



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL
HIDALGO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ATENDIDAS EN EL
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS R-2021-1201-013

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA KAREN MORENO FLORES

ASESOR CLÍNICO

DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ

ASESOR METODOLÓGICO

DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE

INVESTIGADOR ASOCIADO

DR. RAFAEL SAAVEDRA GONZÁLEZ

COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



H.G.Z. M.F. No. 1
DELEGACIÓN HGO.



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.

**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ATENDIDAS EN EL
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO”**

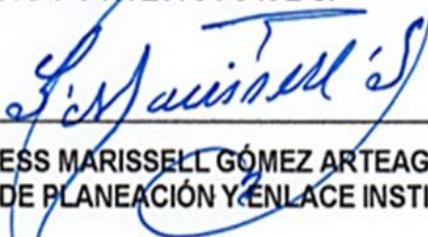
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA KAREN MORENO FLORES

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO. 1 PACHUCA, HIDALGO

AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISSSELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS



DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO



DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE
MÉDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO



DR. RAFAEL SAAVEDRA GONZÁLEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO

**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ATENDIDAS EN EL
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ANA KAREN MORENO FLORES

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ATENDIDAS EN EL
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ANA KAREN MORENO FLORES
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



PRESIDENTE DEL JURADO

DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
PROFESORA TITULAR CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO



SECRETARIO DEL JURADO

DR. HUGO JUÁREZ CACAHUATITLA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO



VOCAL DEL JURADO

DR. GONZALO DÍAZ CRUZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1201**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 13 048 032**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 13 CEI 001 2018041**

FECHA **Martes, 22 de junio de 2021**

M.E. YURENI URIBE VAZQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNOSTICO ATENDIDAS EN EL HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1201-013

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

OCTAVIO CONTRERAS VALDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Imprimir

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por ser los primordiales promotores de mis sueños, gracias por todos los días confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por el cariño recibido, la dedicación y la paciencia con la que todos los días se preocupa por mí; gracias a mi padre por desear y anhelar lo mejor para mi vida.

Gracias a Dios por la vida de mis padres, porque todos los días bendice mi vida al estar y gozar al lado de la gente que me ama, y a las que yo más amo.

Gracias a mis hermanas por el apoyo moral que me han brindado, en el logro de este importante objetivo de mi vida.

También quiero dar mi agradecimiento a mis asesores de Tesis, por su invaluable apoyo y aportación para el desarrollo de este trabajo.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE

I.	IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	1
II.	RESUMEN	2
III.	MARCO TEÓRICO	3
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	10
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
VI.	OBJETIVOS.....	12
VII.	HIPÓTESIS.....	13
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	14
	UNIVERSO DE TRABAJO.....	14
	TIPO DE DISEÑO	14
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	14
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	14
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	14
	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	15
	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	17
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	17
	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	17
	TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
	MUESTREO.....	18
IX.	ASPECTOS ÉTICOS	19
	LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.....	19
	DECLARACIÓN DE HELSINKI	19
	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)	21
	ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN	21
X.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	22
	RECURSOS HUMANOS.....	22
	RECURSOS FÍSICOS	22
	RECURSOS MATERIALES	22
	RECURSOS FINANCIEROS	22

FACTIBILIDAD.....	22
XI. RESULTADOS.....	23
XII. DISCUSIÓN	36
XIII. CONCLUSIONES	38
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
XV. BIBLIOGRAFÍA	40
XVI. ANEXOS.....	44

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador Responsable y Asesor Clínico:

Nombre: Dra. Yureni Uribe Vázquez
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: 771 1465857
Correo electrónico: yuju_210@hotmail.com

Investigador Asociado y Asesor Metodológico:

Nombre: Dr. Omar Barragán Pelcastre
Especialidad: Epidemiología
Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: 771 414 2907
Correo electrónico: drpelcastre@hotmail.com

Investigador Asociado:

Nombre: Rafael Saavedra González
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: 5540592338
Correo electrónico: saavedra609@hotmail.com

Investigador Asociado y Tesista:

Nombre: Ana Karen Moreno Flores
Especialidad: Residente de la especialidad en medicina familiar.
Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: 7712970950
Correo electrónico: anarenk2572@gmail.com

II. RESUMEN

TITULO: “Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo”

ANTECEDENTES: Se ha descrito al Cáncer cervicouterino (CaCu) como la segunda neoplasia más frecuente en mujeres en México. Reporta una incidencia anual de 13.1% y una mortalidad de 6.9%. Dicha neoplasia tiene a la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH) como el principal factor de riesgo para la aparición de displasias intraepiteliales que pueden progresar a cáncer cervical, lo cual genera un impacto de emociones negativas como la ansiedad y depresión en la paciente debido a la sensación de temor por la enfermedad.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo. Se aplicaron encuestas a las pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo. Se realizó descripción estadística simple para caracterizar a la población del estudio, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza). Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrada para la asociación entre displasia cervical, depresión y ansiedad.

RESULTADOS: Se analizó una muestra de 73 pacientes, cuya media de edad fue 41.55 ± 12.078 años. El 46.6% habían completado la secundaria, el 24.7% el bachillerato y el 15% nivel superior. Se identificó una similitud en la proporción de las mujeres solteras y casadas con un 42.5%. El 52.1% eran empleadas y el 30.13% estaban dedicadas al hogar. En cuanto a las variables clínicas se observó que el 75.3% tenía NIC I y el 12.3% para los grados NIC II y NIC III. El grupo de edad más afectado fue el de 40 a 49 años con el 28.8%, siendo el NIC I el más frecuente (26.1%), encontrando asociación estadística entre el grupo etario y el tipo de neoplasia ($p=0.001$). Solo el 27.4% tenía algún grado de depresión, el 13.7% presentó depresión moderada, el 12.3% depresión leve y el 1.4% presentó depresión severa, siendo el grupo de 30 – 39 años el más afectado con el 8.2% de los casos, de los cuales el 5.5% presentó depresión moderada y el 2.7% depresión leve. El 93.2% presentó algún tipo de ansiedad, el 57.6% tuvo grado moderado a grave, seguido por la ansiedad leve en el 35.6%, el grupo de edad más afectado fue el de 40 – 49 años con un 28.7% de los casos en donde el 16.4% presentó ansiedad moderada a grave y el 12.3% ansiedad leve.

CONCLUSIONES : Podemos concluir que nuestros resultados son similares a los hallazgos descritos en la literatura en relación a la frecuencia de depresión, no obstante, en relación a la ansiedad existe una mayor frecuencia lo que sugiere un mayor temor a la enfermedad y a su vez un campo de oportunidad para fortalecer el conocimiento sobre la prevención y control del padecimiento.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, depresión, displasia cervical.

III. MARCO TEÓRICO

A nivel mundial el cáncer ha sido señalado como la segunda causa de muerte, convirtiéndose en una de las enfermedades prioritarias para la Salud Pública, debido a su rápido ascenso en los últimos años y estimando que para el 2030 existirán 21.2 millones de casos nuevos con una mortalidad anual de 15 millones (1,2).

En este sentido, se ha descrito al Cáncer cervicouterino (CaCu) como la segunda neoplasia más frecuente en mujeres en México, después del cáncer de mama, ocupando el primer lugar, en las pacientes entre 25 y 34 años. Reporta una incidencia anual de 13.1% y una tasa de 15.1 por cada 1000 habitantes, cuya mortalidad oscila en un 6.9% y una tasa de 8.2 por cada 100 mil habitantes (3, 4). Cabe mencionar que el 80% de los casos que se presentan al año, abarcan edades entre 15-45 años según la OMS (4).

Tanto es el impacto a nivel mundial, que se diagnóstica, una paciente cada 10 h y una muerte cada 2 días (5).

En este contexto, en el año 2005 Marshall aludió el término de displasia cervical a las lesiones precancerosas con capacidad de desarrollar malignidad al no otorgar tratamiento oportuno. En el año 2012 se evidenció por el INEN el incremento en el número de casos de displasia cervical a consecuencia de una limitante cultura preventiva y el European Journal of cáncer estimó en 2020 que el 60% de los casos se encuentra en países en vías de desarrollo con afectación predominante en mujeres jóvenes (6).

Para el estado de Hidalgo el panorama es alarmante. De acuerdo con datos estadísticos de la Secretaría de Salud del Estado, el cáncer de cervicouterino se ha encontrado en las principales causas de muerte por tipo de tumor.

En este sentido, se ha considerado al VPH con transmisión vía sexual como causante de cáncer cervicouterino, y el estrés facilita su surgimiento y evolución a medida en que debilita el sistema inmune de la paciente. Así mismo, se han asociado diversos factores para su aparición dentro de los cuales destacan los siguientes: inicio de vida sexual a temprana edad, promiscuidad, tabaquismo,

inmunosupresión y uso de hormonales por periodo prolongado, edad (entre 25 y 64 años), infecciones de transmisión sexual frecuentes, multiparidad, bajo nivel socioeconómico y cultural, mal estado nutricional. Siendo importante detectar a tiempo para realizar intervenciones ^(4,7).

En nuestro país en base a datos obtenidos por el Hospital Juárez, se identificaron como determinantes para displasia cervical tener solo educación primaria o ser analfabeta, nivel socioeconómico bajo, inicio de vida sexual a los 18 años o antes, no usar métodos de barrera, promiscuidad y no haberse realizado el papanicolaou por influencia masculina ⁽⁸⁾.

El Virus del Papiloma Humano (VPH), no solo es considerado como el principal factor de riesgo para la aparición y desarrollo de cáncer cervical sino también para lesiones pre malignas ⁽⁹⁾. Aproximadamente el 80% de las pacientes con vida sexual, se ha infectado a los 50 años por el virus del papiloma humano, la mayoría de forma transitoria con remisión en un plazo de entre 6 y 18 meses, sin estar exentas de reinfección. Aunque para el desarrollo de displasia cervical es esencial la persistencia del virus del papiloma humano, la microbiota vaginal juega un papel importante por la regresión o persistencia de este virus y las lesiones que desencadena a nivel cervical ⁽¹⁰⁾.

El riesgo de progresión a malignidad de una displasia cervical, dependerá de la severidad de la misma, siendo el resultado de un proceso continuo, que comienza desde el epitelio normal cervical progresando hasta el desarrollo de lesiones cervicales, carcinoma in situ y finalmente carcinomas escamosos invasivos. Siendo de vital importancia la detección y la realización de papanicolaou, es el método de prevención, es relevante y por ello, hay lugares donde se lleva a cabo la prevención de forma adecuada, mostrando incidencia menor a lesiones cervicales ⁽¹¹⁾.

Las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino microscópicamente se caracteriza desde una atipia en las células hasta la displasia acorde al daño epitelial ocasionado, dando su clasificación a las lesiones premalignas antes de progresar a carcinoma invasor ⁽¹²⁾.

La clasificación de neoplasia intraepitelial cervical se divide en 3 grados en base al

espesor epitelial de las células modificadas y diferenciadas en el cérvix, las lesiones de alto grado tienen alta probabilidad de convertirse en cáncer invasor, siendo virus del papiloma humano el causante necesario, pero no suficiente ⁽¹³⁾.

Un gran porcentaje de mujeres con displasia cervical pueden cursar asintomáticas, sin embargo, es importante el diagnóstico oportuno para individualizar el tratamiento en base a características y factores que presente la paciente, haciéndose énfasis en la prevención para evitar la progresión a cáncer ^(5,12).

El papanicolaou resulta ser una prueba eficaz en cuanto a detección de cáncer cervicouterino, conocida desde 1940 siendo gran aliado en la prevención y disminución de la mortalidad, por lo que es importante la realización del mismo para detección oportuna de neoplasia intraepitelial, diagnóstico y tratamiento oportuno ⁽¹⁴⁾.

Siendo objetivo el disminuir la mortalidad y número de casos tanto en lesiones precursoras como en cáncer cervicouterino, toman relevancia los programas de prevención y detección oportuna en donde la citología cervical ha sido el tamizaje de elección por su eficacia, por lo que el IMSS ha implementado estrategias y programas, logrado con ello disminuir la tasa de mortalidad por esta enfermedad, demostrando que el tamizaje del CaCu permite la detección precancerosa de displasias cervicales, evitando así la progresión de la enfermedad si se detectan y tratan de manera oportuna ^(15,16).

Dentro de las displasias cervicales, la clasificación Bethesda ha sido primordial para la clasificación histopatológica de las lesiones intraepiteliales detectadas en la citología de acuerdo a lo siguiente:

- Cambios menores: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG) y células escamosas atípicas de significado incierto.
- Cambios mayores: células escamosas atípicas, células glandulares atípicas y lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) ^(17,18).

Pocas pacientes progresan a malignidad, siendo de predominio las lesiones de bajo grado como se concluyó en un estudio donde se estudió durante 10 años en cuba, a 800 pacientes, detectando a 5 de ellas cáncer invasor, en el resto predominaron displasias de bajo grado, este seguimiento planteo el comienzo del

pesquizaje a partir de los 25 años y hasta los 64 años, por lo anterior si se detectan a tiempo y se otorga tratamiento oportuno la presentación de un cáncer cervicouterino es menor al 1% y la mortalidad menor al 0.5% ⁽¹⁹⁾.

Algunos autores han descrito que, en un alto porcentaje de mujeres diagnosticadas con lesiones intraepiteliales cervicales tienen cambios en su esfera emocional, mismos que generan un estado de ánimo triste persistente, pérdida de energía e interés por las cosas, trastornos del sueño, e incluso pensamientos de muerte como reacción a alguna circunstancia vital del individuo o asociado a una enfermedad orgánica ⁽²⁰⁾.

De manera similar, Mendoza López et al., identificaron en su estudio que, de una muestra de 111 mujeres con VPH de manera general el 79.3% presentó algún grado de ansiedad mientras que la frecuencia de depresión fue más baja (26.1%). No obstante, se encontró una diferencia entre ambos trastornos respecto a la escolaridad, observando que a menor escolaridad mayor frecuencia de ansiedad y depresión (70.7% y 19.3% en mujeres de educación básica respecto a un 67.1% y 15.9% en mujeres con educación media y superior) ⁽²⁰⁾.

Sin embargo, no se conoce suficiente información sobre los aspectos psicológicos que puede desencadenar una paciente ante el diagnóstico de displasia cervical, Holland por ejemplo cita diferentes investigaciones que encontraron inclinación hacia la supresión y negación de las emociones. Por su parte la psicología de la salud se ha dedicado a la búsqueda de patrones en la personalidad cuyo propósito es determinar cuáles intervienen en el avance de la enfermedad y cuáles en el bienestar y recuperación de las pacientes. En 2014, O'Connor et al., se realizó un estudio a mujeres de entre 26-61 años con la finalidad de observar la respuesta emocional ante el resultado anormal de la citología cervical, donde se menciona que un diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical provoca preocupación y emociones en las pacientes. Esto depende del estado emocional de cada una de acuerdo con sus antecedentes, el ambiente en el que se desenvuelve y del grado de lesión; observando un mayor impacto de emociones negativas debido a las inquietudes sobre la citología anormal o el diagnóstico de NIC ^(6,21).

Se observó que la preocupación predominante ante la realización de un estudio de detección de lesiones intraepiteliales cervicales es precisamente el enfrentarse a un resultado positivo a las mismas, lo que hace que esta preocupación supere a la prevención y aunado a la falta de información sobre el tema, crea trastornos emocionales en las pacientes ⁽²¹⁾. La posibilidad de tener cáncer es el origen de la angustia en las pacientes y presentan mayor ansiedad en situaciones imprevisibles que en las previsibles. En este contexto, se han considerado ciertos aspectos psicológicos que condicionan la salud emocional de las pacientes debido a la sensación de temor por la enfermedad, derivado de la falta de control que la paciente puede tener sobre el comportamiento de la misma en donde el mayor temor es “no poder hacer nada”; de ahí que su diagnóstico genere soledad y desamparo⁽²²⁾, por lo que se han observado ciertas tendencias a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión mayor y la ansiedad los trastornos más frecuentes ^(23,24).

La depresión es uno de los factores psicológicos más frecuentes, la cual ha sido considerada como un desorden que afecta el funcionamiento diario del individuo, el desempeño en el trabajo, en las interacciones sociales, relaciones familiares y en los propios sentimientos que tenga el individuo sobre sí mismo experimentando diversos grados de tensión y perturbación emocional como la fatiga y la depresión, los cuales son algunos de los principales problemas que alteran la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares ⁽²⁵⁾.

La ansiedad es otro de los factores psicológicos asociados a una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción se vive generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses. Por ello, es común que esta afección se manifieste al momento de saber que existe una lesión precursora a la enfermedad neoplásica, no obstante, algunos estudios indican que la ansiedad aumenta conforme al pronóstico de la enfermedad y que los síntomas de ansiedad coexisten con síntomas depresivos ⁽²⁶⁾.

De acuerdo con algunos reportes, casi la mitad de las pacientes con lesiones intraepiteliales, manifiestan algún grado medio de ansiedad y alrededor de una cuarta parte de los pacientes manifiestan un alto grado de ansiedad, lo cual se asocia al temor de desarrollar la enfermedad, por lo que, para algunos pacientes, los sentimientos de ansiedad se pueden volver abrumadores y pueden afectar su evolución ⁽²⁷⁾.

En este sentido, se han realizado algunos estudios de investigación como García G, et al., quienes realizaron una investigación sobre el perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina encontrando que el 49.1% mostraron puntuaciones altas para la sub escala de malestar y el 47.4% para ansiedad. Observando también que en el 43.9% se observó ausencia y niveles bajos de desesperanza, mientras que el 12% presentó alguna evidencia de ideación suicida; concluyendo que es prevalente el malestar y ansiedad en pacientes recientemente diagnosticadas con algún grado de displasia cervicouterina ⁽²⁸⁾.

De acuerdo con Valdini et al., quien realizó un estudio en mujeres latinas con citología anormal atendidas en la clínica de displasia de Lawrence, Massachusetts, la frecuencia de depresión fue de 16,9% y de 8,4% para ansiedad, observando que a las mujeres menores de 27 años les generaba angustia la posibilidad de estar contagiadas y los efectos que conllevan las relaciones sexuales ⁽²⁹⁾.

Lo anterior provoca que las pacientes no realicen un seguimiento correcto a un resultado anormal en el papanicolaou, angustiándose por el resultado. Provocando como ya se mencionó un estado de sufrimiento emocional que se caracteriza por depresión y ansiedad, mismos que también se han reportado con predominio en pacientes con infección por VPH con respecto a las que no se han infectado, por tanto y a pesar de la falta de información sobre este impacto psicológico, es importante seguir investigando al respecto ⁽³⁰⁾.

Actualmente, cuando a un paciente se le diagnostica con algún padecimiento, busca información sobre el tema en internet, sin acercarse a un profesional de la salud, desinformándose a sí mismo y transmitiendo esa información errónea:

Se debe ampliar la información sobre el virus del papiloma humano y la transmisión de este, de tal forma que les ayude a las pacientes a normalizar el término y la experiencia del diagnóstico, con la finalidad de no crear estigmas, confusiones y conductas negativas psicológicas ⁽³¹⁾.

Gerend y Mgloire observaron que las pacientes que desconocen o conocen muy poco sobre infección por virus del papiloma humano participan menos en salud preventiva secundario a los efectos negativos que este les genera ⁽³¹⁾, siendo que atendándose oportunamente, la supervivencia supera el 70% al pasar de 5 años, sin embargo los efectos adversos posteriores al tratamiento como afectación a la calidad de vida y sexualidad de las pacientes hace que la autoestima, depresión e inseguridad, tanto individual como en el vínculo de pareja, impida la búsqueda de atención profesional adecuada ⁽³²⁾.

Acorde a lo antes expuesto, y considerando que los resultados antes descritos respecto a la frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres con displasia cervical son variables es complicado establecer un punto de corte que permita tener un panorama claro sobre su frecuencia. Por ello, es importante conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico en pacientes atendidas en el HGZMF No. 1, de Pachuca, Hidalgo y de este modo identificar la manera en que las derechohabientes hacen frente a esas situaciones. Por lo que se considera necesario realizar el siguiente proyecto de investigación con la finalidad de conocer el impacto psicológico de este padecimiento en nuestra población.

IV. JUSTIFICACIÓN

Derivado del crecimiento acelerado del Cáncer a nivel mundial y a la elevada letalidad que siguen teniendo algunas neoplasias en específico, como es el caso del cáncer de cérvix, el cual, se encuentra dentro de los primeros lugares tanto en incidencia como en mortalidad.

Es importante considerar que, a pesar de que en nuestro país se cuenta con programas preventivos, métodos diagnósticos y mejores opciones terapéuticas para combatir la enfermedad, la incidencia sigue siendo elevada y con ello el impacto y afectación psicológica en las pacientes que padecen lesiones precursoras, como a su familia.

1. Magnitud: se han realizado estudios a nivel nacional, estimado que aproximadamente 1 de cada 8 personas sufre trastornos depresivos (12.8%) y este va en aumento. Además la OMS ha encontrado que las tasas en las mujeres con estos trastornos son 2 veces mayores que en los hombres. Por tanto resulta importante encontrar las causas que desencadenan o propician este problema de salud pública.
2. Trascendencia: En nuestro país existen escasas investigaciones a nivel psicológico sobre esta fase previa al cáncer cervicouterino, ya que es una fase importante para el desarrollo de neoplasias malignas, además toma relevancia el estado emocional, ya que el encontrarse en un estado psicológicamente inestable, influye en gran medida para abandono de tratamientos y seguimientos.
3. Factibilidad: se cuenta con los recursos para conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca; ya que este es un centro de referencia oncológico a nivel del estado de Hidalgo; con la finalidad de fortalecer y/o generar estrategias y que permitan complementar la atención y el apego al seguimiento de este tipo de pacientes.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como es bien sabido, el cáncer ha ido en aumento en las últimas décadas, pasando de ser la tercera causa de muerte, a convertirse actualmente en la segunda causa de muerte a nivel mundial, con un total de 18 millones de casos en 2018 y estimando un aumento a 21.2 millones de casos nuevos para el 2030, con una mortalidad anual de 15 millones.

En México, se sabe que los problemas de neoplasias ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad, y se ha identificado que hasta el 70% de las defunciones reportadas, son secundarias a algún tipo de ellas. La displasia cervical es una de las fases precursoras para el desarrollo de neoplasias, por lo que la mayoría de las veces genera un desequilibrio en la esfera emocional de las pacientes, generando un gran impacto psicológico y ocasionando una inestabilidad emocional y muchas veces, ansiedad y depresión debido al desconocimiento sobre su evolución, lo que muchas ocasiones limita la oportunidad de un seguimiento y atención oportunos.

Por ello, se consideró de suma importancia conocer la frecuencia de la ansiedad y depresión, en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hgo., surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hidalgo?

VI. OBJETIVOS

a) GENERAL

Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grupo etario más afectado por displasia cervical en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.
2. Identificar la frecuencia de ansiedad en pacientes con displasia cervical atendidos en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.
3. Identificar la frecuencia de depresión en pacientes con displasia cervical atendidos en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.
4. Determinar si el estado civil se relaciona con la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical atendidas en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.
5. Determinar si el grado de displasia se relaciona con la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical atendidas en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.

VII. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA (H0):

La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo, es menor o igual a 50% en ambos casos.

HIPÓTESIS ALTERNA (H1 ó Ha):

La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo, es mayor a 50% en ambos casos.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

a) UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hgo.

b) TIPO DE DISEÑO

Transversal- Observacional- Descriptivo –Prospectivo

c) CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Pacientes con diagnóstico de displasia cervical confirmado por biopsia.
3. Atendidas en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hgo.
4. Pacientes que hayan firmado consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes con diagnóstico de displasia cervical que posterior a la confirmación por biopsia, tengan citas subsecuentes de 6 meses o más.
2. Pacientes en tratamiento por ansiedad o depresión previo al diagnóstico de displasia cervical.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que no hayan concluido al 100% el llenado de los instrumentos de recolección de datos.

d) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Indicador
Ansiedad.	Es la expresión de un estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizada con una profunda preocupación.	Estado transitorio que la persona experimenta nerviosismo y desesperanza.	Cualitativa Ordinal	1. Si 2. No
Depresión	Síndrome o agrupación de síntomas susceptible de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales operativos.	Conjunto de sentimientos o emociones: tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la exigencia de la vida.	Cualitativa Ordinal	1. Si 2. No
VARIABLE DEPENDIENTE:	Displasia cervical			

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Es la edad en años que tiene el paciente al momento de establecer el diagnóstico.	Cuantitativa Discreta	1. Años cumplidos

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil que tiene la paciente en el momento del diagnóstico de displasia cervical.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
Escolaridad	Grado académico que se ha obtenido en base al nivel de escolaridad cursado.	Es el grado máximo de estudios del paciente.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnico 6. Licenciatura 7. Otro
Ocupación	Actividad u oficio que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica.	Actividad laboral u oficio a la que se dedica el paciente en estudio.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Empleada 3. Hogar 4. Otro
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.	Hábito de fumar cigarro diariamente Fumador o no fumador.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Grado de displasia	Desarrollo de células anormales en el cuello del útero que se clasificara en grados dependiendo del aspecto de las células anormales.	Clasificación otorgada en el resultado de la biopsia.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. LIEBG (NIC I) 2. LIEAG (NIC II-III)

e) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. El protocolo fue sometido a valoración por los Comités Locales de Ética e Investigación para su autorización.
2. Una vez autorizado, se procedió a la selección de las participantes de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos y se les invito a participar en el estudio mediante la lectura del Consentimiento Informado (CI), documento legal que fue firmado por las pacientes.
3. Posteriormente, se procedió a la aplicación de los instrumentos (escala de ansiedad de Hamilton, cuestionario de depresión de Beck) para la recolección de los datos.
4. Una vez llenado el instrumento, se capturó la información en una base de datos creada en Microsoft Excel, información que fue exportada al paquete SPSS Statistics versión 23 para su análisis estadístico.

f) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel para la captura de datos, posteriormente la información fue exportada y analizada con el paquete estadístico SPSS Statistics versión 23. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, proporciones y razones para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y varianza). Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrada para la asociación entre displasia cervical, depresión y ansiedad.

g) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ansiedad

Se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton, el cual demostró en su versión adaptada para población mexicana una alta consistencia interna ($\alpha = .89$), así como un elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .94$) Este instrumento

consta de 14 ítems, el cálculo de la suma de los ítems rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Los resultados de la evaluación, fueron interpretados de acuerdo a la siguiente escala:

Escala de medición:

- ✚ No ansiedad: 0 a 5 puntos
- ✚ Ansiedad leve: 6 a 14 puntos.
- ✚ Ansiedad moderada o grave: más de 15 puntos.

Depresión

Se utilizó el cuestionario de depresión de Beck, el cual demostró en su versión adaptada para población mexicana una alta consistencia interna ($\alpha = .87$), así como un elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .70$) Este instrumento consta de 21 ítems, cuya calificación se hizo a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima.

Escala de medición:

- ✚ Mínimo: 0 a 13 puntos.
- ✚ Leve: 14 a 19 puntos.
- ✚ Moderado: 20 a 28 puntos.
- ✚ Severo: 29 a 63 puntos.

h) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvo una muestra total de 73 con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el Hospital General de Zona y Medicina familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo, mediante una fórmula para poblaciones infinitas, con un nivel de confianza al 95% y una precisión del 5%.

i) MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de 73 pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hidalgo.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos

Privacidad

Con base en el Art 16 del Reglamento de la Ley General de Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Clasificación de riesgo de la investigación

Con base en el Art. 17 Fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud, define que una investigación con estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, se clasifica como de riesgo mínimo.

Por tanto y en base a la definición anterior, esta investigación se clasifico como de riesgo mínimo, ya que se emplearon y realizaron instrumentos para medir el grado de ansiedad y depresión que presentaron las pacientes con displasia de reciente diagnóstico, realizando así una evaluación psicológica.

Declaración de Helsinki

En base a lo estipulado en la Declaración de Helsinki adoptada en 1964 y hasta su última actualización en junio del 2013 como uno de los documentos más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, estipula que:

- I. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».

- II. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- III. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- IV. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- V. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- VI. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- VII. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.
- VIII. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- IX. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Aseguramiento de la calidad (BPC)

Para la recolección de datos se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

Archivo de la Información

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, se ordenó, clasifico y será archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años una vez capturada en una base de datos.

X. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

a. Recursos Humanos

Médico residente de medicina familiar, asesores metodológico y clínico con experiencia en el tema, así como personal administrativo que labora en el HGZMF No 1 de Pachuca, Hgo.

b. Recursos Físicos

Infraestructura e instalaciones del HGZMF No. 1.

c. Recursos Materiales

Materiales de oficina, tecnología de cómputo, hojas de recolección de datos, impresora, base de datos del registro del HGZMF No. 1

d. Recursos Financieros

Los gastos generados durante la investigación fueron costeados con recursos propios del investigador principal.

e. Factibilidad

Este estudio fue factible ya que se contó con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

XI. RESULTADOS

De un total de 73 mujeres participantes en el estudio, se identificó una media de edad de 41.55 ± 12.078 años, con un rango de edad de 22 a 78 años. (Tabla 1)

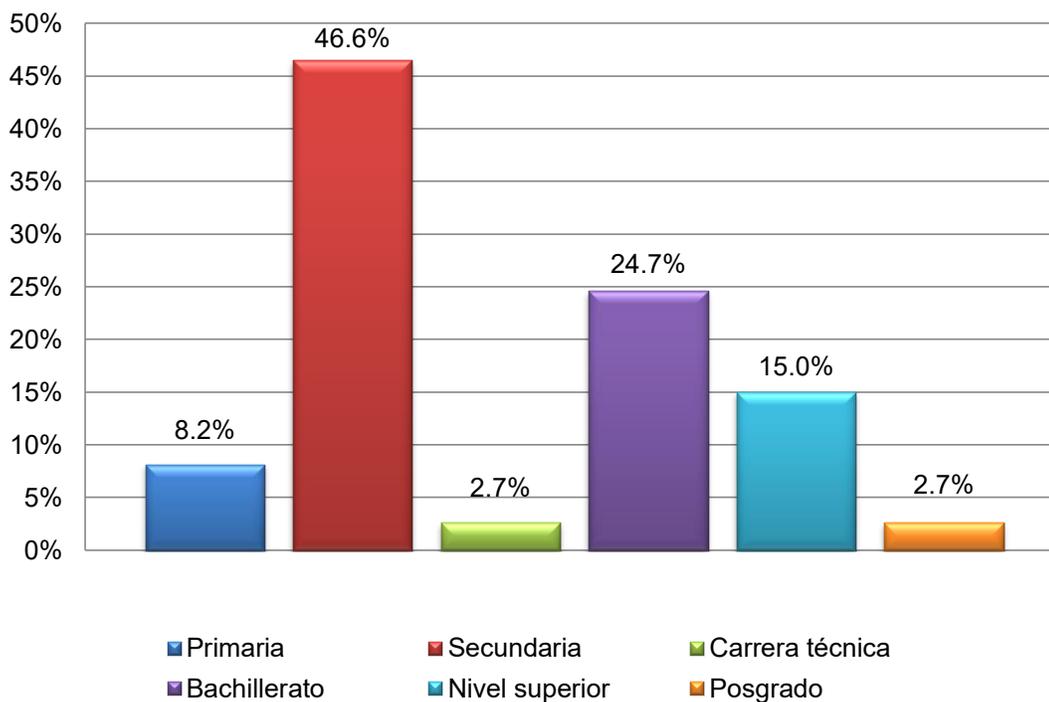
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la variable edad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.							
	N	Mínimo	Máximo	Media		Desviación típica.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
Edad	73	22	78	41.55	1.41	12.07	145.89
N válido (según lista)	73						

* N: tamaño de la muestra

Respecto a la escolaridad, se pudo identificar que el 46.6% indicó haber concluido la secundaria, el 24.7% el bachillerato y el 15% el nivel superior como se puede observar en la tabla 2 y gráfico 1.

Tabla 2. Escolaridad de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primaria	6	8.2
Secundaria	34	46.6
Carrera técnica	2	2.7
Bachillerato	18	24.7
Ingeniería	2	2.7
Licenciatura	9	12.3
Maestría	2	2.7
Total	73	100.0

Gráfico 1
Distribución por escolaridad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.

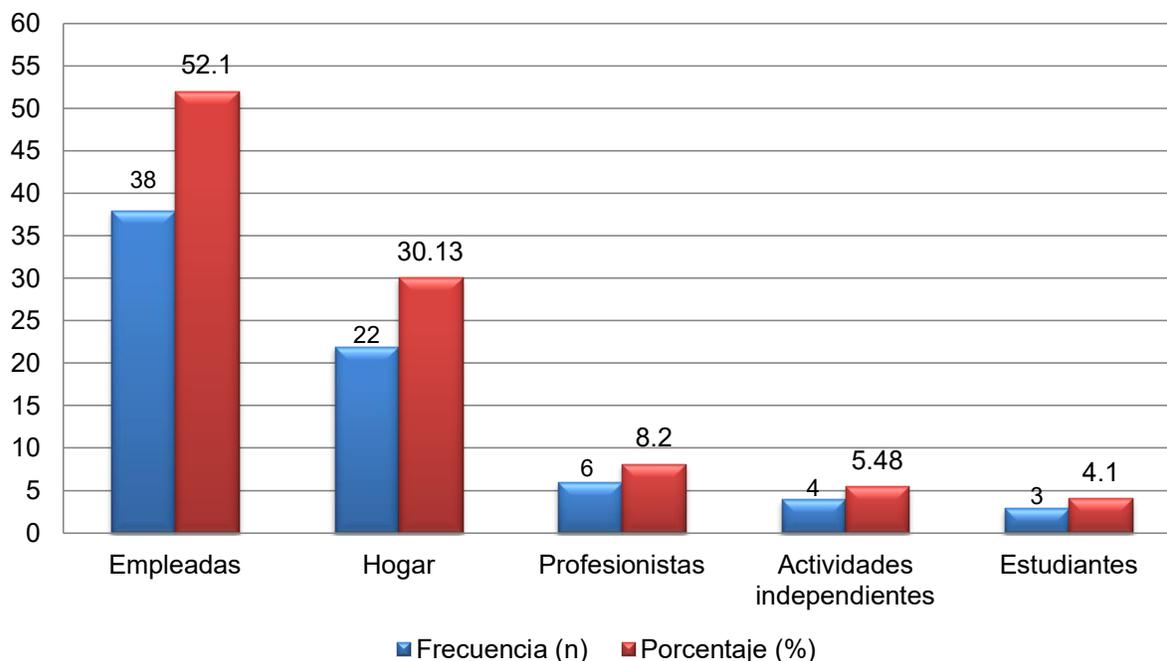


En relación con el estado civil se identificó una similitud en la proporción de las mujeres solteras y casadas con un 42.5% mientras que el 15.1% indicaron vivir en unión libre, como se puede apreciar en la tabla 3.

Tabla 3. Estado civil de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Casada	31	42.5
Soltera	31	42.5
Unión Libre	11	15.1
Total	73	100.0

Así mismo, se pudo observar que del total de mujeres en el estudio el 52.1% eran empleadas, el 30.13% se dedicaban a las labores del hogar y solo el 8.2% eran profesionistas, como se aprecia en el gráfico 2.

Gráfico 2
Distribución por ocupación, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.



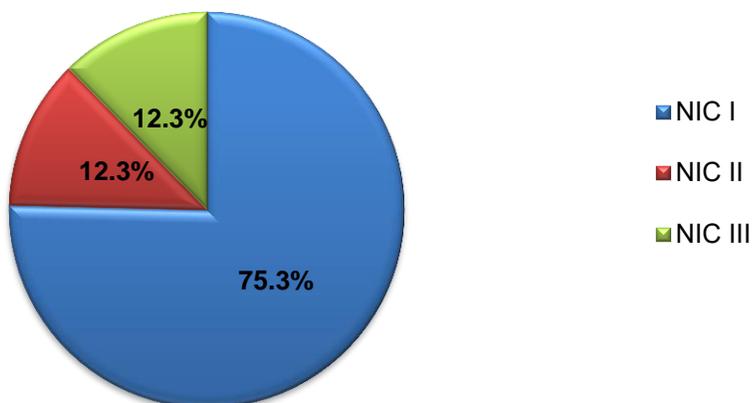
En cuanto a las variables clínicas se identificó que del total de las pacientes estudiadas el 75.3% presentó NIC I, y se identificó una proporción del 12.3% tanto para NIC II como para NIC III, lo cual se describe en la tabla 4 y grafico 3.

Tabla 4. Grado de displasia, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo, por grupo etario.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
NIC I	55	75.3
NIC II	9	12.3
NIC III	9	12.3
Total	73	100.0

*NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

Gráfico 3
Grado de displasia cervical, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.



*NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

Al analizar el grado de displasia de acuerdo a edad, se apreció que el grupo etario más afectado del total de los casos fue el de 40 a 49 años, representando el 28.8% de pacientes afectadas con algún grado de displasia, como puede apreciarse en la tabla 5.

Tabla 5. Clasificación de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo, por grupo etario.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
20 - 29 años	17	23.3
30-39 años	17	23.3
40-49 años	21	28.8
50 - 59 años	13	17.8
Más de 60 años	5	6.8
Total	73	100.0

Al observar la variable grupo etario y grado de displasia mediante tablas cruzadas, se observó que los grupos de 20 – 29 años y de 30 – 39 años tuvieron una similitud respecto a la frecuencia de pacientes afectadas con algún grado de displasia identificando el 23.3%.

Con respecto al grupo de edad de 40-49 años tuvo una mayor frecuencia para NIC I (26.1%), seguido del grupo de 30-39 años para el mismo grado de displasia (19.2%). Con una menor frecuencia en ese mismo grado de displasia en el grupo de más de 60 años (1.4%). Podemos apreciar que el grupo de edad de 20-29 años presentó mayor frecuencia de NIC II con el 5.5%, seguido del grupo de 40-49 años y 50-59 donde en ambos grupos se observó la misma frecuencia con un 2.7%, no así en el grupo de edad de más de 60 años, ya que no se observaron casos para ese grado de displasia, sin embargo, este grupo tuvo mayor frecuencia de casos con NIC III (5.5%), y el grupo de 40-49 años no presento casos en este grado de displasia, como se puede observar en la tabla 6.

Tabla 6. Tabla de datos cruzados grupo etario y grado de displasia, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.									
		Grado de displasia						Total	
		NIC I		NIC II		NIC III			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Grupo etario	20 - 29 años	11	15.1	4	5.5	2	2.7	17	23.3
	30-39 años	14	19.2	1	1.4	2	2.7	17	23.3
	40-49 años	19	26.1	2	2.7	0	0	21	28.8
	50 - 59 años	10	13.7	2	2.7	1	1.4	13	17.8
	Más de 60 años	1	1.4	0	0	4	5.5	5	6.9
Total		55	75.5	9	12.3	9	12.3	73	100

* Fr: frecuencia; % porcentaje

Al aplicar la prueba estadística chi cuadrada, se encontró asociación estadística entre el grupo etario y el tipo de displasia en la muestra de estudio (p=0.001) (Tabla 7).

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado grupo de edad y grado de displasia, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27.590 ^a	8	.001
Razón de verosimilitudes	21.048	8	.007
N de casos válidos	73		

a. 11 casillas (73.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .62.

En relación con el estado civil y el grado de displasia se pudo identificar que las mujeres solteras y las casadas fueron los grupos más afectados con algún tipo de displasia de acuerdo con las frecuencias reportadas (42.44% y 42.42% respectivamente), observando que el 34.24% de las pacientes participantes que indicaron ser solteras tenían NIC I, mientras que el 31.5% de las pacientes casadas presentaban el mismo grado de displasia. De igual forma se observó que las mujeres que vivían en unión libre además de ser el grupo con menor frecuencia de displasias fueron las que reportaron menor severidad en cuanto al grado (tabla 8).

Tabla 8. Tabla de datos cruzados estado civil y grado de displasia, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.									
		Grado de displasia						Total	
		NIC I		NIC II		NIC III			
			%	Fr	%	Fr	%		
Estado civil	Casada	23	Fr	4	5.46	4	5.46	31	42.42
	Soltera	25	34.24	3	4.10	3	4.10	31	42.44
	Unión libre	7	9.6	2	2.72	2	2.72	11	15.04
Total		55	75.34	9	12.28	9	12.28	73	100

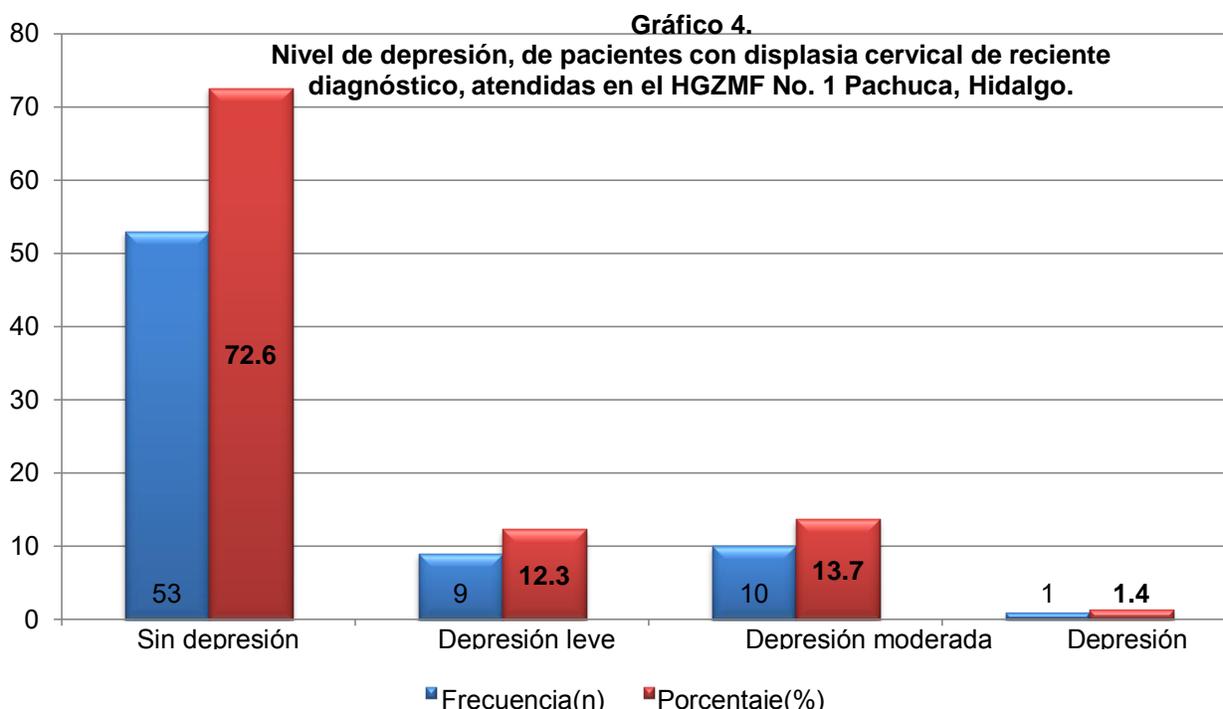
* Fr: frecuencia; % porcentaje

Al aplicar la prueba estadística chi cuadrada, no se encontró asociación estadística entre el estado civil y el grado de displasia en la muestra de estudio ($p=0.861$). (Tabla 9)

Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado estado civil y grado de displasia, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.303 ^a	4	.861
Razón de verosimilitudes	1.261	4	.868
N de casos válidos	73		

a. 6 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.36.

Respecto a padecer depresión se identificó que solo el 27.4% tenía algún nivel de depresión, observando que el 13.7% de la muestra estudiada presentó depresión moderada, el 12.3% depresión leve y solo el 1.4% presento depresión severa, predominando en este estudio la ausencia de depresión, representando el 72.6% como se puede observar en el gráfico 4.



Al analizar el nivel de depresión con el grupo etario podemos apreciar que la mayoría de las pacientes estudiadas, no presentaron depresión, y en el caso de las que presentaron positividad, se observó que el grupo de edad más afectado fue el de 30 – 39 años con un 8.2% de los casos, de los cuales el 5.5% presento depresión moderada y el 2.7% depresión leve, el siguiente grupo en afectación es el de 40-49 años con una proporción del 6.8%, en el cual se observaron 3 casos de depresión leve y 2 de depresión moderada representando el 4.1% y 2.7% respectivamente, también se puede apreciar que el grupo de las mujeres más jóvenes entre 20-29 años, fue el único que presento un caso de depresión severa, a diferencia del resto de los grupos que como se puede apreciar, no presentaron este nivel de depresión, (gráfico 5 y tabla 10).

Gráfico 5.
Nivel de depresión por grupo etario, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.

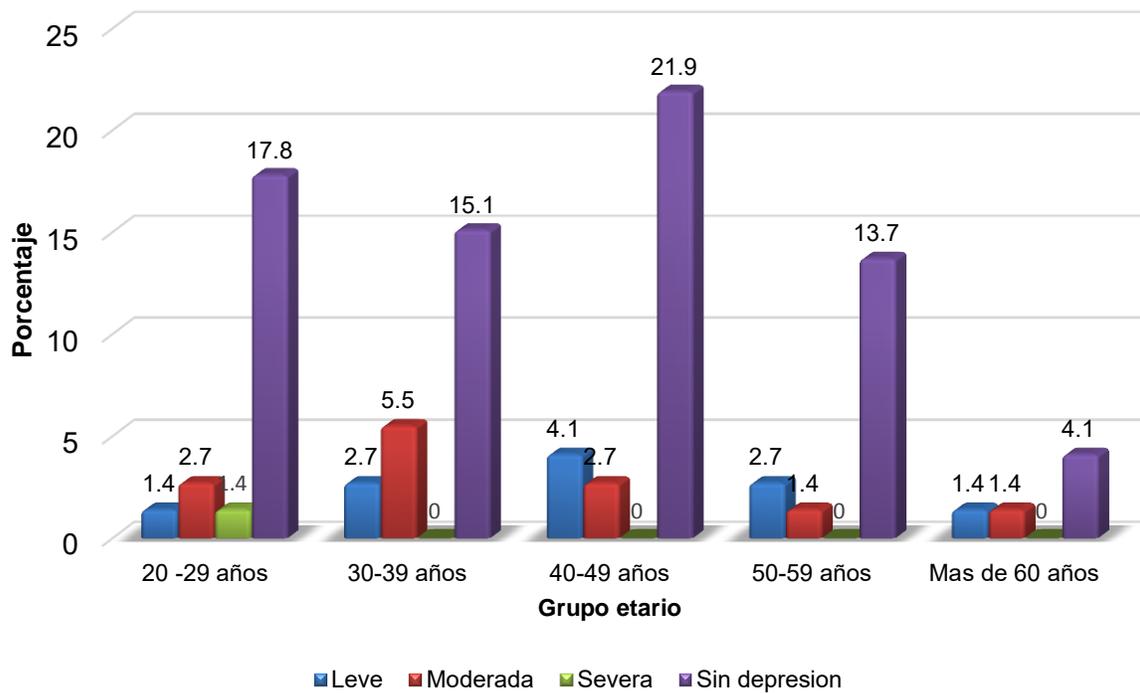


Tabla 10. Tabla de datos cruzados grupo etario y nivel de depresión, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.											
		Nivel de depresión						Sin depresión		Total	
		Leve		Moderado		Severo		Fr	%	Fr	%
		Fr	%	Fr	%	Fr	%				
Grupo etario	20 - 29 años	1	1.4	2	2.7	1	1.4	13	17.8	17	23.3
	30-39 años	2	2.7	4	5.5	0	0	11	15.1	17	23.3
	40-49 años	3	4.1	2	2.7	0	0	16	21.9	21	28.7
	50 - 59 años	2	2.7	1	1.4	0	0	10	13.7	13	17.8
	Más de 60 años	1	1.4	1	1.4	0	0	3	4.1	5	6.9
Total		9	12.3	10	13.7	1	1.4	53	72.6	73	100

* Fr: frecuencia; % porcentaje

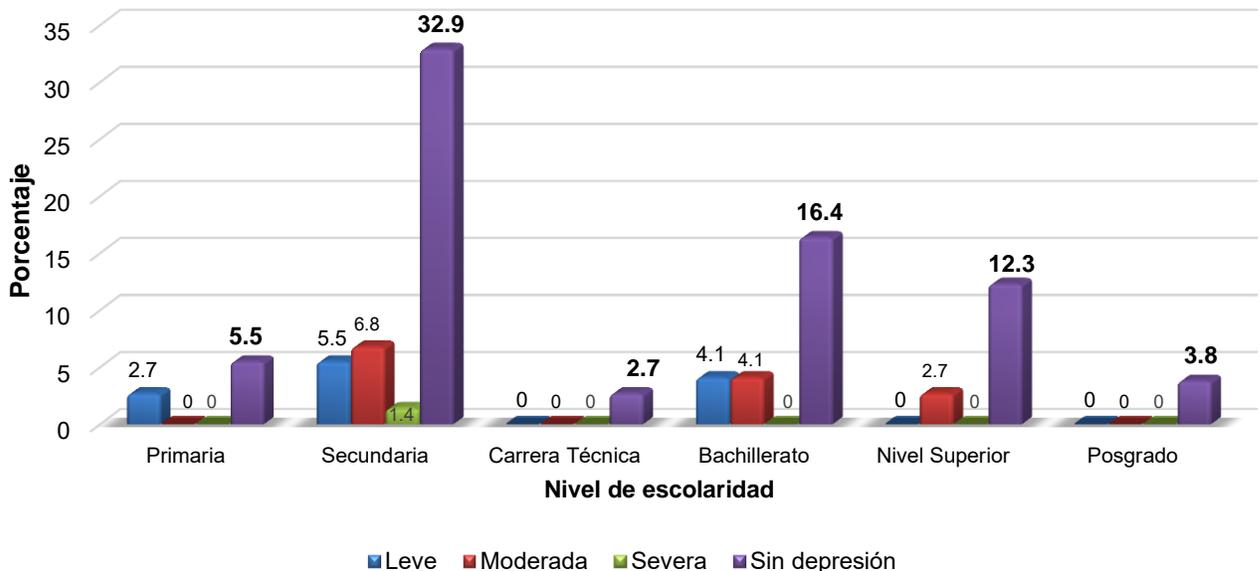
Al realizar la prueba estadística chi cuadrada no se encontró asociación estadística entre el grupo de edad y el nivel de depresión ($p=0.881$), como se puede observar en la tabla 11.

Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado grupo de edad y nivel de depresión, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.635 ^a	12	.881
Razón de verosimilitudes	6.224	12	.904
N de casos válidos	73		

a. 16 casillas (80.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

Al analizar el nivel de depresión con escolaridad, se observó una mayor frecuencia de depresión en pacientes que cursaron la secundaria (13.7%) de los casos, de los cuales el 6.8% presento depresión moderada, el 5.5 depresión leve y el 1.4% depresión severa, como se puede observar en la gráfico 6.

Grafico 6.
Nivel de depresión por escolaridad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.



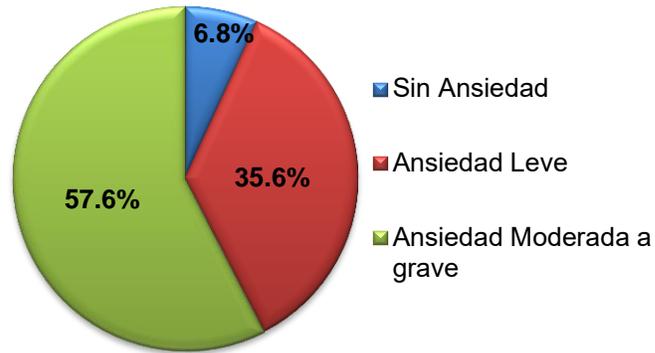
Al realizar la prueba estadística chi-cuadrada para determinar la asociación estadística entre el nivel de depresión y escolaridad, no se encontró asociación estadística ($p=0.971$), como se puede observar en la tabla 12.

Tabla 12. Pruebas de chi-cuadrado de escolaridad y nivel de depresión, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.478 ^a	18	.971
Razón de verosimilitudes	11.488	18	.873
N de casos válidos	73		

a. 25 casillas (89.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

También se pudo identificar que el 93.2% presentaba algún nivel de ansiedad siendo con mayor frecuencia el moderado a grave con el 57.6% de los casos, seguido por la ansiedad leve con el 35.6%, como se puede observar en el gráfico 7.

Gráfico 7.
Nivel de ansiedad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.



Al analizar el nivel de ansiedad con el grupo etario se observó que el grupo de edad más afectado fue el de 40 – 49 años con un 28.7% de los casos, como se puede observar en el gráfico 8, de los cuales el 16.4% presentó ansiedad moderada a grave y el 12.3% ansiedad leve, clasificando a la totalidad de sus casos en algún nivel de ansiedad, seguido del grupo de 30-39 años igualando la frecuencia tanto en depresión leve, como moderada a grave, y aunque el grupo de más de 60 años fue el menos afectado y con menor cantidad de pacientes, cabe señalar que el total de las mujeres en ese grupo de edad, presentaron ansiedad en algún nivel, al igual que el primer grupo de 40-49 años, como se puede observar en la tabla 13.

Gráfico 8.
Nivel de ansiedad por grupo etario, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.

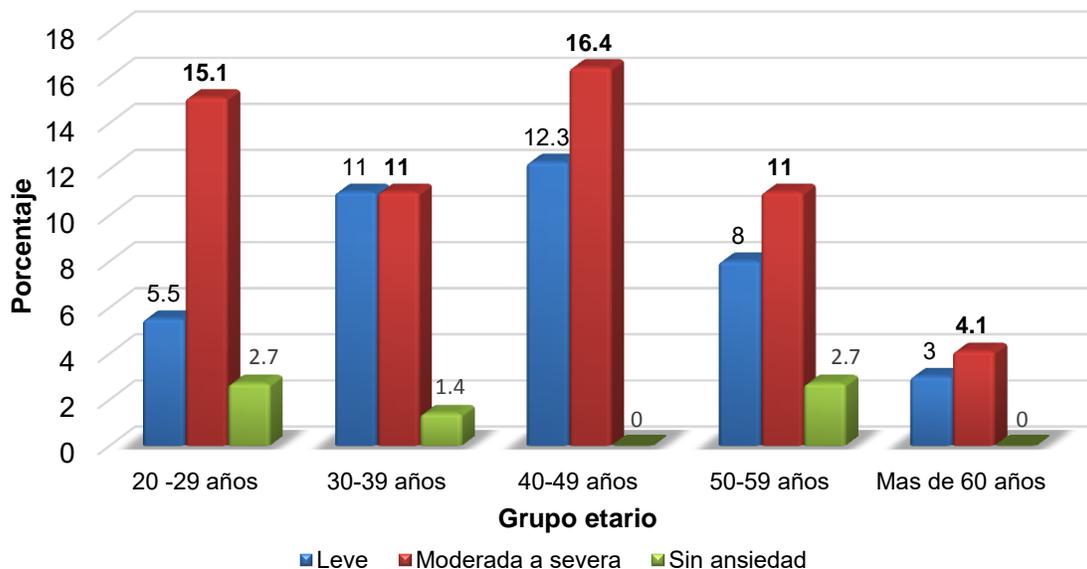


Tabla 13. Tabla de datos cruzados grupo etario y nivel de ansiedad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.									
		Nivel de ansiedad						Total	
		Leve		Moderado-Grave		Sin ansiedad			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Grupo etario	20 - 29 años	4	5.5	11	15.1	2	2.7	17	23.3
	30-39 años	8	11	8	11	1	1.4	17	23.4
	40-49 años	9	12.3	12	16.4	0	0	21	28.7
	50 - 59 años	3	4.4	8	11	2	2.7	13	18.1
	Más de 60 años	2	2.7	3	4.1	0	0	5	6.8
Total		26	35.9	42	57.6	5	6.8	73	100

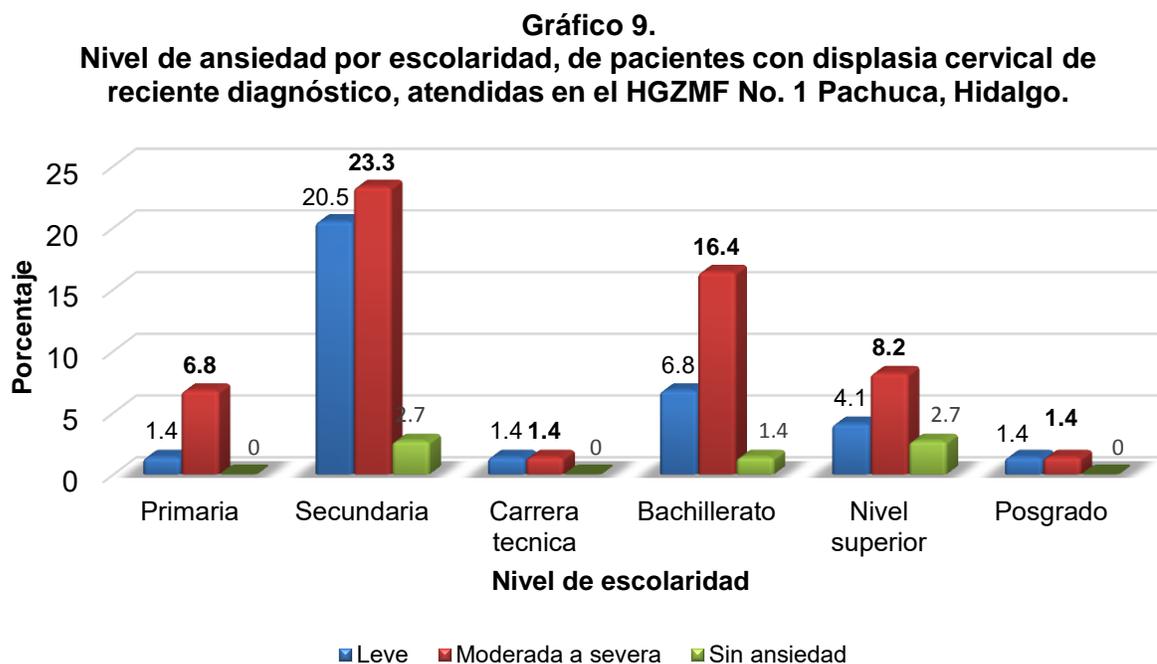
* Fr: frecuencia; % porcentaje

Al realizar la prueba estadística chi-cuadrada para determinar la asociación estadística entre el nivel de ansiedad y el grupo etario no se encontró asociación estadística ($p=0.587$), como se puede apreciar en la tabla 14.

Tabla 14. Pruebas de chi-cuadrado grupo de edad y nivel de ansiedad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.537 ^a	8	.587
Razón de verosimilitudes	7.962	8	.437
N de casos válidos	73		

a. 8 casillas (53.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .34.

Al analizar el nivel de ansiedad con escolaridad se observó una mayor frecuencia de ansiedad en pacientes que cursaron la secundaria (43.8%) de los casos, de los cuales el 23.3% presento ansiedad moderada a grave, el 20.5% ansiedad leve y el 2.7% no presento ansiedad, como se puede observar en el gráfico 9.



Al realizar la prueba estadística chi-cuadrada para determinar la asociación estadística entre el nivel de ansiedad y escolaridad no se encontró asociación estadística ($p=0.802$), como se puede observar en la tabla 15.

Tabla 15. Pruebas de chi-cuadrado nivel de escolaridad y nivel de ansiedad, de pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico, atendidas en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.781 ^a	12	.802
Razón de verosimilitudes	7.522	12	.821
N de casos válidos	73		

a. 16 casillas (76.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14

XII. DISCUSIÓN

La presencia de una enfermedad siempre es un acontecimiento inesperado que puede convertirse en una crisis existencial o vital. El diagnóstico de algún grado de displasia cervical suele desarrollar un conjunto de reacciones negativas que generan incertidumbre e inestabilidad emocional, lo que constituye un factor estresante que favorece la aparición de ansiedad y depresión.

En este sentido, pudimos observar a partir de los resultados obtenidos que en nuestro grupo de estudio la media de edad de las participantes fue de 41.55 años siendo el grupo etario de 40-49 años el más prevalente, seguido de los grupos de 30-39 años y de 20-29 años, ante lo cual y de acuerdo con la OPS la aparición de una infección por VPH es frecuente en mujeres menores de 30 años.

En relación con el grado de displasia, se obtuvo una frecuencia del 75.5% para NIC I, y respecto a los grados NIC II y NIC III se identificó una proporción del 12.3% para ambos grados, observando que el grupo etario más afectado fue el de 40 a 49 años con un total de 28.8% de pacientes con algún grado de displasia, predominando el grado NIC I (26.1%), lo cual es de suma importancia ya que se ha evidenciado que el grado de la lesión intraepitelial puede asociarse al grado de depresión y ansiedad en las pacientes.

Al respecto, se evidencio que solo el 27.4% tenía algún grado de depresión, observando que el 13.7% de la muestra estudiada presentó depresión moderada, el 12.3% depresión leve y solo el 1.4% presentó depresión severa, resultados que coinciden con los reportados por O'Connor et al., quienes reportaron que las mujeres con diagnóstico de neoplasia intraepitelial presentan síntomas de depresión y ansiedad.⁽¹⁰⁾ No obstante, Valdini et al., reportaron una menor frecuencia de depresión (16,9%) en las mujeres menores de 27 años,⁽¹¹⁾ lo cual difiere con los resultados obtenidos en nuestro estudio, lo que podría asociarse a que la media de edad obtenida en las pacientes participantes fue mayor a la del estudio de Valdini.

Se observó una mayor frecuencia de depresión en pacientes que cursaron la secundaria (13.7%), de los cuales el 6.8% presento depresión moderada, el 5.5% depresión leve y el 1.4% depresión severa, lo cual puede asociarse a que la información que se tiene sobre la evolución de las lesiones intraepiteliales es limitada lo que podría influir en el impacto emocional en relación a no percibir y/o asociar las consecuencias de la enfermedad,⁽³¹⁾ no obstante, en nuestros resultados no se encontró asociación estadística ($p=0.971$) entre ambas variables.

En lo que ansiedad respecta, se ha descrito que la frecuencia de ansiedad oscila en un 47.4%,⁽¹²⁾ dato que difiere con nuestros resultados ya que la frecuencia de ansiedad encontrada en nuestro estudio fue mucho mayor (93.2%) siendo más frecuente el grado moderado a grave con el 57.6% de los casos, seguido por la ansiedad leve con el 35.6% cifras que pueden justificarse ya que el grado de escolaridad con mayor predominio fue el nivel secundaria; y considerando que hoy en día es común que el paciente con algún diagnóstico busque información sobre el tema en internet, sin acercarse a un profesional de la salud, desinformándose a sí mismo y transmitiendo esa información errónea cree estigmas, confusiones y conductas negativas psicológicas, la aparición de ansiedad será frecuente.⁽³¹⁾

El grupo etario más afectado fue el de 40 – 49 años con un 28.7% de los casos, de los cuales el 16.4% presento ansiedad moderada a grave y el 12.3% ansiedad leve identificando también una mayor frecuencia en pacientes que concluyeron la secundaria sin encontrar asociación estadística entre ambas variables ($p=0.802$).

XIII. CONCLUSIONES

Dado que hoy en día el Cáncer cervicouterino (CaCu) ha sido considerado la segunda neoplasia más frecuente en mujeres en nuestro país, después del cáncer de mama. Ocupando el primer lugar, las pacientes entre 25 y 34 años, es importante identificar y dar seguimiento a las lesiones precancerosas como lo son las displasias cervicales, las cuales tienden a ir en aumento como consecuencia de una limitada cultura preventiva sobre todo en las mujeres jóvenes, por lo que es necesario generar y fortalecer las estrategias de atención y prevención para la enfermedad.

El riesgo de progresión a malignidad de una displasia cervical, dependerá de la severidad de la misma, así como de su seguimiento, lo que representa una etapa difícil para quien padece la enfermedad, observando una cadena de emociones y/o reacciones psicológicas y psíquicas a ciertos estímulos resultantes del diagnóstico de displasia cervical, evidenciando una frecuencia de 27.4% de depresión y de 93.2% para ansiedad, lo que sugiere un mayor temor a la enfermedad al ser más elevada la frecuencia de ansiedad ya que pudiera decirse que la enfermedad es observada como una amenaza.

En este contexto, y derivado de que el grado de escolaridad de la muestra de estudio fue centrado en el nivel secundaria, sería alentador disminuir la ansiedad a partir del conocimiento de la enfermedad, así como de sus factores de riesgo, estrategias de prevención y una estrecha relación entre médico paciente lo cual podría permitir reemplazar el miedo y la sensación de amenaza por el conocimiento y el acceso al cuidado de la salud.

Finalmente, podemos concluir que nuestros resultados son similares a los hallazgos descritos en el estado del arte en relación a la frecuencia de depresión, no obstante, en referencia a la frecuencia de ansiedad la cifra es mucho mayor respecto a los reportes en comparación, lo que sugiere un mayor temor a la enfermedad y a su vez un campo de oportunidad para fortalecer el conocimiento sobre la prevención y control del padecimiento.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO CONCEPTO		2020					2021											
		AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ELECCIÓN TEMA INVESTIGACIÓN	P																	
	R																	
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA	P																	
	R																	
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	P																	
	R																	
INGRESO A SIRELCIS	P																	
	R																	
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	P																	
	R																	
CAPTURA EN BASE DE DATOS	P																	
	R																	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	P																	
	R																	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	P																	
	R																	
CONCLUSIONES	P																	
	R																	
PRESENTACIÓN DE TESIS	P																	
	R																	

* P: programado; R: realizado

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart BW, Wild CP, editors. World Cancer Report 2014. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2014.
2. OMS. Nota descriptiva: “Cáncer”. 2018. Consultado en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
4. González-Acevedo O, Zermeño-Ugalde P, Díaz de León-Martínez L, et al. Ingesta de antioxidantes y su asociación a cáncer cervicouterino (CaCu) en mujeres de un sistema universitario. *Rev Salud Pública Nutr*. 2020; 19 (1): 23-32.
5. Solano MA, Solano CA, Gamboa EC. Actualización sobre prevención y detección del cáncer de cuello uterino. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5 (03): 395-395.
6. Sánchez Ramírez JC. Afectividad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes con displasia cervical en una institución de salud especializada de Lima Metropolitan. *Revista Minds*. 2013;1(1):14–27
7. Armenteros EEC, Larrea AME, Pescoso DS, et al. Factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales. *Finlay*. 2016;6(3):193-200.
8. Ledesma-López V, López-Casamichana M, Fragozo-Sandoval F, et al. Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer. *Rev Hosp Jua Mex*. 2017;84(2):70-76.
9. Cruz Hernández Inalvis de la Caridad, Marrero Hernández Raydel, Sanabria Negrín José Guillermo, Hernández Díaz Rayza, Rivera Dopico Alenys. Tendencia de las neoplasias intraepiteliales cervicales grado III y evolución de las pacientes. *Rev Ciencias Médicas*. 2018; 22(4): 21-33
10. Mitra A, MacIntyre DA, Marchesi JR, Lee YS, Bennett PR, Kyrgiou M. The

vaginal microbiota, human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia: what do we know and where are we going next?. *Microbiome*. 2016;4(1):58.

11. Lozano BDM, Ruiz RJD, Pérez GMA, et al. Hallazgos histopatológicos en biopsias cervicales de pacientes con diagnóstico citológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado. *Medicina y Laboratorio*. 2013; 19 (03-04): 173-182.
12. Medina Villaseñor EA, Oliver Parrab PA, Neyra Ortizb E, Pérez Castroc JA, Sánchez Orozco JR, Contreras González N. Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(1): 12-25.
13. Gallegos Toribio Rocio, Fuentes Vargas Milagros A, Gonzales Menéndez Magdiel José Manuel. Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2019; 19(2): 48-56.
14. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, Schünemann H, Paraskevaidis E, Arbyn M. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 8:CD008587.
15. Solis JG, Briones-Torres TI. Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en una unidad de primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 56(2):167-172.
16. Crampe-Casnabet, C., Franck, J. eve, Ringa, V., CoeuretPellicer, M., Chauvin, P., & Menvielle, G. Role of obesity in differences in cervical cancer screening rates by migration history. The CONSTANCES survey. *Cancer Epidemiology*. 2019; 58: 98–103.
17. Maciel A, Castaño R, Fleider L, Maciel A, Monge F, StaRinger J, et al. Guías de manejo 2015 Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. *Sociedad Argentina de Patología del tracto genital inferior y colposcopia*. 2015:26(1);30-37.
18. Marrero Fernández Raydel, Sanabria Negrín José Guillermo, Barrabés

- Mazón Ana Margarita, Cruz Hernández Inalvis de la Caridad. Incidence and evolution of cervical epithelial lesions in women under 25 years of age. *Rev Ciencias Médicas*. 2018; 22(4): 84-95.
19. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, Bothou A, Galazios G. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. *J BUON*. 2016; 21(2):320-5.
 20. Mendoza-López, S., Ceballos-Martínez, Z. I., Jiménez-Baez, M. V., Ureña-Bogarín, E. L., & Sandoval-Jurado, L. (2017). Ansiedad y depresión en mujeres con y sin infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH). *Revista Salud Quintana Roo*, 10(36), 13-17
 21. O'Connor M, Costello L, Murphy J, Prendiville W, Martin CM, O'Leary JJ, Sharp L; Irish Screening Research Consortium (CERVIVA). 'I don't care whether it's HPV or ABC, I just want to know if I have cancer.' Factors influencing women's emotional responses to undergoing human papillomavirus testing in routine management in cervical screening: a qualitative study. *BJOG*. 2014; 121(11):1421-9.
 22. Valencia Lara, Sandra Carolina. (2006). Depression in patients with cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-257.
 23. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):875–82.
 24. Céspedes Nohelia, Aparicio Celeste. Depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de cérvix del Hospital Regional de Encarnación. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2017; 9(2): 32-45.
 25. Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie QYY. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. [Trujillo-Perú]: Escuela Profesional de Obstetricia Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
 26. Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *An Sist Sanit Navar*. 2001; 24(1):173–8.
 27. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)–Versión para

profesionales de salud [Internet]. Cancer.gov. 2021. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>.

28. Maldonado GG, Velázquez VMJ, Perales GMM, Castillo AL, Chong VR, Salazar GJM. Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2011; 17 (1): 64-73.
29. Valdini A, Esielionis P. Measurement of colposcopy-associated distress using the psychosocial effects of having an abnormal Pap smear-questionnaire in a Latina Population. J Low Genit Tract Dis 2004;8(1):25-32.
30. Ilic I, Babic G, Dimitrijevic A, Ilic M, Sipetic Grujicic S. Psychological distress among women with abnormal pap smear results in Serbia: Validity and reliability of the Cervical Dysplasia Distress Questionnaire. PLoS One. 2019;14(6): e0218070
31. Barnack-Tavlaris JL, Serpico JR, Ahluwalia M, Ports KA. "I have human papillomavirus": An analysis of illness narratives from the Experience Project. Appl Nurs Res. 2016;30:137-41.
32. Silva-Muñoz María Antonieta. Effects of the disease and treatment in the quality of sexual life of women with cervical uterine cancer. Rev. chil. obstet. ginecol. 2020; 85(1): 74-98.

XVI. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical de reciente diagnóstico atendidas en el HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Pachuca, Hidalgo, a						
Número de registro:	R-2021-1201-013						
Justificación y objetivo del estudio:	Se le invita a participar en un protocolo de estudio que consiste en determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con displasia cervical, que se han diagnosticado recientemente y que se atienden en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1, Pachuca, Hidalgo, con la finalidad de conocer el impacto psicológico que esto genera en nuestra población y fortalecer y/o generar estrategias y que permitan complementar la atención y el apego al seguimiento de este tipo de pacientes.						
Procedimientos:	Si usted decide participar en este estudio, se pedirá autorice mediante la firma de este documento y posteriormente se le aplicaran dos cuestionarios (escala de ansiedad de Hamilton y cuestionario de depresión de Beck) en los cuales se le preguntaran algunos datos como su edad, escolaridad, estado civil, ocupación, hijos, hábito tabáquico, así como una serie de preguntas sobre su estado emocional en los últimos días. El cuestionario será aplicado por el médico investigador, el cual garantizará la confidencialidad de la información.						
Posibles riesgos y molestias:	Durante la aplicación del cuestionario alguna de las preguntas puede causar incomodidad o inquietud, no obstante, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien podrá aclararlas.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La participación en este estudio, no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión de lo que se estudia, de ahí la importancia de su participación. Al participar en este estudio, no recibirá remuneración económica.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede tener acceso a los resultados finales de su evaluación y de los globales de forma anónima.						
Participación o retiro:	La participación en este estudio es voluntaria y negarse a participar no afectará la atención médica que recibe en la unidad médica ni en la institución. También puede solicitar dejar de participar y eliminar su información del estudio en cualquier momento, aun cuando hubiera firmado el presente consentimiento, sin necesidad de expresar las razones de su decisión.						
Privacidad y confidencialidad:	Tenga la seguridad de que no se identificarán sus datos personales y que se mantendrá la confidencialidad de la información en relación a su privacidad, asegurando que, si los resultados del estudio son publicados, su identidad se mantendrá anónima, con resguardo de los instrumentos y consentimientos por el investigador responsable.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	La participación en este estudio no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión de lo que se estudia, de ahí la importancia de su participación.						
Beneficios al término del estudio:	La participación en este estudio no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión de lo que se estudia, de ahí la importancia de su participación.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Yureni Uribe Vázquez HGZMF No.1 Matrícula: 99134573 TEL: 7711465857						
Colaboradores:	Dr. Omar Barragán Pelcastre HGZMF No.1 Matrícula:99134457 TEL: 7714142907 Dr. Rafael Saavedra González HGZMF No.1 Matrícula: 98325047 TEL: 5540592338 Dra. Ana Karen Moreno Flores HGZMF No.1 Matrícula: 98131739 TEL: 7712970950						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo, CP 42088 Teléfono 771 3 78 33 ó comunicarse con el Dr. Francisco César Nava Martínez, Teléfono: 7711276893. Correo electrónico: cenamart@hotmail.com o al correo: comite.etica.investigacion12018@gmail.com						

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ATENDIDAS
 EN EL HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO

Folio:	Edad:	Estado civil:	Tiene hijos: (NO) (SI)	Fuma: (NO) (SI)
Escolaridad:	Ocupación:	Grado de displasia:	Fecha:	

CUESTIONARIO DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones por favor lea con atención cada una. Señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3)

1.	<input type="checkbox"/> No me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2.	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro <input type="checkbox"/> Me siento especialmente desanimado respecto al futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3.	<input type="checkbox"/> No me siento fracasado <input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso <input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada
4.	<input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes <input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes <input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones <input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones <input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente
6.	<input type="checkbox"/> No creo que éste siendo castigado <input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado <input type="checkbox"/> Espero ser castigado <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado
7.	<input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo <input type="checkbox"/> Me detesto
8.	<input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro <input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores <input type="checkbox"/> Continúa me culpo por mis faltas <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede

9.	<input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio <input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería <input type="checkbox"/> Desearía suicidarme <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10.	<input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar <input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes <input type="checkbox"/> Lloro continuamente <input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11.	<input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí <input type="checkbox"/> Me molesto o irrito fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente <input type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12.	<input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado que los demás que antes <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por lo demás <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás
13.	<input type="checkbox"/> Toma de decisiones más o menos como siempre he hecho <input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes <input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes <input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones
14.	<input type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes <input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo <input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo <input type="checkbox"/> Creo que tengo aspecto horrible
15.	<input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes <input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto
16.	<input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre <input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17.	<input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada
18.	<input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido <input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes <input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito <input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito
19.	<input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada <input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio <input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos <input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos <input type="checkbox"/> Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20.	<input type="checkbox"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21.	<input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo <input type="checkbox"/> He perdido totalmente el interés por el sexo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ATENDIDAS
EN EL HGZMF NO.1 PACHUCA, HIDALGO

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

1. Estado de ánimo ansioso.

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

0 1 2 3 4

2. Tensión.

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

0 1 2 3 4

3. Temores.

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

0 1 2 3 4

4. Insomnio.

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

0 1 2 3 4

5. Intelectual (cognitivo)

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

0 1 2 3 4

6. Estado de ánimo deprimido.

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

0 1 2 3 4

7. Síntomas somáticos generales (musculares)

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

0 1 2 3 4

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	