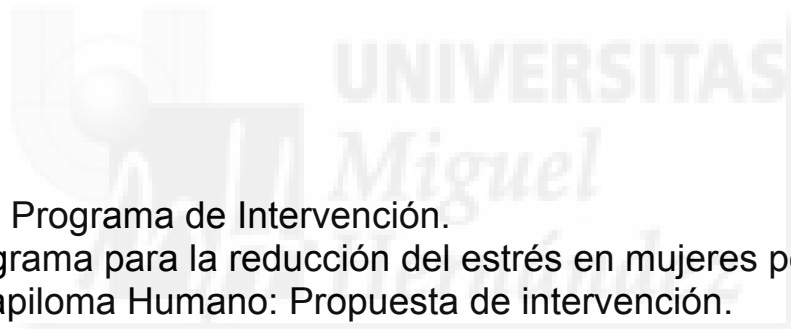


Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/2015
Convocatoria Junio



Modalidad: Programa de Intervención.

Título: Programa para la reducción del estrés en mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano: Propuesta de intervención.

Autor: María Puche Arenas.

Tutora: María José Quiles Sebastián.

Elche a 5 de junio de 2015.

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	1-5
3. Método.....	5-16
3.1 Detección de necesidades.....	5
3.2 Resultados de la detección de necesidades.....	6-16
4. Propuesta de intervención.....	16-18
4.1 Objetivos.....	16
4.2 Metodología.....	17-18
4.3 Descripción de la propuesta.....	18-20
5. Conclusiones.....	21-22
6. Referencias bibliográficas.....	22-24
7. Anexos.....	24-50



Resumen.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se han convertido en un estigma social. Una de las más conocidas, por su relación directa con el *Cáncer de Cuello Uterino* (CaCu) es el *Virus del Papiloma Humano* (VPH). Tras la noticia del diagnóstico, se dan una serie de situaciones estresantes que dependen de varios factores, entre ellos, el conocimiento previo de la enfermedad, sus consecuencias y la afectación en la vida de la mujer. Tras la búsqueda de intervenciones preventivas e informativas contra el VPH en España son escasos los resultados. La vacuna y el cribado citológico son los métodos de prevención y seguimiento utilizados para mujeres, incluso una vez infectadas. En este trabajo se presenta una propuesta de intervención destinado a mujeres portadoras del VPH. Se ha realizado un análisis de necesidades psicológicas, reclutando 8 mujeres portadoras del VPH y 8 profesionales de la salud relacionados con el virus, con el fin de identificarlas. Para cubrir estas necesidades, se ha elaborado un programa de intervención, cuyo objetivo es, disminuir el estrés en mujeres portadoras del VPH, a partir del entrenamiento en habilidades psicológicas para el manejo de la ansiedad, el aumento de la información de la parte biológica, emocional y psicológica del virus, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y comunicación, el fomento de la prevención y finalmente aportando una visión positiva frente al VPH.

Palabras clave: Virus Papiloma Humano, necesidades psicológicas, intervención psicológica, afrontamiento, conducta sexual, cambios psicológicos, cambios emocionales.

1. Introducción.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un grupo de enfermedades que se transmiten por vía sexual y que actualmente siguen creando un estigma social, debido al desconocimiento, miedo e inseguridad. El VIH, la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, la clamidia y la candidiasis, son las ITS más conocidas, siendo la del Virus del Papiloma Humano cada vez más conocida (VPH) (Carreño I, 2011).

Siguiendo a San José y García (2006), “la infección del VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes del mundo y con una asociación

causal muy particular principalmente con el cáncer de cuello uterino, el segundo cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial”.

El VPH incluye una familia de más de 80 virus diferentes, denominados así, porque ciertos tipos pueden causar verrugas en la piel, la boca y en el área genital. Diferentes tipos de VPH causan las verrugas comunes de las manos y los pies al igual que aquellas que se desarrollan en la boca y en el área genital. De estos 80 tipos, unos 30 pueden infectar el tracto genital y producir las verrugas genitales que se llaman también condilomas acuminados. Dos tipos de VPH, el número 6 y número 11, son los principales causantes del cáncer de cuello uterino.

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias más frecuentes y letales en las mujeres. Es evidente la importancia de la detección precoz del virus, ya que ésta implica un seguimiento preventivo y una alta probabilidad de reducir la aparición de cáncer de cuello uterino en la mujer portadora del VPH (Galceran, Marcos, Izquierdo y Borrás, 2006).

Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de la infección genital por VPH. La transmisión se produce por contactos sexuales y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el cuello uterino (zona de transición) y la línea pectínea del canal anal (San José y García, 2006).

Debido a que la mayoría de infecciones genitales con virus papiloma no presentan síntomas y millones de personas actualmente se encuentran infectadas, prevenir el virus papiloma es muy difícil (Ibáñez, Vargas, Galván y Martínez, 2008). En cuanto a las intervenciones o campañas preventivas e informativas contra el VPH llevadas a cabo actualmente en España, destaca como método preventivo la vacuna del VPH, incluye una porción del virus causante de la enfermedad que sin contener genes con potencial oncogénico, puedan transformar proteínas virales como E6 y E7. Esta vacuna está dirigida a niñas de edad escolar (de 10 a 12 años) antes de la iniciación de la actividad sexual, ya que, es una medida preventiva, pero no curativa se administra a las adolescentes, requiriendo dosis de recuerdo a los 10 ó 20 años, según protocolos. La vacuna es apta a partir de los 9 años de edad para la prevención de lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical. Es recomendable aplicarla a personas en edad reproductiva y sexualmente

activas, tanto hombres como a mujeres. Al igual que administrarla a pacientes previamente contagiados con VPH para evitar nuevos tipos o generar una mejor respuesta inmune evitando nuevas reinfecciones por el mismo tipo que ya posee (Ibáñez, et al., 2008).

Otros métodos preventivos utilizados, son el programa de cribado citológico o prueba de Papanicolaou, en mujeres con resultados positivos o ya diagnosticadas como portadoras del VPH, y el test del VPH, siendo éste más específico para la identificación de los tipos del virus

Sin embargo, una vez detectado el virus lo única opción es el seguimiento y la mejora de la salud del paciente desde un punto de vista médico y psicológico (Aranda, Márquez y Arteaga, 2003).

Según un estudio realizado por Meza, Carreño, Morales , Aranda , Sánchez y Espíndola (2011), esta patología afecta no sólo la parte biológica de quien la padece, si no que, también afecta a nivel psicológico y social de la persona, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, encontrando sentimientos de decepción, preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el temor a ser infectadas nuevamente, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta idea una fuente generadora de ansiedad.

El impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, causando reacciones emocionales comunes como enfado, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa, considerando que la adaptación a la enfermedad va ligada a una situación reactiva conocida como malestar psicológico, esto es, el conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso” (Meza et al. 2011).

Para las mujeres que acuden a una consulta ginecológica y se les informa su diagnóstico y sus consecuencias, el nivel del impacto tras la noticia es elevado. Depende entre otras razones, del conocimiento acerca del virus de la paciente y de cómo el profesional transmita la noticia. Que el profesional proporcione una argumentación lógica, junto a unos conceptos claros, pueden ser algunos de los determinantes en la representación de la enfermedad y la repercusión que ésta tenga

en la vida de la mujer. Por tanto, en consulta no sólo se trata de informar a las pacientes, sino de facilitar que éstas comprendan y acepten o asuman la información, viéndose afectada la representación de la enfermedad de cada una de ellas.

Cuando la mujer recibe el diagnóstico, se encuentra en una situación vital altamente estresante, lo cual, es crucial el estilo de afrontamiento que ésta adopte para manejar de forma adecuada el proceso de la enfermedad y adaptarse a ella con la mínima repercusión posible a su estado de salud física y mental.

En estudios sobre el impacto psicosocial de la prueba de ADN-VPH, mediante la realización de estudios cualitativo y cuantitativos y se ha encontrado que esta tiene diversos efectos adversos, como son la estigmatización, la ansiedad y las preocupaciones con respecto al compañero sexual (Wiesner, Acosta, Díaz, Tovy Salcedo, 2009).

Estudios realizados por Castro y Salazar (2001), Aranda (2010) Castro y Arellano (2010), afirman que las mujeres viven con vergüenza la realización de la prueba del VPH y revisiones ginecológicas, al ser examinada una parte del cuerpo vinculada a la sexualidad.

Tras la realización de un estudio realizado por León, Allen y Lazcano (2014), con el objetivo de explorar las necesidades de información y consejería de un grupo de mujeres al utilizar la prueba de VPH, obtuvo los siguientes los resultados: “durante el tamizaje, las mujeres recibieron escasa consejería; experimentaron angustia y confusión. Las usuarias de la prueba se mostraron interesadas en recibir información sobre el VPH y el cáncer cervical, el significado de sus resultados, los pasos que habrían de realizar en la atención, apoyo emocional e información vinculada con la transmisión sexual de VPH.” (29)

Según un estudio realizado por Castro y Arellano (2010), identificaron que los problemas por VPH, displasia o cáncer de cuello uterino influyen de manera diferencial entre las mujeres y su impacto va cambiando a medida que se entremezcla con otros asuntos de sus vidas, además de que se comparte la percepción de una relación incompatible entre estos diagnósticos y su vida sexual. Sin embargo, el tema es poco tratado por los médicos al atenderlas. Algunas de las entrevistadas sufrieron episodios de ansiedad y tomaron medidas que afectaron su vida, otras comprendieron que la

infección por VPH puede estar latente durante muchos años, y que no necesariamente se generó por alguna infidelidad de su pareja, pero su desconfianza persiste.

Las mujeres soportan una carga importante de ansiedad ante los resultados del cribado, se requiere tiempo y formación para manejar muchas situaciones citología, y su connotación especial, estar infectada por el VPH, el “virus del cáncer de cérvix”, además una “infección de transmisión sexual”, contribuyen en buena medida a esta carga de ansiedad. Hay relaciones de pareja que se resienten por estos diagnósticos, y en cualquier caso la noticia de ser VPH positiva puede ser muy estresante (Arribas, Cerezo y Baeyens, 2012).

A lo largo de estos últimos años el VPH y el cáncer de cérvix se han dado a conocer entre la sociedad española. Su investigación se ha centrado en parte científica vírica y biológica, siendo menor la intervención en la investigación de los aspectos psicológicos consecuentes del virus.

Dada la escasez de información acerca de intervenciones y campañas preventivas o informativas contra el VPH encontradas, se considera necesario intervenir, ya que, es una de las ITS más común entre mujeres, con una alta repercusión a nivel psicológico y social de quienes la sufren.

El objetivo de este trabajo es identificar las necesidades psicológicas de mujeres portadoras del VPH, con el fin de elaborar una propuesta de intervención que disminuya el estrés de las mujeres portadoras. Previamente se elabora un análisis de necesidades de mujeres portadoras del VPH.

3. Método

3.1 Detección de necesidades.

Para ello se diseñó un cuestionario que recogiera algunas de las variables que se ven afectadas por el virus, identificadas tras una búsqueda exhaustiva de trabajos previos. Se evaluaron las siguientes variables: psicoeducación, necesidades psicológicas, relaciones sexuales, entorno social, relación médico-paciente y afectación emocional.

El cuestionario constaba de 30 ítems destinado a mujeres que evaluaba las necesidades de éstas acerca del impacto tras el diagnóstico del virus (Anexo 2). Este mismo fue adaptado a un grupo de profesionales de la salud para comparar las

necesidades según las mujeres y las creencias que tienen los profesionales acerca de éstas (Anexo 3). En cuanto las respuestas del cuestionario se trata de una escala tipo *Likert*, cuyas puntuaciones oscilan de “0 nada” siendo la puntuación más baja, a “1 poco”, “2 moderado”, “3 bastante” hasta “4 mucho” siendo ésta la más alta.

Para obtener información acerca de los programas preventivos o informativos utilizados, y conocer de forma directa qué tipo de información reciben las mujeres portadoras del VPH, en el momento de su diagnóstico, se acudió a la Unidad de Planificación Sexual del Centro Médico “Las Acacias” de la localidad de Elda (Alicante) dónde se llevó a cabo una breve entrevista (Anexo 1.A) con el ginecólogo responsable de la unidad, del mismo modo se hizo en el Hospital General de Elda (Anexo 1.B) y en el Hospital de San Juan (Anexo 1.C).

Para la detección de necesidades psicológicas se reclutaron 8 mujeres portadoras del VPH de 27 a 50 años de edad de la localidad de Alicante, siendo 1 de las mujeres de Murcia. Por otro lado, se reclutaron 8 profesionales de la Salud que tenían contacto directo con estas pacientes, entre ellos, profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de San Juan (Alicante) y del Centro de de Planificación Familiar Las Acacias de Elda, un profesional y una enfermera del Área de Psicología-Sexología de la Unidad de Planificación Familiar de Elda.

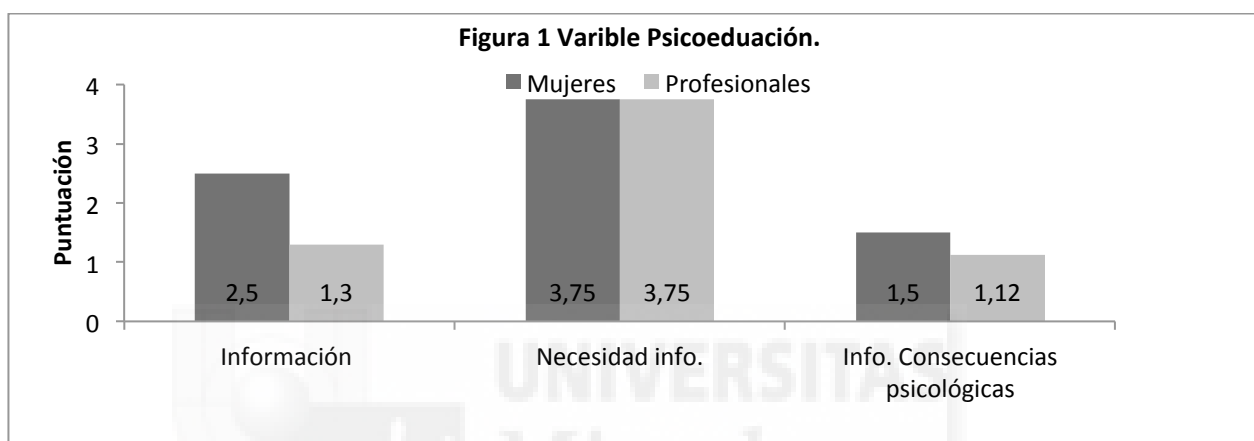
Para tres entrevistas se contó con dos de los ginecólogos de los centros anteriormente nombrados y con otro profesional de ginecología del Hospital General de Elda.

3.2 Resultados de la detección de necesidades.

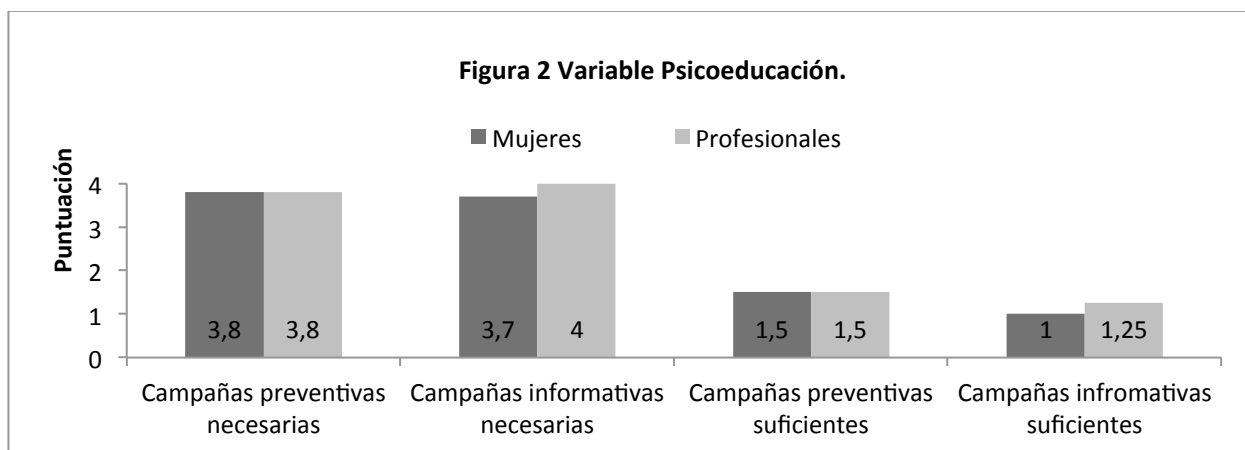
Para una mejor visualización de la detección de necesidades de mujeres portadoras del VPH y la opinión de los profesionales, nos disponemos a presentar los resultados conjuntamente, de tal modo que se compararán las necesidades de las 8 mujeres portadoras en contraposición a la opinión de los 8 profesionales de la salud.

Con respecto a la primera *variable psicoeducación*, el 50% de las mujeres portadoras del VPH poseían un nivel de información moderado, mientras que el 37.5% obtuvo puntuaciones más elevadas y el 12.5% puntuaciones bajas ($M=2.5$). Sin embargo el 62.5% de los profesionales consideraban que las mujeres poseían poca información, y el 37.5% un nivel moderado ($M=1.3$). Al preguntarles por las necesidades de una intervención informativa, tanto los profesionales como los pacientes coincidieron en

sus puntuaciones. Así el 75% la consideraban muy necesaria y el 25.5% bastante necesaria, ($M=3.75$). En cuanto a la información sobre las consecuencias psicológicas, la mitad de las mujeres portadoras aseguró poseer “poca” información, el 25% “bastante”, el 12.5% “moderadamente” y el resto, el 12.5% obtuvo la puntuación más baja, es decir, no poseía información ($M=1.5$). El 62.5% de los profesionales, consideraba que poseían “poca” información, el 25% con un nivel moderado y el 12.5% que no poseían “nada” de información ($M=1.12$). Este resultado se puede consultar en la Figura 1.

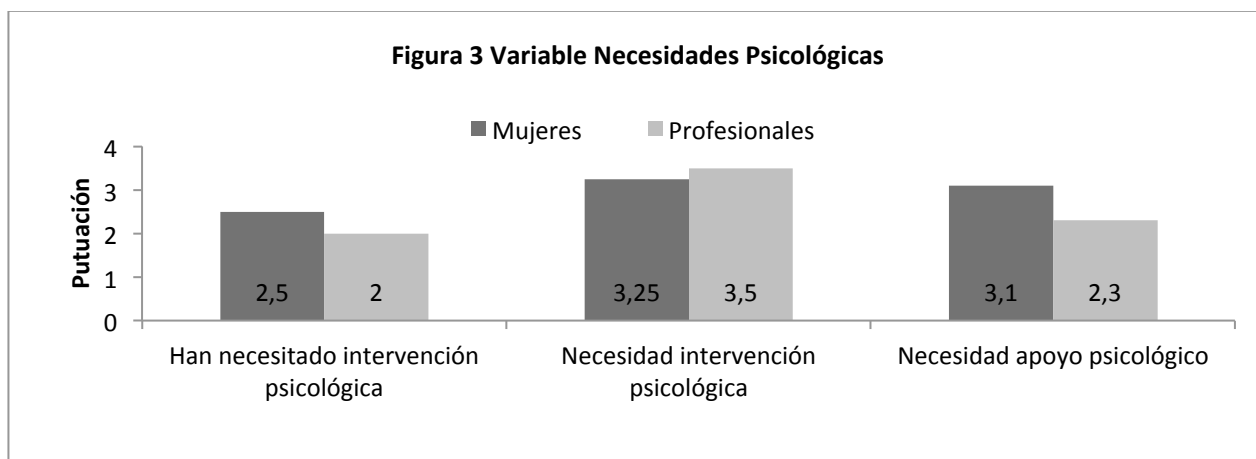


En cuanto a las campañas informativas realizadas en los Centros de Salud, el 87.5% de las mujeres encuestadas las consideraban muy necesarias, mientras que el 12.5% “bastante”, ($M=3.8$). Del mismo modo, el 87.5% de los profesionales las consideraba muy necesarias y el 12.5% puntuó “bastante”, con una media de puntuaciones ($M=3.8$). En cuanto a las campañas preventivas el 75% de las mujeres las consideraba muy necesarias, mientras que el 25% puntuó “bastante”, ($M=3.75$). En este caso, la mayoría de profesionales, exactamente el 87.5% las consideraba muy necesarias y el 12.5% “bastante” ($M=3.75$). En cuanto a si son, o, no suficientes las campañas preventivas llevadas a cabo hasta el momento, el 62.5% de las encuestadas obtuvieron puntuaciones bajas, el 25% puntuaciones moderadas y el 12.5% obtuvieron puntuaciones elevadas ($M=1.5$). El 62.5% de los profesionales las consideraba en un nivel moderado suficientes, el 25% “poco” y el 12.5% “nada” ($M=1.5$). El 100% de las mujeres encuestadas consideraba que las campañas informativas son “poco” suficientes. El 75% de profesionales obtuvo puntuaciones bajas y el 25% las consideraba suficientes con un nivel moderado ($M=1$). Véase Figura 2.



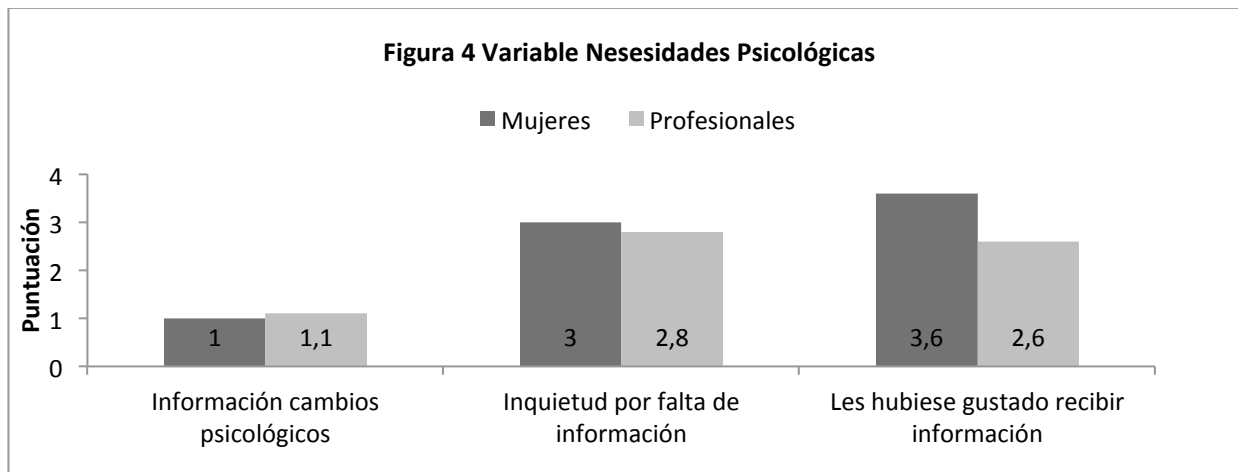
Los resultados obtenidos en la *variable necesidades psicológicas* hacían referencia a la estigmatización de las mujeres portadoras tras el diagnóstico. Los resultados mostraron que el 12.5% de estas mujeres necesitaron intervención psicológica a lo largo del transcurso de la enfermedad con un nivel elevado, el 37.5% lo necesitaron moderadamente y el 37.5% obtuvieron puntuaciones muy elevadas, el 12% restante obtuvo puntuaciones bajas ($M=2.5$). El 75% de los profesionales la consideraba “moderadamente” necesaria, el 12.5% “poco” y el otro 12.5% restante “bastante” necesaria, ($M=2$). El 100% de las encuestadas necesitaba intervención psicológica en el momento de la noticia del diagnóstico, exactamente el 50% obtuvo puntuaciones muy elevadas, el 37.5% puntuó “bastante” y el 25% puntuaciones de nivel moderado ($M=3.25$). Los profesionales estaban de acuerdo, puntuando el 50% elevado y el otro 50% muy elevado. ($M=3.5$).

Por otro lado, el 37.5% de las encuestadas, consideran muy necesario el apoyo psicológico tras la noticia del diagnóstico, el 37.5% lo consideraba bastante necesario y el 12.5% “moderadamente” ($M=3.1$). Puntuaciones similares obtuvieron los profesionales, el 62.5% “moderadamente” y el 37.5% lo consideraba “bastante” necesario ($M=2.37$). Véase Figura 3.



Las mujeres portadoras del VPH, puntuaron en general muy bajo en el ítem referente a la información obtenida acerca de los cambios psicológicos provocados tras el diagnóstico, exactamente un 75% contestó “poco”, el 12.5% “nada”, mientras que el otro 12.5% aseguró haber recibido esta información, por tanto la mayoría no recibieron esta información tras el diagnóstico, ($M=1$). El 62.5% de los profesionales consideraba que las pacientes habían recibido “poca” información, el 25% puntuó con un nivel moderado “moderadamente”, mientras que el 12,5% consideraba que no habían recibido información acerca de los cambios psicológicos provocados tras el diagnóstico ($M=1.1$).

A las mujeres afectadas, se les preguntó si les inquietó la sensación de no poseer información acerca del virus, se comprobó que el 100% había experimentado esa sensación, el 62.5% de las mujeres obtuvo puntuaciones bastante elevadas, el 25% muy elevadas y el 12.5% puntuaciones bajas ($M=3$). El 100% de los profesionales obtuvo puntuaciones de nuevo elevadas, es decir, creen que sí les incomoda y bastante en general, el 62.5% puntuó “bastante”, el 12.5% “mucho” y el 25% “moderadamente” ($M=2.8$). Cuando se les preguntó si les hubiese gustado recibir dicha información acerca de las consecuencias psicológicas tras recibir la noticia, el 62.5 % de las mujeres obtuvo puntuaciones muy elevadas y el 37.5% bastante elevadas ($M=3.6$). El 50% de los profesionales encuestados consideraban que les hubiese gustado recibir esta información a las pacientes con un nivel moderado, el 37,5% consideraba que “bastante” y que el 12,5% consideraba que les hubiese gustado “mucho” ($M=2.6$). Véase Figura 4.

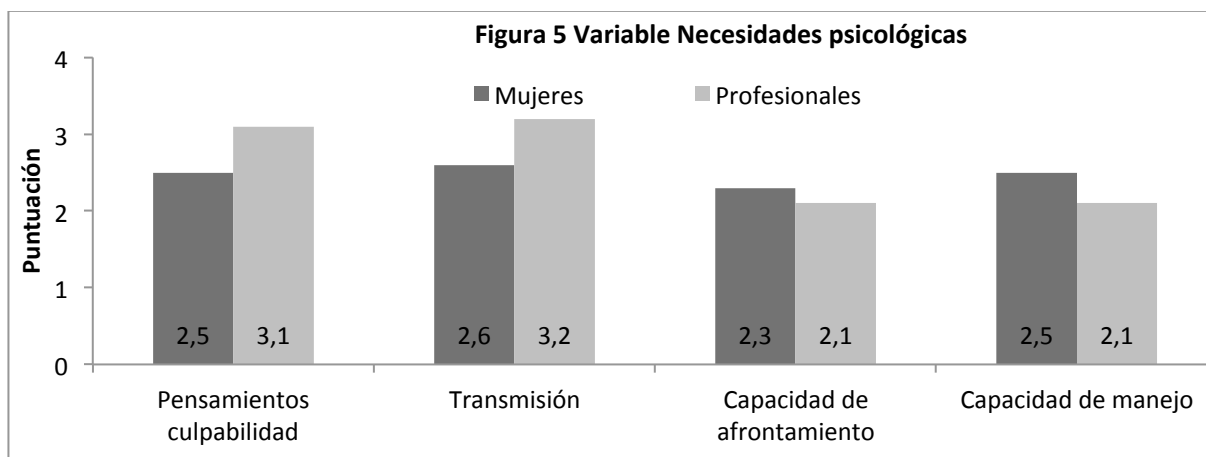


El 87,5 % de las encuestadas aseguraron haber tenido pensamientos de culpabilidad y el 12%,5 niega haberlos tenido, exactamente, el 37.5% puntuó muy elevado, el 25% bastante elevado, el 25% afirmó haber tenido este pensamiento en menor frecuencia puntuando bajo, destacando una encuestada que puntuó muy bajo, asegurando no haber tenido este pensamiento ($M=2.5$). Sin embargo, el 100% de los profesionales, consideraba que las mujeres portadoras del virus han tenido pensamientos de culpabilidad, en concreto un 37,5% puntúa “mucho”, otro 37,5% “bastante” y un 25% “moderadamente” ($M=3.1$).

La mayoría, exactamente el 87.5% de pacientes afirmó haber tenido pensamientos semejantes a “¿quién me lo habrá transmitido?”, mientras que un 12.5% no los tuvo ($M=2.6$), El 100% de profesionales creyó que las mujeres portadoras habían tenido pensamientos semejantes al anterior, el 50% de los encuestados “mucho”, un 37.5% “mucho” y un 12.5% “1 o poco” ($M=3.2$).

En cuanto a la capacidad de afrontar la situación tras el diagnóstico, un 100% de las mujeres portadoras del virus se consideró capaz habiendo diversidad entre sus puntuaciones, el 37.5% obtuvo puntuaciones con un nivel moderado, el 25% muy alto, el otro 25% bajo y el 12.5% puntuó “bastante” ($M=2.3$). El 100% de los profesionales consideró que las mujeres son capaces de afrontar la situación, la mayoría con puntuaciones de nivel moderado ($M=2.1$).

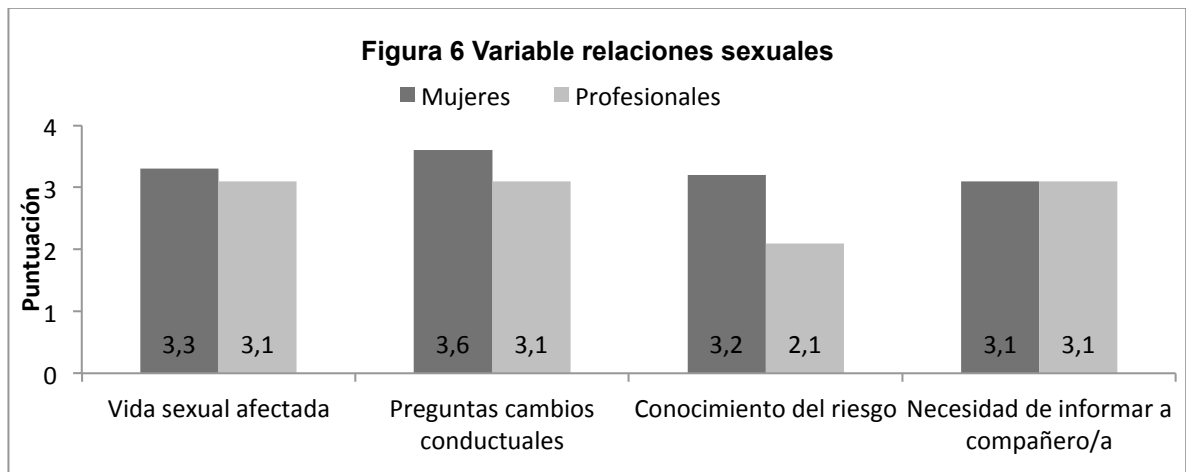
El 50% de la mujeres se consideró moderadamente capaz de manejar la situación de tal modo que el diagnóstico no afecte a sus vidas diarias, el 25% “muy capaz”, y un 12.5% “bastante” mientras que el resto, es decir, el otro 12.5% “poco capaz” ($M=2.5$). El 62.5% de los profesionales consideró que lo eran “moderadamente”, el 25% “bastante” y el 12.5% “poco”, ($M=2.1$). Véase Figura 5.



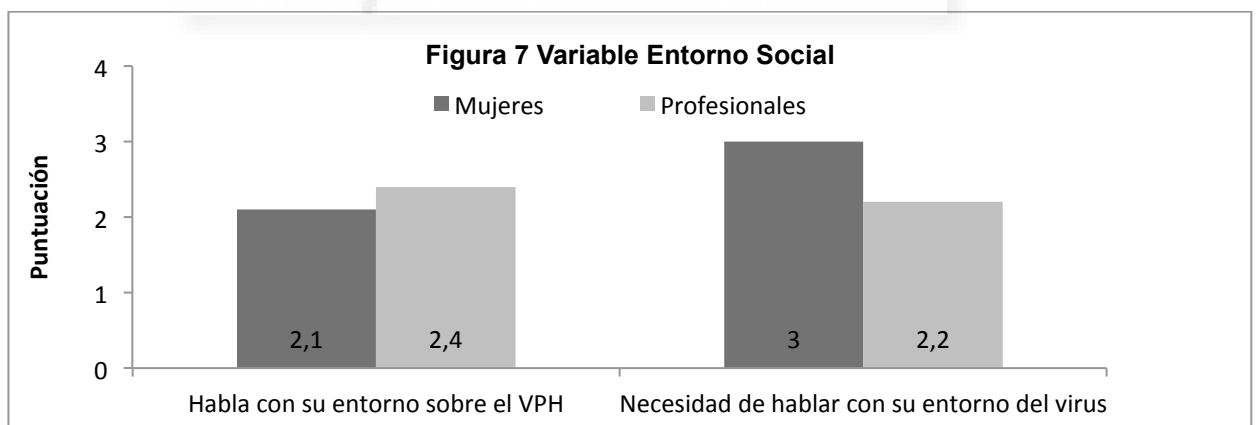
Los resultados obtenidos en la *variable relaciones sexuales*, representaba que la actividad sexual de las encuestadas se vio muy afectada tras el diagnóstico coincidiendo el 100% con puntuaciones muy elevadas, ($M=3.3$). El 37.5% de los profesionales consideró que la vida sexual de las mujeres portadoras se ha visto afectada “mucho”, el otro 37.5% contestó “bastante” y el 25% restante obtuvo puntuaciones de nivel moderado. ($M=3.1$).

En cuanto a si se habían cuestionado los cambios conductuales que debían realizar a nivel sexual, las puntuaciones fueron elevadas, el 75% de las encuestadas respondió la alternativa más elevada, obteniendo el resto puntuaciones de nivel moderado ($M=3.6$). El 50% de los profesionales consideró que las mujeres se habían realizado preguntas con puntuaciones bastante elevadas, el 37.5% muy elevadas y el 12.5% con un nivel moderado ($M=3.1$.)

En cuanto al conocimiento sobre el riesgo de la no utilización de medidas preventivas como el preservativo o condón vaginal, las encuestadas respondieron la mayoría con puntuaciones elevadas, el 50% “bastante”, el 37.5% “mucho” y el 12.5% “moderadamente”, ($M= 3.25$). Según los profesionales las mujeres sí conocen los riesgos, el 50% aseguró que lo conocían con un nivel moderado, el 37% “bastante” y el 12.5% consideró que no lo conocen, puntuando “nada”, ($M= 2,1$). El 50% de las pacientes consideró muy necesario informar a sus compañeros/as de relaciones sus diagnósticos, el 37.5% lo consideró bastante y el 12.5% no lo consideró necesario, ($M= 3.1$). El 37.5% de los profesionales también lo consideró muy necesario, el 50% “bastante” y el 12.5% moderadamente necesario ($M= 3.1$). Véase figura 6.



Con respecto a la *variable entorno social*, el 25% de las encuestadas solía hablar mucho con el suyo sobre el virus, el 12.5% lo hacía “bastante”, el otro 25% “moderadamente”, el otro 25% “poco” y el 12.5% restante “nada” ($M=2.1$). Los profesionales obtuvieron puntuaciones bajas, el 50% consideró que las mujeres hablaban “poco”, un 37.5% “moderadamente” y un 12.5% “nada”, ($M=1.25$). Sin embargo, el 100% de las mujeres lo consideraban necesario, el 37.5% obtuvo puntuaciones muy elevadas, el 25% puntuó “bastante” y el 37.5% lo consideraba moderadamente necesario ($M= 3$). Por otro lado, el 37.5% de los profesionales consideró que lo necesitaban “bastante”, el 50% “moderadamente” y el 12.5% “poco”, ($M=2.25$). Véase figura 7.

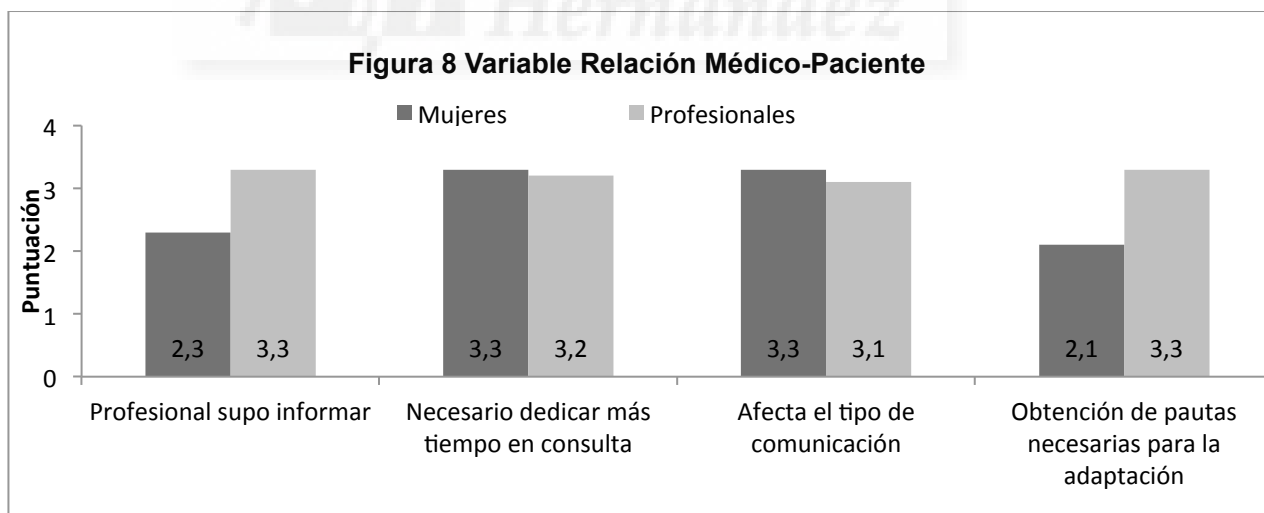


En la *variable relación médico-paciente*, los resultados mostraron una alta diversidad entre sus puntuaciones, el 25% de las mujeres consideró que el profesional supo ofrecerle la información necesaria acerca del virus en gran medida, puntuando “mucho”, el 25% “bastante”, otro 25% “moderadamente”, un 12.5% “poco” y el otro 12.5% “nada” ($M= 2.3$). En este caso el 50% de los profesionales, siendo ellos mismos quienes dieron la información, consideró que supo ofrecerla obteniendo puntuaciones

muy elevadas, el 37.5% respondió que supo ofrecerla “bastante” y el 12.5% restante obtuvo puntuaciones moderadas, ($M=3.3$).

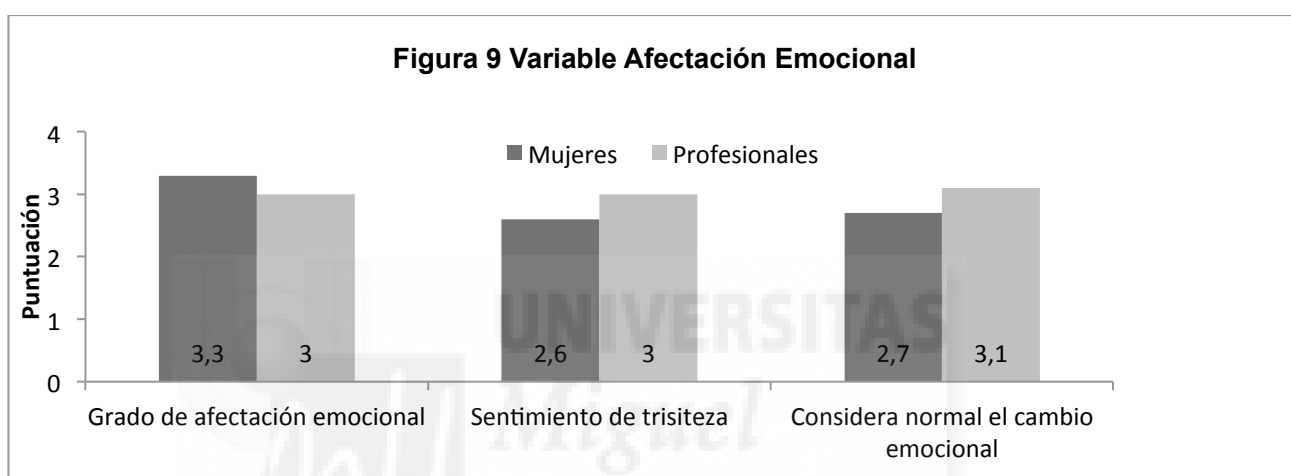
El 100% de las encuestadas consideró necesario que los profesionales le dedicasen más tiempo en consulta para resolverles dudas, el 62.5 obtuvo puntuaciones elevadas y el 37.5% muy elevadas, considerándolo muy importante, ($M=3.3$). El 50% de los profesionales lo consideraban “bastante” necesario, el 37.5% muy necesario y el 12.5% moderadamente necesario, ($M=3.25$).

Con respecto a la relación con el profesional, al 50% de las mujeres portadoras del VPH, les afectó en gran medida el modo de comunicarles la noticia del diagnóstico, al 37.5% “bastante” y al 12.5% le afectó moderadamente ($M= 3.3$). El 50% de los profesionales consideró que les afectaba “mucho”, el 12.5% “bastante”, el 12.5% “moderadamente” y el otro 12.5% “poco” ($M=3.1$). El 37.5% de las mujeres encuestadas, consideró que por parte del profesional habían obtenido las pautas necesarias para una correcta adaptación a la enfermedad respondiendo con puntuaciones de nivel moderado, el 25% contestó “bastante”, el 12.5% “mucho”, otro 12.5% “poco” y el otro 12.5% “nada”, ($M= 2.12$). El 50% de los profesionales consideró que las mujeres sí habían obtenido estas pautas, respondiendo “mucho”, el 37.5% “bastante” y un 12.5% “moderadamente”, ($M=3.37$).



Los resultados de la *variable afectación emocional*, indicaron que el 100% de las mujeres se vieron afectadas emocionalmente, el 50% obtuvo puntuaciones muy elevadas, el 37.5% “bastante” y un 12.5% de nivel moderado ($M=3.37$). Los profesionales consideraron con un 75% que las emociones de las mujeres portadoras se vieron bastante afectadas, el 12% respondió “mucho” y el 12.5% restante obtuvo puntuaciones de nivel moderado ($M=3$). El 37.5% de mujeres encuestadas, indicaron

que habían tenido bastantes sentimientos de tristeza, el 25% los tuvo “mucho” y el otro 25% “moderadamente”, ($M=2.6$). El 50% de profesionales consideró que las mujeres se sentían “bastante” tristes, el 25% “moderadamente” y el otro 25% puntuó elevado respondiendo en el ítem la puntuación más alta ($M= 3$). En general, las mujeres portadoras del VPH, consideran que este cambio emocional es normal tras el diagnóstico, el 50% considera que es “moderadamente” normal, un 25% que lo es “bastante” y otro 25% que lo es “mucho”, $M=2.7$. Por último, lo profesionales también consideran normal el cambio emocional en estas mujeres, el 62.5% lo considera “bastante” normal, un 25% lo considera “mucho” y un 12.5% “moderadamente”, $M=3.1$.



Finalmente, en las entrevistas realizadas a 3 ginecólogos, se obtuvo la siguiente información: según dos de los ginecólogos, en el momento del diagnóstico, las mujeres portadoras del virus recibieron información explícita sobre las consecuencias del virus e haciendo hincapié en que se les proporcionó información solamente de lo que es un carcinoma (verruca genital) y de los tipos de virus existentes, por otro lado la ginecóloga entrevistada aseguró proporcionar información específica, cómo se adquiere, su posible evolución y las consecuencias, explicando el tratamiento y el seguimiento en caso de enfermedades ya premalignas o malignas, aconsejando medidas preventivas como el preservativo, dejar de fumar y dejar la anticoncepción hormonal. Como métodos o programas preventivos e informativos afirmaron que actualmente existe la vacuna del VPH y el programa de cribado, las revisiones periódicas según el tipo de diagnóstico de la mujer portadora del VPH. Todos coincidiendo en la inexistencia del conocimiento sobre programas informativos y preventivos.

La encuesta realizada es una aproximación de las necesidades de mujeres portadoras del VPH. Se trata de pacientes diagnosticadas con un tiempo transcurrido de más de un año incluso llegando hasta los 13 años desde su diagnóstico, con edades comprendidas entre 27 a 50 años. Así mismo, se ha recogido la opinión de profesionales, habiendo una diferencia de edad considerable entre una de las profesionales con 27 años de edad, siendo de 39 a 59 años las edades del resto de profesionales. A pesar de que la muestra es relativamente pequeña, aporta información relevante acerca de las necesidades de mujeres diagnosticadas del VPH, apoyadas en la mayoría de casos con las opiniones de los profesionales.

Los datos obtenidos por ambos grupos, indican la falta en la información que se tiene acerca del virus. En cuanto a las medidas preventivas e informativas llevadas a cabo hasta el momento, son igualmente insuficientes, considerándose para ambos grupos muy necesarias, se comprueba la información recabada mostrando la escasez de intervenciones informativas y preventivas sobre el VPH.

Por otro lado, los datos informan de la necesidad de apoyo psicológico en el momento de la noticia del diagnóstico, se comprueba que las mujeres reciben poca información acerca de los cambios psicológicos, coincidiendo en las puntuaciones de nuevo mujeres portadoras y profesionales.

Existe una inquietud causada por la falta de información y por tanto a todas las mujeres les hubiese gustado recibir información. Se comprueba de nuevo, que al darse una serie de cambios psicológicos en las mujeres como ansiedad y depresión, éstas necesitan esa atención e información en el momento del diagnóstico. Este es uno de los casos donde los profesionales obtienen puntuaciones más bajas, es decir, consideran en menor medida que las mujeres sienten inquietud por la falta de información e igualmente consideran que les hubiese gustado recibir información acerca de las consecuencias psicológicas pero en menor medida según la puntuación de éstas.

Las mujeres se consideran moderadamente capaces de afrontar la situación tras el diagnóstico, mientras que los profesionales creen que éstas también lo son, pero en menor medida, habiendo de nuevo diferencias entre las opiniones de cada grupo.

Por otro lado, la vida sexual de las mujeres se ve afectada, junto a la estigmatización y las preocupaciones con respecto al compañero sexual, afectando sus vidas en pareja en el

caso de que las tengan o dando lugar a pensar quién les habrá transmitido el virus, coincidiendo con los profesionales y apoyado por el estudio de Castro-Vásquez y los autores Wiesner, Acosta, Díaz, Tovar Salcedo, (2009). Respecto al conocimiento sobre conductas sexuales de riesgo los profesionales creen que las mujeres lo tienen en menor medida según éstas.

Las mujeres no suelen hablar con su entorno sobre el virus a pesar de que lo ven muy necesario, sin embargo los profesionales no lo consideran tan necesario como ellas.

Las pacientes afirman que la relación con el profesional puede verse afectada dependiendo del modo en que éste les comunique los resultados. Por lo tanto, las pacientes quedarán o no satisfechas con la información recibida, dependiendo del estilo comunicativo, de la calidad y cantidad de información facilitada.

En los resultados, queda reflejada por parte de las mujeres portadoras, la falta de información proporcionada por los profesionales acerca de las pautas necesarias para la adaptación a la enfermedad, considerando éstos lo contrario.

En cuando a las entrevistas realizadas, una de las profesionales, aporta una alta cantidad de información a sus pacientes sobre el virus, proporcionándoles y aconsejándoles otras alternativas informativas, pero esto depende del profesional, ya que en las otras dos entrevistas la información es más escueta y a las pacientes no se le proporciona toda esa información además de dedicarle menos tiempo en consulta.

A partir de estos datos se realiza una propuesta de intervención, donde las necesidades de las mujeres portadoras quedarán cubiertas, con la intención de reducir el nivel de estrés provocado en éstas.

4. Propuesta de intervención.

4.1 Objetivos.

El **objetivo general** de la propuesta de intervención es:

- Disminuir el estrés en mujeres portadoras del VPH a través de un programa de intervención. Compuesto por una fase educativa, psicoeducativa, de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y comunicación, y una fase final de habituación a la enfermedad.

Los **objetivos específicos** son:

- Recibir la información necesaria acerca del VPH, identificando la más relevante.

- Conocer las emociones derivadas tras la noticia del diagnóstico.
- Obtener información sobre las consecuencias psicológicas del VPH.
- Disminuir la estigmatización causada por el VPH en las mujeres.
- Manejar la ansiedad y aprender técnicas para el control de la activación.
- Aumentar la capacidad de afrontamiento frente a la enfermedad.
- Reconocer las conductas sexuales de riesgo.
- Hablar abiertamente del VPH con su entorno social.
- Fomentar la prevención terciaria en mujeres portadoras del VPH.
- Tener una actitud positiva frente al VPH.

4.2 Metodología.

El programa de intervención que se presenta a continuación se realizó con la información procedente de la búsqueda de trabajos previos, la información recogida tras las entrevistas y los resultados de ambos cuestionarios, con el objetivo de disminuir el estrés en mujeres portadoras del VPH.

Se diseñó un programa de intervención que consta de 10 sesiones, las cuales se realizan con una periodicidad semanal. En estas 10 sesiones se proporciona la información necesaria acerca del virus, técnicas para el manejo de la ansiedad, conocimientos de las emociones derivadas tras el impacto de la noticia, información sobre las consecuencias psicológicas, técnicas para disminuir la estigmatización, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, información sobre las conductas sexuales de riesgo, entrenamiento en habilidades de comunicación, fomentar la prevención secundaria y terciaria y finalmente conocimientos para tener una actitud positiva frente al VPH.

Para evaluar la efectividad del programa de intervención en las mujeres portadoras se administrarán dos cuestionarios al inicio y al final de la intervención. Para comprobar estado emocional y así comprobar el estrés en las mujeres portadoras será administrada “La Escala de Afecto Positivo y Negativo” (PANAS) (Watson et al., 1988) se compone de dos factores de 10 ítems diseñados para medir el afecto positivo y negativo. Los ítems poseen un formato tipo *Likert* con un rango de 4 puntos, variando de 0 (muy ligeramente o nada en absoluto) a 4 (extremadamente). Las estimaciones

de la consistencia interna varían de 0.86 a 0.90 para la escala del Afecto Positivo; y de 0.84 a 0.87 para la del Negativo (Watson et al., 1988). Por otro lado, se utilizará el “General Health Questionnaire” (GHQ-12) siendo un instrumento de cribado que tiene como objetivo detectar la morbilidad psicológica de posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Golberg y Williams, 1988). El GHQ-12 está formado por 12 ítems que pueden ser analizados a través de 3 puntuaciones: a) Escala *Likert*: los ítems son valorados según una escala de puntuación ordinal, b) GHQ: los ítems se valoran a partir de una puntuación dicotómica, y c) C-GHQ los 6 ítems negativos y positivos como este último índice intenta destacar casos crónicos. Es de fácil administración, con una elevada consistencia interna en población general según resultados de su aplicación, (coeficiente alfa de Cronbrach = 0.86).

La duración prevista de cada sesión, dependerá de sus contenidos, oscilando cada una entre 1 hora y 30 minutos y 2 horas como tiempo máximo. El programa está diseñado para un número 8 mujeres portadoras del VPH, siendo posible aumentarlo a 10 participantes como máximo.

Tendrá lugar en una sala habilitada para unas 10 personas, para poder utilizar el material necesario con facilidad. Los materiales necesarios para llevar a cabo las sesiones son: un ordenador, proyector, conexión a internet, música relajante, 10 esterillas para las técnicas de relajación, 10 sillas y 10 mesas.

En la primera sesión se hará una presentación de las participantes y la responsable, explicándoles el objetivo del programa. Al inicio de cada sesión se hará un breve resumen de lo visto en la anterior, en las 10 sesiones se tratará de solventar las decadencias encontradas, por tanto cada una de ellas trata cubrir las necesidades encontradas en los resultados. Al finalizar cada sesión, se hará con técnicas de relajación y una despedida y cierre de la misma. Cada una de las sesiones pertenece a una fase:

Fase de primer contacto y educativa	Sesión 1.
Fase psicoeducativa	Sesiones 2, 3, 4, 5
Fase de entrenamiento en habilidades de afrontamiento	Sesión 6
Fase en entrenamiento en habilidades de comunicación	Sesión 8
Fase informativa y educativa	Sesión 7 y 9
Fase final y generalización	Sesión 10

4.3 Descripción de la propuesta.

FASE	OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	DURACIÓN
PRIMER CONTACTO Y EDUCATIVA	<p align="center">Sesión 1 (Anexo 4)</p> <p>Recibir la información necesaria acerca del VPH.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la intervención: nombre, tipo de diagnóstico y tiempo. 2. Ronda de opiniones sobre las expectativas tras la participación en la intervención de cada mujer. 3. Clase informativa: origen y consecuencias biológicas del VPH. 4. Mitos y verdades del VPH. 5. Explicación general sobre la finalidad de la intervención. 6. Tiempo de las dudas surgidas tras recibir la información. 7. Despedida y cierre de la sesión. 	1 hora y 30 minutos
PSICOEDUCATIVA	<p align="center">Sesión 2 (Anexo 5)</p> <p>Manejar la ansiedad y aprender técnicas para el control de la activación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen sobre la sesión anterior. 2. Técnica conductual: exposición en la preocupación. 3. Técnicas para el control de la activación, ¿para qué sirven? 4. RP Jacobson. 5. Técnica de relajación: La respiración. 6. Despedida y cierre de la sesión. 	1 hora y 40 minutos
	<p align="center">Sesión 3 (Anexo 6)</p> <p>Conocer las emociones derivadas tras la noticia del diagnóstico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen de lo visto en la sesión anterior. 2. ¿Qué son las emociones? Y ¿Cómo nos afectan? 3. ¿Cuáles son las emociones básicas? Y ¿Para qué sirven? 4. La normalidad de sentirse triste. 5. Contar una experiencia relacionada con las emociones y el transcurso de la enfermedad. 6. Relajación. 7. Despedida y cierre de la sesión. 	1 hora y 30 minutos
	<p align="center">Sesión 4 (Anexo 7)</p> <p>Obtener información sobre las consecuencias psicológicas del VPH.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breve resumen de lo visto en la sesión anterior. 2. Clase informativa: Consecuencias psicológicas del VPH. 3. Ansiedad y depresión. 4. Tiempo de las dudas surgidas tras recibir la información. 5. Relajación. 6. Despedida y cierre de la sesión. 	1 hora y 30 minutos
	<p align="center">Sesión 5 (Anexo 8)</p> <p>Disminuir la estigmatización causada por el VPH en las mujeres.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen de lo visto anteriormente. 2. Definición de estigma. 3. Vergüenza y culpabilidad, ¿Quién me lo ha transmitido? 4. Relajación. 5. Despedida y cierre. 	1 hora y 30 minutos

Tabla 1.1 Programa de intervención.

FASE	OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	DURACIÓN
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	<p>Sesión 6 (Anexo 8)</p> <p>Aumentar la capacidad de afrontamiento de las mujeres portadoras del VPH.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen sobre la sesión anterior. 2. ¿Qué son los estilos y estrategias de Afrontamiento? 3. ¿Cómo utilizarlas en esta situación? 4. Relajación. 5. Despedida y cierre. 	1 hora y 40 minutos
INFORMATIVA Y EDUCATIVA	<p>Sesión 7 (Anexo 9)</p> <p>Conocer las conductas sexuales de riesgo del VPH.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen sobre la sesión anterior. 2. Explicar importancia y las formas de contagio del virus. 3. Métodos de protección sexual y factores de riesgo. 4. ¿Por qué comunicarlo al compañero/a de relaciones sexuales? 5. Dudas y preguntas acerca de las conductas de riesgo. 6. Relajación. 7. Despedida y cierre de la sesión. 	1 hora y 40 minutos
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	<p>Sesión 8 (Anexo 10)</p> <p>Hablar abiertamente del VPH con su entorno social.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen de la sesión anterior. 2. Entrenamiento en habilidades sociales de comunicación. 3. Como iniciar una conversación: role-playing. 5. Relajación. 6. Despedida y cierre de la sesión 	2 horas
INFORMATIVA Y EDUCATIVA	<p>Sesión 9 (Anexo 11)</p> <p>Fomentar la prevención secundaria y terciaria en mujeres portadoras del VPH.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen de la sesión anterior 2. ¿Qué es la prevención terciaria? y ¿Para qué sirve? 3. ¿Cómo afecta la relación medico paciente? 4. Como mejorar la relación medico paciente: ¿Cómo expresarnos? 5. Relajación. 6. Despedida y cierre de la sesión 	1 hora y 30 minutos
FINAL Y GENERALIZACIÓN	<p>Sesión 10 (Anexo 11)</p> <p>Tener una actitud positiva frente al VPH.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumen de la sesión anterior 2. Como afecta la actitud negativa. El estrés y nuestro sistema inmunológico. 3. Una vida sana y su relación con el buen pronóstico del virus. 4. Relajación. 5. Despedida del programa de intervención. 	1 hora y 30 minutos

Tabla 1.2 Programa de intervención.

5. Conclusiones

El VPH es una de las ETS más comunes entre las mujeres de esta nueva sociedad. La información acerca del virus es escasa, sus consecuencias y la relación causal con el cáncer de cuello uterino es más que evidente. Sin embargo, y a pesar de ser una de las ITS más aversivas y con mayores consecuencias después de VIH, no está planteada como una amenaza actualmente en la sociedad. Se podría evitar su contagio o al menos ejercer un control de la transmisión de virus a través de campañas preventivas en edades tempranas tanto a niñas como niños.

Los métodos preventivos llevados a cabo hasta el momento son necesarios para evitar consecuencias malignas y en los casos de las adolescentes, evitar que el virus se apodere de sus cuerpos y afecte a su sistema inmunológico causando lesiones precancerosas.

Por tanto, la vacuna como método preventivo es más que necesaria, existiendo la posibilidad de ser acompañada de intervenciones preventivas e informativas, a los diferentes colectivos que el VPH afecta, con el fin de disminuir el estrés en pacientes portadores del VPH. Dejando un frente abierto para la investigación sobre la influencia de este tipo de intervenciones, en población de riesgo incluyendo a las mujeres ya portadoras del virus. Para ello es necesario poner en práctica y comenzar desde una base consistente donde la información sea la protagonista, con intervenciones de prevención e información del VPH.

Tras la búsqueda de estas intervenciones, se encuentra que sí ha habido intervenciones informativas, lo hacen desde las unidades de ginecología pero depende de las comunidades y desde hace tiempo son inexistentes, centrándose en el método preventivo de la vacuna y el programa de cribado para mujeres ya infectadas de VPH.

En el momento de la noticia del diagnóstico cuando empieza todo un camino en la mujer diagnosticada del VPH, y un momento crucial para esa mujeres es, el cómo se le da esa información, cómo se le trata, se escucha y se atienden sus dudas.

Respecto a la estigmatización social, es evidente el desconocimiento que existe en el país, por tanto el ser portadora del VPH, que ya es una ITS poco conocida o tabú, la mujer se encuentra, con dudas, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, con rumiaciones sobre las graves consecuencias, afectando a su relación de pareja, si existe, y por tanto con inconvenientes para hablar libremente del virus con su entorno. Los resultados encontrados en el estudio dan lugar al planteamiento, de programas de intervención, por tanto nos plantea, ¿sería posible cubrir las necesidades

psicológicas de las mujeres portadoras del VPH con programas de intervención, en paralelo con las intervenciones preventivas ya utilizadas?

Para concluir, es evidente el largo camino que queda por recorrer desde el área psicológica, en cuanto a la investigación y la aplicación de futuros estudios acerca de las necesidades que provoca el VPH en mujeres portadoras. Puede ser, que sea necesaria la demanda por parte de estas mujeres, y por tanto exista la actuación de los medios de comunicación

6. Referencias bibliográficas

- Aranda, P. (2010). Los motivos de la desidia. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino. *Hermosillo, El Colegio de Sonora*. Recuperado en: http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/25/25_10.pdf
- Arellano, G. y Castro, V. (2012). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo. *Revista Estudios Sociales*, 42, 263-266. Recuperado en: http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/25/25_10.pdf
- Arribas, M. Cerezo, S. y Baeyens, F. (2013). Nuevos programa de cribado basados en hpv, ¿poblacional/oportunista? Recuperado en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_gine_10_nuevos_programa_de_cribado_basados_en_hpv._poblacional_oportunista.pdf
- Bones, K., Pérez, K., Rodriguez, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2010). Propiedades psicométricas del instrumento de cribado General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Infocop Online*, 1-4.
- Galceran, P., Marcos, G., Izquierdo, F. y Borràs, B. (2006). Carcinoma invasor y lesiones premalignas del cuello uterino en los registros poblacionales: utilidad y limitaciones. De San José M. y García G (Eds). *Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención*, 15-27. España: EMISA. Recuperado en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>
- De San José, M. y García, G. (2006). Epidemiología de las infecciones por virus del papiloma humano (VPH): riesgo de carcinoma cérvico-uterino y de otros tumores ano-genitales. Nuevas opciones preventivas. *Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención*. 31-48. España: EMISA. Recuperado en:

<http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>

Carreño, I. (2011). Salud en familia.es. Recuperado en

<http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=418>

Castro, M. y Arellano, G. (2010) Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Revista Salud Pública de México*. 52, 207-212. Recuperado en: http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/25/25_10.pdf

Castro, M. y Salazar, G. (2001). Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino: un estudio en Hermosillo, Sonora. *Revista El Colegio de Sonora*, 230.

Cruzado, J. y Labrador F. (2000). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Revista Cáncer*, 14, 63-82.

Costa, P. & McCrae, R. (1985). The NEO Personality Inventory Manual. *Psychological Assessment Resources*. Odessa

Da-Silva, M. (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca de ser portadoras del VPH. *Revista Ginecología Obstetricia México*, 531-536.

García, M., Joffre, V., Martínez, P., Llanes C., Reyes C. y Martínez S. (2011). Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. *Revista Argentina Neuropsiquiátrica, Alcmeon*, 17(1), 64-73. Recuperado en: http://www.alcmeon.com.ar/17/06_maldonado_uterino.pdf

Gómez G, y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista mexicana de neurociencia*, 7, 30-38. Recuperado en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-05.pdf>

León, M., Allen, L. y Lazcano, P. (2014). Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud pública México*, 56(5), 12-59. Recuperado en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342014000500019&script=sci_arttext

Morrison, K. (2006). Romper el ciclo: estigma, discriminación, estigma interno y VIH. Washington, *Revista Policy Projec*, 3-19. Recuperado en: <http://www.ciad.mx/archivos/revista-eletronica/RES42/Arellano13.pdf>

Sandín, B., Chorot, L., Lostao, T., Joiner, M., Santed y Valiente, B. (1999). Escalas panas de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural, *Psicothema*. 11(1).

Watson, D., Clark, I y G. Carey (1988). Positive and Negative Affectivity and Their Relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3).

Wiesner, C., Acosta P., Díaz. D, Tovar M. y Salcedo F. (2011). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio An Exploratory Study of the Psychological and Social Effects of the Human Papilloma *Virus Test*. Recuperado en <http://www.elsevier.es>

7. Anexos

Anexo 1.A

Entrevista

Centro: Centro de Salud Las Acacias.

Localidad: Elda (Alicante)

Edad: 56

1. ¿Cuándo se comunica el diagnóstico a una paciente portadora de VPH que tipo de información se lleva a cabo?

- Se le da una explicación sobre el carcinoma solamente, de los tipos de virus que hay y de las ventajas de ponerse la vacuna.

2. ¿Conoce si existe algún tipo de intervención informativa sobre el VPH en la localidad?

- No, que yo conozca actualmente.

3. ¿Conoce algún tipo de intervención preventiva contra el VPH?

- La única que se lleva a cabo es la vacuna del VPH, que damos la posibilidad de poner las dosis en el mismo centro trayéndola la paciente.

Anexo 1.B

Entrevista

Centro: Hospital General de Elda.

Localidad: Elda (Alicante).

Edad: 62

1. Cuando se le comunica el diagnóstico a una paciente portadora de VPH, ¿qué tipo de información se le da?

En primer lugar se le informa sobre las consecuencias del virus, es decir, de los condilomas y los tipos de virus existentes, después de los seguimientos que debe hacer, que son en un principio cada 6 meses.

2. ¿Conoce si existe algún tipo de intervención informativa contra el VPH?

Antes sí que lo había en planificación Familiar, ahora hace tiempo que no hay campañas informativas.

3. ¿Conoce algún tipo de intervención preventiva contra el VPH?

Las únicas intervenciones preventivas que se realizan desde este hospital es el programa de cribado citológico para las mujeres portadoras.

Anexo 1.C

Entrevista

Centro: Hospital de San Juan. Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Localidad: Alicante.

Edad: 60 años.

1. Cuando se comunica el diagnóstico a una paciente portadora de VPH ¿qué tipo de información se lleva a cabo?

Siempre intento dar la máxima y más actualizada información posible. Qué es el VPH, cómo se adquiere, como puede evolucionar (desaparecer/aclararse la infección en la mayoría de situaciones, permanecer sin consecuencias o bien permanecer y ser agente casual de enfermedades premalignas y malignas). En caso de enfermedades ya premalignas o malignas explico tratamiento, seguimiento. Aconsejo medidas preventivas como el preservativo, dejar de fumar y dejar la anticoncepción hormonal, Siempre seguimiento hasta la desaparición del VPH y también después que este ya no esté.

Intento que se entienda que es una infección muy frecuente y que la gran mayoría de las veces se supera, pero que hay que estar atentos hasta que esto se produce y aún después. Muchas pacientes y muchas situaciones diferentes en las que intento aclarar sin alarmar aunque esto no siempre es posible.

2. ¿Conoce si existe algún tipo de intervención informativa contra el VPH?

Utilizamos folletos, aunque no siempre, y aconsejamos algunas páginas web con información de buena calidad. A nivel institucional ocasionalmente carteles y algún folleto en primaria. Campaña para vacunación en adolescentes, antes de inicio de las relaciones sexuales como mejor medio de prevención contra los más frecuentes HPV relacionados con Cáncer cérvix, etc. Campaña de utilización de preservativo para evitar o minimizar no solo los embarazos no deseados sino también las ITS y entre ellas la infección por HPV. Actualmente también se aconseja la vacunación en mujeres tratadas por lesiones premalignas causadas por HPV como una forma de evitar nueva reinfección.

La información preventiva creo que no es suficiente y que no llega a los colectivos más vulnerables.

3. ¿Conoce algún tipo de intervención preventiva contra el VPH?

Lo comentado arriba sobre la vacuna y preservativo (prevención primaria).
Recomendar revisiones periódicas siguiendo los protocolos actuales de prevención secundaria.

ANEXO 2

ENCUESTA DE NECESIDADES DE MUJERES PORTADORAS DEL VPH.

Universidad Miguel Hernández de Elche, 2014-2015.

EDAD: SEXO: LOCALIDAD: TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO:

A continuación le presentamos una encuesta cuya finalidad es medir las necesidades que surgen en mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano. Le aseguramos que se trata de una encuesta totalmente anónima y confidencial. Tendrá que responder con total sinceridad, señalando con una X la casilla con el número que elija. Deberá puntuar del 0 al 4, dónde 0 es la puntuación más baja y 4 la más alta. Le agradecemos su colaboración.

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho

A continuación le mostramos un ejemplo:

0.	¿En qué grado considera importante una adecuada información del virus?	0	1	2	3	4
----	--	---	---	---	--------------	---

		Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho
1.	¿En qué grado posee información acerca del Virus del Papiloma Humano?	0	1	2	3	4

2.	¿Considera necesaria una intervención informativa acerca del virus?	0	1	2	3	4
3.	¿En qué grado posee información acerca de las consecuencias psicológicas del virus?	0	1	2	3	4
4.	Respecto a las campañas informativas del VPH en los Centros de Salud, ¿en qué grado las considera necesarias?	0	1	2	3	4
5.	Respecto a las campañas preventivas en los Centros de Salud, ¿en qué grado las considera necesarias?	0	1	2	3	4
6.	¿En qué medida considera suficientes las intervenciones preventivas del VPH llevadas a cabo hasta la actualidad?	0	1	2	3	4
7.	¿En qué grado considera que son suficientes las intervenciones informativas hasta ahora llevadas a cabo respecto el VPH?	0	1	2	3	4
8.	¿En qué grado ha necesitado intervención psicológica lo largo del transcurso de la enfermedad?	0	1	2	3	4
9.	¿En qué grado cree que es necesaria la intervención psicológica en el momento de la noticia de su diagnóstico?	0	1	2	3	4
10.	En cuanto al apoyo psicológico, ¿en qué medida lo considera necesario tras la noticia del diagnóstico?	0	1	2	3	4
11.	¿En qué grado considera que ha obtenido toda la información necesaria acerca de los cambios psicológicos que pueden provocar el diagnóstico?	0	1	2	3	4
12.	¿En qué grado le inquieta o incomoda la sensación de no poseer toda la información necesaria acerca del virus?	0	1	2	3	4
13.	¿En qué grado le hubiese gustado recibir información acerca de las consecuencias psicológicas tras haber recibido la noticia?	0	1	2	3	4
14.	¿En qué grado ha tenido pensamientos de culpabilidad tras su diagnóstico?	0	1	2	3	4

15. Respecto sus pensamientos desde el diagnóstico, ¿en qué grado se asemejan con “quien me lo habrá transmitido”?	0	1	2	3	4
16. ¿En qué grado cree que se sienten capaces de afrontar la situación tras el diagnóstico?	0	1	2	3	4
17. ¿En qué grado cree que son capaces de manejar la situación de manera que el diagnóstico no afecte a tu vida diaria?	0	1	2	3	4
18. ¿En qué grado se ha visto afectada su actividad sexual tras el diagnóstico?	0	1	2	3	4
19. ¿En qué grado se ha planteado preguntas acerca de los cambios conductuales que debe realizar a nivel sexual?	0	1	2	3	4
20. ¿En qué grado conoce el riesgo de no utilizar medidas preventivas (preservativo, condón vaginal)?	0	1	2	3	4
21. ¿En qué grado considera necesario informar a su compañero/a de relaciones sexuales sobre su diagnóstico?	0	1	2	3	4
22. ¿En qué grado suele hablar del virus con las personas de su entorno social, (familiares, amigos/as, pareja...)?	0	1	2	3	4
23. ¿En qué grado considera necesario hablar con su entorno social a cerca del virus?	0	1	2	3	4
24. Tras la noticia sobre su diagnóstico, ¿en qué grado considera que el profesional supo ofrecerle la información que usted necesitaba obtener acerca del virus, sus consecuencias, etc?	0	1	2	3	4
25. ¿En qué grado considera necesario que le dedique más tiempo el profesional para la realización de consultas acerca del virus?	0	1	2	3	4
26. En cuanto a la relación con el profesional, ¿en qué medida le afecta el modo de comunicarle los resultados?	0	1	2	3	4
27. Tras el diagnóstico, ¿en qué grado cree que ha obtenido por parte del profesional las pautas necesarias para una correcta adaptación a la enfermedad?	0	1	2	3	4

28. ¿En qué grado se han visto afectadas sus emociones?	0	1	2	3	4
29. ¿En qué medida se siente triste tras el diagnóstico?	0	1	2	3	4
30. ¿En qué medida considera normal que haya sufrido un cambio emocional?	0	1	2	3	4

ANEXO 3

ENCUESTA DE CREENCIAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LAS NECESIDADES DE MUJERES PORTADORAS DEL VPH.

Universidad Miguel Hernández de Elche, 2014-2015.

EDAD: SEXO: LOCALIDAD: PROFESIÓN: CENTRO:

A continuación le presentamos una encuesta cuya finalidad es medir las necesidades que surgen en mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano. Le aseguramos que se trata de una encuesta totalmente anónima y confidencial. Tendrá que responder con total sinceridad, señalando con una X la casilla con el número que elija. Deberá puntuar del 0 al 4, dónde 0 es la puntuación más baja y 4 la más alta. Le agradecemos su colaboración.

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho

A continuación le mostramos un ejemplo:

0.	¿En qué grado considera importante una adecuada información del virus?	0	1	2	3	4
		Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho
1.	¿En qué grado consideran que poseen estas mujeres información acerca del Virus?	0	1	2	3	4
2.	¿En qué medida considera necesaria una intervención informativa acerca del virus?	0	1	2	3	4
3.	¿En qué grado cree que poseen información acerca de las consecuencias psicológicas del virus?	0	1	2	3	4
4.	Respecto a las campañas informativas del VPH en los Centros de Salud, ¿en qué grado	0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
las considera necesarias?					
5. Respecto a las campañas preventivas en los Centros de Salud, ¿en qué grado las considera necesarias?	0	1	2	3	4
6. ¿En qué medida considera suficientes las intervenciones preventivas del VPH llevadas a cabo hasta la actualidad?	0	1	2	3	4
7. ¿En qué grado considera que son suficientes las intervenciones informativas hasta ahora llevadas a cabo respecto el VPH?	0	1	2	3	4
8. ¿En qué grado considera que necesitan intervención psicológica lo largo del transcurso de la enfermedad?	0	1	2	3	4
9. ¿En qué grado cree que necesitan intervención psicológica en el momento de la noticia de su diagnóstico?	0	1	2	3	4
10. En cuanto al apoyo psicológico, ¿en qué medida lo considera necesario tras la noticia del diagnóstico?	0	1	2	3	4
11. ¿En qué grado considera que las pacientes obtienen toda la información necesaria acerca de los cambios psicológicos que pueden provocar el diagnóstico?	0	1	2	3	4
12. ¿En qué grado le inquieta o incomoda la sensación de no poseer toda la información necesaria acerca del virus?	0	1	2	3	4
13. ¿En qué grado considera que les gustaría recibir información acerca de las consecuencias psicológicas tras recibir la noticia?	0	1	2	3	4
14. ¿En qué grado cree que tienen pensamientos de culpabilidad?	0	1	2	3	4
15. Respecto a los pensamientos de las mujeres portadoras, ¿en qué grado cree que se asemejan con "quien me lo habrá transmitido"?	0	1	2	3	4
16. ¿En qué grado considera que se sienten capaces de afrontar la situación tras el	0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
diagnostico?					
17. ¿En qué grado cree que son capaces de manejar la situación de manera que el diagnostico no afecte en su vida diaria?	0	1	2	3	4
18. ¿En qué grado considera que les afecta en la actividad sexual tras el diagnóstico?	0	1	2	3	4
19. ¿En qué grado cree que se han planteado preguntas acerca de los cambios conductuales que deben realizar a nivel sexual?	0	1	2	3	4
20. ¿En qué grado cree que conocen el riesgo de no utilizar medidas preventivas (preservativo, condón vaginal)?	0	1	2	3	4
21. ¿En qué grado cree que consideran necesario informar a su compañero/a de relaciones sexuales sobre su diagnóstico?	0	1	2	3	4
22. ¿En qué grado cree que suelen hablar del virus con las personas de su entorno social, (familiares, amigos/as, pareja...)?	0	1	2	3	4
23. ¿En qué grado cree usted que necesitan hablar con su entorno social a cerca del virus?	0	1	2	3	4
24. Tras el diagnóstico, ¿en qué grado cree usted que supo ofrecer la información que necesitaban obtener acerca del virus, sus consecuencias, etc?	0	1	2	3	4
25. ¿En qué grado cree necesario dedicarle más tiempo como profesional para realizar consultas acerca del virus?	0	1	2	3	4
26. En cuanto a la relación con usted, ¿en qué medida cree que le afecta el modo de comunicarle los resultados?	0	1	2	3	4
27. Tras el diagnóstico, ¿en qué grado cree que han obtenido por su parte las pautas necesarias para una correcta adaptación a la enfermedad?	0	1	2	3	4
28. ¿En qué grado cree que se han visto afectadas sus emociones?	0	1	2	3	4
29. ¿En qué medida cree que se sienten tristes?	0	1	2	3	4

30. ¿En qué grado considera normal que hayan sufrido un cambio emocional? 0 1 2 3 4

ANEXO 4

Sesión 1. Presentación e información del VPH.

Objetivo.

Recibir la información necesaria acerca del VPH.

Contenidos.

- 1. Presentación de la intervención: nombre, tipo de diagnóstico y tiempo.**
- 2. Ronda de opiniones sobre las expectativas tras la participación en la intervención de cada mujer.**
- 3. Clase informativa: origen y consecuencias biológicas del VPH .**
- 4. Mitos y verdades del VPH.**
- 5. Explicación general sobre la finalidad de la intervención.**
- 6. Tiempo de las dudas surgidas tras recibir la información.**
- 7. Despedida y cierre de la sesión.**

Duración: 1 hora y 30 minutos.

Materiales: Ordenador, power point, proyector, sillas.

Desarrollo:

- 1. Presentación de la intervención: nombre, tipo de diagnóstico y tiempo.**
Comienza la sesión con una breve presentación de las participantes y la psicóloga. Las participantes se presentan con diciendo su nombre, el tipo de diagnóstico recibido y tiempo desde la comunicación de éste.
- 2. Ronda de opiniones sobre las expectativas tras la participación en la intervención.**

En esta primera sesión para ir conociendo las expectativas de las mujeres portadoras, se hace una ronda de opiniones, en la que deben expresar que esperan tras acudir a estas sesiones. De tal modo que se intenta que haya cohesión de grupo y por tanto crear un clima positivo para poder intervenir de forma efectiva y favorable.

3. Clase informativa: origen y consecuencias biológicas del VPH

¿Qué es el VPH? Se les explica que es exactamente, se trata de una ETS, cuya transmisión es a través del contacto de los órganos genitales y boca. Una vez el virus entra en contacto con el organismo puede derivar a cáncer de cuello uterino. El sistema inmune de la persona afectada se ve alterado, por tanto, es importante cuidarse y fortalecerlo. El VPH puede ser asintomático, de ahí la importancia de los cribados rutinarios, la sintomatología más evidente es la aparición de carcinomas en la zona púbica.

4. Mitos y verdades del VPH

Hoy en día se especulan sobre las ETS y por ello se va a hacer una lista referente a los mitos y las realidades sobre el Virus del Papiloma Humano.

Los mitos y verdades son: “El virus no es poco común: alrededor de un 80% de la población lo posee y un alto porcentaje no lo sabe y no llega a saberlo porque desaparece”, “No solo aparece al tener parejas múltiples”, “El preservativo protege del virus pero no al 100%”, “La transmisión es a través de la zona infectada, no a través de líquidos corporales, como semen o sudor”, “La vacuna previene la aparición del cáncer cérvico uterino”, “La persistencia del virus en el organismo puede desencadenar en cáncer del cuello uterino”, “No existen tratamientos contra el VPH, si no, contra las lesiones”.

5. Explicación general sobre la finalidad de la intervención.

Por otro lado, se explica cual es el fin del plan de intervención. Se aclara que se trata, de una intervención destinada a mujeres portadoras del VPH cuyo objetivo principal es disminuir el estrés provocado tras el impacto de la noticia del diagnóstico y el recorrido de intervenciones ginecológicas causantes de este estrés.

6. Tiempo de las dudas surgidas tras recibir la información.

Tras haber ofrecido una cantidad considerable de información, se procede a una rueda de dudas de cada participante, sin compromiso ni obligación, pues se trata de estar cómodas en el grupo y tratar el tema con naturalidad, sin presiones.

7. Despedida y cierre.

ANEXO 5

Sesión 2. Manejo de la ansiedad.

Objetivo.

Manejar la ansiedad y aprender técnicas para el control de la activación.

Contenidos.

- 1. Resumen sobre la sesión anterior.**
- 2. Técnica conductual: exposición en la preocupación.**
- 3. Técnicas para el control de la activación, ¿para qué sirven?**
- 4. RP Jacobson.**
- 5. Técnica de relajación: La respiración.**
- 6. Despedida y cierre de la sesión.**

Duración: 1 hora y 40 minutos.

Materiales: ordenador, power point, proyector, conexión a internet, música relajante, sillas y esterillas de yoga.

Desarrollo:

- 1. Resumen sobre la sesión anterior.**
- 2. Técnica conductual: exposición en la preocupación.**

El objetivo de la técnica exposición a la preocupación es eliminar la ansiedad que provocan aquellas preocupaciones que tenemos sobre el virus, además esto les sirve

a las mujeres para preocupaciones cotidianas que se excedan de un tiempo normal y cuando el grado de preocupación es demasiado elevado.

En general se tiende a tener conductas de evitación/ escape, siendo estas las conductas que mantienen el problema y por tanto la ansiedad.

Por tanto, se entrena a las mujeres en imaginación, y después se hará una jerarquización de aquellas preocupaciones, o en el caso de que haya una se hará de varios niveles, hasta que por el sistema de habituación las mujeres reduzcan sus niveles de ansiedad y estas sean capaces de poder preocuparse pero que la ansiedad no sea un impedimento en sus vidas cotidianas ya que son capaces de controlarla.

3. ¿Que son las técnicas para el control de la activación?

Son las técnicas de respiración y relajación, permiten entrenar a la persona para que aprenda a controlar la intensidad de su activación corporal.

La finalidad de la activación es poner a disposición del individuo los recursos necesarios para dar la respuesta más adecuada a los estímulos que configuran la situación y sus potenciales consecuencias.

Por tanto, los incrementos importantes en la activación pueden resultar desadaptativos principalmente en dos tipos de situaciones: una activación elevada, es decir de extrema intensidad o una activación mantenida excesivamente frecuente.

Cuando una respuesta de estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera, pueden aparecer consecuencias negativas.

4. RP Jacobson

El objetivo es lograr un estado de relajación intenso, identificando las señales de los músculos cuando están en tensión y entonces reducirlas (distensión) poniendo en marcha habilidades aprendidas con este fin.

El efecto de la relajación muscular es la reducción/ eliminación de la tensión fisiológica y la sensación subjetiva de ansiedad y distrés.

La relajación progresiva Jacobson: consta de tensar una serie de músculos y relajarlo al mismo que se va dirigiendo, consta de 4 instrucciones.

5. Técnica de relajación: La respiración.

En primer lugar, unos hábitos correctos de respiración contribuyen a una buena salud. La respiración controlada permite hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los incrementos de la activación fisiológica con relativa facilidad y rapidez.

Unos hábitos correctos de respiración, que optimicen el uso de la capacidad funcional de los pulmones, permiten aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento.

En esta técnica, se procede a dar las pautas necesarias para que en casa y en cualquier otro lugar o situación social, como la espera en consulta para una nueva revisión por ejemplo, puedan emplear estas pautas y emplearlas de modo satisfactorio.

Bien, primero lo hacen tumbadas en las esterillas, después sentadas y por último lo practicarán de pie, para poder extrapolar la técnica a diversas situaciones estresantes a las que se enfrenten.

6. Despedida y cierre de la sesión.

ANEXO 6

Sesión 3. Conocimiento de las emociones

Objetivo.

Conocer las emociones derivadas tras la noticia del diagnóstico.

Contenidos.

- 1. Resumen de lo visto en la sesión anterior.**
- 2. ¿Qué son las emociones? Y ¿Cómo nos afectan?**
- 3. ¿Cuáles son las emociones básicas? Y ¿Para qué sirven?**
- 4. La normalidad de sentirse triste.**
- 5. Contar una experiencia relacionada con las emociones y el transcurso de la**

enfermedad.

7. Despedida y cierre de la sesión.

Duración: 1 hora

Materiales: ordenador, power point, proyector, sillas.

Desarrollo:

1. Resumen de lo visto en la sesión anterior.

En esta segunda sesión, se hace un breve resumen de lo visto en la anterior, para recordar conceptos clave sobre el tema a tratar.

2. ¿Qué son las emociones? Y ¿Cómo nos afectan?

Después de recibir una introducción, repasando lo visto anteriormente, se procede a clarificar que son las emociones y como afectan:

¿Qué son las emociones? La emoción es un estado afectivo, es decir, una reacción subjetiva, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, que son influidos por la experiencia. La función de las emociones es adaptativa.

¿Cómo nos afectan? Experimentar una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación. Por tanto, influyen en la percepción de cualquier situación.

3. ¿Cuáles son las emociones básicas? Y ¿Para qué sirven?

Seguidamente de la explicación de la emoción y como afectan, se nombran las emociones básicas:

El primer lugar el miedo es la anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad, la sorpresa se relaciona con el sobresalto, asombro, desconcierto. La aversión, puede ser un disgusto, sentir asco, por tanto

solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión. La ira, es rabia, enfado, resentimiento, irritabilidad. La alegría, que se relaciona con la diversión, el estado eufórico, estar contentos, produce la sensación de bienestar. Y por último la tristeza, relacionada con la pena, la soledad y el pesimismo.

4. La normalidad de sentirse triste.

En esta parte de la sesión, se intenta justificar el estado de tristeza una vez se les da la noticia del diagnóstico. En ese momento las mujeres reciben una mala noticia, llena de incertidumbre y desconocimiento. En ese momento se sienten solas, desconsoladas, no encuentran una explicación y la tendencia a sentirse tristes es elevada. Por tanto se les explica la forma adaptativa que tiene la emoción de afectar a nuestro organismo en relación con nuestro entorno, prepara al cuerpo, a la mente, a procesar la información, a ser consciente de que algo sucede y a replantearse cuestiones personales relacionadas con los hábitos cotidianos que pueden afectar a la enfermedad, sin llegar a obsesionarse, si no, siendo conscientes de que algo sucede y se puede producir un cambio con resultados positivos.

5. Contar una experiencia relacionada con las emociones y el transcurso de la enfermedad.

En este momento de la sesión, y una vez hablado de las emociones, cada una de las mujeres nos cuenta algunas de sus experiencias relacionadas con el momento de diagnóstico, como se vieron afectadas sus emociones y cuáles fueron sus reacciones.

Posteriormente se les pregunta ¿crees que te sirvió el sentirse de ese modo?, ¿cambiando el pensamiento, podría haber cambiado la emoción?

Entonces se les deja reflexionar sobre el estado emocional que produce el impacto de la noticia tras el diagnóstico.

6. Despedida y cierre de la sesión.

ANEXO 7

Sesión 4. Consecuencias psicológicas.

Objetivo.

Obtener información sobre las consecuencias psicológicas del VPH.

Contenidos.

- 1. Breve resumen de lo visto en la sesión anterior.**
- 2. Clase informativa: Consecuencias psicológicas del VPH.**
- 3. Ansiedad y depresión.**
- 4. Tiempo de las dudas surgidas tras recibir la información.**
- 5. Despedida y cierre de la sesión.**

Duración: 1 hora

Materiales: ordenador, power point, proyector, sillas.

Desarrollo

- 1. Breve resumen de lo visto en la sesión anterior.**

Se comienza en esta tercera sesión, con un breve resumen de lo visto en la anterior, para recordar conceptos clave sobre las emociones.

- 2. Clase informativa: Consecuencias psicológicas del VPH.**

En primer lugar se explica que son las consecuencias psicológicas derivadas tras el diagnóstico del virus. El sentimiento de culpabilidad, la vergüenza, la desesperación, la inquietud, la desconfianza en la pareja, la ansiedad y la depresión son algunas de las consecuencias más comunes en las personas diagnosticadas del VPH. Se explica como la ansiedad y la depresión son dos estados comunes tras recibir el diagnóstico y de qué modo aparecen y persisten.

- 3. Ansiedad y depresión.**

En esta parte de la tercera sesión, se trata el tema ansiedad y depresión, dando una explicación de cada uno de los estados y sus síntomas.

Ansiedad y depresión son dos trastornos o estados emocionales complejos, implican también problemas en pensamientos y conductas.

La ansiedad es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Al ser una respuesta intensa, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes. Cuando se convierte en una problemática y existe una gran persistencia se trata enseñando habilidades para reducir esta activación.

Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la desvalorización de los propios recursos, etc. Por tanto, se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan ciertas consecuencias desagradables que se presuponen.

El estado depresivo, se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciéndose una disminución o lentificación de los movimientos y una tristeza profunda. Puede llegar a ser un proceso por el cual el cuerpo se recupera de una situación que haya sido significativa, pero si persiste excesivamente, no queden resueltos, se produzca aislamiento social, pérdida del sentido de la existencia, agotamiento y la creencia de que no existe solución para los problemas.

4. Tiempo de las dudas surgidas tras recibir la información.

Se dispone a una rueda de preguntas sobre las dudas surgidas durante la sesión, cada una de ellas comunica al resto estas dudas y entre todas se responde, la psicóloga será quien les transmita las aclaraciones sobre sus dudas.

7. Despedida y cierre de la sesión.

Anexo 8

Sesión 5. Estigmatización.

Objetivo.

Disminuir la estigmatización causada por el VPH en las mujeres.

1. Resumen de lo visto anteriormente.

2. Definición de estigma.

3. Vergüenza y culpabilidad, ¿Quién me lo ha transmitido?

4. Relajación.

5. Despedida y cierre.

Duración:1 hora

Materiales: ordenador, power point, proyector, sillas.

Desarrollo:

1. Resumen de lo visto en la sesión anterior.

2. Definición de estigma.

Se define estigma social como la reprobación de creencias o particularidades personales que se reciben e interpretan como opuestas a las normas culturales que ya están establecidas. En este caso, el autor que defino estigma social, puso como ejemplo la obesidad, ser hijo ilegítimo o la orientación sexual, entre otros, que pueden ser tomados como un estigma social. Así, estas personas son apartadas y “marcadas” a través de la discriminación y muchas veces, también por la burla y la agresión verbal y física.

No se ve el VPH como algo tan extremo, en el que exista un aislamiento social, pero sí en aspectos cotidianos, incluso las propios pensamientos y las propias creencias que se tienen sobre el virus, pueden llegar a generar una estigmatización, con tendencia a sentirse diferente, culpables y con vergüenza.

3. Vergüenza, culpabilidad, ¿Quién me lo ha transmitido?

Vergüenza y culpabilidad son dos emociones, ambas nos indican que hay algo que está mal entre nosotros y el resto del mundo. Las dos nos piden hacer una cuidadosa revisión interna y hacer cambios en nuestras vidas. Se parecen también en que las dos son útiles cuando se experimentan en forma moderada, pero resultan dañinas cuando son demasiado intensas. Vivir en demasía cualquiera de estas dos emociones puede resultar abrumador.

Se procede a una explicación sobre la actuación en el organismo y en los sentimientos de la persistencia de las emociones de culpabilidad y vergüenza. Pensar en quien me

lo ha transmitido, genera más rabia, ira, incertidumbre y ansiedad, inseguridad, aceptar la enfermedad y centrarse en superarla con éxito de manera que nuestro estado emocional y psicológico sea positivo para que afecte a nuestro organismo de un menor grado. La persistencia de estas dos emociones colaboran para que se produzca un estancamiento de la evolución hacia la adaptación a la enfermedad, de modo que activan el organismo alimentando estado de ansiedad y depresión, dando lugar a su persistencia.

4. Relajación.

Para finalizar la sesión, se les prepara una técnica de relajación en respiración dirigida con música ambientada, guiándoles el pensamiento hacia un estado de paz y tranquilidad.

5. Despedida y cierre de la sesión.

ANEXO 9

Sesión 6. Técnicas de afrontamiento.

Objetivo.

Aumentar la capacidad de afrontamiento de las mujeres portadoras del VPH.

1. Resumen sobre la sesión anterior.

2. ¿Qué son los estilos y estrategias de Afrontamiento?

3. ¿Cómo utilizarlas en esta situación?

4. Relajación.

5. Despedida y cierre.

Duración: 1 hora y 40 minutos.

Materiales: ordenador, power point, proyector, conexión a internet, música relajante, sillas y esterillas de yoga.

Desarrollo:

1. Resumen sobre la sesión anterior.

2. ¿Qué son los estilos y estrategias de Afrontamiento? : Técnica en resolución de problemas.

Los estilos de afrontamiento son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. En cambio, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones que se den en cada momento.

Seguida a la explicación anterior, se plantea un ejemplo en resolución de problema con los siguientes pasos a seguir:

- 1- Identificar las situaciones problemáticas o pensamientos preocupantes.
- 2- Describir con detalle el problema y la respuesta habitual.
- 3- Hacer una lista con las alternativas.
- 4- Comprobar las consecuencias de cada alternativa.
- 5- Evaluar los resultados.

3. ¿Cómo utilizarlas en nuestra situación?

Después de explicarles un ejemplo de técnica de afrontamiento, procesamos a la ejemplificación individual de cada una de las mujeres. En este momento de la sesión, cada una va a exponer su situación temida o pensamiento preocupante y entonces se lleva a cabo con el ejemplo anterior planteado.

El tiempo para realizar la actividad es de 8 minutos y pueden realizar preguntas cuando no tengan más recursos de elección de alternativas y consecuencias, podrán hacer esta técnica con varias situaciones o pensamientos.

4. Relajación.

Para finalizar la sesión, se les prepara una técnica de relajación en respiración con música ambientada, guiándoles el pensamiento hacia un estado de paz y tranquilidad.

6. Despedida y cierre de la sesión.

Anexo 10

Sesión 7. Conductas sexuales de riesgo.

Objetivo.

Conocer las conductas sexuales de riesgo del VPH.

Contenidos.

- 1. Resumen sobre la sesión anterior.**
- 2. Explicar importancia y las formas de contagio del virus.**
- 3. Métodos de protección sexual y factores de riesgo.**
- 4. ¿Por qué comunicarlo al compañero/a de relaciones sexuales?**
- 5. Dudas y preguntas acerca de las conductas de riesgo.**
- 6. Relajación.**
- 7. Despedida y cierre de la sesión.**

Duración: 1 hora y 40 minutos.

Materiales: ordenador, power point, proyector, conexión a internet, música relajante, sillas y esterillas de yoga.

Desarrollo:

- 1. Resumen sobre la sesión anterior.**
- 2. Explicar importancia y las formas de contagio del virus.**

Bien, en esta sesión se explica la importancia de conocer las formas de contagio y hablar de ellas para que las mujeres las conozcan.

¿Por qué es importante saber las formas de contagio?, como vimos en la sesión 1, en la actividad “Mitos y Verdades del VPH”, la forma de contagio es a través del contacto con la zona afectada y no con fluidos como saliva o semen.

Por tanto, para transmitir el virus a una persona, otra debe estar infectada por el VPH y entonces ambas deben estar en contacto con la zona infectada, como puede ser el pene (prepucio), o la vagina (el cuello del útero).

Por tanto, la infección por el papilomavirus puede transmitirse por contacto con la piel de genitales externos infectados, las membranas mucosas o fluidos corporales, y a través del coito y del sexo oral.

3. Métodos de protección sexual y factores de riesgo.

Los métodos de protección sexual, son para el sexo anal o vaginal, el preservativo masculino y femenino, para el sexo oral preservativo masculino y condón vaginal.

4. ¿Por qué comunicarlo al compañero/a de relaciones sexuales?

La importancia de comunicarlo al compañero/a es clave para un buen pronóstico de la enfermedad, ya que al comunicarlo se puede prevenir, acudiendo éste o ésta a revisiones dermatológicas, urológicas o ginecológicas, de este modo se previene el impacto del diagnóstico, la transmisión en sí, ya que se adoptarían las conductas de prevención necesarias, aumenta la comunicación en la pareja o con el compañero/a sexual.

Por otro lado, si lo transmitimos al compañero/a y éste/a es infectado/a puede entonces transmitirlo a otras personas, puede infectarse a él o ella mismo, o en otro caso, puede que sea una rueda en la que nunca desaparezca el virus porque ambos estáis infectados y por tanto el virus persiste en ambos organismos y nunca cesa ya que está activo en ambos, o lo que es lo mismo, el virus de va transmitiendo de uno al otro.

Por último, así será más fácil activar actitudes que aumenten la posibilidad tener conductas preventivas, tanto a la hora del sexo como de acudir a dermatólogos, urólogos o ginecólogos.

5. Dudas y preguntas acerca de las conductas de riesgo.

Se hace una ronda de dudas y preguntas, en la que las participantes pueden solventar aquellas dudas que les ronda por los pensamientos, que les da vergüenza hablar con su entorno, ya que el nivel de confianza con el grupo va aumentando y con el tema también.

6. Relajación.

Para finalizar la sesión, se les prepara una técnica de relajación en respiración con música ambientada, guiándoles el pensamiento hacia un estado de paz y tranquilidad.

8. Despedida y cierre de la sesión.

AENXO 11

Sesión 8. Habilidades sociales de comunicación.

Objetivo.

Hablar abiertamente del VPH con su entorno social.

1. Resumen de la sesión anterior.

2. Entrenamiento en habilidades sociales de comunicación.

3. Como iniciar una conversación: Role-playing.

5. Relajación.

6. Despedida y cierre de la sesión

Duración: 1 hora y 30 minutos

Material: ordenador, power point, proyector, conexión a internet, música relajante, sillas y esterillas de yoga.

1. Resumen de la sesión anterior.

2. Entrenamiento en habilidades sociales de comunicación.

Para comenzar esta sesión, primero se hace una breve introducción de las habilidades sociales y de las tipos de respuesta: agresiva, pasiva/inhibida o asertiva.

Por tanto, las habilidades sociales son aquellas que nos permiten relacionarnos de manera efectiva con los demás, dentro de cada uno de nuestros grupos, y en cualquier contexto de nuestra vida cotidiana. No son habilidades innatas, pues son fruto de la observación e imitación de los modos de relación de las personas que nos rodean,

desde que nacemos. Por tanto, nuestros padres, familia, amigos, compañeros... serán nuestros modelos y de ellos aprenderemos cada uno de los repertorios de conducta que utilizamos en nuestra interacción social.

Las personas respondemos de distinta forma, en función de la situación en la que estemos interactuando. Básicamente hay 3 modos formas de responder en una interacción, son: agresiva, pasiva/inhibida y asertiva.

2. Como iniciar una conversación: Role-playing.

En esta actividad, se pone en práctica los visto en la anterior, con una actividad de role- playing de modo que pondremos en escena situaciones que pueden darse cuando se habla del virus con personas del entorno.

Por parejas, se podrán en situación y deben escenificar como actuarían en varias situaciones, según sean las respuestas de los interlocutores, es decir de las personas de su entorno al hablar del VPH y que ellas mismas sepan que pueden actuar de formas diferentes también, conociendo las consecuencias de cada una de las formas de respuesta posibles.

Para finalizar la actividad, se realizará una reflexión final de cada una de las participantes sobre cómo se han sentido.

5. Relajación.

6. Despedida y cierre de la sesión

ANEXO 12

Sesión 9. Prevención.

Objetivo.

Fomentar la prevención secundaria y terciaria en mujeres portadoras del VPH.

1. Resumen de la sesión anterior

2. ¿Qué es la prevención terciaria? y ¿Para qué sirve?

3. ¿Cómo afecta la relación medico paciente?

4. Como mejorar la relación medico paciente: ¿Cómo expresarnos?

5. Relajación.

6. Despedida y cierre de la sesión

Duración: 1 hora y 30 minutos.

Material: ordenador, power point, proyector, conexión a internet, música relajante, sillas y esterillas de yoga.

Desarrollo:

1. Resumen de la sesión anterior

2. ¿Qué es la prevención terciaria? y ¿Para qué sirve?

La promoción de la salud tiene como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (prevención primaria), acortando el periodo de duración de las enfermedades (prevención secundaria) o intenta disminuir las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria). Por tanto la prevención secundaria y terciaria sirve para tener un seguimiento de la enfermedad, controlar los efectos y las consecuencias, disminuirlas, tener una correcta calidad de vida.

3. ¿Cómo afecta la relación profesional-paciente?

El médico es quien posee la información, por tanto el control de la situación en consulta. No por ello significa que tengamos que ser pasivos, es decir, no preguntar, no rebatir, no pedir consejos, pues estamos en todo nuestro derecho a pedir la información que necesitemos, y se puede ser un agente activo en la interacción con el médico.

La relación con el profesional causa efectos directos en la satisfacción, autocuidado, la información recibida y el cumplimiento de las prescripciones médicas.

4. Como mejorar la relación profesional-paciente: ¿Cómo expresarnos?

Es habitual que antes de entrar en consulta tengamos muchas dudas y preguntas. Pues bien, para recoger la información que queremos o expresarnos se debe: estar tranquilas y relajadas, ir a consulta acompañadas, escribir las dudas y preguntas,

escribir respuestas de los profesionales, pedir informes médicos para consultar a otros especialistas, estos algunos consejos que sirven en el momento de las consultas.

5. Relajación.

6. Despedida y cierre de la sesión

ANEXO 13

Sesión 10. Actitud positiva.

Objetivo.

Tener una actitud positiva frente al VPH.

1. Resumen de la sesión anterior

2. Como afecta la actitud negativa. El estrés y nuestro sistema inmunológico.

3. Una vida sana y su relación con el buen pronóstico del virus.

4. Relajación.

5. Despedida del programa de intervención.

Duración: 1 hora y 30 minutos.

Material: ordenador, power point, proyector, conexión a internet, música relajante, sillas y esterillas de yoga.

Desarrollo:

1. Resumen de la sesión anterior

2. Como afecta la actitud negativa. El estrés y nuestro sistema inmunológico.

En esta última sesión, se habla del estrés, como afecta, y qué hacer para tener una actitud positiva frente al camino de la personas con el VPH.

El estrés es un problema cotidiano en los seres humanos, a cada momento las personas se enfrentan a una estimulación adversa, en el hogar, trabajo, ciudad, el diagnóstico de una enfermedad.

En los seres humanos, la exposición prolongada al estrés conlleva a la supresión del funcionamiento del sistema inmune, es decir, afecta hasta tal punto de no dejar que nuestro sistema inmune tenga un correcto funcionamiento, con la consecuencia que aumenta la probabilidad de contraer infecciones y prolongar la duración de las enfermedades infecciosas y el tiempo de cicatrización de las heridas.

Por tanto existe una evidencia, y es que aumenta la probabilidad de la persistencia del virus en el caso de que se tenga una vida estresante, por tanto con una actitud negativa que sea la causante de este estrés entre otras.

3. Una vida sana y su relación con el buen pronóstico del virus.

Algunas de las pautas para tener una vida sana y convivir con el VPH son: una buena alimentación, no estrés, no fumar, hacer deporte, tener apoyo social, estar cerca de quienes te quieren, pedir ayuda si lo necesitas, etc. Esto afecta a nuestro cuerpo sin darnos cuenta, por tanto afectan al virus.

Seguir utilizando el preservativo si el médico lo indica es importante para no contagiar a la pareja o al compañero/a de relaciones.

Por último, estar tranquilas, hacer relajación en casa, prácticas yoga si pueden, sentirse seguras de sí mismas, hacer todo lo posible por informarse sobre el virus, pedir opinión a los profesionales y sobre todo no avergonzarse de ser portadoras del virus, le puede pasar a cualquier mujer.

4. Relajación.

5. Despedida del programa de intervención.

Finaliza el programa de intervención agradeciendo la participación.