



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN
MUJERES CON INFECCION POR VIRUS DEL
PAPILOMA HUMANO DE LA UMF 33”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. HAYDEÉ LILIÁN TORRES ACOSTA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
ENC. COOR. CLIN. DE EDUC. E INV. EN SALUD
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”



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.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 33 EL ROSARIO

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO” Y ASESOR

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. HAYDEÉ LILIÁN TORRES ACOSTA
RESIDENTE DE 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS ...

Por permitirme vivir esta experiencia inolvidable de hacer una especialidad médica, que me ha hecho ser mejor persona y mejor médico, por darme la fortaleza de continuar con mi labor en momentos difíciles donde muchas veces creía imposible seguir, por demostrarme día a día lo afortunada que soy, pero sobretodo por darme vida y salud.

GRACIAS A MI ESPOSO ...

Por estar conmigo en todos los instantes de mi vida, por apoyarme en mi vida profesional, y por toda esa paciencia que me ha tenido cuando por el sueño o el cansancio no he podido estar de manera plena contigo. Te amo.

GRACIAS A MIS PADRES ...

Por su apoyo incondicional, por siempre estar disponibles cuando así lo he necesitado, y sobretodo gracias por dejarme la mejor de las herencias; el estudio, con el cual día a día me he podido enfrentar a la vida y salir triunfante.

GRACIAS A LA DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI ...

Por todas sus enseñanzas no sólo profesionales, si no de vida, gracias por enseñarme el valor del trabajo, a cada día esmerarme más en ser mejor persona y sobresalir ante los demás, por enseñarme el valor de la responsabilidad y lo gratificante que esta resulta. Gracias por ayudarme a ser un buen Médico familiar.

DEDICATORIA

A mi esposo Alan García Ramírez, porque eres un ejemplo para mí, me haz demostrado que trabajando duro se pueden conseguir las cosas que muchas veces creemos inalcanzables, por todo tu apoyo, comprensión y amor. Por demostrarme en infinidad de veces lo importante que soy para ti. Te amo mucho corazón y esto va dedicado a ti.

A mi padres Adela y José, porque gracias a su ejemplo me he fijado siempre metas en la vida, y cuando creo estar concluyendo una siempre viene la siguiente, por todo el cariño que me han demostrado, por esos abrazos que me dieron siempre que estuve cansada, este triunfo se los dedico a ustedes.

A Madi, Ulises, Diego, Sofí, Uli, y Fer porque siempre permanecieron conmigo, me dieron su apoyo incondicional, han confiado en mi, y en muchas ocasiones han puesto su salud en mis manos, son mis mejores pacientes. Los quiero.

A mis amigos, Mariana, Saribé, Mónica, Verónica, Haydeé, Selene, Jeannette, por compartir conmigo tantos momentos buenos y malos, por estar ahí siempre que así lo necesité, son de las mejores cosas que me llevo de la residencia.

Torres AH, Enriquez NM, Frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres de 20 a 50 años de edad con diagnóstico de infección por Virus del Papiloma Humano en el primer nivel de atención. México 2011

Introducción La infección por virus del papiloma humano (VPH) ha adquirido una relevancia por su alto nivel de incidencia, lo que ha demandado un estudio integral del fenómeno y el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por VPH. **Objetivo** Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres con diagnóstico de infección por VPH en un primer nivel de atención. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo, con mujeres entre 20 y 50 con el diagnóstico de infección por VPH reportado en la citología cervical; previo consentimiento informado se les aplicó un cuestionario ex profeso de variables socio demográficas, Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), a su vez se realizaron tablas y gráficas de los resultados recabados. **Resultados:** Se encontró que de las 52 mujeres infectadas por VPH, 30 (58%) presentaron ansiedad, 16 (31%) con depresión, 6 mujeres (11%) sin ninguna alteración psicológica, los grupos etarios con mayor grado de afección fueron de 30 a 39 años, mujeres con grado máximo de estudios de secundaria, amas de casa. **Conclusión:** Las pacientes de la UMF 33 con infección por VPH presentan ansiedad como repercusión psicológica secundaria a su padecimiento, en segundo término presentaron depresión, lo que se traduce en este tipo de pacientes requieren apoyo psicológico para mejorar su pronóstico.

Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual (ITS), Virus del papiloma Humano (VPH), ansiedad, depresión.

INDICE

Resumen	5
Introducción	8
Antecedentes	10
Planteamiento del Problema y objetivos	14
Material y Método	15
Resultados	17
Tablas y Gráficas	20
Discusión	38
Conclusiones	40

Bibliografía

42

Anexos

46

INTRODUCCION

Las infecciones por Virus del Papiloma Humano:

Las infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH) representan una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayor parte de los países. Uno de los mayores intereses de la investigación en VPH reside en la asociación etiológica, recientemente caracterizada, de algunas de estas infecciones con el carcinoma de cérvix y con otros tumores del tracto anogenital masculino y femenino. (1)

Estimaciones recientes a nivel mundial sugieren que, en las edades de mayor actividad sexual, la prevalencia de infecciones subclínicas por VPH pueden afectar hasta un 40% de la población femenina con tasas de infección de un 10-15% anual. En los grupos de edad, más allá de los 30 años, la prevalencia se reduce a un 5-10 % (2)

El cáncer cervical (CC) representa 11% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres en todo el mundo. Es el cáncer más común en los países en vías de desarrollo, donde su incidencia llega hasta 40 por 100 000 mujeres.² Anualmente se estima que se presentan aproximadamente 500 000 casos nuevos en el mundo, de los cuales 80% ocurre en países en vías de desarrollo.³ A escala mundial, México tiene una de las tasas más altas de mortalidad por CC. (3)

En México donde se ha puesto en marcha un programa de tamizaje durante más de 20 años se han evitado menos de 13 % de los casos potencialmente prevenibles. (3)

Se realizó un estudio epidemiológico de tipo transversal en una muestra de 274 mujeres que acudieron a los servicios de primer nivel de atención del Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuernavaca, Morelos, Participaron en el estudio 274 mujeres (tasa de participación de 98.9%); se identificaron 102 positivas respecto al VPH de alto riesgo y 173 negativas, con una prevalencia del 37.2% durante el año 2000. (4)

Los virus del papiloma humano, son un grupo de más de 100 tipos de virus, se les llama papilomavirus porque algunos tipos pueden causar verrugas, papilomas o condilomas, los cuales son tumores benignos y constituyen la ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual) más común de causa viral. Aunque los virus del papiloma humano son transmitidos generalmente por contacto sexual, no se puede precisar cuándo ocurre la infección. Algunos tipos de los virus del papiloma humano están relacionados con ciertos tipos de cáncer, y otros que se han denominado como virus de "bajo riesgo" por ejemplo los serotipos 6, 11, 42, 43 y 44 los cuales rara vez desarrollan cáncer. Los virus

del papiloma humano que tienen más probabilidades de llevar al desarrollo de cáncer se conocen como virus de "alto riesgo". (5)

Las verrugas en el ano o los genitales, o cerca de ellos pueden aparecer varias semanas después del contacto sexual con una persona que tenga la infección del virus del papiloma humano o es posible que se lleven meses o años en aparecer; o quizá, no aparezcan nunca.(6)

El virus del papiloma humano , sobre todo los subtipos 16 y 18, puede desempeñar un papel en algunos casos, se han descrito distintas lesiones premalignas con diferente presentación clínica, sobre todo la eritroplasia de Queyrat, la enfermedad de Bowen y la papulosis bowenoide. Estas tres lesiones son prácticamente idénticas histológicamente y puede resultar más útil denominarlas neoplasia intraepitelial o carcinoma in situ. (6,7)

La patología del virus del papiloma humano se ha relacionado con los hábitos sexuales, tanto como con los factores reproductivos, tales como la multiparidad, el inicio de la vida sexual activa antes de los 14 años, múltiples parejas sexuales y la menarca tardía; así como en diversos estudios se ha encontrado correlación con tabaquismo, bajo nivel socioeconómico y de estudios, antecedente de cualquier enfermedad de transmisión sexual y haber tenido uno o más partos vaginales para ser relacionados con displasia cervical.(7)

Respecto al programa de detección oportuna de cáncer, se evidenció que un número importante de mujeres solicitan los servicios cuando presentan síntomas como sangrado disfuncional, metrorragia y leucorrea sanguinolenta los cuales suelen ser relevantes en mujeres con alto riesgo de displasia y de ellas sólo un porcentaje pequeño desarrollará cáncer cervical si las células anormales no se extirpan. (8)

La prueba de Papanicolaou involucra la recolección, preparación y examen de las células exfoliadas del cérvix uterino, y por ser un procedimiento rápido, no invasivo y relativamente barato, lo convierten en un procedimiento para uso masivo en la detección del cáncer y como método de seguimiento en mujeres con previas anormalidades. Sin embargo los resultados pueden variar tanto por errores en el muestreo, como en la interpretación y la variación apreciativa para separar los resultados positivos de los negativos; se debe hacer generalmente como parte de un examen ginecológico al menos una vez cada 3 años, iniciando a los tres años de que hayan empezado con su vida sexual activa, pero no antes de los 21 años (9)

Los métodos usados comúnmente para tratar las lesiones son la criocirugía, el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa caliente y la cirugía convencional, tratamientos similares pueden usarse para verrugas genitales externas además de medicamentos.(10)

ANTECEDENTES

La aceptación inicial del diagnóstico, su tratamiento y los posibles efectos secundarios son un componente importante para las habilidades de afrontamiento. Una actitud realista, determinante y una participación activa en el proceso de tratamiento permite, a algunas pacientes, enfrentar el diagnóstico, los procedimientos desagradables y los efectos secundarios con menor estrés. Existen múltiples preocupaciones en las mujeres que desarrollan cáncer cervicouterino, entre las que predominan el apoyo social, el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento. Un sentimiento recurrente es la preocupación constante por su enfermedad y el miedo a la recidiva.(11)

Se ha reportado que la condición emocional de la mujer con infección por virus del papiloma humano se ve afectada el impacto emocional causado por el diagnóstico puede incluso ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por la infección, la presencia de algunas manifestaciones emocionales comunes tales como ansiedad, enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa afectan la esfera psicológica la cual juega un papel muy importante en las mujeres con tal Diagnóstico. (11,12)

Al ser la vía sexual la que facilita el contagio por virus del papiloma humano no se puede aislar la complicación psicológica misma que genera conflictos en la esfera biopsicosocial repercutiendo en la vida cotidiana de las mujeres infectadas. (12)

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 justifique la necesidad de realizar un diagnóstico psicológico oportuno que justifique de manera eficaz este problema emocional, adicionado a los factores de riesgo biológico factores relacionados con la esfera psicológica de dichas pacientes que cursan con el diagnóstico.(13)

Depresión y ansiedad

El diagnóstico de infección por virus del papiloma humano puede alterar y asustar a cualquiera, el miedo produce alteraciones emocionales como depresión y ansiedad los posibles efectos de los tratamientos sugeridos, generan una asociación de la enfermedad con una alteración en las emociones que requiere manejo conjunto a favor de la atención integral del padecimiento. (12,13)

La forma de afrontar los procesos estresantes utilizado por cada mujer en específico frente al diagnóstico de infección por VPH, no suele ser extraña la presencia de ansiedad, depresión o ambas como maniobra de primer uso en

esta restricción transitoria de la conciencia lo que facilitara o no dependiendo del grado en que se presenten, la condición adaptativa de la paciente.(13)

La depresión se define como un trastorno emocional con una distorsión cognitiva que se manifiesta principalmente por pesimismo; tristeza profunda, abatimiento insatisfacción, falta de concentración, alteración del peso y del sueño, alteración o enlentecimiento psicomotor, ideas de muerte recurrente, ideas o intento de suicidio.(14)

De acuerdo con Tobal (1990) la ansiedad puede ser entendida como una respuesta emocional y engloba aspectos cognitivos no placenteros de tensión, y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o situacionales; como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. Se trata además de un estado subjetivo en el que se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo, como taquicardia y sudoración entre otras, así mismo puede ser anticipadora ante determinado evento o ser componente emocional de la experiencia dolorosa. (14)

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

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. 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 la patología.(16)

Uno de los temas que preocupa a las mujeres es la infertilidad, dado el gran impacto en la feminidad y en el rol reproductivo. Las mujeres experimentan sentimientos de pérdida, los que influyen negativamente en su relación de

pareja y dificultan la posibilidad de poder formar, de manera satisfactoria, una posterior relación. (17)

Otra secuela es la alteración en la percepción de la imagen corporal. Esta alteración se debe a cicatrices producto del tratamiento lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en si misma, siendo aún más evidente en las mujeres premenopáusicas. (17)

Al respecto, y dado los cambios profundos que experimentan las mujeres, existe la necesidad de recibir consejería y apoyo continuo, los cambios psicológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad, son fuente de gran confusión en la paciente y consisten en la generación de miedo, ansiedad, depresión y enojo. Éstos, a su vez, involucran cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual. Por lo tanto, el efecto psicológico en la paciente es innegable, dado que las exigencias de la enfermedad que por sí mismas obligan a la mujer a un replanteamiento de su vida y de sus expectativas, lo que provoca que la paciente curse por diversas etapas y por una gama interminable de respuestas emocionales. (18)

Instrumento para medir depresión y ansiedad:

La Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) es un método de autovaloración que fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, este cuestionario autoaplicado fue diseñado para detectar trastornos ansiosos y depresivos en servicios hospitalarios no psiquiátricos. Cumple con dos condiciones básicas al evaluar síntomas afectivos: no está contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente y diferencia claramente los síntomas depresivos de los de ansiedad. Está constituido por 14 ítems; ninguno hace referencia a síntomas somáticos. El tiempo de aplicación aproximado es de 20 minutos. Los ítems se agrupan en dos subescalas: de ansiedad, centrada en las manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud); y de depresión, centrada en la anhedonia (torpeza, desinterés por el aspecto personal, incapacidad para el disfrute, la risa, la alegría, la ilusión).

El paciente debe contestar cada rubro utilizando una escala tipo Likert, que unas veces hace referencia a la intensidad del síntoma y otras a la frecuencia de presentación.

La escala considera cuatro posibilidades de respuesta en cada ítem con valores de 0, 1, 2 o 3; a mayor puntuación, mayor sintomatología. Los resultados se dividen en dos partes, una para depresión (ítems pares) y otra para ansiedad(ítems impares).

Si la sumatoria de los ítems de depresión supera 11 se considera que el paciente presenta sintomatología importante de depresión; si la sumatoria de los ítems de ansiedad supera 11, se considera que el paciente presenta sintomatología importante de ansiedad.(19,20)

Rico, Restrepo y Molina (2006) validaron la versión española de la HAD y se evaluó su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión. Una vez adaptada la escala, se evaluaron sus propiedades psicométricas en un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC); además, se realizó una valoración psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

La adaptación de la versión española de la HAD mostró buenas consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 y la confiabilidad por mitades de .8. (22)

ESTUDIOS RELACIONADOS

Torres (2002) en un estudio multicéntrico llevado a cabo en Estados Unidos, señala elevadas tasas de depresión de hasta un 60%, trastorno distímico en un 25% y trastornos de ansiedad en un 25% en mujeres con infecciones de transmisión sexual de tipo viral. (23)

Meza (2008) realiza un estudio observacional con 70 mujeres con diagnóstico de VPH en el instituto nacional de perinatología de la ciudad de México, las cuales presentaron ansiedad rasgo en un 84%, ansiedad estado en el 80.8% y síntomas de depresión en el 88.5%, así como diferencias significativas en cuanto a la utilización de estilos de afrontamiento.(24)

Aunado a lo anterior, la importancia de definir y reconocer las respuestas psicológicas esperadas ante la enfermedad, así como su magnitud, radica en que su conocimiento nos ubica en la posibilidad de identificar a aquellas pacientes que requieren de una evaluación más fina, lo que su vez permite tomar la decisión de que sean canalizadas a una atención especializada para que dispongan de apoyo psicológico adicional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH) representan una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayor parte de los países, sus intereses de la investigación en VPH reside en la asociación etiológica con el carcinoma de cérvix.

El cáncer cervical (CC) representa 11% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres en todo el mundo. A escala mundial, México tiene una de las tasas más altas de mortalidad por CC.

Durante el 2008 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” fueron reportados en el servicio de epidemiología 69 casos de Infección por Virus del papiloma Humano, de los cuales 4 habían degenerado algún grado de malignidad, todas las pacientes inicialmente fueron referidas a un segundo nivel para recibir la atención necesaria por parte del servicio de Ginecología, ninguna de ellas fue referida conjuntamente a un servicio de Psicología y/o Psiquiatría según los reportes.

Los estudios realizados en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 van enfocados al nivel de conocimiento de las mujeres derechohabientes a esta Unidad en cuanto al cáncer cervico-uterino. Torres (2000) señala que las mujeres mayores de 24 años de edad no cuentan con los suficientes conocimientos acerca de factores de riesgo para contraer cáncer cervico-uterino así como también señala que las pacientes no conocen la periodicidad para la realización del Papanicolaou entre otras deficiencias en el conocimiento de esta patología.

Considero importante demostrar la necesidad de apoyo psicológico para estas pacientes, es decir que requieren de un manejo ya que como vemos la infección por VPH, es un problema que involucra no solo la esfera orgánica de la paciente, sino también la emocional, por lo tanto el aumento en la prevalencia e incidencia de esta enfermedad aunada a las alteraciones emocionales como son depresión y ansiedad que se genera en estas mujeres al recibir el diagnóstico de infección por VPH, nos obliga a tener un conocimiento del fenómeno en toda su magnitud tanto física como psicológica que nos permita proporcionar un manejo integral multidisciplinario y al no existir estudios relacionados es que me hago la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres de 20 a 50 años de edad con diagnóstico de infección por Virus del Papiloma Humano derechohabientes de la UMF 33?

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo con pacientes usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, derechohabientes, captadas en el servicio de Epidemiología con diagnóstico de Infección por el virus del Papiloma humano, obtenido por medio del Papanicolaou.

Se obtuvo la base de datos con las pacientes detectadas por el servicio del turno matutino y vespertino, se les localizó por medio de la consulta en el turno matutino y vespertino, vía telefónica y a domicilio según se requiera, se les informó sobre el objetivo del estudio y el motivo de la realización.

Las participantes cumplieron con los criterios de inclusión tales como ser usuarias de la UMF No. 33 del turno matutino y vespertino, pacientes con diagnóstico de infección por Virus del Papiloma Humano diagnosticado entre el período del 1ero de Junio del 2009 al 1ero de Junio del 2010, mujeres entre 20 y 50 años de edad.

Se excluyó del estudio a las mujeres embarazadas, mujeres portadoras del virus de inmunodeficiencia humana, mujeres que no sepan leer y escribir mujeres con patología psicológica o psiquiátrica previa, mujeres que no aceptaron participar en el estudio, y fueron eliminadas aquellas que contestaron el cuestionario de manera incompleta en un 10%.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para conocer variables socio demográficas, el cual fue validado a través de una prueba piloto; para la medición de ansiedad y depresión se utilizó la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) es un método de autovaloración que fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 y, es autoaplicada, que comprende 14 preguntas estructuradas en dos subescalas de las cuales 7 preguntas para ansiedad (ítems impares) y 7 para depresión (ítems pares) las respuestas oscilan entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso), en ambas subescalas obteniendo resultados de 0 a 7 normal, de 8 a 10 de dudoso, 11 o más, existe problema clínico, por lo tanto el punto de corte de once o más de los ítems impares califica ansiedad y de los ítems pares califica depresión, este instrumento ha sido adaptado y validada en español. (Anexo 2)

Para realizar el análisis de datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realización del cálculo de datos estadísticos descriptivos, donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

De las 55 mujeres con infección por VPH adscritas a la UMF No. 33 solamente participaron en el estudio 52, ya que una de las mujeres fue excluida por contestar de manera incompleta el cuestionario, otra por contar con diagnóstico previo de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la última por negarse a participar en la presente investigación; con las participantes se obtuvieron los siguientes resultados.

La distribución por grupo de edad que se encontró fue la siguiente; 19 mujeres (37%) tenían entre 20 y 29 años, 23 mujeres (44%) tenían entre 30 y 39 años de edad, 10 mujeres (19%) eran mayores de 40 años (Tabla y gráfica No. 1).

Respecto al grado de escolaridad se encontró que 19 mujeres (37%) contaban con el bachillerato, 10 mujeres (19%) con carrera técnica, 9 mujeres con licenciatura (17%), 5 mujeres con secundaria (10%), 4 mujeres con la primaria (8%), 2 mujeres (4%) tenían estudios de postgrado y sólo 2 mujeres no contaban con algún tipo de estudio (4%). (Tabla y gráfica No.2)

Dentro del rubro de ocupación se encontró que 29 mujeres (56%) eran amas de casa, 10 mujeres (19%) empleadas, 5 mujeres (9%) ejercían como profesionistas, 4 mujeres (8%) obreras, 4 mujeres (8%) se encontraban desempleadas. (Tabla y gráfica no. 3)

Respecto al estado civil la encuesta demostró que 21 mujeres (40%) eran casadas, 17 mujeres (33%) solteras, 12 mujeres (23%) se encontraban en unión libre, 2 mujeres (4%) refirieron ser divorciadas, y ninguna mujer se refirió como viuda . (Tabla y Gráfica No. 4)

El promedio de edad de inicio de vida sexual en estas mujeres fue de 17 a 19 años. (Tabla y Gráfica No. 5)

Con respecto a la ansiedad y depresión la escala de evaluación reportó que el 30 mujeres (58%) cursaban con un grado de ansiedad, 16 mujeres (31%), 6 mujeres (11%) no manifestaron ningún tipo de malestar psicológico. (Tabla y Gráfica No. 6).

De las pacientes que se registraron con Ansiedad (58%) en cuanto a la edad se encontraron en el grupo de edad de 20-29 años 11 mujeres (37%), de 30-39 años 12 mujeres (40%), y en mayores de 40 años de edad 7 mujeres (23%). (Tabla y Gráfica No. 7)

En cuanto a las pacientes con registro de Depresión (31%) respecto a la edad se encontró que el grupo de edad de 20-29 años 5 mujeres (31%), de 30-39

años 10 mujeres (62%), y mayores de 40 solamente se encontró 1 mujer (6%). (Tabla y Gráfica No.8)

Sin embargo existió un grupo de mujeres que no presentaron ningún síntoma (11%) para documentar un grado de ansiedad o depresión, el cual conforme al grupo de edad se representó así; 20-29 años 3 mujeres (50%), 30-39 años 2 mujeres (33%), más de 40 años 1 mujer (17%). (Tabla y Gráfica No. 9)

Respecto a el grado de escolaridad de las mujeres que cursaban con ansiedad (58%) se registro que 1 de la mujeres (3%) sin ningún grado de escolaridad la presentó , 2 mujeres (7%) con escolaridad primaria, 14 mujeres (47%) con escolaridad secundaria, 9 mujeres (30%) grado medio superior, 2 mujeres (7%) con licenciatura, 1 mujer (3%) con postgrado, y 1 más (3%) con carrera técnica.(Tabla 10, Gráfica 10)

En relación con las mujeres con depresión (58%) y su grado de escolaridad se encontró lo siguiente; 1 mujer (6%) si ningún grado de escolaridad presentaba sintomatología, 0 mujeres (0%) con escolaridad primaria, 8 mujeres (50%) con escolaridad secundaria, 4 mujeres (25%) grado medio superior, 1 mujeres (6%) con licenciatura, 0 mujeres (3%) con postgrado, y 2 más (13%) con carrera técnica. (Tabla 11, Gráfica 11)

Respecto a las mujeres sin ansiedad o depresión (11%) y su grado de escolaridad se encontró lo siguiente; 0 mujeres (0%) si ningún grado de escolaridad, 2 mujeres (33%) con escolaridad primaria, 0 mujeres (0%) con escolaridad secundaria, 2 mujeres (33%) grado medio superior, 0 mujeres (0%) con licenciatura, 0 mujeres (0%) con postgrado, y 2 más (33%) con carrera técnica. (Tabla 12, Gráfica 12)

En cuanto a la ocupación, y la relación con ansiedad (58%) se encontró que 12 mujeres (40%) amas de casa lo registraron, 2 mujeres (7%) desempleadas, 6 mujeres (20%) obreras, 7 mujeres (23%) empleadas comerciales, 3 mujeres (10%) profesionistas. (Tabla 13, Gráfica 13)

En relación a la ocupación, y la relación con depresión (31%) se encontró que 8 mujeres (50%) amas de casa lo registraron, 2 mujeres (13%) desempleadas, 1 mujer (6%) obreras, 5 mujeres (31%) empleadas comerciales, 0 mujeres (0%) profesionistas. (Tabla 14, Gráfica 14)

De las mujeres sin datos de ansiedad y depresión (11%) respecto a la ocupación se encontró que 2 mujeres (33%) amas de casa lo registraron, 1 mujer (17%) desempleadas, 2 mujeres (33%) obreras, 0 mujeres (0%) empleadas comerciales, 1 mujer (17%) profesionistas. (Tabla 15, Gráfica 15)

En las mujeres que cursaron con ansiedad (58%) respecto a su estado civil se encontró que 20 mujeres (67%) eran solteras, 6 mujeres (20%) casadas, 2

mujeres (7%) vivían en unión libre, mientras 2 mujeres más (7%) eran divorciadas, 0 mujeres (0%) eran viudas (Tabla 16, Gráfica 16)

En las mujeres que cursaron con depresión (31%) respecto a su estado civil se encontró que 4 mujeres (25%) eran solteras, 9 mujeres (56%) casadas, 3 mujeres (19%) vivían en unión libre, mientras 0 mujeres (0%) eran divorciadas y 0 mujeres (0%) viudas (Tabla 17, Gráfica 17)

En las mujeres que no cursaron con ansiedad o depresión (11%) respecto a su estado civil se encontró que 2 mujeres (33%) eran solteras, 1 mujer (17%) casada, 3 mujeres (50%) vivían en unión libre, mientras 0 mujeres (0%) eran divorciadas y 0 mujeres (0%) viudas (Tabla 18, Gráfica 18)

TABLAS Y GRÁFICAS

Distribución por grupo de edad del total de mujeres con infección por VPH que participaron en el estudio.

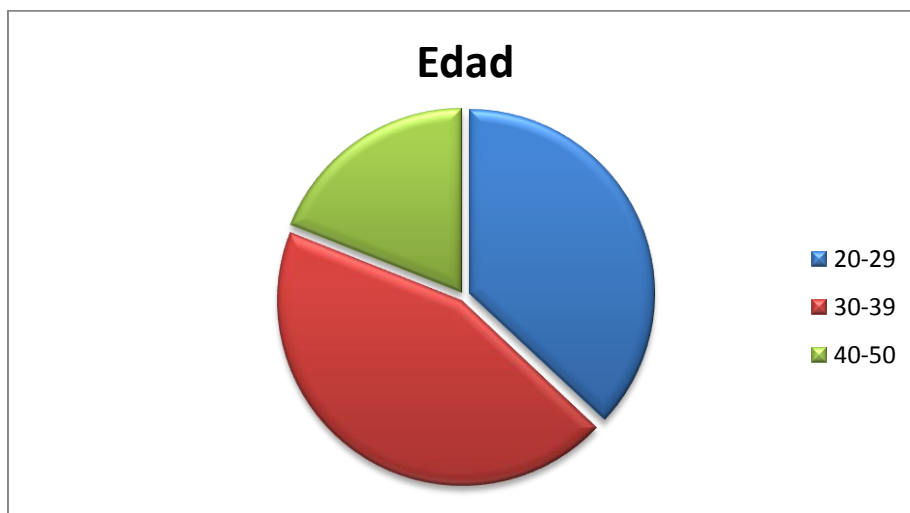
TABLA 1

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
20 – 29 años	19	37%
30 - 39 años	23	44%
> 40 años	10	19%
Total	52	100%



Fuente: Cuestionario de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 1



Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

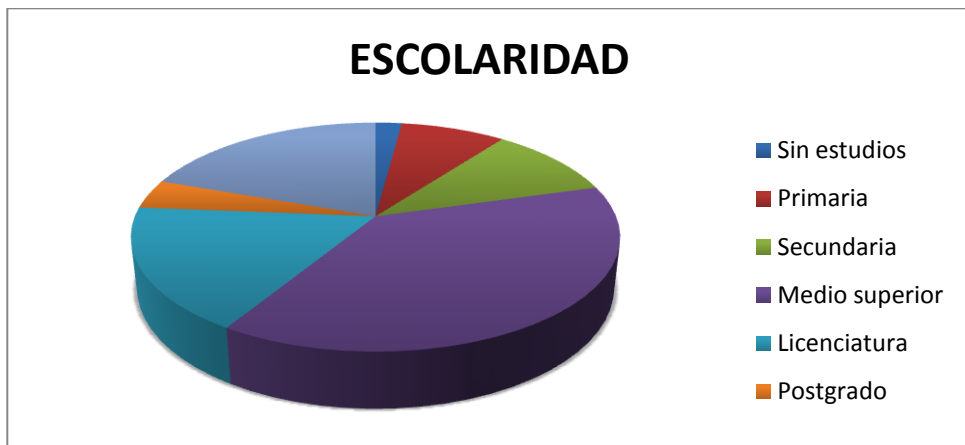
TABLA 2

Distribución por escolaridad del total de mujeres con infección por VPH que participaron en el estudio

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	2	9%
Primaria	4	33%
Secundaria	5	25%
Medio superior	19	15%
Superior	9	8%
Posgrado	2	1%
Carrera técnica	10	9%
Total	52	100%

Fuente: Cuestionario de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 2



Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

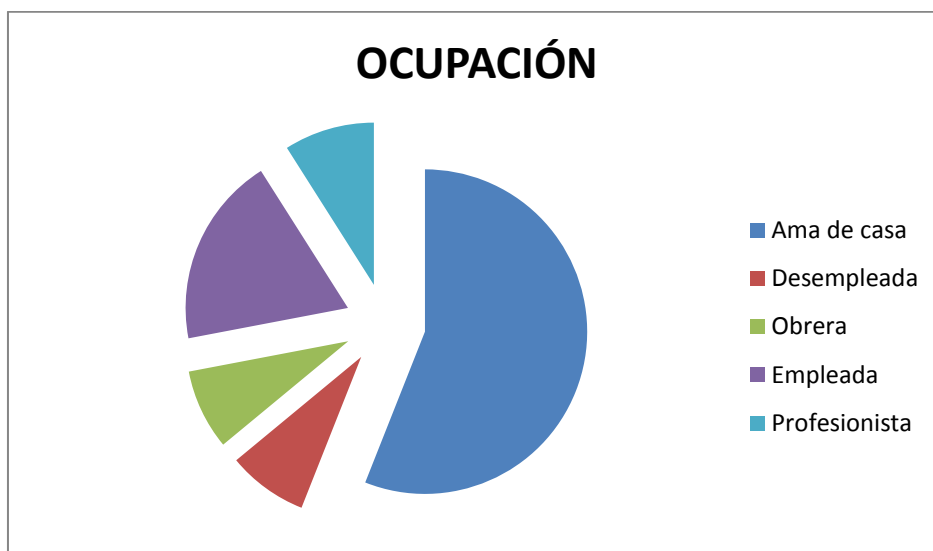
TABLA 3

Distribución por ocupación del total de mujeres con Infección por VPH que participaron en el estudio

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	29	56%
Desempleada	4	8%
Obrera	4	8%
Empleada	10	19%
Profesionista	5	9%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 3



Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 4

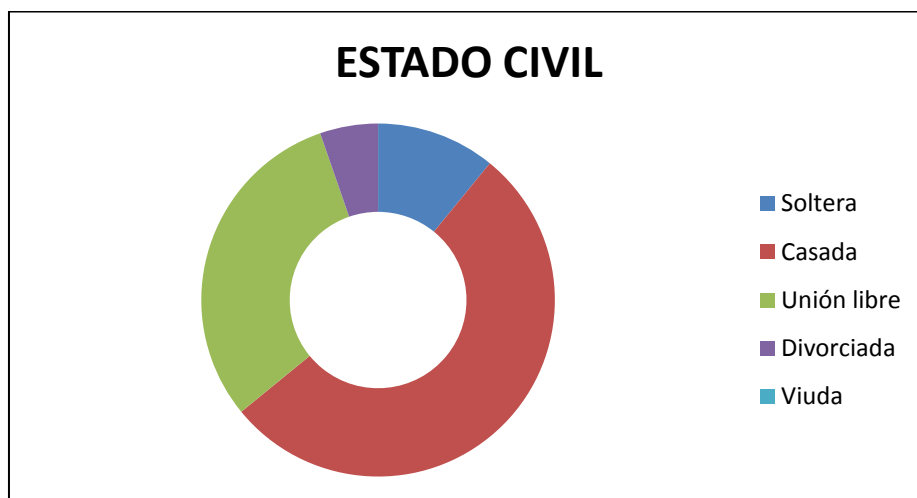
Distribución por estado civil del total de mujeres con infección por VPH que participaron en el estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	17	33%
Casada	21	40%
Unión libre	12	23%
Divorciada	2	4%
Viuda	0	0%
Total	52	100%

Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICO 4

Distribución por estado civil del total de mujeres embarazadas que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 5

Distribución por Edad de Inicio de Vida sexual activa del total de mujeres embarazadas que participaron en el estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 14	0	0%
14 - 16	6	11%
17-19	25	48%
20-23	13	25%
24-26	3	6%
Más de 26	5	10%
Total	52	100%

Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICO 5

Distribución por Edad de Inicio de Vida sexual activa del total de mujeres embarazadas Que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 6

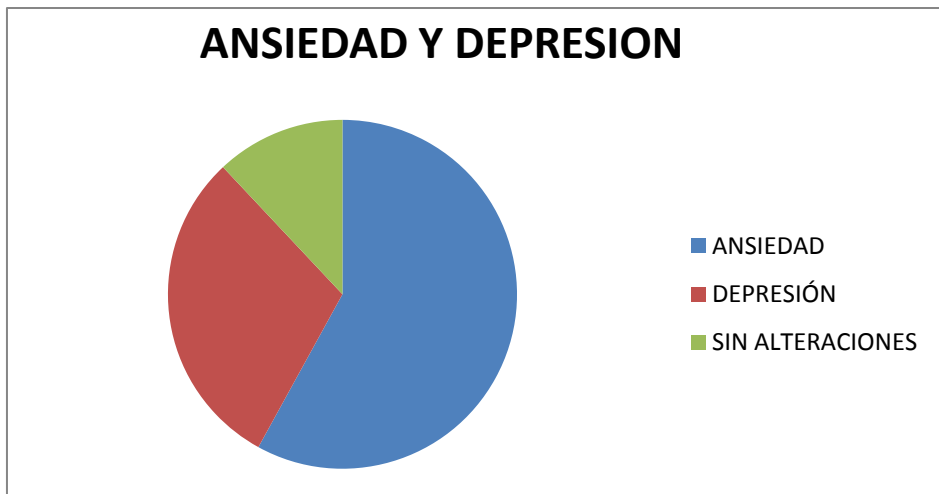
Distribución por frecuencia de ansiedad y depresión del total de mujeres embarazadas que participaron en el estudio

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS)

Estado emocional	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	30	58%
Depresión	16	30%
Sin alteraciones	6	12%
Total	52	100%

GRAFICA 6

Distribución por frecuencia de ansiedad y depresión del total de mujeres embarazadas que participaron en el estudio



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS)

TABLA 7

Distribución por grupos de edad de las mujeres con infección por VPH que presentaron ansiedad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29	11	37%
30-39	12	40%
Más de 40	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 7

Distribución por grupos de edad de las mujeres con infección por VPH que presentaron ansiedad



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 8

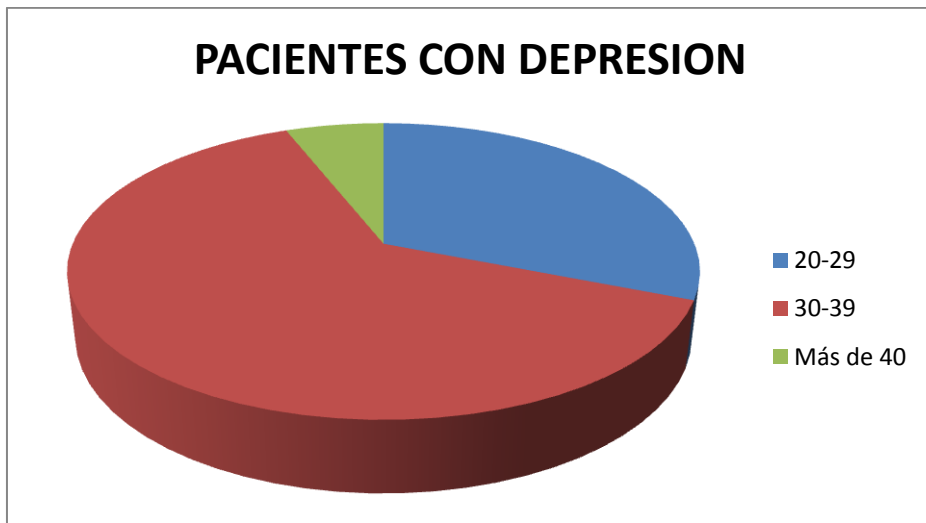
Distribución por grupos de edad de las mujeres con infección por VPH que presentaron depresión

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29	5	31%
30-39	10	63%
Más de 40	1	6%
Total	16	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 8

Distribución por grupos de edad de las mujeres con infección por VPH que presentaron depresión



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 9

Distribución por grupo de edad de las mujeres con infección por VPH sin ansiedad o depresión

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29	3	50%
30-39	2	33%
Más de 40	1	17%
Total	6	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 9

Distribución por grupos de edad de las mujeres con infección por VPH sin ansiedad o depresión



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 10

Distribución por escolaridad de las mujeres con infección por VPH con ansiedad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	1	3%
Primaria	2	7%
Secundaria	14	47%
Medio superior	9	30%
Superior	2	7%
Posgrado	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 10

Distribución por escolaridad de las mujeres con infección por VPH con ansiedad



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 11

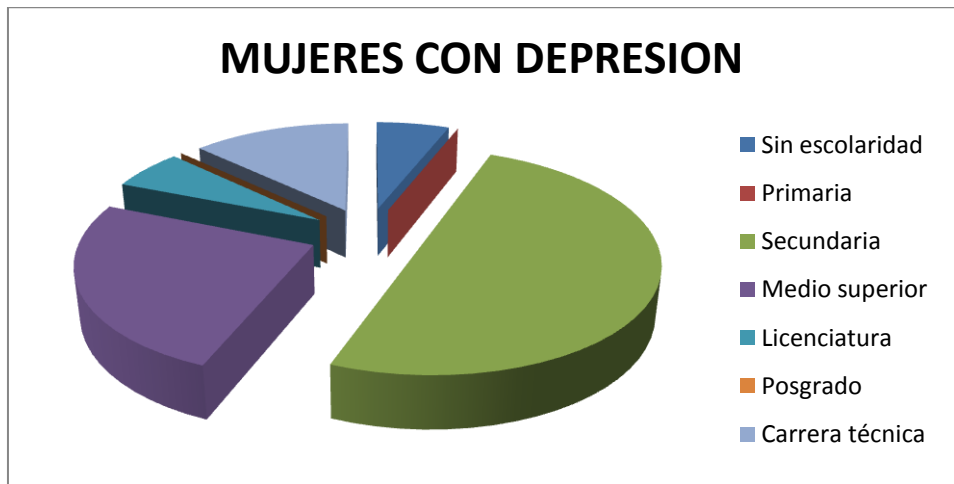
Distribución por escolaridad de las mujeres con infección por VPH con depresión

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	1	6%
Primaria	0	0%
Secundaria	8	50%
Medio superior	4	25%
Superior	1	6%
Posgrado	0	0%
Carrera técnica	2	13%
Total	16	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 11

Distribución por escolaridad de las mujeres con infección por VPH con depresión



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 12

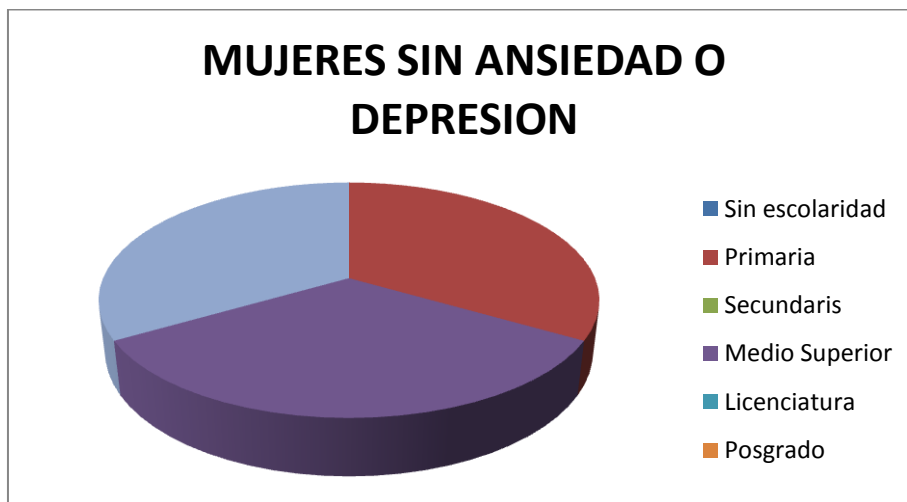
Distribución por escolaridad de las mujeres con infección por VPH sin ansiedad o depresión

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	0	0%
Primaria	2	33%
Secundaria	0	0%
Medio superior	2	33%
Superior	0	0%
Posgrado	0	0%
Carrera técnica	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 12

Distribución por escolaridad de las mujeres con infección por VPH sin ansiedad o depresión



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 13

Distribución por ocupación del total de mujeres con Infección por VPH que presentaron ansiedad

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	12	40%
Desempleada	2	7%
Obrera	6	20%
Empleada	7	23%
Profesionista	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 13



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 14

Distribución por ocupación del total de mujeres con Infección por VPH que presentaron depresión

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	8	50%
Desempleada	2	13%
Obrera	1	6%
Empleada	5	31%
Profesionista	5	0%
Total	30	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 14



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 15

Distribución por ocupación del total de mujeres con Infección por VPH que presentaron no presentaron ansiedad o depresión

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	2	33%
Desempleada	1	17%
Obrera	2	33%
Empleada	0	0%
Profesionista	1	17%
Total	30	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

GRAFICA 15



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 16

Distribución por estado civil del total de mujeres con Infección por VPH que presentaron ansiedad

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	20	67%
Casada	6	20%
Unión libre	2	7%
Divorciada	2	7%
Viuda	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 17

Distribución por estado civil del total de mujeres con Infección por VPH que presentaron depresión

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	25%
Casada	9	56%
Unión libre	3	19%
Divorciada	0	0%
Viuda	0	0%
Total	16	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

TABLA 18

Distribución por estado civil del total de mujeres con Infección por VPH
Que no presentaron ansiedad o depresión

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	2	33%
Casada	1	17%
Unión libre	3	50%
Divorciada	0	0%
Viuda	0	0%
Total	16	100%

Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33



Fuente: Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), Cuestionario factores de variables sociodemográficas en mujeres con infección por VPH de la UMF No. 33

DISCUSIÓN

En el presente estudio se detectó la presencia de ansiedad y depresión en mujeres que cursan con un diagnóstico previo de Infección por el virus del papiloma humano en pacientes adscritas a la UMF 33 utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) para el diagnóstico; además se identificó algunos factores sociodemográficos inherentes a nuestras pacientes utilizando un cuestionario diseñado ex profeso para este fin.

En este trabajo se identificó que las mujeres presentaban en mayor proporción cierto grado de Ansiedad, ya que 30 mujeres (58%) la presentaron, identificadas en la Escala de Ansiedad y depresión (HADS), lo que coincide con la observación hecha por Da Silva y cols, quienes hacen mención que las mujeres que cursan con tal diagnóstico es común observar ansiedad en ellas. 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.

El estado de depresión sólo se observó en 16 mujeres (31%) identificadas en la Escala de Ansiedad y depresión (HADS), de acuerdo con Grau y cols en el 2007 identificó una asociación de la enfermedad con una alteración en las emociones del tipo de depresión, que requiere manejo conjunto a favor de la atención integral del padecimiento y que habitualmente ha sido visto en menor proporción en este tipo de pacientes respecto a la ansiedad.

En las mujeres con ansiedad se encontró que el grupo de edad que predomina es el de 30-39 años (40%) resultado congruente con la bibliografía consultada Dell y cols en el 2000 identificó que las mujeres mayormente afectadas por el VPH se encuentran dentro de este grupo de edad y que aunado a esto, las mujeres cursan con dicho estado emocional; sin embargo es conveniente hacer mención de que el grupo de edad e 20-29 años (37%) lo cual representa un importante porcentaje. En cuanto a la ansiedad se encontró que el grupo etario más afectado fue de 30-39 (70%) que coincide con Dell y cols ya que este grupo de edad se ve mucho más vulnerable al manejo de las emociones ya que generalmente se suman a situaciones que cotidianamente se encuentran manejando y que conllevan a cursar con Depresión.

Con respecto a la escolaridad se encontró en el presente estudio que las pacientes que contaban como grado máximo de estudio nivel secundaria (47%) cursaron con ansiedad, mientras que (50%) de las mujeres con el mismo grado de escolaridad cursaron con depresión, siendo este nivel escolar el más afectado respecto a la condición emocional de las pacientes con infección por VPH, congruente con los dicho por Wiesner y cols en el

2009 en un estudio realizado en Colombia. Por otro lado se observó que las mujeres con un grado superior de estudios fue menos vulnerable a las afecciones de tipo emocional.

Referente a la ocupación, se encontró que las amas de casa (40%) cursaron con ansiedad, seguidas de las empleadas (23%), mientras que de igual forma las amas de casa presentaron cuadros de depresión (50%) lo que concuerda con Wiesner y cols que en el 2009 realizó un estudio donde determino que las amas de casa al ser las más afectadas por infecciones por VPH de igual manera se ven afectadas emocionalmente.

En cuanto al estado civil el estudio arrojó que las mujeres solteras (67%) fueron las más afectadas en cuanto a presentar ansiedad, sin embargo de acuerdo con Adam y cols, quien el 2009 en su estudio realizado refiere que las mujeres casadas son las pacientes más lábiles emocionalmente hablando, cabe destacar que su estudio fue realizado con mujeres norteamericanas, lo que representa una diferencia en la población mexicana de acuerdo a este estudio.

En cuanto a la frecuencia de depresión con respecto al estado civil se observó que las mujeres casadas (56%) fueron las más afectadas en este caso totalmente congruente con Adam y cols. 2009, seguidas de igual forma que en el caso de ansiedad por las mujeres solteras (25%).

Las mujeres divorciadas fueron las menos afectadas respecto ansiedad (7%) y a depresión (0%).

Cabe mencionar que se identificó como factor de riesgo en estas mujeres el Inicio de Vida Sexual activa de manera temprana para adquirir el VPH, ya que de nuestras 52 pacientes, 25 mujeres (48%) reportaron inicio de vida sexual entre los 17 y 19 años de edad, lo que de acuerdo a Apgar y cols, en el 2003 identificaron que el inicio temprano de la vida sexual conlleva a que la mujer sea mucho más propensa a adquirir la infección por VPH, sin embargo este hábito debe ser evaluado con mayor cautela haciendo énfasis en los hábitos sexuales de la (s) pareja (s) de la mujer infectada.

CONCLUSIONES

En este estudio la frecuencia para presentar ansiedad en 52 mujeres de la UMF 33 que presentan infección por el VPH fue de 58%, y de 31% para ansiedad; mientras que el 11% no presentó ninguna alteración en su condición emocional, lo que concuerda con estudios nacionales donde es mayor la presencia de ansiedad, siendo a la inversa en los estudios realizados en el extranjero donde la depresión es el principal malestar psicológico en este tipo de pacientes.

En este grupo de pacientes con infección por VPH se encontró que el inicio de vida sexual activa oscila entre los 17 a 19 años de edad, lo que confirma que es mucho más frecuente adquirir la infección a edades tempranas, por otro lado respecto a el grupo de edad más afectado en este grupo de mujeres con la infección por VPH fue de 30 a 39 años de edad lo que representó un 44% de nuestra población.

En cuanto a la escolaridad, se observó que el grado escolar más afectado fue las mujeres que tenían la primaria (33%), lo que se identificó fue que las mujeres con menor grado escolar tienden a ser más propensas a adquirir la infección por VPH respecto a mujeres con mayor grado escolar, lo que inferimos que el grado de información sobre educación sexual es mayor en niveles escolares superiores.

Respecto a la ocupación, el rubro más afectado fueron las amas de casa con un 56% del total de la población seguido por las empleadas con un 19%, esto refleja que las amas de casa es el grupo más vulnerable para adquirir infecciones de transmisión sexual tales como el VPH.

En cuanto al estado civil cabe mencionar que las mujeres casadas tienden a ser en mayor proporción afectadas por el VPH, en este estudio 40% de las mujeres refirieron ser casadas, seguidas con un 33% por las mujeres solteras, las pacientes que vivían en unión libre fueron afectadas en un 23% y finalmente las mujeres divorciadas en un 4%. Se hace notar que las mujeres casadas tienden a ser el grupo más afectado por el VPH, muchas de estas ocasiones al considerar tener una pareja estable no se toman medidas de protección sexual pertinentes que pudieran disminuir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a las mujeres que presentaron ansiedad se determinó que las mujeres en cuanto a la edad el grupo más afectado fue el comprendido entre 30 a 39 años de edad, el grado de escolaridad fueron aquellas mujeres con grado máximo de estudios la secundaria, aquellas que refirieron como ocupación ser amas de casa, solteras.

En cuanto a las mujeres que presentaron depresión se encontró que el grupo etario más afectado fue de igual forma mujeres entre los 30 a 39 años de edad, con grado máximo de estudios secundaria de igual forma, amas de casa, casadas.

La finalidad de este estudio primordialmente fue demostrar que las mujeres que se les realiza un diagnóstico de infección por VPH, se ven afectadas emocionalmente de manera importante, reflejado ya sea en un cuadro de ansiedad o depresión, por lo que es conveniente además de todo el manejo médico de la patología de base, no dejar de lado la cuestión psicológica, es decir, debemos otorgarle a nuestras pacientes un manejo integral para que de esta manera su situación biopsicosocial se encuentre en condiciones óptimas que permitan un mejor pronóstico de su patología y que a su vez esto no traiga condiciones secundarias que dificulte su tratamiento y evolución.

Sugerencias:

- Identificar a las mujeres que cumplen con condiciones sociodemográficas vulnerables para desarrollar alteraciones emocionales
- Realizar diagnósticos oportunos de problemas emocionales en pacientes con infecciones de transmisión sexual, en este caso por VPH
- Referencia oportuna a especialistas para manejo de patologías psicológicas
- .Interacción constante entre especialistas para manejo integral oportuno de nuestras pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bosch F., Sanjosé, S. Castellsagué X. *Virus: oncogenic risk and new opportunities for prevention*. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet. Recuperado 20 febrero 2009 desde: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/23>
2. Torres-Lobatón A. *Cáncer ginecológico, diagnóstico y tratamiento*. México: Ed. McGraw Hill, 2004: 114-122
3. Wiesner C. Acosta J. Díaz A Tovar S. Salcedo H. (2009) Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio *Revista Colombiana de Cancerología*;13(3):145-156 recuperado el 16 marzo 2009 desde: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=61414&id_seccion=1161&id_ejemplar=6183&id_revista=92
4. Velázquez N. Vázquez L. Alvarado S. (2009): *Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos*. Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. *Cancerología* 4 19-29.
5. Dell DL, Chen H, Ahmad F, Stewart DE. Knowledge about human papilloma virus among adolescents. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96: 653-656.
6. Hernández C. Aguilar F. Toraño V. Sandoval L. Ceballos Z.(2006) Identificación de mecanismos de transmisión del virus papiloma humano en mujeres infectadas. *Revista de Enfermería IMSS* 14 (2): 75-79. recuperado el 12 febrero desde: <http://search.conduit.com/Results.aspx?q=Identificaci%C3%B3n+de+mecanismos+de+transmisi%C3%B3n+del+virus+papiloma+humano+en+mujeres+infectadas.+Revista+de+Enfermería+IMSS&meta=all&hl=es&gl=mx&SearchSourceOrigin=10&SelfSearch=1&ctid=CT2444523>
7. Falcón O, (2007. Mayo – Agosto) simposio. La infección por el virus del papiloma humano el virus del papiloma humano (hvp) causa necesaria para el cáncer de cérvix. *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. BSCP Can Ped Volumen 31, nº 2. Recuperado el 10 de febrero 2009 desde: http://www.comtf.es/pediatrica/Bol_2007_2/HPV_cancer_cervix.pdf*
8. Guimont Ch., Penault F. y Meisels A. Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia: Differences between low and high grade lesions. *American Journal of Epidemiology* 1994; 140 (8): 700-710.

9. Apgar B, Brorzman G, Spitzer M. Colposcopia: principios práctica. México: McGraw Hill Interamericana; 2003: 174-194
10. Parapar I. Taboada N. (2007 Abril-Junio) exeresis quirurgica radical como unico tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. *Colombia Médica* vol 38 No 2.
11. Barrón E. D. (2005) los virus del papiloma humano y el cáncer. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Número 15 Volumen 22 Semana 15 Del 10 al 16 de abril del 2005.recuperado desde : : <http://www.insp.mx/Portal/Inf/seminarios/presentaciones/elp.pdf>
12. Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z, (2000) Papillomavirus detection: demographic and behavioural characteristics influencing the identification of cervical disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 182: 257-264recuperado el 13 de marzo 2009 desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10694321>
13. Rubin JC. The pathological diagnosis of incipient carcinoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*, 62: 668. 1910
14. Grau A. Comas P. Suñer R. Peláez E. Sala L. Planas M. (2007) Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Anales de medicina interna* 24: 5; pp 212-216 recuperado el 12 de febrero 2009 desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000500001&script=sci_arttext
15. Castro A. Carrillo I. (2007) convergencias entre ansiedad y depresión en Universitarios Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Comité Universitario de Salud Universitaria. Obtenido el 14 de marzo 2009 desde: <http://www2.uacj.mx/UniversidadSaludable/memorias/documentos/PDF%20Resumenes/CONVERGENCIAS%20ENTRE%20ANSIEDAD%20Y%20DEPRESION%20EN%20UNIVERSITARIOS.pdf>
16. Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of highgrade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(18):1406-1414.
- 17 Meza M. Meléndez J. Morales F. Sánchez C. Espíndola J. (2008 Julio-Septiembre) Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología Reproducción Humana*, vol 22 No. 3.recuperado el 14 de marzo 2009 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip083a.pdf>

18. Coker A. Bond S. Madeleine M. Luchok K. Pirisi L. (2003) Psychosocial Stress and Cervical Neoplasia Risk .*Psychosomatic Medicine* 65:644–651
19. Morales-Carmona F, Díaz E, Espíndola G, Henales C, Meza P, Mota C, Pimentel D. Psicopatología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Ámbitos profesionales. Vol. 2. Universidad Iberoamericana-University of Scranton NY: Manual Moderno; 2006, p. 57- 67.
20. Da Silva ML, Jiménez MT. Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadores de VPH. *Ginecol Obsteric Mex* 2005; 73 (10): 531-536.
21. MoralesT. et al. (2008) Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*; 46 (5): 479-484
22. Mykletun A. Stordal E. Dahl A.(2001) Hospital anxiety and depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of psychiatry* 179: 540-544.recuperado el 10 de febrero 2009 desde: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/179/6/540>
23. Rico J. Restrepo M. Molina M. (2005) adaptación y validación de la escala hospitalaria de Ansiedad y depresión (had) en una muestra de pacientes Con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medición* (3), 73-86
24. Lartigue T. Casanova G. Ortiz J.Aranda C. (2004) Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatología reproducción humana*, 18: 73-90 recuperado el 18 de febrero 2009 desde: <http://www.inper.edu.mx/revista/pdf/IndicadoresdeMalestarEmocional.pdf>
25. Meza M.(2008) influencia de los estilos de afrontamiento, depresión y ansiedad sobre la adaptación a la enfermedad en mujeres con infección por virus de papiloma humano. Instituto politécnico nacional.
26. Diccionario de Real Academia Española, (1992, Madrid), 25ª Edición, (2): 56-65.
27. CÓDIGO DE NÚREMBERG. Tribunal Internacional de Núremberg1947 www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf
28. El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación Biomédica y del comportamiento de investigación biomédica y del comportamiento

<http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont>

29. Ramírez N. (2002) Declaración de Helsinki sobre ética en investigación médica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 2(1), 5-9. Recuperado el 22 de septiembre de 2008 desde:

http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica%20vol2_num1/vol2_num1/articulos/declaracion_helsinki.html

30. Ley General Salud. (2007, 19 de junio) Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios Centro de Documentación, Información y Análisis. México. Recuperado el 18 de octubre de 2007 desde:

http://www.seguropopular.salud.gob.mx/descargas/marco_juridico/07_01_lgs.pdf.

31. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2006, 30 de noviembre) Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial. México. Recuperado el 5 de mayo de 2007 desde:

<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7F41493C-9E46-466A-AE6E-481D66EC2871/0/smedicos.pdf>

Anexos

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD

FOLIO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por medio de la presente **acepto participar en el proyecto de investigación** titulado **“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES CON INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”**, inscrito ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el registro número _____.

Los objetivos del estudio son: 1) Determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión en mujeres con infección por Virus del papiloma humano en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder el cuestionario sobre la frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres con diagnóstico de infección por virus del papiloma humano. Declaro que se me ha informado ampliamente que los resultados no afectarán en lo absoluto mi integridad como persona y derechohabiente del IMSS y que los resultados serán utilizados confidencial y anónimamente.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi identidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Entiendo que, de considerarlo conveniente, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello afecte mi afiliación al instituto.

PARTICIPANTE

Nombre y firma

INVESTIGADOR

Nombre, firma y matrícula

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Este estudio se realizó con la finalidad de mejorar la atención de las pacientes con alguna patología cervico-uterina a causa de infección del Virus del Papiloma Humano, ya que si este estudio demuestra que el diagnóstico provoca alguna alteración emocional, se podrá iniciar manejo psicológico oportuno, y de ésta forma tratar a la paciente de forma integral.

ANEXO 2

1. **Nombre**
2. **Numero de afiliación:** _____
3. **Sexo:** _____
4. **Lugar de residencia:** _____
5. **Fecha de diagnóstico:** _____
6. **Consultorio:** _____
7. **Turno:** _____
8. **Edad de inicio de vida sexual activa:** _____

Marque con una x alguna de las siguientes opciones que crea conveniente:

9. **¿Cuál es su edad?** _____

- a) Menos de 20 años
- b) Entre 20 y 39 años
- c) 40 años o más

10. **¿Cuál es su ocupación?**

- | | |
|----------------|-----------------------|
| a) Ama de casa | d) obrera |
| b) Desempleada | e) Empleada comercial |
| c) Campesina | f) Profesionista |

11. ¿Qué escolaridad tiene?

- a) Sin escolaridad
- b) primaria
- c) Secundaria
- d) Medio superior
- e) Superior
- f) Posgrado
- g) Carrera Técnica

12. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Divorciada
- e) Viuda



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

ANEXO 3

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
DR. A.S. Zigmong, R.P. Snaith

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
 3. Casi todo el día
 2. Gran parte del día
 1. De vez en cuando
 0. Nunca

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
 0. Ciertamente, igual que antes
 1. No tanto como antes
 2. Solamente un poco
 3. Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
 3. Sí, y muy intenso
 2. Sí, pero no muy intenso
 1. Sí, pero no me preocupa
 0. No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 0. Igual que siempre
 1. Actualmente, algo menos
 2. Actualmente, mucho menos
 3. Actualmente, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
3. Casi todo el día
 2. Gran parte del día
 1. De vez en cuando
 0. Nunca
6. Me siento alegre:
3. Nunca
 2. Muy pocas veces
 1. En algunas ocasiones
 0. Gran parte del día
7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
0. Siempre
 1. A menudo
 2. Raras veces
 3. Nunca
8. Me siento lento/a y torpe:
3. Gran parte del día
 2. A menudo
 1. A veces
 0. Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:
0. Nunca
 1. Sólo en algunas ocasiones
 2. A menudo
 3. Muy a menudo
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
3. Completamente
 2. No me cuido como debería hacerlo
 1. Es posible que no me cuide como debiera
 0. Me cuido como siempre lo he hecho
11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
3. Realmente mucho
 2. Bastante
 1. No mucho
 0. En absoluto
12. Espero las cosas con ilusión:
0. Como siempre
 1. Algo menos que antes
 2. Mucho menos que antes
 3. En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

