización del VPH. Algunos de los tratamientos que existen son la criocirugía, electrocirugía y láser, todo dependerá de las consideraciones que tome en cuenta el médico.

Durante este capítulo se tuvo que hablar del tratamiento que reciben las mujeres que han sufrido una enfermedad de transmisión sexual, para poder comprender mejor el tratamiento psicológico que debe llevar una persona que esté atravesando por alguno de estos padecimientos.

Puesto que los sentimientos que se generan son casi los mismos, afectan la imagen corporal, los problemas familiares y las relaciones íntimas, ocasionando problemas en la pareja que a su vez propician sentimientos de culpa, miedo, angustia, temor e inseguridad, por mencionar algunos.

Básicamente, el tratamiento que se les da a estas pacientes, es para mejorar su imagen corporal: técnicas de relajación, la terapia cognitiva conductual, terapia de pareja y si el caso lo requiere, acudir con un terapeuta sexual.

Para cumplir el quinto objetivo particular, que consiste en determinar los factores que influyen en la formación y desarrollo de las actitudes hacia el tratamiento del Virus del Papiloma Humano, se señaló en el capítulo 2 que existen diferentes factores tanto médicos como psicológicos, para que el enfermo pueda tener una pronta mejoría en el tratamiento que esté llevando a cabo.

Los factores más importantes que se destacaron durante este capítulo fueron los aspectos biológicos, afectivos, sociales, psicológicos y clínicos. Es así como también los sentimientos juegan un papel muy importante dentro de cada uno de los factores que se mencionaron, ya que todos ellos influirán de cierta manera para que el enfermo pueda sobrellevar la enfermedad por la que se esté atravesando.

El sexto objetivo, medir el nivel promedio que presentan las mujeres hacia el tratamiento del Virus del Papiloma Humano con base en la edad, estado civil, lugar de procedencia, escolaridad y ocupación, se logró durante el capítulo 3. De acuerdo con los resultados obtenidos, se concluyó que las mujeres de 18 a 30 años, muestran una actitud muy positiva, ya que se sienten seguras de tener relaciones íntimas con su pareja y no tienen problemas ante el hecho de que las atienda un hombre; también cuentan con el apoyo de su familia y cónyuge para acudir periódicamente a revisión con el médico.

Por otra parte, las mujeres que mostraron una actitud muy positiva respecto al estado civil fueron las mujeres solteras y las viudas, quienes cuentan con un grado de escolaridad entre la primaria y nivel licenciatura.

El lugar de procedencia de las pacientes encuestadas no es determinante en la actitud que muestran hacia el tratamiento, en realidad, depende de la atención que estén recibiendo y la información que necesiten respecto a su estado de salud.

Sin embargo, las mujeres que mostraron una actitud muy positiva referente al grado de escolaridad fueron las que estudiaron hasta la secundaria, lo cual quiere decir que el grado de estudio es importante para tener conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual que existen en la sociedad.

Por último, se determinó que la ocupación de las pacientes no es un factor determinante para tener una actitud favorable o desfavorable hacia el tratamiento del VPH, ya que se encontraron dentro del mismo rango en la escala, con una actitud positiva.

El séptimo objetivo, establecer la relación estadística entre la edad y actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento, se cubrió en el capítulo 3. Con fundamento en los resultados obtenidos, se concluyó que la edad se relaciona negativamente con la actitud, es decir, conforme va aumentando la edad, las mujeres tienen una actitud menos positiva hacia el tratamiento.

De acuerdo con estos resultados, se confirma la hipótesis de trabajo, en la cual se expresa que existe una correlación estadísticamente significativa entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, y la edad.

El octavo objetivo, establecer la relación estadística entre nivel de escolaridad y actitud en las pacientes con VPH hacia el tratamiento, se logró durante la exposición de resultados en el capítulo 3; de esta manera, se demostró que el nivel de escolaridad no influye en la actitud hacia el tratamiento del VPH.

De acuerdo con estos resultados se confirma la hipótesis nula, la cual expresa que no existe una correlación estadísticamente significativa entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, y el nivel de escolaridad.

Con base en lo anterior, se da por cumplido el objetivo general: establecer la relación entre la actitud que tienen las pacientes con Virus de Papiloma Humano hacia su tratamiento, con su edad y nivel de escolaridad, en el Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Michoacán, México.

BIBLIOGRAFÍA

Alcocer, Alberto. (2010)

Psicología Social.

Panamericana. Madrid, España.

Alonso de Luis, Patricia; Lazcano Ponce, Eduardo C.; Hernández Ávila, Mauricio. (2005)

Cáncer cervicouterino: diagnóstico, prevención y control.

Medica Panamericana. México.

Alvarado, José Luis. (2003)

Psicología social, perspectivas psicológicas y sociales.

McGraw-Hill. México.

Álvarez Vélez, Ma. Isabel. (2010)

La familia ante la enfermedad.

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Antequera, María José. (2006)

Derecho sanitario y sociedad.

Díaz de Santos. México.

Aragón, Laura Edna; Silva, Arturo. (2004)

Evaluación Psicológica.

Pax. México.

Armendáriz Ramírez, Rubén. (2004)

Aprendiendo a acompañar.

Pax. México.

Ballano Gonzalo, Fernando; Esteban Arroyo, Angélica. (2009)

Promoción de salud y apoyo psicológico del paciente.

Editex. España.

Banet, Enrique. (2004)

Educación para la salud: la alimentación.

Laboratorio educativo. Venezuela.

Barrom, William M.; Lindheimer, Marshall D. (2002)

Trastornos médicos durante el embarazo.

Harcourt. España.

Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert M.; Jenson, Hal B. (2004)
Nelson: tratado de pediatría.

Elsevier. Madrid España.
Beltrán, Bartolomé. (2008)
El médico solo no basta.
Arán. México.

Cabrera Silva, Sergio; Lissi Gervaso, Eduardo; Honeyman Mauro, Juan. (2005)
Radiación Ultravioleta y Salud.
Universitario. Santiago, Chile.

Carey, Chris J. (2006)
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.
Elsevier Masson. Barcelona, España.

Carranza, Martha (2003)
Educación física y valores: educando al mundo complejo.
Graó. Barcelona.

Carranza, Martín. (2009)
Algunas estructuras y dinamismos humanos.
Grin. Munich, Alemania.

Casis Sáenz, Luis. (2008)
Fisiología y psicología de la actividad física y el deporte.
Elsevier. España.

Caudillo Herrera, Carlos. (2007)
Sexualidad y Vida Humana.
Universidad Iberoamericana. México.

Checa Vizcaíno, Miguel Ángel. (2006)
El cribado durante la menopausia.
Medica Panamericana. España.

Chiang Vega, Margarita; Martín Rodrigo, Ma. José; Núñez Partido, Antorio. (2010)
Relaciones entre el clima organizacional y la satisfacción laboral.
Universidad Comillas. Madrid.

Cibanal Juan, Luis; Arce, María del Carmen. (2009)
La relación enfermera paciente.
Universidad de Antioquia. Colombia.

Comino Delgado, Rafael; López García, Guillermo (coords). (2004)
Obstetricia y Ginecología.
Ariel. España.

Cosby, Paul (2005)
Métodos de investigación del comportamiento.
McGraw-Hill. México.

Curtis, Nickel J. (2008)
Clínicas Urológicas de Norteamérica.
Elsevier Masson. Barcelona, España.

Davidoff, Linda. (2001)
Introducción a la Psicología.
McGraw-Hill. México.

Delgado, Manuel; Tercedor, Pablo. (2002)
Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física.
Inde. España.

De Palo, Giuseppe; Dexeus, S.; Chanen, William. (2007)
Patología y tratamiento del tracto genital inferior.
Elsevier Masson. Barcelona, España.

Díaz Laving, Rolando. (2002)
Psicología Social de las Américas.
Pearson Educación. México.

Gil Lacruz, Marta. (2007)
Psicología social.
Prensas Universitarias de Zaragoza. España.

Gimeno, Juan A.; Repullo, José R.; Rubio, Santiago. (2006)
Manuales de dirección médica y gestión clínica.
Díaz de Santos. México.

González Barón, Manuel (coord.). (2007)
Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer.
Medica Panamericana. España.

Grases Galofré, Pedro J.; Tresserra Casas, Francesc; Devesa Hermida, Roque. (2003)
Patología ginecológica.
Masson, S.A. Barcelona, España.

Hales, Robert E.; Yudofsky, Stuart C. (2005)
Tratado de Psiquiatría Clínica.
Masson. Barcelona, España.

Haya Palazuelos, Javier; Guerra, José Antonio. (2008)
Consensos en fitoterapia ginecológica.
Medica Panamericana. España.

Hayton, Graham. (2003)
Enseñar valores, un nuevo enfoque.
Morata. Madrid.

Hernández Álvarez, Juan Luis. (2004)
La evolución en educación física.
Graó. España.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2006)
Metodología de la Investigación.
McGraw-Hill. México.

Ibáñez Gracia, Tomas. (coord.) (2004)
Introducción a la Psicología.
UOC. Barcelona.

Kimberly, Leslie K. (2005)
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica.
Elsevier Saunders. Barcelona, España.

Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto Nelson. (2003)
Patología Humana.
Elsevier. Madrid, España.

Lerma, Héctor Daniel. (2004)
Metodología de la investigación.
Ecoe Ediciones. Bogotá.

Little, James W.; Falace, Donald C.; Miller, Craig S.; Rhodus, Nelson L. (2001)
Tratamiento Odontológico del paciente bajo tratamiento.
Harcourt. Madrid, España.

Gerald L, Mandell.; John E., Bennett.; Raphael Dolin. (2006)
Enfermedades Infecciosas.
Elsevier. Madrid, España.

Martin Zurro, Armando.; Cano Pérez, J. F. (2003)
Atención Primaria.
Elsevier. Madrid España.

Montejo González, Ángel Luis. (2003)
Sexualidad y Salud Mental.
Glosa. Barcelona.

Morales, J. Francisco. (2007)
Psicología Social.
McGraw-Hill. España.

Myers, David. (2005)
Psicología Social.
McGraw-Hill. México.

Novel Martí, Gloria.; Lluch Canut; Ma. Teresa.; Miguel López de Vergara, Ma. Dolores. (2007)
Enfermería psicosocial y salud mental.
Elsevier Masson. España.

Oblitas Guadalupe, Luis A. (2009)
Psicología de la salud y calidad de vida.
Cengage Learning. México.

Osorio Gracia, Gloria F. (2004)
Patología frecuente del tracto genital inferior femenino.
Universidad de Caldas. Colombia.

Papalia, Diane E; Wendkos Olds, Sall. (2003)
Psicología Social.
McGraw-Hill. México.

Petri, Herbert L.; Govern, John M. (2006)
Motivación: teoría, investigación y aplicaciones.
Thomson. México.

Prat Grau, María.; Soler Prat, Susana. (2003)
Actitudes, valores y normas en la educación física y el deporte.
Inde. España.

Richmann, Jorge (2005)
Un mundo vulnerable: ensayos sobre ecología, ética y tecnociencia.
Catarata. Madrid.

Robbins, Stephen, P. (2004)
Comportamiento Organizacional.
Pearson educación. México.

Rocha Gracia, Rosa del Carmen.; Lozano Zarain, Patricia.; Martínez Laguna, Ygnacio. (2004)
Mecanismo de patogenicidad e interacción parásito-hospedero.
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

Rodríguez, Arnoldo. (2004)
Psicología social en el mundo de hoy.
Trillas. México.

Ramamurthy, Somayaji.;Rogers, James N.; Alanmanou, Euleche. (2007)
Toma de decisiones en el tratamiento del dolor.
Elsevier Mosby. Madrid, España.

Ros, María.; Valdiney V, Gouveia. (2001)
Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados.
Biblioteca Nueva. España.

Rubin, Phillip. (2003)
Oncología Clínica.
Elsevier Science. Madrid, España.

Rusek, Ewa. (2002)
Buenos consejos para quienes quieren investigar el comportamiento humano.
Ediciones Suaq Querétaro. México.

Salazar, José Miguel y cols. (2006)
Psicología Social.
Trillas. México.

Shiffman Kanuk, León G. (2005)
Comportamiento del Consumidor.
Pearson Pretice Hall. México.

Tatti, Silvio Alejandro. (2008)
Colposcopia y patología del tracto genital inferior.
Médica Panamericana. Argentina.

Valero García, José María. (2003)
La escuela que yo quiero.
Progreso. México.

Villa-Coro, Barrachina. (2010)
La vida humana en la encrucijada.
Encuentro, S.A. Madrid.

Whittake, James O (2002)
Psicología social en el mundo de hoy.
Trillas. México

Woods, Samuel G. (2003)
Todo lo que necesitas saber sobre las enfermedades de transmisión sexual.
Buenas Letras. Madrid.

Worchel, Stephen; Cooper, Joel; Goethals, George; Olson, James M. (2002)
Psicología Social.
Thomson. México.

MESOGRAFÍA

Barbosa González, Alejandro.; Venegas Pérez, Gabriela Marcela.; Ángel Araoz, Grace Johans.; Niño López, Jennifer. (2010)

“Significados asignados por tres mujeres y su sistema familiar al diagnóstico y evolución del virus del papiloma humano”.

umb.edu.co:82/revp/index.php/RVP/article/viewFile/25/8

Bazán, Fernando.; Posso, Margarita.; Gutiérrez, Cesar. (2007)

“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou”.

www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1.pdf

Concha, Marcela R. (2007)

“Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano”.

www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art06.pdf

García Saiz, Alfredo; Ortiz Rivera, Marta; Torres Hortal, Montserrat. (2007)

“Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización”

www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf

Hernández Torres, Fernando. (2006)

“Tratamiento médico de la infección genital por el Virus de Papiloma Humano (VPH)”.

www.aepcc.org/download/congresos/xviii/ponencias/GR_S5-1.pdf

López de Tkachenko, Gloria; L. de Lameda, Belkis. (2008)

“Análisis de los constructos teóricos: vida cotidiana, familia, autopercepción y motivación”.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Venezuela.

redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=76111491012

Meza Rodríguez, María del Pilar.; Carreño Meléndez, Jorge.; Morales Carmona, Francisco.; Aranda Flore, Carlos.; Sánchez Bravo, Claudia.; Espíndola Hernández, José Gabriel. (2008)

“Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano”.

www.inper.mx/descargas/pdf/CondicionemocionaldelaspacientesconinfeccionporVPH.pdf

Pan American Health Organization. (2008)

“VPH: Aspectos Relacionados a Laboratorio”.

Simposio Subregional de Nuevas Vacunas: Neumococo, Rotavirus y HPV.

www.sabin.org/sites/sabin.org/files/vph_laboratorio_abispo.pdf

Piñeros, Marion; Cortés, Claudia; Trujillo, Lina; Wiesner Carolina. (2009)
“Conocimientos, aceptabilidad y actitudes sobre la vacuna contra el VPH en médicos generales, ginecólogos y pediatras en Colombia”.
[www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013\(2\)/rcc2009v13n2a04.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013(2)/rcc2009v13n2a04.pdf)

Wisner Ceballos, Carolina.; Acosta Peñaloza, Jesús.; Díaz del Castillo, Adriana.; Tovar Murillo, Sandra.; Salcedo Fidalgo, Hernando. (2009)
Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio
[www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013\(3\)/rcc2009v13n3a04Resumen.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013(3)/rcc2009v13n3a04Resumen.pdf)

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Manual de Organización y Procedimientos del Hospital General de Uruapan. (1995)

Secretaría de Salud. (2007)
Manual de Consejería en Cáncer Cervicouterino
México, D.F.

Secretaría de Salud. (2006)
Manual de Consejería Para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH.
México, D.F.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO DE VPH

(Virus del Papiloma Humano)

Edad: _____

Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Lugar de procedencia: _____

Instrucciones: Contesta con sinceridad lo que se te indica en cada reactivo, rellena el círculo con el número que se aproxime a tu respuesta. No hay respuestas buenas o malas.

Nota: Virus del Papiloma Humano (VPH).

Marca con una "X" el número que corresponda a tu respuesta.

- 1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo.

1. A partir de que me dijeron que tengo el VPH he perdido el deseo sexual.

1

2

3

4

5

2. Me siento insegura de tener relaciones sexuales con mi pareja durante el tratamiento.

1

2

3

4

5

3. No me gusta venir a consulta porque la persona que me está atendiendo es un hombre.

1

2

3

4

5

4. Mi familia me apoya económicamente con el tratamiento.

1 2 3 4 5

5. Siento pena o me avergüenzo con mi familia al tener que pedirle ayuda para mi tratamiento.

1 2 3 4 5

6. Mi familia me motiva para seguir con el tratamiento.

1 2 3 4 5

7. He tenido problemas con mi familia a partir de que estoy tomando el tratamiento.

1 2 3 4 5

8. Mi familia tiene conocimiento de lo que es el VPH.

1 2 3 4 5

9. A partir de que mi familia se enteró de que tengo el VPH, se han distanciado de mí.

1 2 3 4 5

10. Me preocupa que mi familia no comprenda la situación por la que estoy pasando.

1 2 3 4 5

11. Durante el tratamiento he tenido problemas con mi familia para que entiendan la enfermedad que tengo.

1 2 3 4 5

12. A partir de que estoy tomando el tratamiento mi familia se ha unido más.

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

13. A mi familia le molesta que me revise un hombre.

1 2 3 4 5

14. El apoyo emocional que me da mi familia es importante para seguir con el tratamiento.

1 2 3 4 5

15. Mi familia tiene una idea equivocada de lo que es el VPH.

1 2 3 4 5

16. Mi familia tiene conocimiento de que el VPH es una enfermedad precursora para desarrollar el cáncer cérvico-uterino en algunas mujeres.

1 2 3 4 5

17. Me da vergüenza decirle a mi familia que estoy bajo tratamiento médico.

1 2 3 4 5

18. Desconozco lo que es el VPH.

1 2 3 4 5

19. Sé todo lo necesario respecto al VPH.

1 2 3 4 5

20. Me cuesta trabajo entender que es el VPH.

1 2 3 4 5

21. En el aspecto sexual he tenido diferencias con mi pareja.

1 2 3 4 5

22. Mi pareja me apoya económicamente para tomar el tratamiento.

(1) (2) (3) (4) (5)

23. A partir de mi diagnóstico me he sentido mal emocionalmente y eso ha deteriorado la intimidad con mi pareja.

(1) (2) (3) (4) (5)

24. Cuento con el apoyo emocional de mi pareja para asistir a las revisiones médicas.

(1) (2) (3) (4) (5)

25. Mi pareja está al pendiente del tratamiento que estoy llevando a cabo.

(1) (2) (3) (4) (5)

26. La relación y la comunicación con mi pareja se han dañado a consecuencia de la aparición del VPH.

(1) (2) (3) (4) (5)

27. Desde que estoy en tratamiento evito tener relaciones con mi pareja.

(1) (2) (3) (4) (5)

28. A partir del diagnóstico tengo más comunicación con mi pareja.

(1) (2) (3) (4) (5)

29. Puedo platicar con mi pareja sin problemas sobre cómo me encuentro emocional y físicamente.

(1) (2) (3) (4) (5)

30. Perdí la confianza en mi pareja, desde el momento en que supe del problema que padezco.

(1) (2) (3) (4) (5)

31. Mi pareja está de acuerdo en que me atienda un hombre.

1

2

3

4

5

32. Siento que a mi pareja no le importa mi salud.

1

2

3

4

5

33. Mi pareja sabe que es el VPH.

1

2

3

4

5

34. Considero que las instalaciones del hospital no son adecuadas para tomar el tratamiento.

1

2

3

4

5

35. El tratamiento del VPH ofrece resultados tardados.

1

2

3

4

5

36. La relación con mis amistades ha cambiado a partir del diagnóstico.

1

2

3

4

5

37. Creo que me sentiría señalada si las personas se enteraran de mi enfermedad.

1

2

3

4

5

38. Lo que la gente piensa sobre el VPH me afecta emocionalmente.

1

2

3

4

5

39. Me desagradaría que las personas me discriminen por la infección que padezco.

1

2

3

4

5

40. Me incomoda que las personas se enteren que me está atendiendo un hombre.

1

2

3

4

5

41. Me preocupa que la sociedad crea que el VPH solo es un problema que tiene la mujer.

1

2

3

4

5