

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital General de México

Impacto Psicológico en mujeres con Diagnóstico de Infección por Virus de Papiloma Humano en el Servicio de Colposcopia del Hospital General de México. O.D.

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

DR. ALEJANDRO RODRÍGUEZ ESPÍNOLA

**Coordinador Tutor:
Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortes**

México, D. F. Julio de 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO**

**DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE POSGRADO**

**DR. BRUNO MUÑOZ CORTES
TUTOR DE TESIS
COORDINADOR DE CLÍNICA DE DISPLASIAS.
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL DIPLOMADO EN COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA
DEL TRACTOR GENITAL INFERIOR**

**DR. RODRIGUEZ ESPINOLA ALEJANDRO
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su apoyo y comprensión.

A las pacientes con virus de papiloma humano, justificación principal para realizar esta obra.

A todos mis maestros de la especialidad, por sus enseñanzas.

A mi guardia, la famosa guardia “D”.

Al Hospital General de México, con cariño especial a la unidad 112.

Mi agradecimiento a Berenice Soria, por su valioso apoyo en la realización de este proyecto.

Y gracias a Dios...

Dr. Alejandro Rodríguez Espínola

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

AGRADECIMIENTOS

ABREVIATURAS

RESUMEN

<u>INTRODUCCION</u>	2
Marco de referencia y antecedentes	2
Justificación	51
Objetivos	51
OBJETIVO GENERAL	51
OBJETIVOS ESPECIFICOS	51
Hipótesis	52
<u>MATERIAL Y METODOS</u>	52
Tipos de estudio	52
Población en estudio y tamaño de la muestra	52
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	53
Variables y escalas de medición	54
Recolección de datos y análisis de los resultados	53
Impliaciones éticas del estudio	55
<u>RESULTADOS</u>	56
<u>DISCUSION</u>	60
<u>CONCLUSIONES</u>	63
<u>REFERENCIA</u>	65
<u>ANEXOS</u>	67
I. Consentimiento Informado	67
II. Otros Anexos	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos. Grupos de edad.....	56
Tabla 2. Datos sociodemográficos por estado civil.....	57
Tabla 3. Datos sociodemográficos por escolaridad.....	58
Tabla 4. Resultados de las variables estudiadas por grupo.....	58

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1. Relación entre el resultado positivo de VPH y CGQ.....	58
Fig. 2. Diferencias de diagnóstico de VPH por grupos de edad.....	59
Fig. 3. Diferencia entre las 4 subescalas del CGS.....	62

ABREVIATURAS

ETS (ITS) Enfermedad de transmisión sexual

VPH (HVP) Virus de Papiloma Humano

CGS (GHQ) Cuestionario General de Salud

DNA Acido Desoxirribonucleico

INPerIER Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

VP Virus de Papiloma

ICTV Consejo Internacional para la Taxonomía de los virus

LCR Región larga de control

EV Epidermodisplasia Verruciformis

SIL Lesiones Escamosas Intraepiteliales

NIC Neoplasia Intra epitelial cervical

NIV Neoplasia Intraepitelial vulvar

NIVa Neoplasia Intraepitelial vaginal

RNA Acido Ribonucleico

PCR Reacción en Cadena de la Polimerasa

CaCu Cáncer Cervicouterino

HSV Herpes Simple

CMV citomegalovirus

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

INCan Instituto Nacional de Cancerología

EPDS Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

IVSA Inicio de Vida Sexual

MP Malestar Psicológico

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un grave problema de salud pública; la infección por virus de papiloma humano (VPH) posee una peculiar relevancia por su alto nivel de incidencia y su asociación con el cáncer cervicouterino, por lo que se requiere un estudio integral en donde se abarque tanto el área física como el área psicológica la cual se ve afectada haciendo posible el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por virus de papiloma humano.

Objetivos: Determinar la presencia de síntomas de presivos y ansiosos en mujeres infectadas con virus de papiloma humano como malestar psicológico, trastorno adaptativo ó trastorno de presivo. Se realizará un estudio de scriptivo, transversal, prospectivo y comparativo.

Hipótesis: La ansiedad, la depresión o ambas son factores a considerar en la evaluación de la respuesta adaptativa frente a un evento particular, por lo tanto han de ser evaluados en conjunto para considerar su influencia o ausencia de infección psicológica; lo cual se entiende como una condición reactiva contemplada a una restricción transitoria de la conciencia que permite una adaptación progresiva, si esto no se consigue; esta condición se establece y se convierte en una condición sintomática que requiere manejo especializado.

Metodología: La prueba que se aplicará es el Cuestionario General de Salud (CGQ). Se realizará un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo de una muestra de 120 mujeres en edad reproductiva que son atendidas en el servicio de Colposcopia de la Unidad 112 de l servicio de Ginecología de l Hospital General de México, con probable diagnóstico de infección por virus de papiloma humano.

Resultados: Para el análisis de resultados se creó una base de datos con todos los puntos de valoración en una hoja de cálculo del programa SPSS 15 para Windows. Se usó estadística descriptiva análisis de frecuencia y medidas de tendencia central. Los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos se analizaran mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

PALABRAS CLAVE: *Enfermedades de transmisión sexual, Infección por virus de papiloma humano, malestar psicológico*

Introducción

La infección por virus de papiloma humano (VPH) es causada por un virus de DNA pequeño y sin cubierta que induce la formación de verrugas (papilomas) en muchas especies, incluida la humana. Diversos autores han identificado factores de riesgo para contraer la infección por VPH, Dell y col. en el 2000 identificaron como factor de riesgo haber tenido cualquier tipo de infección de transmisión sexual previa, Apgar y col. identificaron como factores de riesgo para contraer infección por VPH el número de parejas sexuales durante la vida sexual activa, señalando que la prevalencia aumenta a medida que las mujeres inician su vida sexual a edades más tempranas. Dexeus y col. aparte de los factores anteriores mencionan los siguientes factores: exposición hormonal como la toma de anticonceptivos o el número de embarazos, deficiencia nutricional, inmunodeficiencia y actividad sexual. Se ha reportado que la condición emocional de la mujer con VPH se ve afectada, Steben refiere que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus; también señala la presencia de manifestaciones emocionales comunes como el enojo, de presión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa, por lo que la esfera psicológica juega un papel importante asociado a la infección por VPH.

El Cuestionario General de Salud es un instrumento autoaplicable, diseñado por David Goldberg (1972) para la identificación de pacientes con alteraciones mentales, no psicóticas, en población general y que ameritan tratamiento especializado. Este cuestionario evalúa el estado mental actual pero no ofrece una medida duradera ni la posibilidad de prevenir recaídas. La versión original del cuestionario consta de 60 reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno, en forma de escala Likert. Evalúa cinco áreas: síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión (Gómez, 1990). La aplicación del Cuestionario General de Salud se propone como tamiz para la identificación de mujeres con malestar o alteración psicológica y que pueda enviarse a entrevista clínica. No sustituye el juicio clínico o la valoración diagnóstica.

Este cuestionario se diseñó para identificar alteraciones mentales no psicóticas. A los autores les interesó para la detección de casos de *malestar psicológico* y por su utilidad demostrada en diferentes estudios (*Espíndola y su grupo 2006, Sánchez y sus colaboradores 2007 y Díaz y coautores 2006*).

El Cuestionario General de Salud se ha aplicado en varios países, en sus versiones general y abreviada de 28 y 30 reactivos. Con el propósito de contar con puntos de corte ajustados a la realidad psicosocial de mujeres mexicanas, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), que es una institución de investigación, enseñanza y asistencia que atiende mujeres en edad reproductiva sin seguridad social, se realizó un estudio para establecer los puntos de corte del Cuestionario General de Salud en su versión de 30 reactivos (Cuestionario General de Salud-30) para diagnosticar casos y no casos de alteración mental no psicótica. El punto de corte establecido para población gineco-obstétrica fue de 7/8, con sensibilidad y especificidad del 78% para ambos estadísticos. En este informe se empleó la entrevista diagnóstica del DSM III como criterio externo.

La notificación a la paciente de que presenta una enfermedad es percibida como un estado negativo, que ocasiona un cúmulo de sentimientos que en muchas ocasiones produce que dicha enfermedad sea negada. Esto es así en los casos tan frecuentes de autodiagnóstico y automedicación, minimizando el sufrimiento. Ocultar o minimizar los síntomas, optimismo negativo en cuanto al carácter pasajero o de posibilidad de curación espontánea del mal. El enfermo y los familiares inmediatos, en actitud de cómplice suelen tener el diagnóstico y al tratamiento, y esto los lleva a resistirse a aceptar la presencia de la enfermedad como un hecho crítico que debe ser tratado, necesariamente, por el personal idóneo.

La actitud de resistencia a la enfermedad no está directamente relacionada con el nivel socioeconómico y cultural de los afectados. Numerosas encuestas muestran que, mientras el porcentaje de personas que declaran sufrir dolores es prácticamente el mismo en las diferentes clases sociales, la consulta al médico es más frecuente en los niveles bajos que en los elevados, variando además los índices según se trate de núcleos urbanos o rurales.

Cuando la enfermedad es aceptada y se consulta al médico, tanto el sujeto enfermo con la familia espera de aquel seguridad y alivio.

Las reacciones emocionales pueden o no anclarse a la estructura de carácter y ofrecer datos clínicos que no necesariamente deben considerarse como manifestaciones patológicas. Dentro de la gama de reacciones posibles, se puede identificar al malestar psicológico (MP), el cual es una entidad diagnóstica que se caracteriza por su reactividad, rápida evolución, egodistonia y buen pronóstico. En este sentido, se trata de una alteración del estado emocional y no de una psicopatología propiamente dicha. Las manifestaciones clínicas y su evolución habitual, se exponen en este trabajo con la intención de diferenciarlas de la sintomatología y los diversos trastornos del carácter y de la personalidad, así como de las manifestaciones propias del embarazo. Si bien, el MP se trata de un proceso adaptativo, debe ser atendido y evaluado por un profesional de la salud mental, ya que su evaluación requiere de estrategias diversas y su atención debe realizarse por medio de técnicas específicas, las cuales deben favorecer la solución del conflicto con la realidad y funcionar como profilaxis de un conflicto secundario e intrapsíquico, o bien, de las complicaciones derivadas de la atención gineco-obstétrica.

Da Silva Marques y col. realizaron una investigación cualitativa en la Facultad de Medicina de Botucatu, Brasil, encontrando que al ser la vía sexual la que posibilita el contagio por VPH no se puede aislar la complicación psicológica, misma que genera conflictos en la esfera biopsicosocial y que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres infectadas. Los resultados de su estudio revelan que las mujeres experimentan sentimientos de decepción y preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el riesgo de ser infectadas nuevamente y necesidad de cuidarse enfrentando la enfermedad. Además, otro elemento es la amenaza de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como sería el cáncer, lo que origina ansiedad en las mujeres. Tatti y cols. Señalaron que la inmadurez psíquica y la falta de responsabilidad en el cuidado físico contribuyen a que estas mujeres experimenten cambios frecuentes de pareja sexual, especialmente en pacientes adolescentes.

Al respecto, Morales y Díaz señalaron que la interpretación de la realidad puede ser condicionada por las carencias afectivas que se posean, lo cual constituye el parámetro a partir del cual se evalúa no sólo el ejercicio de la sexualidad sino también a la pareja, la cual es percibida y evaluada independientemente de sus características o subjetivas de personalidad y sí a la luz de las carencias afectivas que se posean.

La evidencia en cuanto a la implicación de la esfera psicológica es contundente, lo que justifica la necesidad de realizar un diagnóstico psicológico oportuno que posibilite el manejo eficaz de este problema emocional, adicionando a los factores de riesgo biológicos, factores relacionados con la esfera psicológica de dichas pacientes.

El malestar psicológico es un “conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva”.

Puesto que las instituciones que atienden la salud reproductiva de las mujeres no necesariamente identifican los casos que requieren atención mental, es menester diseñar y validar instrumentos confiables que proporcionen indicadores para la identificación de las pacientes que requieran apoyo psicológico y que, a su vez, cumplan con características factibles de aplicación institucional breve y que puedan ser manejados por personal no especializado.

La confianza en el terapeuta es fundamental para el desarrollo de la cura, el médico deberá tener especial cuidado en lo que respecta a la anticipación de diagnóstico y la denominación precipitada de la enfermedad ya que ello acrecenta todo tipo de temores.

ANTECEDENTES

Virus del papiloma humano

Desde hace casi 30 años se sugirió que el Virus del Papiloma Humano (VPH) era el agente causal del cáncer de cérvix uterino. Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor Harald zur Hausen. Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer de cérvix. Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH. En esencia todos los cánceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de VPH de alto riesgo.¹

Biología Molecular Del Virus del Papiloma Humano

El virus del papiloma, VPH, pertenece a la familia Papillomaviridae, una familia recientemente reconocida como distinta de los polyomavirus por el Consejo Internacional para la Taxonomía de los Virus, (ICTV). Estos virus están ampliamente distribuidos en la naturaleza. Infectan específicamente el epitelio escamoso de más de 20 especies diferentes de mamíferos, así como aves y reptiles. La partícula viral del papiloma humano tiene una cápside de 72 capsómeros (60 hexámeros y 12 pentámeros), con un diámetro aproximado de 55 nm y que contiene al genoma viral. Los capsómeros están hechos de dos proteínas estructurales: L1 en mayor proporción y L2. El VPH es relativamente estable y debido a que no tiene una envoltura, permanece infeccioso en un ambiente húmedo por meses.²

El Genoma Del Virus Del Papiloma Humano

El genoma del VPH consiste de una molécula de DNA circular de doble cadena, aproximadamente de 8 Kb.

Se divide en tres regiones: la región larga de control, LCR, que no contiene marco de lectura alguno; la región que corresponde a las proteínas tempranas (E1 a E8) y la región que corresponde a las proteínas tardías (L1 y L2).²

Nomenclatura y clasificación de los Virus Del Papiloma

El gen L1 es el más conservado del genoma viral y por tanto ha sido usado para identificar nuevos tipos virales. Un nuevo tipo viral es reconocido como tal solo si la secuencia nucleotídica del gen L1 difiere por poco más del 10% de aquella del tipo viral conocido más cercano.

Diferencias de 2 a 10% definen a un subtipo viral, mientras que la diferencia menor a 2% define a una variante viral. Hasta la fecha se han descrito y secuenciado completamente 118 tipos virales y se ha identificado un número mayor de posibles nuevos tipos mediante la amplificación de regiones subgenómicas.²

Los papilomavirus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. A nivel evolutivo todos los papilomavirus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha.

Los VP se clasifican en 3 niveles taxonómicos: Género, Especie y Tipo. Los diferentes géneros comparten menos del 60% de identidad en la secuencia de L1; las especies de un género comparten una identidad de secuencia de 60 a 70% y los tipos virales dentro de una especie comparten de 71 a 89% de identidad de secuencia. Los VP conocidos que infectan tanto a humanos como a animales forman 16 géneros que se identifican por letras griegas.

Cinco de estos géneros se componen exclusivamente de VPH y VP identificados en algunos primates, todos los otros géneros contienen tipos encontrados en varios mamíferos y aves.

El género clínicamente más importante es el referido como los virus de papiloma Alfa o VP-Alfa (en inglés Alpha-papillomavirus). Contiene a todos los tipos de VPH asociados a lesiones en mucosas o genitales. Los VP-Beta incluyen todos los tipos de VPH asociados con epidermodisplasia verruciformis (EV), una enfermedad neoplásica cutánea con componente genético.²

En aquellos portadores que no son genéticamente predispuestos a la enfermedad, los VP-Beta y los VP-Gama establecen infecciones asintomáticas, o en el peor de los casos producen pequeñas lesiones cutáneas neoplásicas benignas.

Algunos de los virus de estos dos géneros también se han hallado asociados a cáncer de piel en individuos inmuno-suprimidos.

El análisis de los genotipos de VPH resulta importante por distintas razones, dentro de éstas se encuentra que los VPH son tejido específicos y en general producen diferentes tipos de lesiones. Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto anogenital tanto en hombres como en mujeres; además, quince de estos tipos virales se asocian en diferente grado al cáncer de cérvix.

El papilomavirus tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos, responsable de más de la mitad de los tumores, mientras que el papilomavirus tipo 18 está involucrado en el 20% de los mismos. Resulta relevante mencionar los resultados de un estudio que involucró cerca de 2,000 mujeres de 9 países con diagnóstico confirmado de carcinoma escamoso de cérvix, así como 2,000 controles, el cual fue realizado con el fin de establecer la clasificación epidemiológica de los diferentes tipos de VPH que colonizan el tracto genital humano. El panorama general fue que son pocos los tipos de VPH que contribuyen a las infecciones en el tracto anogenital y que generalmente se encuentran tanto en personas asintomáticas como en pacientes con cáncer. En el caso de los pacientes, los tipos virales más frecuentes fueron: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35; mientras que en el caso de los controles, los más prevalentes fueron los tipos: 16, 18, 45, 31, 6, 58, 35 y 33. En conclusión, fue propuesto que además de los tipos 16 y 18, los VPH 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 deben de ser considerados oncogénicos (carcinogénicos) o tipos de “alto-riesgo”; mientras que los tipos 26, 53 y 56 son probablemente de alto-riesgo”.

Los VPH también han sido implicados en el desarrollo de tumores malignos en sitios distintos a la región anogenital, como ano, vagina, vulva y pene e incluso cavidad bucal, pero con una fracción atribuible considerablemente menor a la del cáncer de cérvix, en el cual virtualmente el 100% de los cánceres son causados por VPH (*Revisado por arkin M y col., 2006*).

La presencia de VPH también se ha correlacionado con otros tumores como el carcinoma escamoso de la conjuntiva, vejiga y uretra, pulmón, retina, mama, próstata, ovario y endometrio. Sin embargo, el papel de VPH en estos tumores es muy controvertido y no está descartada la posibilidad de contaminación en los resultados obtenidos por los diferentes estudios (*Revisado por Trottier y col., 2009*).

Por este motivo, resulta necesario obtener evidencia adicional que permita definir la asociación entre VPH y el riesgo subsecuente a estos tumores. Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPH oncogénicos. Sin embargo, el cáncer de cérvix invasor en mujeres jóvenes infectadas con virus oncogénicos es raro y la prevalencia de VPH en mujeres de 40 años o mayores no se correlaciona con la alta tasa de cáncer cervical. Es la persistencia de VPH oncogénicos los que dan lugar al desarrollo de lesiones precancerosas y potencialmente al cáncer invasor, lo que puede llevar varios años para su desarrollo.¹

El cáncer de cérvix ocurre en dos formas predominantes: carcinoma escamoso y adenocarcinoma. El tipo histológico más comúnmente encontrado en las mujeres es el carcinoma escamoso (80% de los casos) y está más frecuentemente asociado al VPH 16. El adenocarcinoma es el segundo tipo histológico más común y aunque el VPH tipo 16 también es el más frecuente, la proporción de los genotipos 18 y 45 aumenta significativamente en este tipo de tumores. Los estudios de citología, que incluyen a la prueba Pap convencional, se utilizan para detectar lesiones precancerosas, pero no es suficiente para detectar infecciones por VPH. Es claro que, el adenocarcinoma es más difícil de detectar por Pap que el carcinoma escamoso.¹

Citológicamente se puede diagnosticar al encontrar coilocitos y atipias nucleares con halo perinuclear, y en el Sistema Bethesda se clasifican como lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) de bajo grado, que comprenden al HPV más NIC I. Hay una amplia expresión clínica, cuando hay evidencia de poseer HPV en un sitio hay muchas posibilidades de encontrarlo en otros sitios, por lo que debe explorarse todo el tracto genital y perianal, con colposcopia y biopsia dirigida para descartar una neoplasia.

En Colposcopia la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV), que incluye displasias, papulosis y carcinoma, aparece típicamente como lesiones múltiples y variadas en formas y tamaños con márgenes irregulares, 70% son acetoblancas y el resto rojas o pigmentadas, 70% son multicéntricas. En la vagina, se debe tomar biopsia de las zonas acetoblancas en busca de HPV o neoplasia intraepitelial vaginal (NIVa), en algunos casos puede ser tan extensa que cubra toda la mucosa.

Por medio de técnicas moleculares el DNA del HPV se identifica utilizando pruebas de ácido ribonucleico (RNA). En esta técnica los ácidos nucleicos son hibridados a RNA o DNA con las células en estudio y evidencia a los HPV. Existe hibridación in situ y por filtración. Todas estas técnicas deben realizarse en tejidos frescos. La PCR es más sensible. Su importancia radica en determinar las células infectadas por HPV, el tipo de HPV, si el HPV está presente cuando hay duda clínica y saber el origen de las metástasis de adenocarcinoma cervical.¹

Significancia funcional de la variación intratípica

Dado que la LCR contiene sitios de unión a E2 y sitios de unión a factores de transcripción, las diferencias en la secuencia nucleotídica de la LCR y de los genes E2, entre las variantes virales, podrían repercutir de distinta manera en funciones tales como la modulación de la expresión de genes virales y la replicación. La variación en la secuencia de genes como E6 y E7 podría ser también de importancia funcional al modificar la estructura de estas proteínas y por ende su función.²

Existen diversas publicaciones que han de terminado tales diferencias funcionales en regiones geográficas específicas y se ha especulado que estas podrían repercutir en el potencial oncogénico de las variantes virales. Por ejemplo, se han asociado variantes virales específicas con persistencia en la infección o progresión de las lesiones.

También se ha propuesto la correlación entre las variantes virales con el tipo histológico de las lesiones cervicales. Recientemente, en un estudio realizado por E. De la Cruz-Hernández y col. (2005), en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México, se observaron diferencias en los patrones de procesamiento alternativo del producto transcrito (RNA) del gen E6 de variantes virales de VPH 18 pertenecientes a las familias Europea, Africana y Asiático – Amerindia.

La variante Af presentó en mayor proporción el transcrito de E6 que corresponde a una proteína pequeña llamada E6*1, que mediante la formación de dímeros E6*1/E6, impide que P53 sea degradado eficientemente por la proteína completa E6. El transcrito correspondiente a esta última se halló en mayor proporción para la variante AAI. Esto indica que las variantes AAI y Af podrían diferir en su potencial oncogénico al poseer proteínas E6 con propiedades biológicas diferentes. Estas variantes de VPH 18 se caracterizaron en otro estudio previo realizado en el mismo instituto por Lizano M y col. (1997) y se observó que diferían en el tipo histológico de las lesiones cervicales en las que se encontraron.

La variante Af se halló solo en carcinomas escamosos, mientras que las variantes AAI y E se hallaron en tipos histológicos de pronóstico menos favorable, tales como carcinoma adenoescamoso y adenocarcinomas, siendo este último más exclusivo para la variante AAI o Referencia. Mediante genes reporteros, se hicieron ensayos de expresión con estas mismas variantes virales de VPH 18 en un estudio en vías de publicación realizado por López – Saavedra A. Se halló también que la variante Af tiene una actividad transcripcional del promotor temprano de la LCR mucho menor que las variantes E y AAI.²

Esta actividad transcripcional disminuida podría correlacionar también con bajos niveles de producto transcrito de los oncogenes tempranos virales y por ende de las proteínas correspondientes, lo que asemeja esta variante Africana con un tipo viral de VPH de bajo riesgo oncogénico. Estos datos y el conocimiento de la distribución geográfica de las variantes intratipo, son importantes para establecer una base de datos sobre la diversidad y patogenicidad de distintas especies, tipos y variantes de VPH, que ayude al diseño y optimización de protocolos de tratamiento y vacunación.²

Las variantes intratipo del virus del papiloma humano

Se especula que hace varios miles de años, cuando las especies humanas evolucionaron, los tipos de VPH ya existían con genomas muy parecidos a los de hoy en día. Las distancias genéticas entre los aislados virales evolucionaron en paralelo con los grupos étnicos humanos y con la dispersión de estos alrededor del mundo. Como consecuencia, ciertas variantes virales predominaron en grupos étnicos humanos de finidos y aislados, como aquellos que colonizaron primero el continente americano hace unos 12 000 años.

En México los inmigrantes europeos se mezclaron con los nativos y hoy en día la población contiene las variantes virales específicas de cada grupo étnico.

Todos los tipos virales hoy en día, tienen variantes genómicas y estas difieren entre sí por 1– 5% en su secuencia del DNA.² Además de los factores de riesgo para la progresión a CaCu ya mencionados, las variantes virales intratipo podrían ser otro factor de riesgo importante, pues diversos estudios sugieren que estas difieren biológicamente en su potencial oncogénico.

Los países en vías de desarrollo tienen incidencias más altas de cáncer cérvicouterino que los países desarrollados. Esta diferencia puede deberse a que estos últimos tienen acceso a mejores sistemas de salud pública. Sin embargo otra posibilidad es que las poblaciones están expuestas a cepas o variantes virales con diferentes propiedades patogénicas.²

Historia natural de la infección por VPH

La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucradas en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH.

Es por ello que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente es tan relacionados con el comportamiento sexual, como es la edad de inicio de vida sexual, un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo.¹

Las infecciones genitales por VPH pueden detectarse en cérvix, vagina y vulva en mujeres; glande, prepucio, piel del pene y escroto en hombres; en canal anal, perianal tanto de mujeres como de hombres. Aun cuando en personas jóvenes la infección por VPH es muy frecuente, la mayoría de las mujeres infectadas resuelven la infección espontáneamente (alrededor del 90%), persistiendo solo en una pequeña fracción de la mujeres.

Es este grupo de acarreadoras crónicas de VPH de alto riesgo quienes presentan un riesgo incrementado de desarrollar lesiones del tracto anogenital. Algunos determinantes que han sido asociados a la progresión de las lesiones son: tipo viral y variaciones intra-tipo de VPH de alto riesgo, integración del genoma viral al celular y probablemente carga viral. Otros factores adicionales incluyen la alta paridad, tabaquismo y dieta pobre en vitaminas y minerales.¹

Muchos tipos de VPH inducen solamente lesiones productivas y no se asocian a cáncer humano. En dichas lesiones, la expresión de los productos de los genes virales se encuentra cuidadosamente regulada, de modo que las proteínas virales se expresan en momentos definidos y en cantidades controladas a medida que la célula infectada migra hacia la superficie epitelial.

Los eventos que dan lugar a la producción de partículas virales en las capas superiores del epitelio, parecen ser comunes tanto en virus de alto como de bajo riesgo oncogénico. De esta manera, el cáncer es una consecuencia poco frecuente de la infección por VPH y los eventos iniciales que conducen a la transformación maligna por virus oncogénicos no están del todo esclarecidos. Una posibilidad es que la zona de transformación del cérvix es un sitio del epitelio donde los VPH de alto riesgo no logran regular apropiadamente su ciclo productivo; por lo tanto, la variación tanto en el nivel de expresión de las proteínas virales, como del momento en que esta expresión ocurre, puede repercutir en el desarrollo de cánceres en estos sitios.¹

Después de una infección natural solo la mitad de las mujeres desarrollan anticuerpos contra VPH detectables, los cuales probablemente no son protectores. Los VPH infectan el epitelio cervical sin entrar en la circulación, por lo que las partículas no se exponen eficazmente al sistema inmune. Como resultado, la vigilancia inmunológica típica, que involucra el tráfico de células especializadas desde el sitio de la infección hasta órganos linfoides secundarios, se encuentra limitada o abatida. Aunado a esto, una vez dentro de la célula, la partícula del papilomavirus puede utilizar múltiples mecanismos para abatir la respuesta inmune que es necesaria para la eliminación de la infección. Los papilomavirus humanos también pueden alojarse de forma latente en las células epiteliales, evadiendo la detección por el sistema inmune y permitiendo una reactivación futura. Actualmente, solo hay evidencias indirectas de las infecciones latentes de VPH en humanos, pero se especula que aun cuando el VPH no pueda ser detectado en una muestra en un momento dado, permanece la posibilidad de que el virus se encuentre en forma latente. La reactivación de infecciones latentes de VPH se ha reportado en pacientes inmunocomprometidos.¹

La historia natural del cáncer cérvico uterino implica la progresión gradual de una serie de etapas secuenciales en que las células del cérvix presentan ciertas anomalías histológicas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical, NIC I (displasia leve), NIC II (displasia moderada), NIC III (displasia severa/carcinoma in situ) y finalmente un cáncer invasor.

La etiopatogenia de esta enfermedad se ha investigado detalladamente gracias al avance de la biología celular, molecular e inmunología. Estos avances han permitido conocer el papel del virus del papiloma humano en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. La infección por el virus de papiloma humano se puede clasificar en: primero una infección latente, que se caracteriza por la presencia de VPH en las células o tejidos que son aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad.

Sin embargo el virus está ahí y en ocasiones puede ser detectado por técnicas específicas como Hibridación in situ o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Posteriormente la infección subclínica se manifiesta por cambios microscópicos en el epitelio cervical (coilocitos, displasias) detectados en las citologías o cortes histológicos de los tejidos afectados.

La presencia de VPH en este punto se puede verificar mediante el uso de un colposcopio que evidencia cambios de coloración en el cuello uterino después de aplicar una solución de ácido acético; estos cambios se asocian a la infección con VPH y una posible lesión premaligna. Finalmente la infección clínica se manifiesta por la aparición de tumores visibles y es en esta etapa donde podemos encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH. Estos virus se encuentran viables y con capacidad de infectar otros tejidos. Sin embargo, no siempre la enfermedad se manifiesta durante esta última etapa ya que varios casos llegan a permanecer en periodo de latencia o subclínico, tiempo durante el cual se puede adquirir un estado de resistencia o regresión de las lesiones, o bien de progresión hacia un cáncer invasor.¹

Numerosos estudios han demostrado que la infección persistente con VPH parece ser de suma importancia en el desarrollo y avance de lesiones precancerosas a cáncer invasor, y que este proceso puede tomar de 1-10 años. Aun no existe un consenso en la definición precisa de una infección persistente por VPH; sin embargo la asociación con neoplasia intraepitelial cervical es más fuerte para una persistencia de 12 meses, que para una de 6 meses, aunque esta relación puede variar dependiendo del tipo viral.

Algunos datos sugieren que el VPH 16 persiste en promedio mucho más tiempo infectando el epitelio en comparación con otros tipos de VPH, de tal manera que aquellas lesiones que presentan VPH16 podrían progresar a un cáncer más rápidamente que aquellas que no presentan VPH o tienen otro tipo viral. De igual manera se reporta que las infecciones con papilomavirus oncogénicos persisten por más tiempo que los no oncogénicos.

Se ha demostrado que la infección con VPH oncogénicos tiene un promedio de duración aproximada de 8 meses, mientras que la duración con VPH no oncogénicos se estima en 4 meses.¹

Estudios transversales de la historia natural del cáncer cervical indican que cerca del 85% de las lesiones cervicales de alto grado presentan DNA de VPH, mientras que el 100% de los cánceres invasores de cerviz contienen secuencias de estos virus. De igual forma la prevalencia de VPH por grupos de edad muestra una distribución similar a su incidencia. En mujeres jóvenes la incidencia es alta y se acompaña además con infección de múltiples tipos de VPH, mientras que hay una disminución en la detección de VPH en los grupos de mujeres pre y postmenopáusicas.

Actualmente se ha desarrollado la primera generación de vacunas profilácticas contra VPH, que incluye a la vacuna bivalente (contra VPH16 y 18) y la tetravalente (contra VPH16, 18, 6 y 11). Estas vacunas han mostrado una reducción significativa en el desarrollo de lesiones del cérvix, vagina, vulva y región anogenital. Sin embargo, para determinar su eficacia en la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, se requiere de un seguimiento a largo plazo.¹

Diversos estudios de la historia natural del cáncer cérvico uterino pretenden definir los factores de riesgo y marcadores que de alguna forma indiquen el comportamiento de una lesión premaligna. Los hallazgos al respecto repercutirán en un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.¹

Participación del VPH en la carcinogénesis cervical.

Los virus del papiloma son pequeños virus de DNA de doble cadena, sin envoltura, cuyo genoma está constituido por aproximadamente 7200-88000 pb, el cual se divide en tres regiones: una región temprana E (Early), la cual codifica para las proteínas virales (E1, E2, E4, E5, E6 y E7), necesarias para la replicación del DNA viral, la regulación de la transcripción y la transformación e inmortalización celular, una región Tardía L (Late), que codifica para proteínas estructurales (L1 y L2) y una región reguladora conocida como región larga de control LCR (Long Control Región), que contiene la secuencia de DNA que permiten el control de la replicación y de la expresión del genoma viral. El mecanismo de acción de los HPV de alto riesgo en el desarrollo de la neoplasia cervical, se explica principalmente por la acción de dos de sus oncoproteínas virales E6 y E7. Estas tienen la capacidad de inmortalizar y transformar queratinocitos, confiriéndoles un alto grado de inestabilidad cromosómica.

La expresión continua de estos genes, es requisito indispensable para mantener el crecimiento neoplásico de las células del cérvix. Estudios del mecanismo molecular del proceso de transformación, han revelado un complejo patrón de interacciones de estas proteínas virales con reguladores celulares, involucrados en procesos biológicos como: la apoptosis, la proliferación y diferenciación celular. Se considera que el proceso de integración del genoma del VPH al genoma de la célula hospedera es el evento fundamental en la progresión a cáncer, debido a la sobreexpresión de las oncoproteínas E6 y E7 por la pérdida de E2, proteína implicada en su regulación.¹

Factores de riesgo para la infección

El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo que el CaCu sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente.

- Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.
- Actividad sexual a temprana edad.
- Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.
- Verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales.
- Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.
- Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia.

El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.

- Persistencia viral. Común entre los tipos virales de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer. La persistencia puede inducir cambios genéticos secundarios dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales. La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroideas como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona.

Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral.

- Coinfección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpesvirus humano tipos 6 y 7 (HHV-6), detectados todos en el cérvix.
- Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales.
- Predisposición genética. Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad.
- Variantes virales intratipo.²

Prevalencia, regresión y persistencia

La prevalencia de infección por VPH alrededor del mundo en mujeres va de un 2% a un 44%¹⁶, más alta entre mujeres jóvenes, decayendo conforme la edad aumenta. La infección por virus del papiloma humano se considera hoy día la infección de transmisión sexual más común del mundo, con un solo contacto con un portador hay un 60% de probabilidades de ser contagiada(o).

Aunque el cáncer en los genitales del hombre es muy poco frecuente se puede ser portador y transmitirlo a su pareja y esta a su vez dependiendo de varios factores, como su estado nutricional, tabaquismo, inicio de vida sexual, número de parejas, o una sola pareja pero de alto riesgo, etc. podrían desarrollar o no cáncer cervicouterino. En México hay alrededor de 25 millones de mujeres infectadas por el virus del papiloma humano, principal causante del cáncer cérvico-uterino y son las jóvenes de entre 15 y 24 años de edad las más afectadas, informó el Centro Médico Nacional Siglo XXI.²

El 50 por ciento de las menores de 17 años que tienen una vida sexual activa son portadoras del virus del papiloma humano y aseguró que en los últimos 20 años, los grupos de edad más afectados por el virus están entre los 15 y los 24 años de edad. En un estudio realizado en Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), durante el periodo de noviembre de 2000 a mayo de 2001, reportó que el 17.9% del VPH que se encontró en la muestra de mujeres de la UAEM es mayor al reportado en mujeres de una muestra poblacional del estado de Morelos (14.5%) y menor al encontrado en grupos con prácticas de riesgo (43% en trabajadoras sexuales y 69% en mujeres VIH positivas).

Estos datos sugieren que las mujeres de nuestro estudio probablemente se encuentren en una situación intermedia entre las poblaciones con prácticas de alto riesgo y los grupos con comportamientos de bajo riesgo.²

En mujeres, el riesgo de infección por el VPH se asoció con el aumento en el número de parejas sexuales en diferentes periodos de tiempo.

Este es un indicador de comportamiento sexual que nos habla del incremento de la probabilidad de entrar en contacto con una pareja sexual que porte al agente infeccioso. El número de parejas sexuales es un indicador de riesgo para adquirir ITS, que ha sido referido en forma constante en diversos estudios. Por otra parte, en mujeres, la utilización de anticonceptivos hormonales o espermicidas en la última relación sexual se asoció con la presencia del VPH; dicha relación ha sido reportada en universitarias de Canadá y EUA. Así, el uso de métodos anticonceptivos, hormonales o espermicidas, podría ser un reflejo de la no utilización del condón.²

Detección

La infección por el VPH puede detectarse por:

- a) Visualmente por colposcopia al encontrar vasos normales y zonas acetoblancas con ácido acético al 5 %,
- b) Por citología al encontrar atipias y la vacuola perinuclear característica (coilocitosis), originada por el colapso de la red de citoqueratina citoplásmica observada en células infectadas por el virus
- c) Por detección del DNA viral por técnicas moleculares (PCR y captación de híbridos).²

Encuesta internacional de prevalencia de VPH en la población general

Marcadores de VPH fueron medidos en muestras de células cervicales y de suero de unas 1.100 mujeres de 8 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México, Tailandia, Corea, Vietnam y España).

Las mujeres de los países con alta incidencia de cáncer cervical también tenían las tasas más altas de prevalencia de VPH, y aquellas de los países con baja incidencia de cáncer cervical tenían las tasas de prevalencia más bajas.

En general, los tipos de VPH más frecuentes en cáncer cervical fueron también los más frecuentes en la población general, con algunas diferencias en los segundos y terceros tipos más frecuentes.

Se observaron dos patrones en las curvas de distribución de VPH por edad: Una curva “en forma de U” fue observada en algunos países (Colombia, Costa Rica, México) con un pico en mujeres jóvenes y otro en mujeres mayores de 50 años; En los otros países, se observó una disminución progresiva de VPH con la edad. Se ha encontrado que la infección con múltiples tipos virales de VPH está asociada con persistencia.

Los estudios de Bachtary y van der Graaf sugieren que la infección múltiple está asociada con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad.

No está claro si esto es debido a la susceptibilidad del hospedero, la interacción entre los virus o la probabilidad de progresión independiente en cada tipo viral.

Epidemiología y Etiología del cáncer cervicouterino en México

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300.000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500.000 casos nuevos se presentan cada año. Tan solo en el año 2002 se presentaron 493.243 y de estos, 273.505 fueron decesos.²

En México, en el año 2002, se presentaron 12.512 nuevos casos de cáncer cervicouterino, de los cuales 5.777, el 46% de los casos, fueron decesos. Esta enfermedad fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros cánceres. En México muere una mujer cada 2 horas por cáncer cervicouterino, es un grave problema de salud pública, ocasionado por la infección persistente del virus del papiloma humano (VPH).

La mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas, que a edades de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cérvicouterino.²

CUESTIONARIO GENERAL DEL SALUD

El *General Health Questionnaire* es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70,1 con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados.⁵

El cuestionario General de Salud de Goldberg es un instrumento autoaplicable, diseñado para la detección o identificación de pacientes que presentan alteración mental y ameritan tratamiento especializado. Por la forma en que es estructurado, permite valorar el desorden psiquiátrico en el momento en que se contesta, es decir, proporciona información acerca de le estado actual de l paciente y de l grado de s everidad de s u padecimiento, de manera que la calificación (puntaje) es alta si se contesta durante el periodo de enfermedad.⁵

Este cuestionario fue elaborado por *Golberg* con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado.

El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de *Golberg*. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría.¹⁵

Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de *Taylor*, del Inventario de Personalidad de *Eysenc* y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota. Un primer paso en la selección de los ítems fue realizado mediante un proceso de grupos criterios.

Luego mediante un análisis de componentes principales se establecieron los componentes que explicaban el 55,5 % de la varianza total, siendo atribuible al primero el 45,6 % de tal varianza. Los componentes fueron: severidad de la enfermedad (factor general), depresión psíquica, agitación, ansiedad e irritabilidad. Tomando como base el criterio de carga factorial mayor o igual a 0,2, fueron mantenidos en el cuestionario 59 ítems que luego se redondearon a 60. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que de costumbre" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de costumbre", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten.⁵

Así se obtiene un estimado del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. Para la calificación del GHQ existe otro método, que es el método original de *Golberg* y consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera el autor obtenía un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor. En esta forma de calificación se establece un punto de corte o "cut-off-score" por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos, y por debajo del cual se consideran "no casos", o personas sanas.

Así vemos con frecuencia en la literatura que los autores establecen los puntos de corte de sus muestras de estudio, al contrastar los resultados del GHQ con los obtenidos en otras pruebas, generalmente escalas de presión, de ansiedad o de otras. En la versión de 12 ítems, casi siempre este punto se reporta en 3/4 ó 4/5 ó 5/6. En la actualidad el método más utilizado es el método *Likert*, en particular en la versión castellana, con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta.

Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems.⁵

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8).⁶

Este cuestionario ha sido considerado por algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, pero tras prefieren retomar la intención original del autor al llamarlo Cuestionario de Salud General o de Salud Mental, como ha sido universalmente aceptado. En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella, pero no son categorías sinónimas. En la literatura revisada se encontró a autores que emplean el GHQ como indicador de otras categorías tales como "dimensión psicológica de la calidad de vida en el ámbito de salud". Se puede decir que coinciden con *Goldberg* al considerarlo como la expresión mental de la salud, o Cuestionario de Salud Mental.

El cuestionario general de salud, es una encuesta autoadministrada que consta de treinta reactivos, agrupados en cuatro subescalas con siete reactivos por escala: la escala A síntomas somáticos, B disturbios de sueño, C relaciones interpersonales, D comportamiento observado, E ansiedad y F depresión severa o grave; cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta de entre las cuales el paciente debe elegir y tachar la que considere adecuada para cada reactivo: 1 mejor que antes, 2 igual que antes, 3 peor que antes, 4 mucho peor que antes; se utilizó para la evaluación de malestar psicológico.

El punto de corte se establece en 7/8, lo que indica que un puntaje por debajo de 7 clasifica a pacientes sin malestar psicológico y por arriba, pacientes con malestar psicológico.⁷

En México se han realizado varios estudios con el propósito de probar la sensibilidad. En un trabajo publicado en junio de 2008 en ginecología y obstetricia (*ISSN-0300-9041 Volumen 76, Núm. 6*) Con el propósito de contar con puntos de corte ajustados a la realidad psicosocial de mujeres mexicanas, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), que es una institución de investigación, enseñanza y asistencia que atiende mujeres en edad reproductiva sin seguridad social, se realizó un estudio para establecer los puntos de corte del Cuestionario General de Salud en su versión de 30 reactivos de Salud 30) para diagnosticar *casos* y *no casos* de alteración mental no psicótica. El punto de corte establecido para población gineco obstétrica fue de 7/8, con sensibilidad y especificidad del 78% para ambos estadísticos.⁸

El cuestionario final destaca las cualidades psicométricas de seables en una prueba de escrutinio, como la sensibilidad (0.988), especificidad (0.828) y el α de Cronbach de 0.910.

Así mismo, debido a que los indicadores de utilidad fueron notoriamente altos, el cuestionario no sólo detecta los *posibles casos* sino también ofrece una buena clasificación de los *no casos*. De hecho, tanto la versión del Cuestionario General de Salud-30 como la del Cuestionario General de Salud-15 tienden más a sobrediagnosticar los *casos* (por los falsos positivos) y registran adecuadamente los *no casos* (con una tasa no significativa de falsos negativos), además de ser autoaplicable, breve, de calificación sencilla y rápida y no requerir personal especializado para su aplicación, calificación e interpretación.

Si bien la versión abreviada del Cuestionario General de Salud, como instrumento de tamiz, no responde a la demanda de un diagnóstico, sí permite la identificación oportuna que alerte al equipo de salud de las pacientes que deben enviarse para su atención a un servicio especializado en salud mental, donde se apliquen las técnicas específicas de tipo psicométrico o de entrevista con los que el juicio de un clínico experimentado puede diagnosticar, pronosticar y ofrecer las mejores opciones de intervención terapéutica.⁸

Se coincide con Espíndola y sus colaboradores (2006)¹⁹ en que el Cuestionario General de Salud es útil para la evaluación subjetiva de sensación de bienestar general y, por ende, en la posibilidad de detección de causas de malestar psicológico. Es importante haber identificado una prevalencia de malestar psicológico de 51% mediante el Cuestionario General de Salud-30 y de 49.7% con el Cuestionario General de Salud-15. La mayor prevalencia fue en mujeres embarazadas con respecto a las ginecológicas. Estos resultados coinciden con los de Abiodun¹⁹, Makowska, Botega, Morales y Espíndola⁹

En una investigación realizada durante los años de 2000-2002 en el INPer parte del estudio consistió en *determinar la validez y confiabilidad del Cuestionario General de Salud (GHQ – 30)*¹². El análisis estadístico relativo a la validez concurrente del GHQ y la EPDS, se llevó a cabo a través de los coeficientes de correlación, tanto de Spearman como de Pearson (con fines de comparación con estudios de validación realizados en otros países). La validez de constructo de los dos instrumentos de tamizaje se efectuó a través del análisis factorial (componentes principales con rotación varimax). La confiabilidad, definida como consistencia interna, se obtuvo mediante el método de universo de ítems del alfa de Cronbach. (*Latiesa M. Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En: M. García J, Ibáñez, Alvira F, compiladores. El análisis de la realidad social. Madrid: Alianza Editorial; 1996, p. 335-64*). Ambas pruebas presentaron un grado de asociación importante, lo que se considera un indicador de validez concurrente: los coeficientes de correlación obtenidos fueron estadísticamente significativos (rho de Pearson 0.628; $p < 0.000$ y de Spearman de 0.547, con el mismo nivel de significancia) en las 350 mujeres que respondieron las dos pruebas de manera completa.⁸

La validez de constructo del GHQ para la muestra de 356 mujeres, a través del análisis factorial (componentes principales con rotación Varimax). Un primer análisis identificó seis componentes que explicaron 59.2% de la varianza total, sin embargo, al obtener la consistencia interna por factor (a través del alfa de Cronbach) no se logró alcanzar en todos un coeficiente superior a 0.75, por lo que se repitió el procedimiento con cinco y cuatro componentes principales. Al final se seleccionó el de cuatro componentes, que explicó 51.4% de la varianza total.

Los factores fueron fácilmente identificables en la medida que se fueron agrupando, por lo que fue posible construir cuatro subescalas: la primera corresponde al factor 1, relativo a síntomas de presión/ansiedad; la segunda subescala relacionada con síntomas de inadecuación personal o de disfunción social; la tercera a síntomas somáticos combinados con irritabilidad, miedo y tristeza; y, la cuarta a trastornos del sueño. Un reactivo, el 6, que indaga acerca de si la mujer tenía escalofríos o bochornos, tuvo una carga factorial inferior (.282). Este reactivo inicialmente se encontraba en el factor 4, pero si se eliminaba este reactivo se incrementaba la consistencia del mismo de 0.79 a 0.842, por lo que se trasladó al 3, lo cual no afectó la consistencia.⁸

Su baja carga factorial puede deberse a que los bochornos no ocurren en el embarazo, sino que constituyen un síntoma general, más relacionado con la perimenopausia y los escalofríos, que preceden por lo general a una temperatura corporal elevada. Los 29 reactivos restantes se ubicaron por arriba de .400, tres de ellos con una carga superior a .800, como los reactivos 10 y 11, relativos a dificultades para dormir, y el 30 que explora la ideación suicida (criterios 4 y 9 del episodio depresivo mayor (*Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico de clasificación de los trastornos mentales DSMIV. Barcelona: Masson; 1994*)).

En síntesis, la consistencia interna global del instrumento puede considerarse como excelente (0.911): de las cuatro subescalas, la primera que tuvo mayor consistencia interna fue la de depresión/ansiedad (0.876); seguida por la de trastornos del sueño (0.842).⁸

Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente Gineco obstétrica

El trabajo en una institución médica no psiquiátrica hace necesario reconsiderar algunos de los conceptos que se han establecido como parámetros para el diagnóstico del trastorno mental, debido a que los eventos médicos que se atienden en este tipo de instituciones, facilitan la aparición de respuestas emocionales que, bajo otros contextos, pueden ser catalogadas como respuestas patológicas.⁹

Las cifras sobre la prevalencia de patología mental, informadas en estudios previos, muestran que la población que acude a dichas instituciones, tiene altos índices de tales afecciones, particularmente de tipo depresivo y ansioso.

Las cifras se derivan del uso de instrumentos de tamizaje, no necesariamente contemplan el contexto en que aparece la enfermedad; por lo que estas mediciones (realizadas mediante autorreportes) no deberían considerarse estrictamente como instrumentos diagnósticos.

Es importante señalar que las manifestaciones emocionales de muchas pacientes, suelen intensificarse bajo el contexto de la hospitalización, e incluso durar ante la atención médica. Por lo que tales manifestaciones no deben ser consideradas necesariamente como entidades psicopatológicas. Es decir, utilizar criterios diagnósticos son propias de una respuesta audible. Por otro lado, e incluso, en el DSM-IV,⁷ la mayoría de estas reacciones se consideran dentro del grupo de los “trastornos adaptativos”, es decir, las pruebas de tamizaje, que deben funcionar sólo como instrumentos de rastreo, se han transformado con mucha facilidad en instrumentos de diagnóstico. Por lo tanto, se requiere desarrollar nuevos conceptos y estrategias de tratamiento, que nos permitan atender específicamente a este tipo de población, sin la necesidad de que sean psicopatológicos tales relativos al trastorno mental, para manifestaciones que necesario no deprecian la importancia de estas reacciones secundarias, que al no cumplir con los criterios propios de un trastorno mental, en ocasiones se soslayan, pero que requieren de atención profesional especializada.

Por lo anterior, hemos denominado a este tipo de alteraciones como “malestar psicológico”, el cual se puede definir como un estado reactivo que se enmarca dentro de las directrices caracterológicas del marco de la salud mental. Dichas alteraciones requieren del desarrollo de estrategias específicas de atención y detección oportuna. En consecuencia, el tipo de atención que debe brindarse, deberá responder a un constructo teórico y técnico basado en la observación y el análisis clínico.⁹

Salud mental, población en Instituciones no psiquiátricas

Las inquietudes y necesidades institucionales, la búsqueda de tratamientos adecuados a las condiciones de encuadre y los motivos de consulta, así como las características propias de una población de tercer nivel de atención, ha llevado a la observación de grupos de pacientes de donde se desprenden las reflexiones que a continuación se exponen. Si bien, no existen cifras oficiales de salud mental, en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, se diagnosticaron durante el año 2004, 130 pacientes con diagnóstico de trastorno mental como motivo de alto riesgo y, por lo tanto, de ingreso a la institución. Dicha cifra representa 2.7% de los ingresos obstétricos del Instituto. En otro estudio realizado en la misma institución, Morales-Carmona, et al. Informaron que en una muestra de 328 mujeres de nuevo ingreso a la institución, con eventos gineco-obstétricos, 52.1% de la población presentó un puntaje suficiente para considerarse como “caso probable de psicopatología”. Los resultados, obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg, mostraron un porcentaje mayor de casos en las pacientes obstétricas (62.2%), con respecto a las pacientes ginecológicas.⁹

Una interpretación de los datos anteriores, es que el incremento de las alteraciones emocionales, con respecto a la media de la población, responde a diferentes circunstancias a la situación desencadenada por la alteración obstétrica; al fenómeno de hospitalización; los padecimientos y tratamientos médicos, así como a la separación de la paciente del vínculo familiar durante el periodo de internamiento. Estas alteraciones psicológicas pueden considerarse como un fenómeno normal y generalmente adaptativo, de orden defensivo ante lo novedoso del proceso o evento, que van a poner a prueba la fortaleza del aparato psíquico de la paciente.

En este sentido, Morales-Carmona sostiene que la enfermedad física induce en quien la padece, una amplia gama de emociones, que de acuerdo con el tipo de padecimiento y pronóstico clínico, tendrán una particular forma de expresión y solución. Se trata, pues, de un estado de indefensión de la persona, en donde sus recursos psicológicos se centran en el proceso defensivo para afrontar y solucionar una situación inesperada y novedosa.

Otros autores, sostienen que cuando el individuo enfrenta una circunstancia que rompe con su equilibrio emocional (ya sea por su novedad, o por contraponerse a un código ético, o bien, porque se ponen en riesgo los recursos o la vida de la persona), entonces el paciente va a requerir emplear o implementar acciones (concretas o subjetivas) que le lleven a recobrar su estado de equilibrio y le permitan adaptarse a las nuevas condiciones, lo que implica una transformación que pone a prueba la rigidez o flexibilidad de la estructura psíquica de la persona.⁹

La paciente que busca atención médica debido a padecimientos psicológicos, se encuentra en condiciones mentales como las antes descritas. Las reacciones emocionales agudas, la hospitalización y el embarazo en sí mismo, suelen mimetizarse con una psicopatología. Esto genera la necesidad de tener una mejor comprensión de este tipo de eventos psicológicos, a los que se sugiere denominar como: malestar psicológico.⁹

El malestar psicológico se propone como una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico. Si bien el concepto de malestar psicológico se desprende de observaciones derivadas de la aplicación y análisis de un instrumento como Cuestionario General de Salud de Goldberg, no se trata de una construcción propia del instrumento o de una categoría que se desprenda de sus resultados, sino de una construcción conceptual posterior, que se describe más adelante.⁹

Este cuadro clínico debe entenderse como distinto a los trastornos adaptativos, los trastornos de personalidad y a los diagnósticos de psicosis breve y las denominadas caracteropatías. Si bien sus diferencias pueden ser útiles y fundamentales para el pronóstico, la intervención y la indicación o abstención de tratamiento. El malestar psicológico no es un diagnóstico, sino una descripción que evidencia alteraciones. Presupone la existencia de una etiología reactiva que se suma a su estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo.⁹

Construcción del concepto malestar psicológico y evidencias de su magnitud

El concepto malestar psicológico responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no patológicas y arraigadas en el carácter de la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamiento propios. Esto reclama, en primera instancia, una visión distinta de lo clínico hacia la psicopatología.

El malestar psicológico como concepto, se desprende de diversos análisis estadísticos y observaciones clínicas derivadas de la aplicación del Cuestionario General de Salud y de la utilización de otros instrumentos de tamizaje. Estos estudios nos han orientado al análisis de un a gama de manifestaciones clínicas propias de la salud mental que se manifiestan como alteraciones psicológicas, clínicamente significativas y que responden a un evento disruptivo específico, pero que no cumplen con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental. El concepto de malestar psicológico da cuenta, por lo tanto, a un intento de ampliar el espectro de salud mental con el que el individuo responde.⁹

El concepto de malestar psicológico en la literatura internacional es, hasta el momento, un híbrido capaz de nombrar cualquier manifestación relacionada con una queja emocional de un paciente dado, producto de un tamizaje. Alude a un instrumento de salud autopercibida, que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. El malestar psicológico, como construcción psicológica y no sólo como producto de un tamizaje, es parte de un desarrollo teórico y clínico que ha recibido influencia de diversas propuestas psicológicas.

Es común encontrar la denominación de cuadros psicopatológicos, en pacientes que no necesariamente padecen de un trastorno mental. El malestar psicológico no puede ser entendido en éstos términos. El malestar psicológico consiste en una alteración secundaria a un evento estresor, pero que tiene características adaptativas y funcionales.⁹

Tabla 1
Influencias teóricas en la evolución del concepto “Malestar Psicológico”

Autor o teoría	Año	Propuesta
Freud, Sigmund ²² Inhibición Síntoma y Angustia	1926	Establece una distinción clara entre la reactividad de los procesos inhibitorios y el anclaje simbólico del síntoma
Teoría general de las neurosis en psicoanálisis	Siglo XIX-XX	Plantea la existencia de diversas alteraciones, producto de conflictos internos estructurales o bien externos que conforman situaciones que condicionan la aparición de cuadros clínicos caracterizados por la angustia y su relación al desarrollo psicosexual.
Teoría del carácter en Psicoanálisis	Siglo XX	Establece la existencia de una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas para la adaptación y defensa del medio ambiente y la realidad interna.
Páez, D ²³	1986	Entiende al malestar psicológico, como el nivel de estrés percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. Lo cual puede configurar un problema de salud mental que se manifiesta a través de diversas sintomatologías.
Goldberg, Daniel ²⁰	1972	Elaboración del Cuestionario General de Salud, como un instrumento que permite evaluar el nivel general de salud e identificar la severidad de los disturbios psiquiátricos menores. Se enfoca, particularmente, en pacientes atendidos médicamente.
En Psiquiatría. Trastornos Adaptativos ⁷	1996	Propuesta Diagnóstica (DSM-IV) de estructuras nosológicas, caracterizadas por su reactividad, rápida evolución y cuya etiología es producto de un conflicto específico con la realidad. Sus manifestaciones son depresivas, ansiosas y mixtas. Si bien en su etiología se asemejan al malestar psicológico, su diferencia radica en la concepción de “Trastornos”; mientras que, el “Malestar Psicológico” se propone como un periodo de ajuste, no como una psicopatología.
Morales-Carmona cols. ¹	2005	Proponen al malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales, estresantes y chamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática.

Fuente: Espíndola Hernández J.G., y cols. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 112-122

Propiedades del concepto de malestar psicológico

Como construcción psicológica el concepto de malestar psicológico se arraiga en torno a sus propiedades etiológicas, fenomenológicas y psicodinámicas.⁹

Reactividad

Se trata de un fenómeno de inicio secundario a un estresor identificable, en primer lugar por el paciente, y en segundo lugar, por el clínico que hace la entrevista. Las características del estresor y la susceptibilidad de éste para desencadenar el malestar, se entienden por: el momento vital del paciente, la fuerza de su aparato psíquico, la integración de la *self*, la historia del paciente y las características simbólicas de estructura que conforma su carácter. Dicho estresor, desencadenará una serie de movimientos representacionales, simbólicos, afectivos y comportamentales. Estos movimientos se dan durante un periodo de ajuste, en donde el sujeto los utiliza en pro de la adaptación al medio ambiente y de las necesidades de su mundo interno. Entonces, se trata de un fenómeno reactivo, en tanto que dicho proceso no persiste en el tiempo y tiene fines adaptativos, funcionales y egodistónicos.⁹

Es una alteración emocional

Las manifestaciones más claras del malestar psicológico se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros. Si bien se trata de una alteración emocional de manifestaciones afectivas, no se caracteriza por una entidad particular. En realidad el malestar es susceptible de presentarse en cualquiera de las gamas y tonalidades, su tendencia puede dirigirse hacia el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía. Puede presentarse también una línea afectiva de poca reactividad, similar al embotamiento. En realidad la dificultad es que su manifestación puede ser similar a cualquier trastorno emocional, su etiología, psicodinámica, evolución y pronóstico, son enteramente distintos. No se hace referencia a síntomas, sino a datos clínicos.

Cuando un paciente cursa exclusivamente con malestar psicológico, se debe entender que no se trata de una patología, en consecuencia, los datos clínicos observados obedecen a un periodo de ajuste, no a una sintomatología, no a un trastorno; pero sí, a una alteración que se compara con el estado emocional previo al agente estresor desencadenante.⁹

Es un evento egodistónico

A raíz de la detección de un estresor desencadenante y sus manifestaciones afectivas de tipo adaptativo y reactivo (el paciente refiere incomodidad y deseo de cambio). Si bien se trata de un proceso de adaptación, es innegable el dolor psíquico que esta respuesta desencadena. Así, las manifestaciones en la tonalidad afectiva, el estado de ánimo, la percepción y el pensamiento, son experimentados por el paciente como un fenómeno molesto, incómodo, desconcertante y que altera la funcionalidad de algunas áreas de desempeño de la vida cotidiana. Esto lleva a los pacientes al deseo de cambio por recuperar su estado previo de funcionalidad y emotividad; haciendo de éste, un fenómeno egodistónico.⁹

En cuanto a lo simbólico

Cuando es reconocido el evento estresor desencadenante, puede suscitarse un desajuste de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno, así como sus respectivos afectos ligados en la conciencia. La presencia de un evento inesperado y de alto impacto, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones. Cuando este evento nuevo es asimilado, se incorpora el *self*, donde la segunda tarea por realizar, es la de ser significado. Luego de lo cual, se instala como un evento simbolizado y simbolizante, lo que disminuye la carga emocional libre que genera incertidumbre y angustia. A partir de ese momento de proceso, el evento puede ser nombrado como experiencia y no requiere del olvido.⁹

Manifestaciones clínicas del malestar psicológico y su importancia en la paciente ginecológica

La clínica de este tipo de alteración psíquica es muy fina. Los elementos que la diferencian de una entidad patológica, requieren de una técnica especial en la entrevista diagnóstica. La sutileza de la escucha del clínico es fundamental, debe prestarse atención a detalles como: “yo antes..., y ahora...”, “yo no era así”, “este problema”, “a partir de esta situación”. Estos detalles, una vez que han sido escuchados, deben ser indagados en la anamnesis, deben contextualizarse y transformarse en determinantes del entendimiento, de uno u otro dato clínico.

Los datos clínicos observados comúnmente en las pacientes gineco-obstétricas que presentan malestar psicológico, pueden clasificarse en varias esferas. La primera corresponde a lo observable en el examen mental; la segunda esfera, responde a los ajustes sociales y familiares; y la tercera, en el caso de pacientes hospitalizadas, responderá al proceso de hospitalización y vivencia personal del padecimiento médico.⁹

Del examen mental y la entrevista

Cuando abordamos a una paciente, debemos optar por una entrevista semiestructurada, orientada a las necesidades de la paciente, de la institución y de la técnica psicológica. El paciente institucional cuyo motivo de consulta primario no responde a la salud mental suele manifestarse en especiales condiciones de orientación, si bien la esfera temporal puede ser la que en un momento dado ofrezca mayores alteraciones. El estado de conciencia suele responder a la vigilia y la reactividad al estímulo, la de orientación en persona y circunstancia, así como los estados alterados de conciencia, deben ser tomados en cuenta como datos de alarma.

El estado de ánimo suele estar a la baja, es frecuente el llanto fácil y la ansiedad con datos neurovegetativos, como palpitaciones, piloerección, sensación de opresión torácica y disnea paroxística. Si bien podemos encontrar pacientes con estado de ánimo elevado, la presencia de tendencias hipomaniacas, es menos frecuente.

La resonancia afectiva de las pacientes suele ser alta. Pueden presentarse abreacciones durante la entrevista con periodos de llanto intenso e inquietud.⁹ El pensamiento suele ser un área conservada en su curso, si bien el contenido suele encontrarse altamente coloreado y ocupado por el evento desencadenante de malestar. Es importante mencionar que la preocupación por obtener una solución es un indicativo de buen pronóstico: el paciente que ocupa su mente buscando soluciones, piensa en la posibilidad de superar su problema; mientras que la designificar el acontecimiento, hablar de la proyección al futuro y de confianza en sí mismo para recibir ayuda y enfrentar el dolor. El lenguaje suele ser un reflejo del estado emocional, por lo tanto, el paciente manifiesta un lenguaje en tono bajo, de ritmo semi lento, o bien, un lenguaje moderadamente acelerado y en tono alto. El primer caso sugiere datos clínicos orientados a un afecto más de presivo y con estructura de carácter pasiva, en tanto el segundo, sugiere un matiz de ansiedad y un afecto mucho más elevado.⁹

Las manifestaciones anteriores son los ejemplos más frecuentes del tipo de reacción que observamos en los pacientes hospitalizados con presencia de malestar psicológico. No debe encasillarse el malestar en una taxonomía estrecha o a una población específica. En realidad el tipo de reacción ante un evento estresor o circunstancia vital en una etapa de desarrollo, dependerá de las herramientas caracterológicas con las que cuenta el sujeto.⁹ Es así que podemos entender como malestar psicológico, casi a cualquier reacción que cumpla con las características mencionadas. Una tercera esfera de observación clínica, la constituye el medio social y familiar, el desempeño laboral, los desajustes sufridos a raíz de un evento determinado, la capacidad de vinculación y desolicitar y recibir ayuda. Estas manifestaciones son claras en lo externo y podemos remontarnos a la historia del paciente para conocer, el antes y el después, de sus relaciones objetales y el tipo de adaptación, predominantemente utilizada. Es fundamental conocer el tipo de relación que los pacientes establecen con sus objetos internos, es decir; las representaciones e introyecciones que han formado de sus relaciones más representativas y primarias. El tipo de relación que existe en la realidad psíquica de los pacientes determinará el tipo de relación que se establezca con el medio externo y los objetos reales; matizará el tipo y el monto de satisfacción, agresión y la posibilidad de cambio ante un momento complicado o cotidiano.

Determinará, junto con el medio social circundante, la ideología, la cultura y la biología: el tipo de reacción, los mecanismos de defensas y el logro en la adaptación ante un agente externo desencadenante.

Prevalencia del malestar psicológico mediante el Cuestionario General de Salud en la población latinoamericana y médicamente atendida

Autor y año	Población e instrumentos	Resultados
Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil K. 2003 ²	Chilena. Hospitalizados ambos sexos N = 362 Cuestionario General de Salud (30R)	Se informa de 46.4% de casos prevalente. Los factores sociodemográficos y el tipo de tratamiento médico no mostraron diferencias en la prevalencia. La población femenina tuvo mayor riesgo.
Tapia, et al. 1994 ³	Chilena. Hospitalizados ambos sexos N = 132 Cuestionario General de Salud (30R)	La proporción de casos con trastorno psiquiátrico fue de 36.4%, y fue más elevada en el sexo femenino.
García Viniégras Carmen. 1999 ⁴	Cubana. Población hospitalizada no psiquiátrica N = 237 Cuestionario General de Salud (12R)	Los resultados mostraron: 22.2% sintomatología psiquiátrica leve; 24.2% sintomatología severa. No se encontró asociación con factores demográficos o con el tipo de atención médica.
Morales Carmona F, et al. 2002 ¹⁰	Mexicana. Mujeres atendidas por Consulta Externa. Hospital de Gineco-obstetricia de tercer nivel. N = 328 CGS (30R)	52.1% de la muestra manifestó síntomas suficientes para ser considerada "caso probable" (8 o más reactivos). Las pacientes obstétricas tuvieron una mayor prevalencia (62.2%) que las ginecológicas.
González FC, et al. 1990 ⁵	Mujeres obstétricas y ginecológicas que reciben atención psiquiátrica en Consulta Externa. N = 297 Cuestionario General de Salud de Goldberg	Los eventos vitales generaron un impacto importante sobre el estado emocional de las mujeres embarazadas y de las mujeres con trastornos ginecológicos. Lo que provocó una mayor demanda de servicios médicos.
Cano GJM, et al. 2001 ⁶	Población abierta entre 15 y 70 años. N = 25,869	Los grupos de 30 y 50 años de edad mostraron una mayor prevalencia de malestar psicológico. El 28.4% de la población mostró puntajes suficientes para requerir atención en salud mental.

Fuente: Espindola Hernández J.G., y cols. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 112-122

La paciente gineco-obstétrica suele presentar manifestaciones clínicas similares al malestar psicológico y a una entidad patológica, las cuales pueden confundirse con elementos sintomáticos sin el contexto de la anamnesis. Las dificultades en el dormir, las alteraciones en el consumo de alimentos, el vómito, el cansancio, la ansiedad propia del padecimiento de una enfermedad médica o de la mujer gestante, las pausas de ajuste psicosocial (en cuanto al cambio de rol). Las cefaleas, mareos y oscilaciones del humor y del estado de ánimo, son parte del proceso obstétrico o del padecimiento ginecológico, e incluso del climaterio. La carencia del contexto puede provocar un diagnóstico mal indicado de alguna categoría nosológica de trastorno mental, en tanto, que debe entenderse que se trata de manifestaciones secundarias al momento vital y a las condiciones médicas.

Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del VPH

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. 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. 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 Giménez¹³ describieron la presencia de “ojos llorosos” y “lanto contenido” en las VPH; y McCaffery y cols.³ 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 somáticas³.

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 las mujeres a quienes no se les informó¹¹.

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 un 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.³ 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 de VIH era más fácilmente atribuida a una experiencia de pasado.

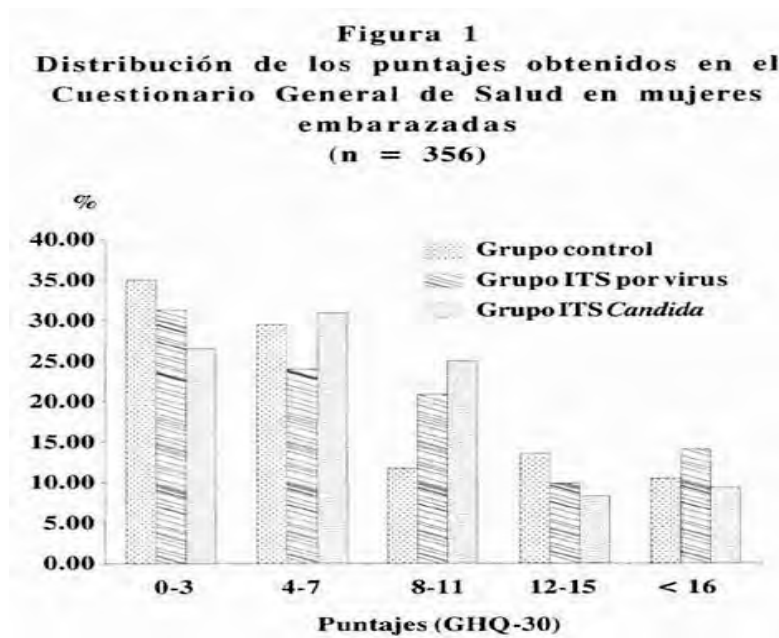
En un estudio realizado en el INPer durante los años de 2000-2002, en donde se Evaluaron la presencia de indicadores de malestar emocional y depresión en un grupo de mujeres embarazadas con infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se seleccionó el GHQ para esta primera comunicación, en virtud de que este instrumento fue diseñado para detectar en pocos minutos síntomas de malestar emocional, y/o, probables trastornos psiquiátricos de Eje I de I DSM-IV — excluyendo las psicosis— (valores mayores a 22) y/o la depresión (probable episodio depresivo mayor a 13).¹²

Padecimientos que se han asociado con padecer una ITS, la cual puede poner en riesgo la vida. Ambas pruebas presentaron un grado de asociación importante, lo que se considera un indicador de validez concurrente: los coeficientes de correlación obtenidos fueron estadísticamente significativos (rho de Pearson 0.628; $p < 0.000$ y de Spearman de 0.547, con el mismo nivel de significancia) en las 350 mujeres que respondieron las dos pruebas de manera completa. Al comparar las medias del puntaje global del GHQ del grupo control ($n = 163$) con las del grupo de ITS de predominio viral ($n = 125$), no se observaron diferencias significativas (6.8 *versus* 7.8). En la comparación de las medias por factores, se obtuvo una diferencia significativa en el uno, relativo a depresión/ansiedad (1.1 *vs.* 1.6, $p < 0.047$; IC 95%: -0.427 a -0.093), donde el grupo control obtuvo los puntajes más bajos que el grupo de ITS de origen viral.

La distribución de los puntajes obtenidos en el grupo control y la de los dos grupos de ITS, Se observa que el grupo de ITS de predominio viral tiene un porcentaje más alto de mujeres con puntuaciones iguales o mayores a 16 puntos (indicador de un severo malestar emocional o psicológico). La prevalencia de malestar emocional (obtenida mediante un punto de corte de 7/8) fue: en el grupo control de 35.6%; en el grupo de ITS virales de 44.8%; en el de ITS por *Candida* o *Gardnerella* de 42.6%.; por último, la prevalencia en la muestra global fue de 40.2%.¹²

Las diferencias significativas encontradas en el factor uno de depresión/ansiedad y más específicamente, en los tres reactivos del Cuestionario General de Salud (GHQ), que indagan acerca de la posibilidad o la idea de quitarse la vida, o de estar muerta y alejada de todas las demás personas; así como en el reactivo 22, relativo a experimentar sentimientos de tristeza y depresión, en los cuales el grupo de ITS con predominio viral obtuvo puntajes más elevados que el grupo control, llevan a pensar en la probabilidad de que las mujeres con ITS de predominio viral padezcan de un cuadro de depresión clínica.¹²



Fuente: Lartigue T., Gerardo Casanova G., Ortiz J., Aranda C. Indicadores De Malestar Emocional Y Depresión En Mujeres Embarazadas Con Its-Vih/Sida*. Perinatol Reprod Hum 2004; Vol. 18(2):73 -90.

Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH

La posibilidad de contagio por transmisión sexual genera conflictos en la esfera biopsicosocial que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres y en el seguimiento de los programas dirigidos a la prevención y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino, y el propio de las enfermedades de transmisión sexual. El virus del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual que va más allá de la simple afectación del ejercicio de la sexualidad: se le vincula con el cáncer de cuello uterino.¹³ El estudio se efectuó entre junio de 2002 y finales de mayo de 2003, en el Centro de Salud Escuela (CSE) del Sistema Único de Salud, Botucatu, Brasil. Ahí se atienden mujeres con infección genital por el VPH y se imparten pláticas de prevención del cáncer de cuello uterino y de sus lesiones precursoras. La capacitación de los profesionales de la salud proviene del aumento reciente de lesiones iniciales (NIC, NIV, NIVO) e infección por el VPH) en mujeres jóvenes.

En las adolescentes, la exposición temprana del área de transformación vinculada con afecciones locales, como las ectopias y los procesos inflamatorios, favorece el primer contacto con el VPH y su posible evolución hacia neoplasias, sobre todo en las adolescentes con vida sexual activa y más de una pareja.¹³

El diagnóstico de infección por el VPH pocas veces es un hallazgo del examen de Papanicolaou. En un estudio realizado en México quedó de manifiesto que en 48% de las mujeres con lesión cervical diagnosticada por colposcopia se sospechó infección por el VPH, mientras que mediante citología sólo se encontró infección cervical en 21%.¹⁴

En un estudio realizado en Brasil se detectó VPH de alto riesgo oncogénico en 11.4% mediante exámenes de captura híbrida tomados por profesionales de la salud y en 14% de los realizados por autotoma.¹⁵ Este estudio se efectuó por la necesidad de profundizar en el conocimiento de la relación entre factores de la sexualidad, enfermedades sexualmente transmitidas y lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas por el VPH, para poder ofrecerles asistencia de mejor calidad.

El significado de ser portadora del VPH se reveló a través de las siguientes unidades de registro:

a) Sentimientos de decepción y preocupación por la curación.

En la atribución de significado revelada por las mujeres, la decepción y la preocupación por el diagnóstico y la espera de la curación quedó de manifiesto en las descripciones.

Durante las entrevistas se percibió la alteración emocional; las mujeres tuvieron distintas reacciones con lenguaje no verbal, como: “lamentación en la voz” y “ojos llorosos”.

Se denominó lamentación en la voz al llanto contenido de la mujer y ojos llorosos a los ojos llenos de lágrimas. Este estudio permitió comprender las percepciones de las mujeres portadoras de VPH e hizo posible la revelación de sentimientos de decepción, miedo a volver a tener relaciones sexuales, necesidad de cuidado consigo misma, ser optimista para el enfrentamiento de la enfermedad y conocimiento de la relación del VPH con el cáncer de cuello uterino.

Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas

En un estudio realizado en el INPer S se aplicó el Cuestionario General de Salud de Goldberg, en su versión de 30 reactivos, a 328 mujeres de nuevo ingreso a un hospital de tercer nivel, para valorar su estado emocional. Se llevó a cabo la revisión de reactivos (30 en total) del Cuestionario General de Salud de Goldberg, para identificar cuáles fueron los más contestados en forma sintomática, considerando como positivos sólo aquellos respondidos por lo menos por el 25% de la muestra. Al estudiar la relación entre los reactivos del Cuestionario General de Salud y algunas variables sociodemográficas se encontró que en el grupo de pacientes ginecológicas, hubo una relación entre la edad y la puntuación total ($\chi^2 = 68.14$; $p < 0.001$; coeficiente de contingencia = 0.631.) Donde el resultado del grupo de edad de 25 a 34 años tuvo una puntuación de 0 a 7 en CGS, el de 35 a 44 años con una puntuación de 8 a 15 puntos, el grupo de 45 a 54 años con puntuaciones de 16 a 30 y por último el intervalo de 54 o más años con puntuaciones de 8 a 22.

En relación con la clasificación socioeconómica, en este grupo se encontró una relación significativa ($\chi^2 = 13.79$; $p = 0.032$; coeficiente de contingencia = 0.344).¹⁶

Media y desviación estándar de las columnas tres, cuatro y del total del Cuestionario General de Salud

	Obstétricas		Ginecológicas		Muestra total	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Malestar psicológico	7.48	4.76	3.89	5.06	6.36	5.13
Disturbio psicológico	2.41	3.60	1.40	3.53	2.10	3.60
Global	9.90	6.37	5.29	7.12	8.45	6.94

Fuente: Morales-Carmona F., Luque-Coqui M., Barroso-Aguirre J., Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatol Reprod Hum* 157 Perinatol Reprod Hum 2002; 16: 157-162.

Donde el grupo de pacientes ubicadas en la clase baja tuvo puntuaciones de 8 a 30 en CGS. Las pacientes ginecológicas mostraron una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la escolaridad, tomando el criterio de 12 años y más vs. menos de 12 años de escolaridad ($F = 17.880$; $p = 0.005$). Donde las pacientes con menor escolaridad obtuvieron mayores puntajes.¹⁶

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 normalidad 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 dependiente¹³. Sin embargo, dentro del contexto paternalista de la relación médicopaciente, 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%¹⁸, 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, 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 cualitativos¹⁸ 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.

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 irrumpa de manera negativa en la vida cotidiana de las personas.

Ante las recomendaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología 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.

La mayoría de las mujeres consideran que el médico es el único interlocutor a qui 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 de masiado 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.¹⁸

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.¹⁸ De los relatos expresados por las mujeres se identificaron los efectos psicológicos que se mencionan 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. 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. 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.¹⁸

Rabia

Solicitar una prueba que detecta una ITS de síntoma 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 las 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. 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.¹⁸

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.¹⁸

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. Los sentimientos de culpa se encontraron entrecruzados en los relatos de algunas mujeres cuando trataban de encontrar una explicación a la presencia de l V PH (sea que hubieran recibido o no los resultados).¹⁸

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. 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.¹⁸

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 al cáncer, desencadena temor hacia las relaciones sexuales. 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 re infectada.

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. Los resultados de este estudio son similares a lo encontrado en escenarios reales e hipotéticos en diferentes países, como Estados Unidos¹⁰, el Reino Unido³ y México¹³.

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.

En el estudio realizado en Bogotá 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 asumir 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. De esta forma, una persona ansiosa tiene la tendencia a procesar selectivamente la información amenazante que produce temor.¹⁸

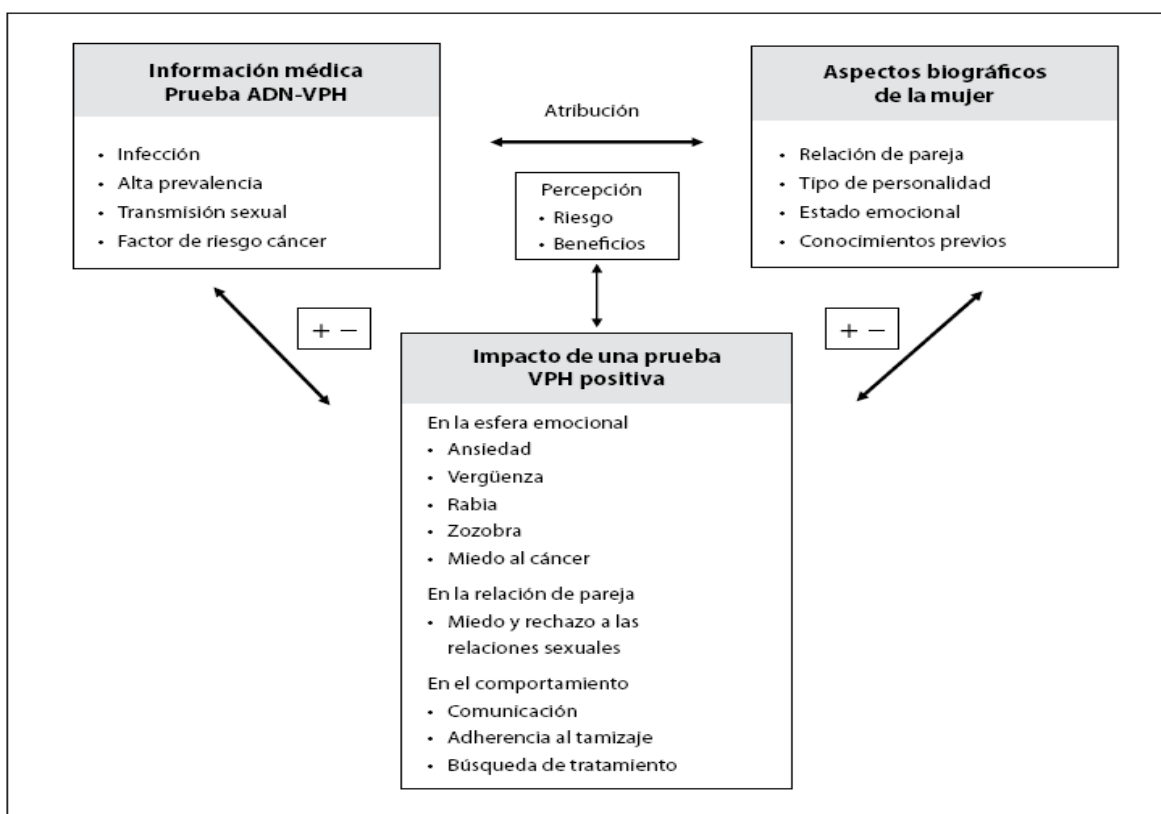


Figura 1. Modelo de los determinantes de la magnitud de los efectos adversos generados por la prueba ADN-VPH.

Fuente: Carolina Wiesner Ceballos C., A costa Peñaloza J., et. c. ols., An Exploratory Study of the Psychological and Social Effects of the Human Papilloma Virus Test. Rev Colomb Cancerol 2009;13(3):145-156.

Condición emocional de pacientes con infección por VPH

Se realizó una investigación en el INPer acerca de las alteraciones emocionales asociadas a la infección por VPH, lo que coincide con lo referido por Steben, quien hace mención del impacto emocional generado por el diagnóstico de la infección, señalando como manifestaciones emocionales comunes: enojo, de presión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza y culpa. En este trabajo se observó que las mujeres con infección por VPH presentaron ansiedad-estado y mostraron una tendencia a presentar ansiedad rasgo, lo que coincide con la observación hecha por Dra. Silva Marques y cols., quienes refirieron haber detectado ansiedad en este tipo de mujeres. Lo anterior permite inferir que la condición emocional está ligada a la infección por VPH, específicamente al estado de ansiedad, como una reacción emocional compleja, que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como amenazantes.

La intensidad y duración de tal estado, es tan de terminadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa (Spielberg C. *Anxiety and emotional state*. New York: Academic Press; 1972) se observó que en el cuestionario general de salud (CGS) el grupo de casos obtuvo una media de 6.67 y el grupo control 5.17, siendo el punto de corte para presencia de malestar psicológico de 8. Por tanto, debido a que ambos grupos se encuentran por debajo del punto de corte, se deduce que no presentan malestar psicológico.

En cuanto al autoconcepto, los resultados fueron los siguientes: en autoconcepto total, no se encontraron diferencias significativas en los resultados entre grupos, por lo que respecta a las subescalas de autoconcepto, sólo se encontraron diferencias significativas en la subescala “Yo físico” que mide la apreciación que el individuo tiene de la percepción, de su propio cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.¹⁸

Con relación a la ansiedad, encontramos: en ansiedad-rasgo, el grupo de casos alcanzó una media de 42.71 y el grupo control de 37.01, encontrándose diferencias significativas.

En cuanto a la ansiedad-estado, se obtuvo una media de 44.94 para el grupo de casos y 41.01 para el grupo control encontrando diferencias significativas.¹⁸

Tabla 1
Resultados de las variables estudiadas por grupo

Variables de estudio	Grupo casos con IVPH		Grupo control sin IVPH		t	Sig.
	Media	DS	Media	DS		
Malestar psicológico	6.67	7.211	5.17	6.047	-1.352	0.178*
Autoconcepto total	332.43	46.680	339.32	42.614	0.925	0.357*
"Yo físico"	63.25	12.538	68.07	10.445	2.506	0.013*
Ansiedad total	41.31	11.450	38.17	9.756	-1.759	0.081*
Ansiedad-rasgo	42.71	13.862	37.01	9.948	-2.832	0.005*
Ansiedad-estado	44.94	13.051	41.01	10.417	-1.991	0.048*

* $p \leq 0.05$.

Fuente: Meza R. M. Carreño M. J., Morales C.F., y cols. Condición emocional de las pacientes con IVPH. Perinatología; Reprod Hum 2008; 22: 168-173.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grave problema de salud pública; la infección por virus de papiloma humano (VPH) posee una peculiar relevancia por su alto nivel de incidencia y su asociación con el cáncer cervicouterino, por lo que se requiere un estudio integral en donde se abarque tanto el área física como el área psicológica la cual se ve afectada haciendo posible el conocimiento del impacto emocional secundaria a la infección por virus de papiloma humano.

JUSTIFICACION

Se ha demostrado en varios estudios, la influencia de la respuesta emocional del individuo ante una condición de enfermedad. La atención integral de la paciente con infección por VPH, demanda que se contemplen los aspectos emocionales que se originan a partir de un evento, para lo cual es relevante el estudio de síntomas depresivos, ansiosos o ambos que en conjunto conforman la respuesta adaptativa o no de la mujer ante el evento.

OBJETIVO

General.

Identificar los principales síntomas psicológicos entre un grupo de mujeres infectadas por VPH y mujeres no infectadas.

Objetivos específicos.

1. Determinar los principales síntomas somáticos, ansiosos, depresivos y de la esfera social en pacientes con infección por VPH

2. Determinar las variables demográficas por edad, escolaridad, IVSA y número de parejas sexuales.

HIPOTESIS

La ansiedad, la depresión o ambas son factores a considerar en la evaluación de la respuesta adaptativa frente a un evento particular, por lo tanto han de ser evaluados en conjunto para considerar su influencia o ausencia de afección psicológica; lo cual se entiende como una condición reactiva contemplada a una restricción transitoria de la conciencia que permite una adaptación progresiva, si esto no se consigue; esta condición se establece y se convierte en una condición sintomática que requiere manejo especializado.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio

Descriptivo, Prospectivo, Transversal, Comparativo según la clasificación de Alvan Feinstein.

Población y muestra

La muestra estará constituida por 120 pacientes del servicio de colposcopia del servicio de Ginecología del Hospital General de México.

Se formaron 2 grupos:

Grupo 1: 60 mujeres con diagnosticadas con infección por VPH

Grupo 2: 60 mujeres control que no presenten infección por VPH

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad reproductiva de 15 a 40 años de edad
- Pertenecer al servicio de colposcopia del Hospital Genral de México
- Mujeres con probable Diagnostico de Infección por VPH

Criterios de exclusión

- Paciente que no deseen participar en el estudio
- Pacientes embarazadas
- Pacientes con expediente incompleto
-

Criterios de No inclusión

- Pacientes atendidas previamente en otro servicio.
- Pacientes con diagnóstico previo de lesión intraepitelial.
- Pacientes con diagnóstico previo de infección por el virus del papiloma humano
- Pacientes con comorbilidad médica.
- Pacientes con antecedentes de Trastorno Psiquiátrico
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes mayores de 40 años.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Valor: Dicotómicas: Edad, Escolaridad y estado civil

Se define como **variable independiente** (*nominal*) la infección por VPH

Se definen como **variable dependiente** (*Discontinua*): Cuestionario General de Salud (GHQ).

Definición Operacional: Mediante el puntaje que resultó de las subescalas del instrumento GHQ, las cuales hablan de: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave), se determinó la incidencia de los principales síntomas psicológicos.

Instrumentos

El cuestionario general de salud, es una encuesta autoadministrada que consta de treinta reactivos, agrupados en cuatro subescalas con siete reactivos por escala: la escala A síntomas somáticos, trastorno del sueño y Ansiedad, C Disfunción social, D depresión severa o grave; cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta de entre las cuales el paciente debe elegir y tachar la que considere adecuada para cada reactivo: 1 mejor que antes, 2 igual que antes, 3 peor que antes, 4 mucho peor que antes; se utilizó para la evaluación de malestar psicológico. El punto de corte se establece en 7/8, lo que indica que un puntaje por debajo de 7 clasifica a pacientes sin malestar psicológico y por arriba, pacientes con malestar psicológico.

Procedimiento

La recolección de datos sociodemográficos y aplicación de los instrumentos, se realizará por un médico previamente capacitado para ello en una sola sesión con una duración aproximada de 15 minutos.

Se estudiarán las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Forma de captura: Se creó una base de datos con todos los puntos de la valoración geriátrica, en una hoja de cálculo del programa SPSS 15 para Windows.

Se estudiaron las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad.

Para la descripción de la muestra y distribución de los factores sociodemográficos controlados, se usará estadística descriptiva análisis de frecuencia y medidas de tendencia central.

Los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos, se analizarán mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto cumple con la Ley General de Salud y su reglamento en Materia de Investigación, y a las Guías de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH) sobre la Buena Práctica Clínica (GCP)

FACTIBILIDAD

Consideramos es un estudio factible de realizar en la unidad; con base a los recursos y tiempo disponible, ya que se cuenta con una importante población de mujeres en edad reproductiva, además de contar con el recurso humano para las valoraciones en la consulta externa.

Se solicitará el consentimiento informado por parte del paciente.

RESULTADOS

Características demográficas

La muestra quedó constituida por 60 mujeres con infección por VPH (grupo casos) y 60 mujeres sin infección por VPH (grupo controles). El grupo de casos presentó un promedio de edad de 27.08, En el grupo control se observó una edad promedio de 26.83. **Tabla 1, 2 y 3** respectivamente.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos		
Edad	VPH Positivo	VPH Negativo
	Frecuencia	
≤20 años	9	11
21-25 años	16	16
26-30 años	16	15
31-35 años	11	12
36-40 años	8	6

Tabla 1. Datos Sociodemográficos. Grupos de edad

En cuanto a estado civil: 18.3% solteras, el 15% casadas y el 66.6% unión libre en los casos y en el grupo control el estado civil: 18.3% solteras, 58.3% casadas y el 23.3% unión libre.

Tabla 2. Datos Sociodemográficos		
<u>Estado Civil</u>	VPH Positivo	VPH Negativo
Frecuencia		
Soltero	11	11
Casado	9	35
Unión Libre	40	14

Tabla 2. Características sociodemograficas por estado civil.

La escolaridad el 45% tenían estudio nivel primaria, el 40% secundaria y el 15% preparatoria en los casos y en el control la escolaridad se dividía de la siguiente forma: el 50% primaria, 46.6% secundaria y 3.3 preparatoria. Tabla 3.

Tabla 3. Datos Sociodemográficos		
<u>Escolaridad</u>	VPH Positivo	VPH Negativo
Frecuencia		
Primaria	11	11
Secundaria	24	28
Preparatoria	9	2

Tabla 3. Características Sociodemograficas por Escolaridad

En el análisis estadístico de las variables de estudio, se observó que en el cuestionario General de Salud (CGQ), el grupo de casos obtuvo una media de 7.23 y el grupo control de 2.17, siendo el punto de corte para presencia de malestar psicológico de 7. Por tanto, debido a que el grupo de casos se encuentra por arriba del punto de corte, se deduce que si presentan malestar psicológico.

Tabla 4.
Resultados de las variables estudiadas por grupo

Variables de Estudio	Grupo de casos con media	VPH DS	Grupo control sin VPH Media	DS	t student
CGQ positivo	7.23	1.81	2.17	2.66	0.9188
Sub escalas	1.74	1.11	1.88	0.83	0.0186*

* $p \leq 0.05$

No se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.9188$) entre CGQ (el cuestionario general de Salud) global (≥ 7) y el diagnóstico del VPH, sin embargo es estadísticamente significativo en cuanto a las subescalas del CGQ con $p < 0.05$ ($p = 0.0186$)

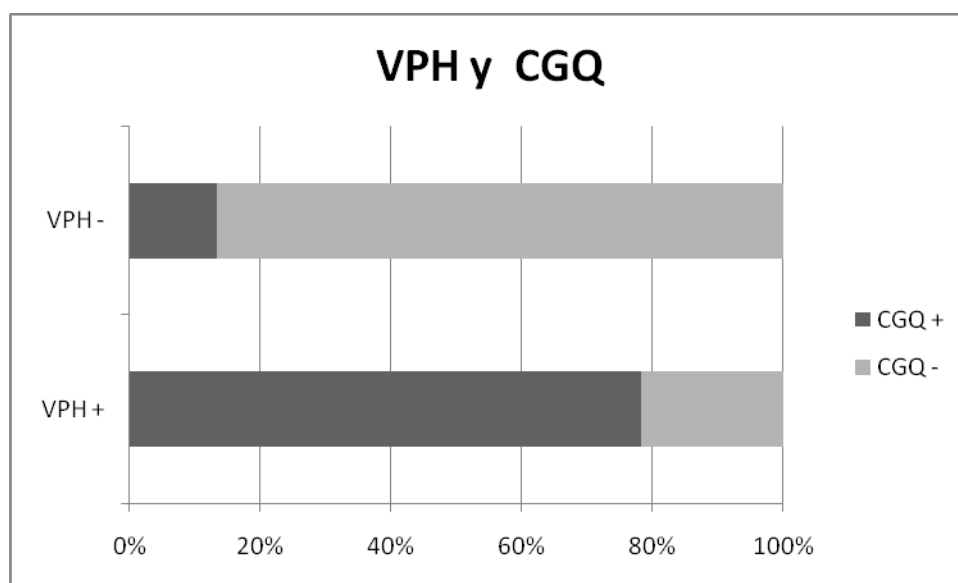


Fig. 1. Relación entre el resultado positivo de VPH y CGQ

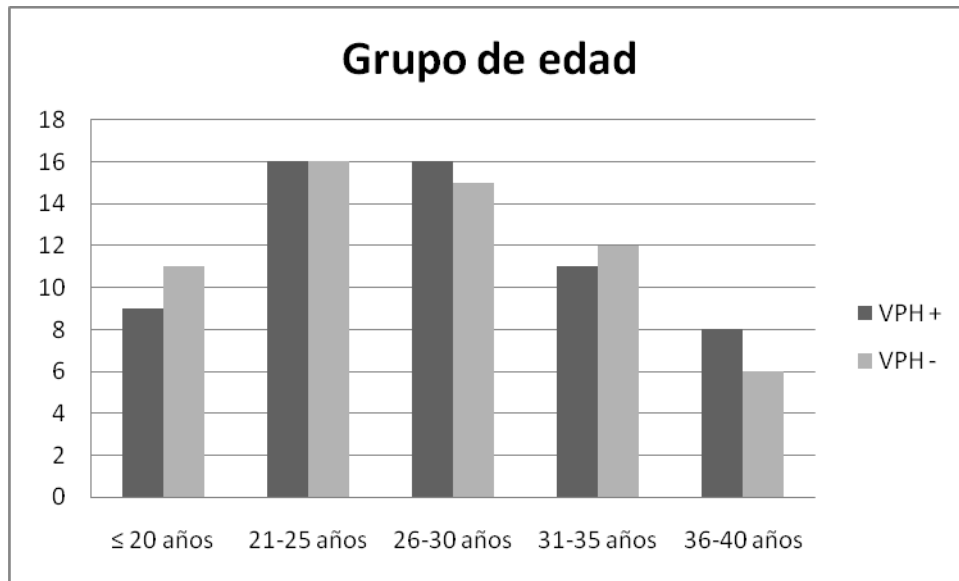


Fig. 2. Diferencias de diagnóstico de VPH por grupos de edad

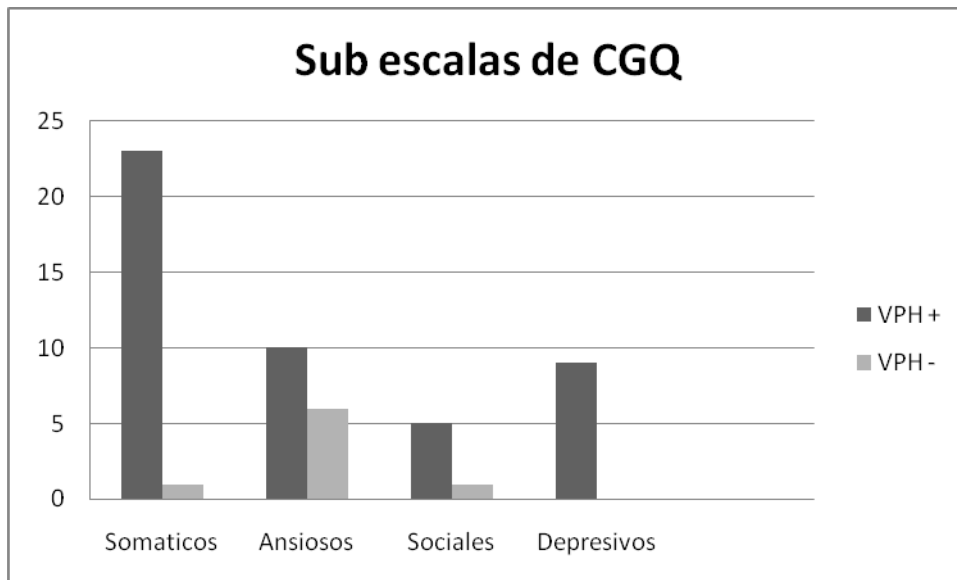


Fig. 3 Diferencias entre las 4 sub escalas de CGQ

DISCUSIÓN

En el presente estudio se detectó la presencia de alteraciones emocionales asociadas a la infección por VPH, lo que coincide con lo referido por Steben²², quien hace mención del impacto emocional generado por el diagnóstico de la infección, señalando como manifestaciones emocionales comunes: síntomas somáticos, alteraciones del sueño, ansiedad y síntomas depresivos.

En este trabajo se observó que las mujeres con infección por VPH presentaron ansiedad y mostraron una tendencia a presentar síntomas somáticos, lo que coincide con la observación hecha por Da Silva Marques y cols., así como el estudio realizado en el INPer quienes refirieron haber detectado ansiedad en este tipo de mujeres. Lo anterior permite inferir que la condición emocional está ligada a la infección por VPH, específicamente al estado de ansiedad y somatización de síntomas, como una reacción emocional compleja, que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como amenazantes. La intensidad y duración de tal estado, están determinadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa.

Como puede observarse, las pacientes con diagnóstico de VPH positivo tuvieron un mayor malestar psicológico que las pacientes con VPH negativo (47:8), los reactivos que más frecuentemente fueron contestados como positivos, fueron: el factor somático y el de ansiedad, así como la inadecuación social.

El malestar psicológico debe ser entendido como una alteración y no como un estado patológico o sintomático. Dicha alteración debe considerarse como tal, en relación con dos elementos: el primero, responde a un estado “basal”, el cual nunca debe ser entendido en forma lineal, sino oscilatoria, aunque dentro de la normalidad, entendiendo ésta, como un nivel adecuado de adaptación (interna y externa) posterior a un evento estresor desencadenante; el segundo, se trata de una alteración displacentera y poco satisfactoria.

La percepción de un estado de ajuste emocional, permite reducir el marco de la patología e incrementar el espectro de la “salud mental”.

Las manifestaciones clínicas del malestar psicológico, son fenomenológicamente iguales a las manifestaciones patológicas propias de los trastornos mentales, el contexto y la etiología del conflicto son enteramente distintos. Mientras el primero se constituye como un fenómeno agudo, el segundo se entiende en el marco de la cronicidad y la patología. Esta reflexión sugiere la necesidad de realizar un análisis fino, previo al diagnóstico de trastorno mental. En la actualidad, existe un sobrediagnóstico de los trastornos mentales, ya que a menudo se confunden: la tristeza con la depresión; la ansiedad como elemento adaptativo, con la ansiedad como trastorno; el llanto secundario a un evento doloroso, con el llanto fácil; el insomnio con problemáticas en el ciclo sueño-vigilia, propias de desórdenes en las actividades diarias. Es obligación del especialista, contextualizar los fenómenos clínicos, determinar su etiología y establecer líneas de tratamiento con mayor especificidad.

Este estudio permitió comprender las percepciones de las mujeres portadoras de VPH e hizo posible la revelación de sentimientos como: necesidad de cuidado consigo misma, ser optimista para el enfrentamiento de la enfermedad y conocimiento de la relación del VPH con el cáncer de cuello uterino.

Los resultados de esta investigación coinciden con estudios realizados anteriormente, hay consistencia en que las mujeres con menor escolaridad (primaria), manifiesten más sintomatología, lo que es congruente con lo informado en la literatura, lo cual se explica por una menor capacidad para hacerle frente a las situaciones problemáticas al contar con menores recursos para abordarlas.

En cuanto a edad, se observa que la población de mayor riesgo se encuentra en el rango de edad de 21 a 30 años, disminuyendo después de los 40 años.

Se observó una mayor prevalencia de unión libre en el grupo de casos (66.6%) e inversamente en el grupo control donde más de la mitad es casado (58.3%), donde se ve reflejado que el estado civil es un importante factor para contraer la infección, quizá por que en el primero sea mayor el número de parejas sexuales.

Sin embargo per se a que se observan diferencias en las características sociodemograficas entre ambos grupos, no existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.9188$) entre CGQ positivo (≥ 7) y el diagnóstico del VPH, sin embargo es estadísticamente significativo en cuanto a las subescalas del CGQ con una $p \leq 0.05$ ($p = 0.0186$).

CONCLUSIONES

Con esta investigación y el conocimiento generado cotidianamente, fue posible conocer la necesidad de asistencia que valore las orientaciones de las afecciones de las mujeres y la oportunidad de escucharlas, permitiéndoles externar sus sentimientos, propiciando la asistencia individualizada y de calidad. Así, con este estudio se sugiere a las unidades básicas de salud la elaboración de una guía más detallada de orientaciones respecto del VPH, con lenguaje apropiado y que atienda las necesidades de toda la población femenina.

Los resultados de este estudio también ofrecieron elementos importantes para reforzar el papel educativo de los profesionales de la salud, principalmente en lo que se refiere a las enfermedades de transmisión sexual y al cáncer, buscando la prevención y tratamiento temprano a través de las orientaciones ofrecidas.

Sin embargo, no existe la pretensión de circunscribir el tema de estudio y la percepción de las mujeres, pues aún hay mucho por saber acerca de las mujeres portadoras del virus del papiloma humano. Se confirma también que las mujeres con infecciones de transmisión sexual de predominio viral (específicamente por el virus de papiloma humano) en comparación con las mujeres sin ITS, manifestaron haber experimentado (durante los quince días anteriores a la aplicación de los instrumentos) los siguientes síntomas: síntomas somáticos, ansiosos y síntomas depresivos. Se reitera la necesidad de implementar actividades de detección y tratamiento oportuno de la depresión en las clínicas y hospitales que ofrecen Programas de Salud Sexual y Reproductiva, así como la integración de los Servicios de ITS a dichos programas.

El malestar psicológico no debe entenderse como un evento patológico, ya que sus manifestaciones, por abruptas que sean, no son de tipo crónico y persistente. Los elementos desencadenantes son inesperados, e invaden al yo; las reacciones subsecuentes son de orden defensivo, agudo y de rápida evolución. Por estas razones, las intervenciones con estos pacientes se dirigen al aquí y ahora, en adición al evento desencadenante. El terapeuta debe ser un vigilante o contenedor de las ansiedades que pudieran cronificar el malestar del paciente, por lo que deben reforzarse los mecanismos de defensa de la persona, ampliando el espectro de los mismos.

Una visión del malestar psicológico como alteración y fenómeno defensivo de buen pronóstico, de tipo agudo y dentro de la cotidianidad de los procesos vitales, permite un concepto de salud mental dinámico, oscilatorio, de amplio espectro y nunca de tipo lineal; pues los fenómenos psíquicos sólo pueden ser entendidos en la dinámica de sus relaciones, el contexto y desarrollo de las mismas, así como, la interpretación interna de éstas y sus consecuencias en la conducta.

Referencias Bibliográficas

1. **Lizano et al**, Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Cancerología* 4 (2009): 205-216.
2. **López -Saavedra y Li zano-Soberón**, Cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología* 2006:31-55.
3. **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.
4. **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.
5. **Medina-Mora ME, Padilla GP, Mass CC, Ezban BM, Caraveo AJ, Campillo SC, Corona J**. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1985; 31: 53-61.
6. **Ezbán M, Medina Mora ME, Peláez O, Padilla P**. Sensibilidad del Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico. *Salud Mental* 1984;7(3):68-71.
7. **Carreño J**. Propuesta de un modelo explicativo de malestar psicológico en mujeres estériles. Tesis de Doctorado. México: UNAM; 2007.
8. **Morales C.F. Pimentel N**. Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres Ginecol Obstet Mex 2008;76(6):313-8.
9. **Espíndola Hernández J.G., y cols**. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20 (4): 112-122
10. **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.

11. **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).
12. **Lartigue T., Gerardo Casanova G., Ortiz J., Aranda C.** Indicadores De Malestar Emocional Y Depresión En Mujeres Embarazadas Con Its-Vih/Sida*. *Perinatol Reprod Hum* 2004; Vol. 18(2):73 -90.
13. **Da Silva Marques ML, Jiménez MT.** Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol Obstetric Mex* 2005; 73(10):531-6.
14. **Vargas NA, Guzmán AE.** Epidemiología del cáncer de cérvix en Latinoamérica. *Ginec Obstet Mex* 2001;69(6):243-6.
15. **González CG, Morales CF.** Normalización de un instrumento para medir depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatología. Reprod Hum* 1993; 7: 110-13.
16. **Morales-Carmona F., Luque-Coqui M., Barroso-Aguirre J.,** Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatol Reprod Hum* 157 *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 157-162.
17. **Carolina Wiesner Ceballos C., Acosta Peñaloza J., et. cols.,** An Exploratory Study of the Psychological and Social Effects of the Human Papilloma Virus Test. *Rev Colomb Cancerol* 2009;13(3):145-156.
18. **Meza R. M. Carreño M. J., Morales C.F., y cols.** Condición emocional de las pacientes con IVPH. *Perinatología; Reprod Hum* 2008; 22: 168-173.
19. **Abiodun OA, Adetoro OO, Ogunbode OO.** Psychiatric morbidity in a gynaecology clinic in Nigeria. *J Psychosom Res* 1992;36(5):485-90.
20. **Apgar B, Brotzman G, Spitzer M.** *Colposcopia: principios y práctica.* México:McGraw Hill Interamericana; 2003.
21. **Steben MD (ed.).** Counselling persons with HPV infections. XII Reunión de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia y HPV. Barcelona, España: Clinical Workshop; 2000, p. 46-7.

Anexos

I. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Titulo del Proyecto: Impacto Psicológico en mujeres con diagnóstico de infección por virus de papiloma humano en el servicio de colposcopia del Hospital General de México. Estoy enterado(a) que el propósito del presente estudio es conocer los síntomas psicológicos posterior al diagnóstico de infección por virus de papiloma humano. Mi participación consistirá en contestar fidedignamente los registros que me sean entregados en una sola ocasión, en los que utilizaré 10 minutos para responderlos.

Beneficios

Los fines de este estudio son de investigación. El estudio proporcionará información sobre el tema en investigación para conocer el impacto psicológico frente a un evento particular (diagnóstico positivo o negativo por infección por virus del papiloma humano).

Confidencialidad

Toda la información proporcionada será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para fines del mismo y será destruida al finalizar el análisis de los datos.

Riesgos

Ninguno.

He leído la hoja de información y entiendo de qué trata el estudio, de tal manera que acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencia alguna en mi persona o en la atención médica que recibo en esta institución.

De la misma manera, mi información, que no conste en mi expediente, será destruida en el momento que yo decidiera no participar en el estudio.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dr. Rodríguez Espínola Alejandro al teléfono 044 55 34829387 ó por correo electrónico alex_spinorod@hotmail.com.

Nombre y firma del participante

Investigador Principal

Fecha: ____/____/2010.

II.... Otros anexos

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Subescalas	Puntuación GHQ	Puntuación CGHQ
A. Síntomas somáticos		
B. Ansiedad-Insomnio		
C. Disfunción social		
D. Depresión		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Bibliografía

1. DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.
2. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:139-145.
3. Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1985;146:55-61.
4. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-140.
5. Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979;42:139-158.

Expediente: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
 Estado Civil: _____ Resultado de VPH: _____

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado