

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

Carolina Wiesner Ceballos^{1,2}, Jesús Acosta Peñaloza¹, Adriana Díaz del Castillo¹, Sandra Tovar Murillo¹, Hernando Salcedo Fidalgo²

1 Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

2 Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.

Resumen

Objetivo: Presentar los efectos psicológicos y sociales que tuvieron las mujeres, residentes en Bogotá, sometidas a la prueba de ADN del VPH, y la manera como los médicos comunican los riesgos a sus pacientes. **Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas con mujeres que se practicaron la prueba ADN-VPH. Así mismo, se hicieron dos grupos focales: uno con médicos generales y otro con ginecólogos. Finalmente se hizo un análisis de contenido. **Resultados:** El impacto psicosocial se ha clasificado en tres categorías: en la esfera emocional, en la vida sexual y de pareja y en el comportamiento. Se diseñó un modelo de los determinantes de la magnitud de los efectos. Este modelo está determinado por la forma y el contenido de la información que suministra el médico y por las características biográficas de la mujer. Los efectos encontrados fueron ansiedad, rabia, vergüenza, culpa, zozobra por la demora de los resultados, miedo al cáncer y temor a tener relaciones sexuales. **Conclusiones:** La razón para practicar la prueba no debe ser promovida por el miedo al cáncer, sino por las características de la infección y la convicción sobre los beneficios de la prueba. Se debe promover una reflexión anticipada de la trayectoria de riesgos que se pueden presentar en el futuro utilizando como técnica de comunicación la toma de decisiones de manera concertada.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino, impacto psicosocial, sondas ADN HPV.

Abstract

Objective: To present the psychological and social effects of DNA and HPV exams among women resident in Bogotá; and, the means by which physicians communicate risks to patients. Ten, semi-structured interviews were carried out among women who underwent HPV-DNA examination. Simultaneously, two focus groups were set up: one with general practitioners and the other with gynecologists. Content analysis took place. **Methods:** Qualitative study with a phenomenological perspective. Ten semi-structured interviews were conducted with women who underwent HPV testing. Two focus groups were carried out with gynecologists and medical practitioners. A content analysis was performed. **Results:** Psychosocial impact has been classified into three categories: emotional; sex life and partner relationship; and, behavior. A model was designed to measure the magnitude of the effects of these determinants.

Correspondencia

Carolina Wiesner Ceballos. Instituto Nacional de Cancerología. Av.1ª No. 9-85. Tel.: (571) 3341353. Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: cwiesner@cancer.gov.co

Fecha de recepción: 9 de febrero del 2009. Fecha de aprobación: 19 de agosto del 2009.

This model is based upon the form and content of the information provided by physicians and by women's biographical data. The effects encountered included: anxiety, rage, shame, guilt, panic at delayed results, fear of cancer, and fear of sexual relations. **Conclusions:** The reasoning to undergo examination should not be based upon fear, but rather on knowledge of infection symptoms and the conviction that the examination is beneficial. Thinking about risk trajectories should play a relevant part in the communication process based on the concept of concerted decision-making.

Keywords: Uterine cervical neoplasma; psicosocial aspects; DNA probes, HPV.

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo; de acuerdo con estimaciones realizadas, se calcula que la incidencia de la infección por VPH en mujeres previamente negativas es del 60%, en un periodo de seguimiento a cinco años (1). Paradójicamente, por lo reciente de su descubrimiento y por su carácter en esencia asintomático, la mayoría de las personas desconocen la existencia de este virus (2). La difusión del conocimiento sobre el virus se ha concentrado en el ámbito científico y médico a partir de su identificación por parte del doctor Harald Zur Hausen (3), de los estudios epidemiológicos realizados por Nubia Muñoz (4) y de todos los trabajos científicos que condujeron al desarrollo de nuevas tecnologías de prevención, como el desarrollo de vacunas profilácticas y las pruebas de detección temprana, como son las pruebas del ácido desoxirribonucleico (ADN) del VPH (5).

Colombia y otros países del mundo se encuentran en proceso de introducir una innovación tecnológica: la prueba del ADN de un virus como el VPH, cuya infección se puede considerar como "normal" —dado que la mayoría de las personas sexualmente activas menores de 30 años se infectan, de manera transitoria—, y como algo "potencialmente maligno" —puesto que su persistencia puede generar cáncer— (6).

La prueba ADN del VPH se constituye, entonces, en un elemento que parece empezar, como lo afirma Webster (7) respecto a la tamización, a ampliar las fisuras que se establecen entre lo normal y lo patológico. El dilema para las mujeres asintomáticas, y, eventualmente, para las sanas, está en la capacidad para entender las implicaciones que tiene

la identificación del virus en ausencia de signos o síntomas, no sólo en términos biológicos, sino en términos sociales, pues la introducción de la prueba involucra la vida sexual de las parejas asintomáticas entre los 30 y los 65 años (8).

En la mayoría de los países del mundo la citología sigue siendo el método estándar de tamización; ella generó las primeras fisuras entre lo normal y lo patológico, pero no lo hizo en la magnitud en la que lo establece la prueba, pues una prueba positiva no necesariamente implica enfermedad o condición patológica, como sí lo establece una anomalía citológica.

Desde su introducción en los años cuarenta, los médicos conocían los errores que tiene a este respecto la citología, por cuanto es subjetiva; es decir, operador dependiente (9). Sin embargo, dentro del contexto paternalista de la relación médico-paciente, a la mujer, por lo general, no se le informa de los riesgos que conlleva la citología en términos del porcentaje de falsos negativos, cuyo rango varía entre el 20% y el 60% (10), y el cual no se ha modificado con el tiempo; no, al menos, dentro de los países en desarrollo.

Dados los resultados de eficacia encontrados para la prueba ADN del VPH (11-14), es bastante probable que esta se incorpore en el mundo para la tamización primaria. Diversos autores han estudiado el impacto psicosocial de la prueba de ADN-VPH, mediante la realización de estudios cualitativos (15-18) y cuantitativos (19,20), y se ha encontrado que esta tiene diversos efectos adversos, como son la estigmatización, la ansiedad y las preocupaciones con respecto al compañero sexual.

Entre dichos estudios, sólo uno se ha realizado en Latinoamérica, donde, por razones culturales y religiosas, los efectos podrían ser mayores. En medio de los nuevos paradigmas de la medicina y de la salud pública, dentro de los cuales se reconoce el principio de la autonomía, es necesario darle cada vez más importancia a la comunicación del riesgo y de los efectos adversos que tienen las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, con el fin de que las personas tomen decisiones informadas y para que la participación en procesos preventivos no irrumpe de manera negativa en la vida cotidiana de las personas (21).

Ante las recomendaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología (22), y ante la posible implementación de la prueba como una técnica de tamización primaria en el país, resulta necesario explorar cuáles fueron los efectos psicológicos y sociales que tuvieron las mujeres mayores de 25 años en Bogotá sometidas a la prueba de ADN del VPH, y la manera como los médicos informan y comunican los riesgos a sus pacientes. El presente estudio se realizó con el propósito de fundamentar una estrategia de comunicación educativa que abra la posibilidad de promover, de manera concertada, la toma de decisiones dentro de un programa organizado de tamización primaria.

Métodos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología, y hace parte de un estudio más amplio sobre las representaciones sociales del VPH. Es un estudio cualitativo desde una perspectiva fenomenológica; es decir, parte de describir las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, sin recurrir a teoría, deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas. Esta perspectiva surge del hecho de que el objeto de conocimiento se descubre como resultado de la intuición dirigida hacia él, y de que el criterio de la verdad se halla constituido por las vivencias personales de los sujetos (23).

En el presente estudio participaron mujeres y médicos residentes en Bogotá de febrero a octubre de 2008. Las preguntas que orientaron la selección de los participantes fueron las siguientes:

“¿Qué sentimientos y reacciones emergen en las mujeres cuando se les informa sobre la necesidad de que se les practique una prueba ADN-VPH? ¿Cuáles son las características de la información que disminuyen los sentimientos negativos en torno a la Prueba ADN-VPH? ¿Qué impacto tiene la solicitud de la prueba en la relación de pareja? ¿De qué manera el médico aborda los problemas que se generan con la prueba ADN-VPH?

Para responder estas preguntas se efectuaron 10 entrevistas semiestructuradas con mujeres, a quienes se les había realizado la prueba ADN-VPH durante los 3 meses anteriores. Se incluyó a mujeres con resultados negativos y positivos, y se excluyó a aquellas con diagnóstico de cáncer. Con el fin de explorar las experiencias de comunicación de los médicos, se conformaron dos grupos focales: uno con médicos generales y otro con ginecólogos seleccionados de manera aleatoria, a partir de un listado que suministraron los directorios médicos de las aseguradoras.

Para la selección de mujeres se contactó a tres ginecólogos, y un laboratorio clínico donde se toma y procesa la prueba. Los ginecólogos debían seleccionar a mujeres que hubiesen presentado cambios sugestivos de VPH en la citología de cuello uterino, o a quienes se les hubiese solicitado la prueba por alguna otra indicación clínica. A los médicos se les solicitó su autorización para contactar por teléfono a las pacientes, comunicarles el objetivo del estudio y obtener su consentimiento verbal para la realización posterior de la entrevista. Igualmente, el laboratorio autorizó el contacto de las mujeres al momento de entregarse los resultados.

Después de haber tenido consulta con su ginecólogo, la entrevista se acordó en un lugar de preferencia de la entrevistada. Los entrevistadores fueron médicas, quienes se basaron en una guía previamente elaborada con todo el equipo de investigación. En el momento de la entrevista se solicitó consentimiento escrito. Los temas abordados incluyeron: conocimientos y necesidades de información sobre el VPH y la prueba; significado, emociones y sentido que tuvieron la prueba y su resultado en la vida diaria; impacto en la vida de pareja; normas sociales y religiosas acerca de la vida sexual. Se alcanzó la saturación teórica de la información.

Las entrevistas y los grupos focales fueron grabados en medio digital y *cassette*, y posteriormente, transcritos. Se garantizó la confidencialidad de la información y se solicitó un consentimiento verbal en el caso de los grupos focales. Se realizó un análisis de contenido, simultáneamente con la recolección de datos. Con el fin de aumentar la replicabilidad en el análisis, se utilizó la triangulación entre investigadores. De esta manera, cada transcripción fue leída y codificada de manera abierta e individual por cada investigador, quien elaboró memos donde consignó sus apreciaciones y referencias teóricas.

Posteriormente se realizaron discusiones y se llegó a acuerdos para agrupar los códigos en categorías. Se identificaron relaciones entre categorías que dirigieron la posterior recolección de nueva información. Adicionalmente, se hizo una revisión de la literatura, buscando comparar las categorías emergentes con lo reportado por otros autores.

Resultados

Las características de las mujeres entrevistadas se presentan en la Tabla 1. El promedio de edad fue de 39 años. Por tratarse de un examen costoso, que no está incluido en el plan obligatorio de salud, la mitad de las mujeres entrevistadas tiene el nivel educativo de postgrado. La mitad de ellas manifestó nunca haber escuchado del VPH antes de haber visitado a su médico. La otra mitad tenía alguna información; principalmente, la de ser el VPH un virus de transmisión sexual, y su asociación con cáncer de cuello uterino. Ninguna había escuchado acerca de la prueba ni de otras enfermedades asociadas. Aunque pocas mujeres tuvieron formación en un colegio religioso, casi la totalidad de las mujeres practican la religión católica (Tabla 1). La mayoría manifestó haber tenido una muy pobre educación sexual; de acuerdo con sus relatos, el tema de la sexualidad fue un tema tabú, lo cual les generó una mayor dificultad para hablar con su pareja sobre su sexualidad.

Todas las mujeres recibieron algún tipo de información sobre el VPH por parte del médico. Durante la entrevista, cuando se les preguntó qué entendían por el VPH dieron explicaciones con diferentes niveles de profundidad; recurrieron a cifras y expresaron en sus propias palabras conceptos médicos del tipo “el virus como condición necesaria para el

cáncer de cuello uterino”, “el periodo de latencia” y “la ausencia de síntomas”. Sólo una mujer, mencionó que a pesar de la explicación de su médico y de su búsqueda en Internet, no le era posible decir qué era el virus.

Tabla 1. Información sociodemográfica de las mujeres entrevistadas.

	n	%
Estado civil		
Soltera	1	10
Casada/Unión libre	7	70
Separada	2	20
Edad		
	39*	
25-35	5	50
36-45	3	30
46-55	1	10
> 55	1	10
Educación		
Bachillerato	1	10
Universitario	4	40
Posgrado	5	50
Afiliación a salud		
Contributivo	10	100
Sólo EPS	1	10
Prepagada	7	70
Seguro complementario	1	10
Especial	1	10
Enfoque del colegio al que asistió		
Religioso	3	30
Laico	5	50
Ambos	1	10
NE	1	10
Religión		
Católica	8	80
Cristiana	1	10
NE	1	10
Resultado de la prueba		
Positiva	2	20
Negativa	8	80

* Promedio

La información recibida generó diferentes tipos de reacción, de menor a mayor nivel de ansiedad, que algunas de ellas relacionaron con su “personalidad nerviosa” o “personalidad tranquila” (Tabla 2:1). A pesar de haber recibido información médica y de haber buscado fuentes secundarias, fue claro que en ellas persistían muchas dudas en relación con los diferentes aspectos del virus.

Efectos psicológicos encontrados en las mujeres

La mayoría de las mujeres consideran que el médico es el único interlocutor a quien consideran válido, por encima de otras fuentes consultadas, como la Internet y otros contactos familiares y personales. No obstante, ellas mismas mencionan que en ocasiones los médicos utilizan términos demasiado técnicos, que son difíciles de entender (tales como: periodo de latencia, factor de riesgo), no siempre proporcionan un ambiente favorable para el diálogo, y, en algunos casos, tampoco resuelven todas las inquietudes, pues muchas de éstas surgieron después del momento de la consulta.

Las mujeres se mostraron pacientes y aceptaron realizarse la prueba acatándola como una "orden médica". Solamente una mujer que constituyó la excepción, pues inicialmente se negó a hacerse la prueba y posteriormente decidió hacérsela, fue explícita y enfática al mencionar que el examen no debería hacerse hasta cuando la mujer no hubiera sido informada previamente sobre la prueba, de modo que pudiera tomar una decisión mediante un conocimiento más claro de la situación, y no guiada por el miedo (Tabla 2:1). De los relatos expresados por las mujeres se identificaron los efectos psicológicos que figuran a continuación.

Ansiedad

La prueba generó ansiedad desde el momento en que el médico la solicitó, independientemente del resultado. La intensidad de la ansiedad se relacionó con lo que las mujeres denominan personalidad ansiosa o tranquila (Tabla 2:2).

En algunas mujeres se presentaron conflictos para comunicar a la pareja la posibilidad de tener una infección de transmisión sexual (ITS), lo cual se hizo particularmente notorio en el momento de la confirmación del resultado positivo; esto, por el miedo a la reacción de la pareja, que puede generar una ruptura de la relación (Tabla 2:3). La ansiedad y el temor influyen en la decisión de comunicarlo o no, y en qué tanta información se proporciona.

La ansiedad se relaciona con el tiempo que transcurre entre la toma del examen, la entrega y la interpretación de los resultados, pues constituye

un periodo determinante para que permanezcan o desaparezcan muchos de los sentimientos. Es un tiempo que las mujeres califican como "difícil" o "terrible". Para algunas, este sentimiento es tan marcado que limita su funcionamiento en la vida diaria (Tabla 2:4).

Rabia

Solicitar una prueba que detecta una ITS despierta en las mujeres rabia y dolor, incluso antes de conocer el resultado. Rabia cuando emergen en los recuerdos situaciones en las que se buscan o se confirman posibles culpables. Este sentimiento se hace más o menos intenso en relación con las especificidades de los roles de género y de la historias de pareja; es decir, cuando se encuentra un mayor anclaje de las relaciones tradicionales de género.

La carga emocional se relacionó con el número de compañeros sexuales, pues cuando sólo se ha tenido uno la ansiedad y la rabia son mayores (Tabla 2:6). Igualmente, cuando está de por medio el antecedente de la infidelidad de la pareja, en el caso de mujeres casadas el sentimiento se hace más explícito (Tabla 2:6).

Vergüenza

Teniendo en cuenta que las ITS se relacionan con conductas que se consideran inadecuadas, la posibilidad de tener el VPH o de recibir una prueba positiva despierta en las mujeres un sentimiento de vergüenza. Así mismo, tal vergüenza influye en la manera como se maneja la información con otros, en las decisiones sobre cómo comunicarla y en cómo se construye la red de apoyo (Tabla 2:7).

Culpa

La culpa no se presentó en todas las entrevistadas, y en los casos en los que sí lo hizo no necesariamente apareció como una respuesta explícita. Sin embargo, en los relatos de las mujeres es posible observar matices con respecto a la manera como viven y se expresan sobre su religiosidad. Una de las mujeres, quien manifestó ser muy creyente y practicante activa de la religión católica, se refirió al VPH como un posible castigo de Dios, y otra mujer expresó culpa frente a la idea de haber descuidado su salud (Tabla 2:8).

Tabla 2. Textos que expresan el impacto que tiene la prueba ADN-VPH en la esfera emocional de las mujeres.

No.	Texto	Mujer
1	"Pienso que no le deben mandar a uno inmediatamente el examen, hasta que se haya dialogado con su paciente, por lo menos una charla, como tú y yo estamos haciendo; si tú me dices a mí: 'Te voy a explicar esto, y te va a pasar esto', yo ya voy a decir: ¡Bueno mi decisión es que lo voy a hacer', pero si... sin saber, adivinando y con la angustia del cáncer..."	Entrevista M0503
2	"Claro que, de todas maneras, pues yo soy una persona más o menos tranquila, y pues yo decía: 'Bueno, pues en últimas, me sacan... me hacen la histerectomía', pensaba yo ¿no?"	Entrevista M0603
3	"Fue difícil, fue difícil... y tenerle que decir a mi pareja que sé que es una persona superjuiciosa [énfasis]... ¡No! 'Pues tengo este virus y yo creo que me lo pegó tal persona.'"	Entrevista M0402
4	"No, los resultados me los entregaron muy tarde. Me dijeron: 'Venga en 20 días por él'. ¿Usted se imagina uno 20 días esperando que...? La zozobra de sí tiene el virus o no lo tiene, ¡Yo no pude! Mi trabajo [como abogada]... Actualmente el señor que defendí está... en la cárcel. No, no, no pude, se lo cedí a un colega, pero no pude continuar."	Entrevista M0503
5	"Pero en mi relación pasada estaba con una persona que era supremamente promiscua [énfasis] y yo me vine a dar cuenta ya cuando la relación se había acabado, entonces digamos que yo lo asimilé fue por el lado de él y me dio mucha rabia y me dio... o sea fue un sentimiento terrible."	Entrevista M0402
6	"La verdad, mi reacción fue totalmente <i>retaliatoria</i> , o sea toda mi ira, mi dolor y todo lo descargué contra él, porque yo dije: 'Si yo me tomé una citología el año pasado y estaba bien... Y me tomo otra el otro año, y la única persona con la que he estado es contigo, esto es culpa tuya'. O sea, todo lo culpé a él, y más, pues por el tema que yo te dije estaba el tema de la infidelidad de por medio."	Entrevista M0302
7	"Me dio vergüenza, me dio mucha vergüenza, les dije [a mis familiares] que [adquirir el VPH] había sido por la alimentación."	Entrevista M0503
8	"Hasta llegué a pensar que era una <i>escarmienta</i> que me estaba dando Dios por estar tan pendiente de los demás y no de mí misma."	Entrevista M0503
9	"No, horrible, yo estaba súper, supernerviosa porque... pues realmente lo que a uno siempre le dicen: 'Eso es cáncer' ¿Sí? Y ¿ahora qué voy a hacer?"	Entrevista M0402
10	"Significa para mí la terminación de las relaciones sexuales... con mi pareja o con quien sea [tono radical]. Igual, cuando me dijeron eso, entonces yo dije: 'No, yo no puedo tener relaciones, yo no puedo volver a tener relaciones con mi esposo.'"	Entrevista M0903
11	"Pues tratable y curable, o es algo que queda uno con eso, o es algo que... que yo tengo relaciones con mi esposo y de pronto él puede estar expuesto a este mismo virus, y que en él, como hombre, ¿qué consecuencias puede tener ese virus?..."	Entrevista M0102

Los sentimientos de culpa se encontraron entrelazados en los relatos de algunas mujeres cuando trataban de encontrar una explicación a la presencia del VPH (sea que hubieran recibido o no los resultados).

Miedo al cáncer

La asociación del virus con cáncer produce miedo, bien por las experiencias previas que se han tenido con la enfermedad, o bien por las metáforas que la acompañan. Aun cuando lo único sabido es que la prueba detecta un riesgo o posibilidad de cáncer, la sola palabra ya desencadena un conjunto de emociones y pensamientos de variada intensidad (Tabla 2:9). Aunque las ITS también generan efectos emocionales importantes, en el caso del cáncer éstos son de un carácter diferente, y tienen que

ver más con el miedo, la angustia, preocupación y pensamientos asociados a la muerte y a una enfermedad muy grave.

Temor a tener relaciones sexuales

La sospecha o la confirmación de que se padece una ITS tienen implicaciones en la vida sexual. Tener una ITS, que, además, se asocia a cáncer, desencadena temor hacia las relaciones sexuales (Tabla 2:10). Esto puede estar motivado por la idea de infectar a la pareja, de las consecuencias que pueda tener para la salud de él, considerando el riesgo del cáncer, o de ser reinfectada. La reinfección aparece como una preocupación por la incertidumbre frente a la manera de prevenirla, o a la posibilidad de que el virus aparezca de un momento a otro (Tabla 2:11).

Características de la información suministrada por los médicos

Al grupo focal asistieron 8 médicos generales, 7 de los cuales eran hombres, con un promedio de edad de 36 años, y, también en promedio, 16 años de experiencia profesional. En el segundo grupo focal participaron 10 ginecólogos, que tenían, en promedio, 46 años de edad y 17 años de experiencia profesional; la mitad de ellos era de género femenino. Los médicos únicamente poseían los conocimientos propios de su ejercicio profesional.

Se encontraron diferencias entre los médicos generales y los ginecólogos en cuanto a la forma de suministrar la información relacionada con el VPH. No hubo diferencias por género. En relación con el contenido, los médicos generales señalaron cuatro categorías importantes que se deben cubrir cuando se informa sobre el VPH: que es una infección; que es de alta prevalencia; que es una infección de transmisión sexual; y que es un factor de riesgo para cáncer. Con frecuencia, los ginecólogos anteponen la enfermedad al riesgo; es decir, definen primero el cáncer de cuello uterino (Tabla 3:1). Entre ambos grupos de médicos se hizo evidente una confusión entre infección y enfermedad.

En relación con la forma, los médicos generales hicieron más énfasis en “dosificar” la información y adecuarla a las características de la mujer (Tabla 3:2). La mayoría de los médicos generales consideran que los efectos adversos asociados al estigma y el miedo que genera una enfermedad de transmisión sexual, y el cáncer como enfermedad catastrófica, deben evitarse al máximo, para disminuir la ansiedad y garantizar la adherencia de las pacientes a la atención.

Consideraron, por otra parte, que el proceso de comunicación debe ser prudente; es decir, no necesariamente se debe suministrar toda la información. La dosificación debe hacerse teniendo en cuenta las necesidades de información de la paciente, así como los tiempos que se presentan en el proceso de confirmación diagnóstica.

Comentaron, también, que ni la entrega de resultados de una citología anormal ni la solicitud de una prueba del VPH son los momentos para hablar

de cáncer; es deseable, según ellos, no mencionar la palabra cáncer (teniendo en cuenta la “cancerofobia de la población”, según lo mencionó un participante) antes de tener un diagnóstico confirmado.

Concluyeron, además, que lo indicado es no hablar del riesgo de cáncer, pues esta situación puede atemorizar y generar ansiedad innecesariamente (Tabla 3:3). La confianza, en este grupo, se entendió más como un proceso de conocer a la paciente, de proveerle un ambiente cómodo y de darle tranquilidad.

Se presentó una gran discusión respecto a cuál de las dos asociaciones (VPH-cáncer o VPH-ITS) pesa más al momento de recibir un diagnóstico. El hecho de que el VPH sea de transmisión sexual es un agravante que incrementa la angustia y preocupación en una persona que ya está alterada cuando piensa que puede tener cáncer. Sin embargo, el temor a la muerte es mucho más fuerte y difícil de manejar (Tabla 3:4). Por lo tanto, algunos, incluso, dudaron si sería deseable informarle a la mujer de las dos asociaciones, teniendo en cuenta que la mayor parte de las mujeres con el virus no desarrolla cáncer, y, en cambio, sí puede generarse una crisis en la pareja.

Los ginecólogos ven como importante y necesario suministrar toda la información desde el comienzo, posición que defendió un grupo minoritario de médicos generales. Los ginecólogos estiman que frente a una ITS los efectos adversos de la noticia son inevitables y, afortunadamente, transitorios. Ellos consideran que la confianza se gana a través de la comunicación de toda la verdad; es decir, no debe ocultarse información por ningún motivo, pero debe tenerse en cuenta que todo cuanto se dice puede causar un impacto negativo en las mujeres y en sus parejas. Por lo mismo, se debe buscar tranquilizar a la mujer dándole información clara y completa. Por ello, conceptúan que debe hablarse abiertamente del cáncer; según se comentó, debe quedar claro que el VPH no es sinónimo de cáncer, y que debe hacerse énfasis en el riesgo, la probabilidad y la necesidad de prevenir con seguimiento (Tabla 3:1).

Los ginecólogos consideraron que, independientemente de la cantidad de información suministrada, frente al diagnóstico de una infección de transmisión sexual siempre se van a presentar diferentes

Tabla 3. Textos de los médicos participantes en los grupos focales.

No.	Texto	Grupo focal
1	"Son cinco variables que hay que involucrar, digamos que de manera integral. Creo no tiene mucho sentido que se oculte, que se omita información sobre estas cinco variables: qué es la enfermedad (cáncer), cómo se transmite, qué impacto tiene y qué prevenciones; es sólo eso."	Ginecólogos
2	"Antes de entrar a dar una explicación, conocer muy bien el bagaje... Me gustaría que propusiéramos una serie de pasos para dar una noticia de éstas; muchas veces en medicina familiar cuando uno va a dar una mala noticia hay una serie de pasos donde uno primero establece e identifica muy bien cuáles son las fortalezas del paciente, si cree en Buda, Jesús, lo que sea, para que esta fortaleza sea el referente y sea la parte que nos va a ayudar terapéuticamente para dar una mala noticia y que salga el paciente adelante. Lo digo porque dar una noticia a un paciente que no tiene la información, no tiene con qué entender esa información y, sobre todo, no tiene de qué aferrarse."	Médicos generales
3	"La sola palabra <i>cáncer</i> mata. Así uno le diga a un paciente completamente saludable que tiene cáncer es como... la palabra <i>cáncer</i> mata. Puede acabar el paciente, inmunosuprimirlo por... Yo creo que un diagnóstico... la palabra <i>cáncer</i> , el mencionarle la palabra <i>cáncer</i> a una persona implica un <i>shock</i> emocional para cualquiera."	Médicos generales
4	"Porque la carga emocional que tiene un diagnóstico de infección por VPH de una vez estigma [estigmatiza]: '¡Pum! Promiscua'. Número dos, cáncer, posibilidad de cáncer y esa... esa equivalencia hacia ello."	Médicos generales
5	"Yo creo que de todos modos es inevitable que se desarrolle una ansiedad, una alteración de pareja por el origen de transmisión sexual del virus; de todos modos siempre va a haber algo de ansiedad, siempre va a haber algo de sospecha en la pareja, por más explicaciones que se den, por más fidelidad que se tenga."	Ginecólogos
6	"Siempre tendría la misma reacción; yo la veo igual, que la señora sale, va a la casa le hace el <i>show</i> a su esposo de que fue infiel, aquí lo que agrava es que también está el cáncer, o sea yo pienso que en realidad en el fondo la mujer siempre tiene temor de que su sistema genital puede ser afectado por el hombre y lo culpa de entrada. Hay una predisposición a angustiarse y a culparlo."	Ginecólogos
7	"Pero el pilar para esto es la verdad. La verdad implica decir lo que es sin exagerar y sin ocultar. Sabiendo medir muy bien las palabras; entonces no es un cáncer, pero hay que pararle bolas porque si no le paramos bolas, puede llegar a suceder tal y tal cosa."	Médico generales

niveles de ansiedad, y, que además, la búsqueda de culpables es inevitable (Tabla 3:5-6). Con respecto al nivel de información que debe darse, algunos comentaron que es importante no ocultar nada, aunque algunos aspectos sean difíciles de asimilar por parte de las mujeres (Tabla 3:7).

Discusión

Este estudio exploratorio pone de manifiesto los efectos psicológicos y de comportamiento que presentan algunas mujeres residentes en Bogotá, y que han sido sometidas a la prueba de ADN del VPH. Igualmente, se identificó una polémica en torno a la comunicación del riesgo por parte de los médicos generales y especialistas en ginecología.

Es importante considerar estos hallazgos en el marco de la comunicación educativa que promueve el control del cáncer de cuello uterino; en particular, frente a las iniciativas para introducir esta prueba como técnica de tamización primaria dirigida a la población femenina entre 30 y 65 años.

Los resultados de este estudio son similares a lo encontrado en escenarios reales e hipotéticos en diferentes países, como Estados Unidos (17,24), el Reino Unido (15,18,20) y México (16).

La Figura 1 presenta un modelo de los determinantes de la magnitud de los efectos adversos generados por la prueba ADN-VPH, el cual es producto de los hallazgos reportados y de la revisión de la literatura. Esta figura muestra cómo el impacto lo determinan, por una parte, la forma y el contenido de la información que suministra el médico y, por otra, las características biográficas de la mujer. Este modelo tuvo como punto de referencia la propuesta elaborada por Kahn y cols. (17), quienes plantean que las características de la información pueden generar mayor o menor impacto en las mujeres.

El impacto psicosocial se ha clasificado en tres categorías: en la esfera emocional; en la vida sexual y de pareja; y en el comportamiento. Estas categorías interactúan e influyen unas en otras, y ello produce un resultado final que dista de ser simple.

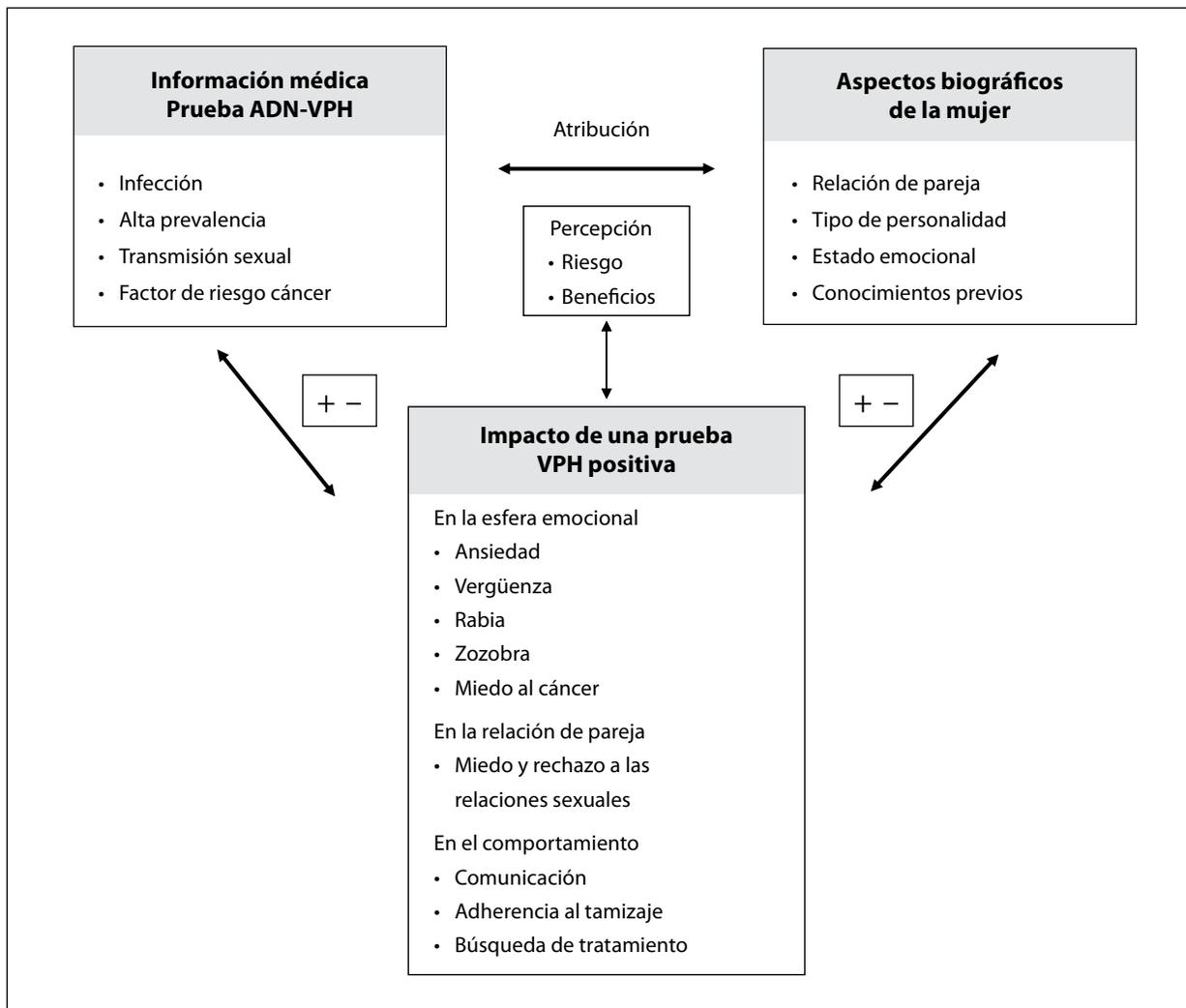


Figura 1. Modelo de los determinantes de la magnitud de los efectos adversos generados por la prueba ADN-VPH.

En el presente estudio se encontró que las mujeres atribuyen un peso diferente a cada uno de los aspectos de la información recibida, lo cual, finalmente, determina el nivel de intensidad y duración de las respuestas. Es así como cuando la información de los médicos incluye palabras como cáncer e ITS, es inevitable que se genere ansiedad, como lo afirmaron los ginecólogos del estudio. En muchas situaciones esta ansiedad les impide asimilar que se trata, además, de un virus generalmente transitorio, muy común y con baja probabilidad de desarrollar cáncer.

La interacción entre la ansiedad y la información recibida no es unidireccional; según se ha encontrado, suministrar información en un

momento inadecuado puede producir un efecto completamente contrario al deseado, ya que la ansiedad disminuye la capacidad de procesar información compleja (17). De esta forma, una persona ansiosa tiene la tendencia a procesar selectivamente la información amenazante que produce temor. De manera paradójica, en este contexto, la ansiedad se convierte en una barrera para recibir información que, potencialmente, serviría para reducir el impacto negativo de los resultados de la prueba (17). Estos hallazgos son consistentes con la teoría de la atribución, la cual plantea que las personas organizan la información en esquemas causales, mediante la discriminación de hechos relevantes que se pueden reconocer en la conducta ejecutiva y expresiva (25).

La ansiedad es un efecto inmediato y transitorio que muchas personas experimentan al recibir cualquier noticia negativa relacionada con su salud. En el marco de un programa de tamización, las mujeres estarán, de manera repetida a lo largo de su vida, expuestas a los efectos de la prueba, tal como sucede con la citología. Da Silva y Gimenez (16) describieron la presencia de “ojos llorosos” y “llanto contenido” en las mujeres portadoras de VPH; y McCaffery y cols. (15) equipararon dichas manifestaciones con la sensación de sentirse “en shock”. Algunas mujeres mencionaron que la intensidad de la ansiedad podía ser tan grande que se acompañaba de pensamientos intrusivos y respuestas somáticas (15).

Teniendo en cuenta los factores que afectan la atribución, los niveles de ansiedad y la prevención de otros efectos adversos pueden llegar a evitarse, como afirmaron los médicos generales. Entre dichos factores se encuentra la distinción y la consistencia de la información. A este respecto, Anhang y cols. (26) encontraron que las mujeres hallaron contradictoria la información que presenta el VPH como algo serio, mientras se les decía que el virus es común y desaparecería por sí solo. Adicionalmente, saber que el VPH no siempre progresa a cáncer de cuello uterino no modificó la sensación generalizada de *preocupación y miedo*.

Por su parte, Waller y cols. (18) evaluaron cuantitativamente los niveles de vergüenza entre las mujeres con VPH, en relación con el tipo de información que habían recibido. Ellos encontraron que entre las mujeres conocedoras de que el VPH es una ITS, y, además, de que es altamente prevalente, la ansiedad fue significativamente menor que dentro del grupo en el cual sólo sabían que es una ITS.

Resaltar la alta prevalencia del virus se convierte en una herramienta para reducir la percepción de estigma (15,18). Las teorías que plantean que los estándares de normalidad se derivan, en parte, de la prevalencia del fenómeno juzgado soportan esta idea (18). Por el contrario, la conexión del VPH con otras ITS que tienen un estigma en sí mismas (incluyendo los condilomas genitales) trae consigo importantes connotaciones de promiscuidad e impureza (27).

El único ensayo clínico que evalúa el impacto psicosocial de la prueba encontró que informar previamente a las mujeres sobre la alta prevalencia de la infección y la alta probabilidad de su espontánea remisión logró que no se presentaran diferencias entre el impacto psicosocial sufrido por mujeres a quienes se les informó sobre la prueba positiva comparado con la mujeres a quienes no se les informó (28).

Respecto a los determinantes propios de la mujer, en este estudio se encontró que el impacto cambia de intensidad en relación con las siguientes variables: es mayor cuando hay historia de un único compañero sexual o el antecedente de infidelidad *en la pareja* y es menor entre las mujeres que han tenido más de un compañero sexual. McCaffery y cols. (15) encontraron que entre las mujeres con historia de infidelidad la prueba detonaba mayor rabia, acusaciones y culpas, comparativamente con la reacción encontrada entre mujeres con relaciones estables, pero con historia de más de un compañero sexual. Entre éstas, la infección del VPH era más fácilmente atribuida a una experiencia del pasado.

En el estudio aleatorizado, Kitchener encontró que las mujeres a quienes se les informa el resultado positivo tuvieron un *test* de desempeño sexual menor, comparado con aquellas a quienes no se les informó el resultado (28).

El estudio presenta una limitación que, finalmente, generó un sesgo de selección. Dado que la prueba no se encuentra incluida en los planes obligatorios de las aseguradoras, no se incluyó a mujeres de bajo nivel educativo y que tenían el reporte de citología con sospecha de tener alguna posible condición patológica. Este hecho pudo inducir en que las mujeres se mostraran más ansiosas que en casos de no haber tenido una citología previa, como es la situación presentada en la tamización primaria. Habría sido importante incluir a un grupo más heterogéneo de mujeres.

Finalmente, este estudio hizo evidentes las diferencias entre la forma de comunicación del riesgo de VPH por parte de los médicos generales y la de los ginecólogos. Las diferencias podrían explicarse dado que los primeros reciben con mayor frecuencia a las mujeres asintomáticas y son responsables directos

de la tamización, y los segundos atienden a mujeres sintomáticas. Sin embargo, es importante que las mujeres reciban información previa sobre el VPH y la prueba antes de ser invitadas a la realización de ésta, y que, frente a todos los componentes que abarca la comunicación del riesgo de la infección por VPH, el médico haga énfasis en el hecho de que es una infección muy común entre las mujeres, y en que la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente.

Es importante, tal como lo afirmó una mujer de este estudio, que la razón para realizar la prueba no sea el miedo al cáncer, sino la convicción de los beneficios de ésta, así como una reflexión anticipada de la trayectoria de riesgos que se pueden presentar en el futuro. Esta situación puede generarse a partir de un proceso de toma de decisiones, de manera concertada, como una técnica de comunicación que permite reemplazar el miedo por el conocimiento, y el acceso a las diferentes opciones para el cuidado de la salud.

La información suministrada a las mujeres debe hacer énfasis en la "normalidad" de la infección en mujeres menores de 30 años y en la alta probabilidad de su regresión espontánea, así como en las ventajas y desventajas que tiene la prueba frente a la citología; es decir, es importante para la mujer entender que la prueba identifica la infección, lo cual no necesariamente implica enfermedad, y que la citología de cuello uterino identifica la lesión en las células. Es importante que las mujeres vean la citología como un complemento indispensable en el proceso de diagnóstico de las lesiones de cuello uterino.

Referencias

1. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol.* 2005;32 Suppl 1:S16-24.
2. Klug SJ, Hukelman M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Preventive Medicine* 2008;46(2):87-98.
3. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer.* 2002;2(5):342-50.
4. Muñoz N, Castellsague X, de González AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine.* 2006;24 Suppl 3:S3/1-10.
5. Franco EL. Chapter 13: Primary screening of cervical cancer with human papillomavirus tests. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;(31):89-96.
6. Castle P. Invited commentary: Is monitoring of human papillomavirus infection for viral persistence ready for use in cervical cancer screening? *Am J Epidemiol.* 2008;168(2):138-44.
7. Webster A. Innovative Health technologies and the social: redefining health, medicine and the body. *Curr Sociol.* 2002;50(3):443-57.
8. Screening for Cervical Cancer. Agency for Healthcare research and Quality [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. [Citado: 2009 Ene 31]. Disponible en: <http://www.preventiveservices.ahrq.gov>.
9. Naylor B. The century for cytopathology. *Acta Cytol.* 2000;44(5):709-25.
10. Stoler MK, Schiffman M; Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance-Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion Triage Study (ALTS) Group. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-L SIL Triage Study. *JAMA.* 2001; 285(11):1500-5.
11. Ronco G, Segnan N, Giorgi-Rossi P, Zappa M, Casadei GP, Carozzi F, et al. Human papillomavirus testing and liquid-based cytology: results at recruitment from the new technologies for cervical cancer randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98(11):765-74.
12. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Dalla Palma P, Del Mistro A, De Marco L, et al. Human papillomavirus testing and liquid-based cytology in primary screening of women younger than 35 years: results at recruitment for a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2006;7(7):547-55.
13. Kotaniemi-Talonen L, Nieminen P, Anttila A, Hakama M. Routine cervical screening with primary HPV testing and cytology triage protocol in a randomised setting. *Br J Cancer.* 2005;93(8):862-7.
14. Mayrand MH, Duarte-Franco E, Coutlee F, Rodrigues I, Walter SD, Ratnam S, et al. Randomized controlled trial of human papillomavirus testing versus Pap cytology in the primary screening for cervical cancer precursors: design, methods and preliminary accrual results of the Canadian cervical cancer screening trial (CCCST). *Int J Cancer.* 2006;119(3):615-23.
15. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardlw J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2006;82(2):169-74.
16. Da Silva Márquez Ferreira ML, Gimenez MT. Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73(10):531-6.

17. Kahn JA, Slap GB, Bernstein DI, Kollar LM, Tissot AM, Hillard PA, et al. Psychological, behavioral, and interpersonal impact of human papillomavirus and Pap test results. *J Women's Health*. 2005;14(7):650-9.
18. Waller J, McCaffery K.J, Kitchener HC, Nazroo J, Wardle J. Women's experiences of repeated HPV testing in the context of cervical cancer screening: a qualitative study. *Psychooncology*. 2007;16(3):196-204.
19. Maissi E, Marteau TM, Hankins M, Moss S, Legood R, Gray A. Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study. *BMJ*. 2004;328(7451):1293.
20. Waller J, Marlow LA, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect*. 2007;83(2):155-9.
21. Jepson RG, Hewison J, Thompson AGH, Weller D. How should we measure informed choice? The case of cancer screening. *J Med Ethics*. 2005;31(4):192-6.
22. Ministerio de la Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología. Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia, Guía de práctica clínica número 3. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2007.
23. De la Cuesta C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*. 2006:25.
24. Kahn JA, Slap GB, Bernstein DI, Tissot AM, Kollar LM, Hillard PA, et al. Personal meaning of human papillomavirus and pap test results in adolescent and young adult women. *Health Psychology*. 2007;26 (2):192-200.
25. Sainz E, Sainz Sánchez FJ. La interacción comunicativa como representación: La forma del sujeto desde la Teoría de la Atribución. *REIS*. 1986;33:143-59.
26. Anhang R, Wright T, Smock L, Goldi S. Women's desired information about human papillomavirus. *Cancer*. 2004;100(2):315-20.
27. Obregón D. Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1986-1951). *Historia, Ciências, Saúde*. 2002;9 Supl:S161-86.
28. Kitchener HC, Fletcher I, Roberts C, Wheeler P, Almonte M, Maguire P. The psychosocial impact of human papillomavirus testing in primary cervical screening-a study within a randomized trial. *Int J Gynecol Cancer* 2007;Oct 18 (Epub).