

INFORMACIÓN Y SOPORTE EMOCIONAL A LAS MUJERES CON RESULTADO ANORMAL EN PAPANICOLAOU: UNA GUÍA DE COMUNICACIÓN

Flor E. Larios*, Rebeca Robles**, Luz Margarita Jiménez*, Ángel E. Suárez***, Alicia del Toro*, Adrián Daneri*

* Centro Universitario de Ciencias de la Salud., Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

** CONACYT-UNAM. Instituto Nacional de Psiquiatría / Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud (FOCUS Salud México).

*** Hospital General No. 45. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resumen

El presente trabajo tuvo por objetivo desarrollar y evaluar una guía de comunicación de la presencia y tratamiento de alteraciones en el Papanicolaou, sugestivas de displasias o cáncer cervical. Método: Se entrevistó a una muestra de 97 mujeres con resultado citológico anormal que fueron referidas a diagnóstico y tratamiento a un hospital de especialidad, para comparar el grado de información acerca de su condición y tratamiento, así como su percepción de soporte emocional por parte de los profesionales de salud, antes y después de una sesión informativa sistematizada en la guía de comunicación propuesta. Resultados: La comunicación con las pacientes (y la guía correspondiente) se desarrolló a la luz del modelo de tratamiento basado en evidencias. Se documentó una diferencia clínica y estadísticamente significativa antes y después de la sesión con el especialista que usó la guía en el nivel de información sobre la condición y su tratamiento ($3,97 \pm 3,15$ vs. $8,15 \pm 2,65$; $t = -7,27$, $gl = 53$, $p \leq ,0001$), y una tendencia al incremento del porcentaje de pacientes que percibieron soporte emocional por parte del profesional de la salud en cuestión (62,3% vs. 100%; $\chi^2 = 31,18$, $df = 1$, $p = ,07$). Conclusiones: La guía planteada constituye una herramienta útil para llevar a cabo de me-

Abstract

The aim of the present study was to develop and to evaluate a guide to communicate the presence and treatment of Papanicolaou alterations that suggest dysplasia or cervical cancer. Method: A sample of 97 women with abnormal smear test referred to diagnosis and treatment at a third level hospital were interviewed pre and post an informative session systematized in the proposed guide, to compare the degree of information about their condition and treatment and their perception of emotional support from health professionals. Results: The communication guide were developed according evidence based treatment model. We documented a pre-post clinical and statistical difference in the level of information about their condition and treatment (3.97 ± 3.15 vs. 8.15 ± 2.65 ; $t = -7.27$, $df = 53$, $p \leq .0001$), and a tendency of increment in the percentage of patients that perceived emotional support from health professionals (62.3% vs. 100%; $\chi^2 = 31.18$, $df = 1$, $p = .07$). Conclusions: The guide presented here constitutes a useful material to improve communication of these conditions and its treatment among Hispanic women with low level of education.

Key words: Papanicolaou, cervical cancer, communication, psychoeducation, health education, emotional support.

Correspondencia:

Dra. Rebeca Robles.

Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud:
FOCUS Salud México S.C.

Convento San Juan de los Lagos 97, Col. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla, Estado de México. 54050, México.

E-mail: reberobles@hotmail.com

Por manera la difícil tarea de comunicar esta condición médica y su tratamiento a mujeres de habla hispana con baja escolaridad.

Palabras clave: Papanicolaou, cáncer cervical, comunicación, psicoeducación, educación para la salud, soporte emocional.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es la transmisión de información de un organismo a otro por medio de símbolos (mímicos, verbales, gráficos, etc.) que hace posible su interrelación⁽¹⁾. En el contexto de la salud se torna indispensable, pues es parte del proceso diagnóstico y posibilita una adecuada relación médico-paciente. Por ello se la considera una habilidad clínica esencial⁽²⁾, y uno de los derechos generales de los pacientes⁽³⁾.

Desde los inicios de su formación, el médico realiza el juramento *"la salud de los pacientes será mi primer objetivo"*⁽⁴⁾; y la propia Organización Mundial de la Salud incluye en el término *salud* el bienestar psicosocial (y no solo la ausencia de síntomas físicos)⁽⁵⁾. En este sentido, la comunicación en el ámbito de atención de la salud, además de proporcionar información, busca el alivio emocional de los pacientes y sus familias.

Diversos estudios sugieren que la información clara y precisa que brinda el médico a su paciente con respecto a su situación de salud conlleva indudables beneficios: a) Contribuye de manera significativa a la disminución de estados emocionales alterados (presencia de ansiedad, estrés y depresión); b) Propicia apego y respuesta al tratamiento, y c) Disminuye demandas por mala práctica. Esto, siempre y cuando la comunicación se lleve a cabo en un clima de confianza, veracidad y respeto⁽⁶⁾, e incluya un contenido equilibrado de información biomédica (sobre temas médicos) y psi-

cosocial (referida a lo personal: *¿cómo se siente el paciente?*).

El uso de materiales didácticos puede favorecer una comunicación adecuada entre profesionales de la salud y sus pacientes. Por esta razón se ha sugerido, particularmente en cáncer⁽⁷⁾, desarrollar mejores métodos de educación de los pacientes, que les permitan comprender la complejidad de la terminología empleada en el campo de la salud y tomar decisiones más informadas para su cuidado. Desafortunadamente, gran cantidad de materiales escritos que se crean con la intención de informar sobre diferentes aspectos de salud tienen niveles de complejidad muy altos, y se requiere su mejoramiento para lograr la comprensión de la mayoría de los lectores⁽⁸⁾.

El cáncer cérvico-uterino representa un problema de salud pública mundial⁽⁹⁾, especialmente en países subdesarrollados⁽¹⁰⁾, donde afecta principalmente a personas de bajo nivel educativo⁽¹¹⁾, que podría favorecerse aún más de métodos didácticos que simplifiquen la información médica.

El método de detección aceptado internacionalmente para el diagnóstico temprano de esta enfermedad es la prueba de Papanicolaou⁽¹²⁻¹⁵⁾. Sin embargo, la divulgación general acerca de esta prueba es a través de la consigna *"hazte la prueba del Cáncer"*⁽¹⁶⁾, por lo que un resultado positivo es interpretado automáticamente como *cáncer*. Esto puede afectar la continuidad del tratamiento⁽¹⁷⁾, el desarrollo y/o persistencia del problema⁽¹⁸⁾, y la calidad de vida de la paciente y su familia⁽¹⁹⁾.

En esta dirección, el presente trabajo tiene por objeto presentar una guía de comunicación para dar la noticia acerca de un resultado de Papanicolaou anormal y su consecuente tratamiento, que permita a las pacientes alcanzar un nivel satisfactorio de información, así como la percepción de recibir mayor soporte emocional por parte de los profesionales de la salud involucrados.

MÉTODO

Participantes

Mujeres con resultado citológico anormal que fueron referidas a diagnóstico y tratamiento al Hospital General Regional #45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.

Procedimiento

Las mujeres que aceptaron participar de forma anónima y voluntaria en el estudio, contestaron una serie de preguntas antes y después de ser atendidas por un médico especialista en ginecología, quien les proporcionó entonces información acerca de su condición, y realizó colposcopia para confirmación diagnóstica y tratamiento consecuente.

Las preguntas que se hicieron antes de la intervención del ginecólogo fueron, entre otras: 1) "Marque en esta línea de 0 a 10 puntos, en donde 0 es nada y 10 es todo, ¿Cuánto considera que sabe Vd. acerca de lo que significa la alteración en el Papanicolaou?, y 2) ¿Cree que la persona que le dio el resultado de su Papanicolaou consideró cómo se sentía usted y le brindó soporte emocional?, 3) En caso de ser así ¿Cómo es que le brindó soporte emocional?, 4) ¿Vd. opina que podría mejorar la forma en que se comunica el diagnóstico y

tratamiento a las pacientes?, 5) En caso de ser así ¿Cómo? Se completó también una forma *ad hoc* con sus datos socio demográficos básicos.

Al salir de la cita con el especialista, una vez confirmado el diagnóstico se le preguntó: 1) ¿Qué diagnóstico le dijeron que tiene?, 2) ¿Qué sabe Vd. acerca de cuál será su tratamiento?, 3) En una escala del 0 al 10, en donde 0 es nada y 10 es todo, marque con una cruz en la línea de acuerdo al grado de información que le dio el médico sobre lo que debe hacer para tratar su condición?, 4) ¿Cómo se sintió cuando le dijeron que tenía XXX?, 5) ¿Cree que el médico consideró cómo se sentía y le brindó soporte emocional?, 6) En caso de ser así ¿Cómo?

Aquellas pacientes que posterior a la cita con el ginecólogo, se encontraban afectadas por la confirmación de displasia o en algunos casos cáncer recibieron intervención psicológica breve y gratuita que les brindara recursos de afrontamiento para continuar en su proceso de tratamiento.

La forma en la que el médico comunicó los resultados de su examen fue considerada entonces para realizar una guía sencilla con la que todo el personal de salud interesado pudiera mejorar sus habilidades de comunicación con esta población. La psicóloga clínica que entrevistó a las pacientes fue quien recogió los datos que el ginecólogo daba, para estructurar entonces una guía que este mismo revisó y corrigió a fin de lograr la versión final que aquí se presenta.

Análisis estadístico

Se utilizaron media, desviación estándar y rango como medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas, así como frecuencias y porcentajes para las categóricas. La comparación de medias de conocimientos acerca del

significado de un Papanicolaou anormal y su tratamiento, antes y después de la sesión con el especialista que usó la guía de comunicación, se realizó con base en la prueba t de Student para muestras dependientes. Por su parte, la comparación de porcentaje de mujeres que reportaron haber recibido soporte emocional se llevó a cabo mediante prueba chi cuadrada. Los análisis se llevaron a cabo en el paquete estadístico SPSS, versión 16, para Windows, PC.

RESULTADOS

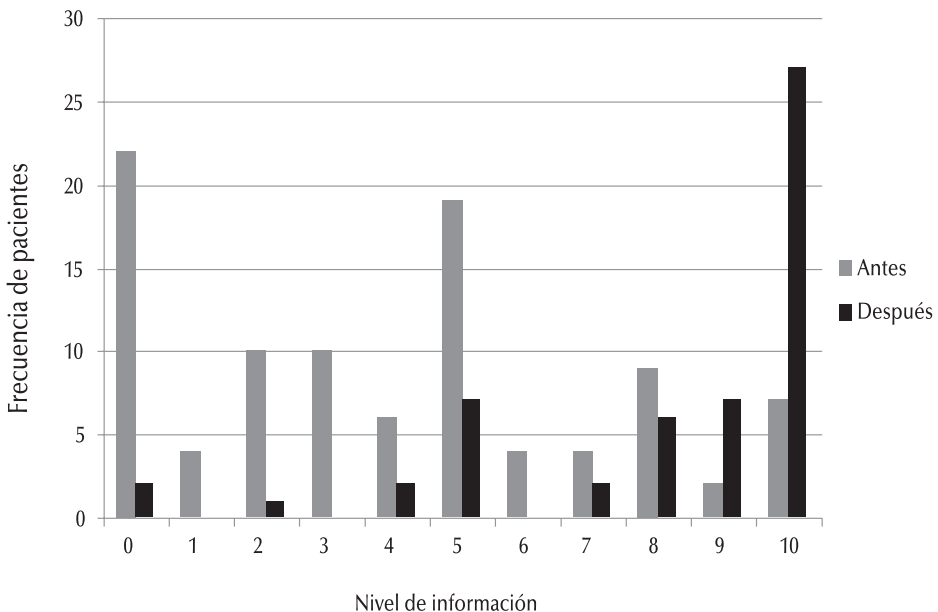
Participaron un total de 97 pacientes con citología anormal, que tenían un promedio de edad de $41,93 \pm 12,26$ años (rango=21 a 73 años). La mayoría tenía solo estudios escolares básicos ($7,93 \pm 4,41$ años), en congruencia con el gran porcentaje de la población mexicana atendida en instituciones públicas como

en la que se llevó a cabo el presente estudio. Prácticamente la mitad ($n=49$, 50,5%) trabajaba como empleada no profesional, y otro tanto se dedicaba al hogar ($n=45$, 46,4%). Solo el 3,1% ($n=3$) era profesionista y laboraba en ello.

El nivel de información que poseían las pacientes después de que se les notificó del Papanicolaou anormal en sus unidades de primer nivel (y antes de la sesión con el ginecólogo que siguió la guía de comunicación) fue de $3,97 \pm 3,15$ (rango=0 a 10). Posteriormente, la media de conocimientos acerca de la condición incrementó notablemente a $8,15 \pm 2,65$ (rango=0=10), aunque aún hubo pacientes que registraron el nivel mas bajo de información al respecto. Esta diferencia de medias fue clínica y estadísticamente significativa ($t= -7,27$, $gl= 53$, $p \leq 0,0001$).

En la Figura 1 que se presenta a continuación se muestra la comparación de frecuencia de mujeres por nivel de in-

Figura 1. **Comparación del nivel de información antes y después de la sesión con el médico especialista.**



formación sobre Papanicolaou anormal antes y después de la sesión con el médico especialista que siguió la guía de comunicación.

Como puede observarse, antes de la sesión con el ginecólogo, más del 20% de las pacientes manifestaron ignorar absolutamente lo que significaba la alteración del Papanicolaou, y más del 70% calificó con cinco o menos puntos su conocimiento acerca de esta condición. En cambio, al salir de la sesión con el especialista que siguió la guía, el 50% de las encuestadas reportaron tener toda la información acerca del su condición y tratamiento, y más del 70% registró un conocimiento satisfactorio al respecto (ocho o mas puntos).

Además, en la primera entrevista, el porcentaje de pacientes que refirieron haber recibido soporte emocional por parte del personal de salud que les notificó el Papanicolaou anormal (n= 33/53;

62,3%) incrementó notablemente (hasta el 100%; chi cuadrada=31,18, gl=1, p=,07) al salir de la sesión con el especialista que siguió la guía de comunicación, que a continuación se describe al detalle.

En la tabla 1 se resumen los aspectos relevantes a tomar en cuenta antes de contactar a la paciente. De esta manera, el clínico tendrá una matriz simple que le recuerde los primeros problemas y estrategias que habrá de abordar proactivamente con sus pacientes.

Por su parte, la tabla 2 plantea a manera de *sketch* cómo sería deseable que fuese abordada la paciente para luego explicar qué es la displasia y clarificar que la prueba del Papanicolaou no es una prueba diagnóstica de cáncer.

La tabla 3 muestra de qué manera es importante se le explique a la paciente en qué consiste el siguiente estudio que se le va a practicar para corroborar el diagnóstico (la colposcopia) y en base a

Tabla 1. Aspectos relevantes antes de abordar a la paciente.

SITUACIÓN	CONSIDERACIONES	ABORDAJE
Mujer con Papanicolaou positivo a lesión intracervical.	<p>Necesario localización rápida para corroborar alteración citológica y realizar tratamiento.</p> <p>Es posible que la paciente se presente en la unidad médica con importante carga emocional negativa por desconocer qué le sucede o por asumir de manera tácita que "tiene cáncer".</p> <p>En ocasiones, la mujer ya vivió una situación similar con alguien cercano, posiblemente con penosas consecuencias.</p>	<p>Se localiza a la paciente vía telefónica o por recado en casa.</p> <p>Dar información clara y simple sobre lo que está ocurriendo es clave en este proceso. Dirigirse a: generar recursos de afrontamiento, formar una "percepción de efectividad personal"</p> <p>Abordar estas experiencias y clarificar para atenuar la visión catastrófica de la situación actual.</p>

Tabla 2. **Abordaje e información a la paciente.**

E=Enfermera o personal de salud
P=Paciente

E= Hola, muy buenos días señora, soy Mari, le voy a entregar los resultados del Papanicolaou que se practicó hace algunos días ¿Usted es Lupita verdad?

P=Sí

E= Muy bien Lupita, mire es importante primero que nada, que no se asuste porque le mandamos llamar. Esta prueba positiva NO significa que está mal o que tiene cáncer; ya que el Papanicolaou NO es una prueba diagnóstica, sino una prueba de sospecha, y el que haya salido alterado lo único que significa es que se está prendiendo un foquito de alarma para que nos pongamos bien atentos para descartar la presencia de una lesión en el cuello de tu matriz con un estudio mas especializado.

P= Entonces ¿no es cáncer? Porque yo pensé que si la prueba es del cáncer y sale positiva entonces yo tenía cáncer.

E= No Lupita, lo que realmente tiene usted se sabrá hasta que se le realice un estudio especializado llamado colposcopia. Lo más probable es que su problema NO sea cáncer sino una alteración que se llama *displasia*, de hecho, debería conocerse como la prueba de displasia, no como la prueba del cáncer. Incluso, puede no tener enfermedad alguna y se trate de una falsa alarma pero es necesario estudiarla para tener la certeza de qué es lo que usted tiene.

P= ¿Y que es displasia? Nunca había escuchado de eso.

E= La displasia es una alteración que se da en el cuello de la matriz debido a múltiples factores, entre ellos, la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH). Este virus debido a su naturaleza se expresa solo ante condiciones muy específicas, es como el virus de la gripe. Tú ya has tenido gripe ¿verdad?

P= Si.

E= Ah! pues entonces en cualquier momento pudiste haber contraído el virus porque alguien estornudó cerca, o alguien de tu familia te pudo haber contagiado y si las condiciones del medio y tu organismo estaban vulnerables, baja de defensas, nutrición inadecuada, cambios extremos de clima entonces empezaste a sentir los síntomas de que el virus estaba actuando, es decir, empezaste a tener dolor de cabeza, cuerpo cortado, fiebre y descarga de mucosidades ¿no?

P= Si, así me pasa cada que me pega la gripa.

E= Pues entonces ocurre algo muy semejante con el VPH , éste busca condiciones muy específicas para hacer su "casita", pues solo en tejido de la piel se expresa, es decir solo en el tejido que recubre la matriz hace de las suyas. Si además, estás baja de defensas, por ejemplo, cuando estás muy estresada o le das un mal manejo a tus emociones, se ha dicho que tu sistema inmune o tus defensas están más vulnerables. También si fumas, o si tu alimentación es desbalanceada y carece de verduras verdes (Vitamina E).

P= Entonces, si tengo el virus y estoy baja de defensas y además fumo, ¿el virus me puede dar problemas?

E= Así es, si tuvieras el virus, pero estas muy saludable y tienes bajo control los otros factores que te dije, el virus puede pasar mucho tiempo dormidito o encapsulado. Pero si éste despertó y quiere hacer casita expresa su presencia generando displasia, que es una lesión en el cuello de la matriz que solo es detectada por medio del Papanicolaou. En esta lesión hay células alteradas, distintas a las que se espera que estén en tu cuello de la matriz cuando está normal.

Es por ello la importancia de que seas constante con tus revisiones, porque mediante una prueba como ésta se pueden detectar estas fases tempranas de cambios celulares que no son cáncer, pero que si no se les da atención a tiempo, por no identificarlas (ya que pueden presentarse sin síntomas). Y así, en un futuro, pueden llegar a evolucionar a cáncer.

Tabla 3. **Explicando en qué consiste la colposcopia**

<p>E=Enfermera o personal de salud P=Paciente</p> <p>E= Lupita es esto, en parte, por lo que te mandamos llamar, porque te vamos a hacer un pase a la clínica de especialidades para que te hagan un examen más completo que se llama colposcopia. Es decir, si con el Papanicolaou que es una prueba de sospecha ya nos mandó una señal de alarma de que <i>posiblemente</i> algo no está como se esperaba (por ejemplo, células con forma estrellada en vez de redonda) entonces, ahora hay que tener la seguridad de que realmente hay algo que se tenga que atender y se te proporcione la alternativa de tratamiento que sea más adecuada para ti. Aquí pueden ocurrir dos cosas: 1) Que se te dé de alta por una falsa alarma, que suele suceder, ya sea porque cuando viniste te encontrabas en una fase hormonal muy activa, o 2) Porque la prueba no se tomó adecuadamente, que también puede ocurrir, ya que como humanos en ocasiones cometemos errores.</p> <p>P= ¡Ay! Ojalá no sea nada, le voy a rezar mucho a Diosito para que sea falsa alarma. Y entonces, ese otro estudio que me van a hacer ¿en qué consiste?</p> <p>E= La colposcopia es como otro Papanicolaou, pero en este caso se utiliza un microscopio que permite ver las paredes de tu cuello de la matriz de una manera agrandada, se llama colposcopio. Ayuda a comprobar si realmente hay lesión. Cuando hay displasia, las paredes de tu cuello pueden tomar diferentes aspectos en cuanto a color o textura, dependiendo del tipo de fase en la que se encuentre. También se puede identificar si es un cuello completamente sano y por lo tanto, no requerirá tratamiento. Pero esto, solo el ojo clínico del que hace la colposcopia lo podrá identificar, debido a su entrenamiento y experiencia. En esta revisión, como te decía, se tomará nuevamente una muestra de tus células para que sean analizadas por un patólogo también con mucha experiencia y así, con ambas opiniones se tenga una mayor seguridad del diagnóstico final y por lo tanto el tratamiento, que se te va a dar, sea el más adecuado.</p> <p>P= ¿Será entonces acá en donde me va a decir qué es lo que tengo?</p> <p>E= Así es. Es por ello que te digo que no te asustes, porque aún no sabemos con seguridad el diagnóstico real.</p> <p>P=Y si tuviera alguna alteración ¿que seguiría?</p>

ello se defina la alternativa de tratamiento que permitirá dar el siguiente paso.

En el tabla 4 se explican las alternativas de tratamiento en las diferentes formas de expresión de la displasia, puntualizando en que cada una de ellas es susceptible de curación.

Finalmente, en la tabla 5 presenta los aspectos generales en torno a la

electrocirugía, especialmente en lo referente a los cuidados que debe tener después de la intervención que se le realizó, y el seguimiento que deberá llevar para vigilar su total recuperación. Esto, para aquellas pacientes que por sus características clínicas y citológicas son candidatas a recibir este tipo de tratamiento.

Tabla 4. **Explicando las alternativas de tratamiento.**

E=Enfermera o personal de salud

P=Paciente

E= Solo en casos de NIC II y NIC III se les brinda un tratamiento, ya que estamos hablando de algo mas significativo, mientras que el NIC I no representan riesgo alguno, ya que está demostrado que nuestro mismo sistema inmune combate la pequeña alteración que está en vías de formación. Solo se les recomienda un seguimiento con Papanicolaou a más corto plazo (como a los 6 meses, dependiendo de las características del caso en particular). Y que además, usted le ayude a su sistema inmune, consumiendo muchas verduras verdes con alto contenido de vitamina E. Y además, si usualmente fuma o consume alcohol, reduzca dicho consumo o lo elimine.

P= Y para las fases de NIC II Y NIC III ¿cómo es el tratamiento?

E= Dependiendo de las características particulares de la paciente. En la fase 2, será el especialista quien decidirá si se le brinda solo un tratamiento farmacológico (uso de óvulos vaginales o medicamentos vía oral) o si se le hace una microcirugía que consiste en quitar el tejido dañado.

P= O sea que a las que tienen NIC III y algunas con NIC II ¿se les hace esta microcirugía?

E= Así es Lupita.

P= Y ¿en qué consiste esta microcirugía? Ya me estoy asustando.

E= No tienes nada de qué asustarte. En caso de que fueras candidata a recibir este tratamiento, que se llama Electrocirugía de alta Frecuencia, LEEP por su abreviatura en inglés; es importante que tengas en cuenta que no incluye el que te abran tu pancita, sino que se hace por la vagina y se te pondría solo anestesia local. Es como si tuvieras una manzana y si ésta se te cae y se magulla, si no le quitas esa partecita magullada ¿qué le ocurre a la manzana?

P= Se pudre toda.

E= Es exactamente lo que ocurre acá, se pretende quitar solo la parte dañada para que NO se extienda más. Para eso, el Médico ya tiene una apreciación exacta de dónde está la lesión y qué tanta profundidad tiene mediante el estudio que te hizo, para proceder así a retirar solo el tejido dañado, como le quitamos el pedacito magullado a la manzana. Pero es bien importante que tengas en cuenta que a diferencia de la manzana, que se le corta el pedacito y así se queda, esta intervención permitirá que a los 6 meses tu tejido esté regenerado completamente y sano, es una intervención que ha demostrado ser muy efectiva.

Tabla 5. **Explicando los cuidados posquirúrgicos y seguimiento.**

E=Enfermera o personal de salud
P=Paciente

P= Pero yo tengo que trabajar, ¿me darían incapacidad al hacerme esta microcirugía?

E= Si, se te dan como 15 días, porque en estos días tienes que guardar reposo y tener algunos cuidados después de la cirugía, los que determinarán en gran medida el éxito de tu recuperación. Por ejemplo, a) no tener relaciones sexuales durante un mes, b) no levantar cosas pesadas, c) no caminar mucho. Y en cuanto a la alimentación, es importante que si eres estreñida, trates de no consumir los alimentos que te aumenten el problema, porque un esfuerzo puede provocar que se desprenda la costrita que se está formando y dar lugar a un sangrado que no es conveniente para la regeneración del tejido. Así que si es tu caso, procura comer verduras cocidas, frutas, etc. Estos solo son algunos ejemplos, el médico hablará más ampliamente contigo. Y también le puedes preguntar todo lo que necesites saber. También es importante que tengas en cuenta que después de la cirugía, que es muy pequeña (no invasora) vas a salir caminando del hospital el mismo día. Algunas mujeres comentan sentirse como si no las hubieran operado, pero recuerda "que Sí hubo una cirugía" y que es importante que te cuides. De hecho, son estos cuidados después de la cirugía los que en gran parte juegan un papel muy importante en la recuperación y éxito del tratamiento.

P= Y después de la cirugía ¿que sigue?

E= Se te dará el seguimiento a 15 día para ver cómo va tu proceso de cicatrización. Después, a los 6 meses, para checar que tu tejido se haya restablecido con éxito. Este tratamiento es a un año y se te volverá a citar a los 12 meses después de la cirugía para verificar que el tejido del cuello de tu matriz esté completamente sano. Si ya está todo en perfectas condiciones se te dará de alta. Ahorita que te lo platico, parece un tratamiento largo, pero creo que vale la pena combatir a tiempo lo que puede darte un problema mayor.

P= Creo que tiene razón.

E= Así es Lupita. En concreto, hasta este momento no tenemos la seguridad de a qué nos estamos enfrentando, pero considero que ya estas preparada para lo que venga, desde una posible alta por falsa alarma hasta una intervención quirúrgica. ¿Tienes alguna pregunta?

P= No, todo me queda perfectamente claro. Muchísimas gracias Mari, no sabes cómo agradezco que me hayas brindado este tiempo para quitarme el miedo que traía por mis ideas de que ya tengo cáncer. Gracias por toda esta información! Ahora les voy a platicar a mis amigas y familiares para que se estén checando y se quiten el miedo de que les digan que su examen del cáncer es positivo. Ahora sé que lo que se pretende detectar con el Papanicolaou es displasia y no cáncer y que la displasia, tratada a tiempo, es curable.

CONCLUSIONES

Las pacientes que se entrevistaron con el especialista que siguió la presente guía de comunicación mostraron una diferencia radical en el nivel de información acerca de su condición ginecológica y su tratamiento, así como en su percepción acerca del soporte emocional recibido por parte del médico. El cambio a mejoría fue estadísticamente significativo en relación al nivel de información adquirido: el escenario de 90% de mujeres sin saber lo suficiente (o nada) sobre su condición, se convirtió en un 70% de pacientes con información adecuada.

La observación de estos hallazgos impulsó a sistematizar la información que el Ginecólogo proporcionaba a fin de lograr un material educativo sencillo y claro para que los profesionales de la salud desarrollen estrategias de comunicación más efectivas y cálidas, sobre todo en el área oncológica, tan sensible a la mayoría de las personas. Además, de acuerdo a Expósito y Domínguez⁽²⁰⁾, este tipo de herramientas de trabajo pueden facilitar la reflexión en los servicios asistenciales sobre cómo están realizando la comunicación con sus pacientes, con el objetivo final de que cada servicio elabore su propio plan para llevarlo a cabo de manera adecuada. Estos autores elaboraron un código de buenas prácticas para la mejora de la comunicación con los pacientes con cáncer y sus familias. Al igual que en el presente trabajo, ello se logró con base en la metodología de atención sanitaria basada en evidencias, y recogiendo las opiniones de los pacientes en torno a la comunicación con los profesionales sanitarios. Ahora sometemos esta guía al debate entre profesionales, que esperamos sea amplio y benéfico para nuestros pacientes.

Tal como Godes et al⁽²¹⁾ señalan, comunicar malas noticias es una tarea compleja; más aún cuando la enfermedad a comunicar incluye la palabra cáncer, pues el término posee connotaciones culturales negativas. Desde esta perspectiva, resulta relevante continuar con la mejora de herramientas para facilitar la comunicación no solo del diagnóstico de cáncer, sino de toda la historia natural del mismo, incluyendo las condiciones de riesgo para su desarrollo, que en el caso que nos ocupa incluye la presencia de virus de papiloma humano.

Para este caso en particular (comunicación de citología positiva), es recomendable que el entrenamiento en habilidades y uso de técnicas de comunicación efectiva no se restrinja a los médicos especialistas, pues en muchos de los países Iberoamericanos, es otro profesional de la salud el que notifica los resultados de un Papanicolaou. En este estudio observamos, lamentablemente, que cuando las pacientes acudían a la cita de confirmación diagnóstica sabían muy poco o nada de lo que significaba la alteración del Papanicolaou, a pesar de haber tenido ya al menos un contacto con un profesional de la salud (generalmente de enfermería) que le había notificado el resultado de su citología para referirla con el especialista. Estos datos son congruentes con los reportados en la evaluación de una muestra de 105 pacientes oncológicos que acudieron a su primera cita con el especialista, para mostrar que poseían información muy variable acerca de su enfermedad: a algunos se les habían dado información específica, pero otros tenían información inespecífica o incluso no había recibido ninguna información⁽²¹⁾.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte de las tareas de investigación del proyecto intitulado: "Factores inmunológicos y virales asociados con la recurrencia post-tratamiento de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical II-III", con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, bajo registro: SALUD2-2004-C01-179. Los autores agradecen también a Paloma Aguirre y Nadia Ruvalcaba por su colaboración para la realización, grabación y transcripción de entrevistas a parte de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Merani AL. Diccionario de Psicología. México: Ediciones Grijalbo, 1976.
- Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. An Fac Med Lima 2006;67:30-7.
- Secretaría de Salud. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Secretaría de Salud. Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int 2002;16:165-69.
- Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica. Asociación Médica Mundial, 1949.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Génova: Organización Mundial de la Salud, 1946.
- Cruzado JA, Olivares ME. Comunicación en consejo genético. Psicooncología 2005;2:269-84.
- Davis T, Williams M, Marin E, Parker R, Glass J. Health literacy and cancer communication. CA Cancer J Clin 2002;52:134-49.
- Helitzer D, Hollis C, Cotner J, Oestreich N. Health Literacy demands of written health information materials: An assessment of cervical cancer prevention materials. Cancer control 2009;16(1):70-8.
- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 1.0. IARC. CancerBase No. 5. Lyon: IARC Press, 2001.
- Shanta V, Krishnamurthi S, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K. J Indiana Med Assoc 2000;98:49-52.
- Arrossi S, Sankaranarayanan R, Maxwell Parkin D. Incidence of cervical cancer in Latin America. Salud Pub Mex 2003;45:306-14.
- Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, Scott DR, Sherman ME, Kurman RJ, Wacholder S. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. J Natl Cancer Inst 1993;85:958-64.
- Kjaer SK, van den Brule AJ, Bock JE, Poll PA, Engholm G, Sherman ME, et al. Human papillomavirus—the most significant risk determinant of cervical intraepithelial neoplasia. Int J Cancer 1996; 65:601-6.
- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999;189:12-9.
- Bollen L, Tjong-A-Hung S, van der Velde J, Mol B, ten Kate F, ter Schegget J, et al. Prediction of recurrent and residual cervical dysplasia by human papillomavirus detection among patients with abnormal cytology. Gynecol Oncol 1999;72:199-201.
- Eardley A. Attendance for cervical screening-whose problem? Soc Sci Med 1985; 20:995-62.
- McCormick JS. Cervical smears: a questionable practice? Lancet. 1989; 22;2(8656):207-9.
- Goodkin K, Antoni MH, Helder L, Sevin B. Psychosocial factors in the progression

- of cervical intraepithelial neoplasia–CIN [letter]. *J Psychosom Res* 1993; 37: 554-7.
19. Coker AL, Bond S, Madeleine M, Luchok K, Pirisi L. Psychosocial Stress and cervical neoplasia risk. *Psychosom Med* 2003; 65: 644-51.
 20. Expósito J, Domínguez C. Elaboración de un código de buenas prácticas en comunicación aplicable a los servicios de oncología. Estrategia y resultado. *Psicooncología* 2008;5:147-54.
 21. Godes M, Blasco A, Corbellas C, Campos C, Sánchez P, Peiró G, et al Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en Oncología. *Psicooncología* 2006;3:9-18.