



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 20 VALLEJO**

**AUTOPERCEPCIÓN PSICO-AFECTIVA DE LAS MUJERES ANTE EL  
DIAGNÓSTICO DE IVPH DEL HGP 3-A**

**TESIS**

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

**PRESENTA:**

**DRA. LAURA SANTILLAN TRINIDAD**

**TUTORA:**

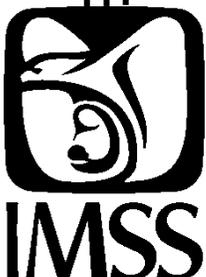
**DRA. SILVIA ANGÉLICA GORDILLO RODRÍGUEZ**

**ASESOR METODOLOGICO:**

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

GENERACION: 2014-2017

CIUDAD DE MEXICO 2016





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.

**TUTORA**

---

**DRA. SILVIA ANGÉLICA GORDILLO RODRÍGUEZ  
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA  
HOSPITAL GINECO-PEDIATRÍA 3-A. IMSS**

**ASESOR METODOLÓGICO**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR UMF 20, IMSS.**

**VO. BO.**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR UMF 20, IMSS.**

**VO. BO.**

---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN  
SALUD UMF 20, IMSS.**

## DEDICATORIA

Primero que nada a Dios, que me da la oportunidad a mí y a mi familia de cumplir cada una de las metas que nos proponemos.

A mi madre que es una mujer que me ha enseñado que todo en esta vida se puede, que solo es cuestión de decisión. Que ha creído en mí en todo momento, que aun en momentos difíciles he tratado ser un buen médico como me lo ha inculcado. Te amo mamá. Gracias por todos los sacrificios, que nunca te los podre pagar con nada.

A mi padre por el impulso, ahora te digo que llegamos al final del maratón, que aunque no fue fácil, porque en este maratón hubo obstáculos, pero que con el esfuerzo siempre hay logros.

A mi hermana Maricela que ha sido más que eso, una de las mejores amigas que he tenido, con su madurez ha sabido escucharme y en algún momento aconsejarme de la mejor manera. A mi hermano David que aun a pesar de mis caídas he demostrado que lo importante no es caer, sino saberse levantar y continuar. Los amo

A mi sobrina Naomi que es una personita que nos ha dado grandes lecciones de vida, a su corta edad.

A ti Miguel Ángel, que eres una persona importante en mi vida, por todo el tiempo maravilloso que he pasado a tu lado. Te amo

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Dios, a mis padres, por permitirme vivir esta vida, por enseñarme lo valioso que es salir a delante.

También quiero agradecer de una manera especial a mi asesora de tesis Dra Santa Vega Mendoza quien con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis, desde su inicio hasta su culminación.

Al igual a mi tutora de tesis, la Dra Silvia A. Gordillo quien apoyo este proyecto desde su inicio. Gracias

Agradezco a cada una de las rotaciones donde estuve, ya que cada uno de los médicos con los que estuve aportó un poco de todo su conocimiento para mi formación

Finalmente y no menos importantes agradezco a mis dos grandes compañeras, amigas de la especialidad Hilda e Ivette por el apoyo mutuo. Sé que fueron unas de las personas más honestas que conocí en esta etapa de mi formación.

## ÍNDICE

**RESUMEN**

**TITULO**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>14</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
<b>SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>

## RESUMEN

### AUTOPERCEPCIÓN PSICO-AFECTIVA DE LAS MUJERES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE IVPH DEL HGP 3-A

Santillan Trinidad Laura<sup>1</sup>, Gordillo Rodríguez Silvia A.<sup>2</sup> Vega Mendoza Santa<sup>3</sup>

1. Médico Residente de Medicina Familiar de la UMF20, IMSS.
2. Médico Gineco-obstetra HGP3-A, Departamento de displasias.
3. Médico Familiar, Profesor del Curso de especialización en Medicina Familiar UMF20,IMSS.

El virus de papiloma humano principal causa de ETS que afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece sino también la psicológica y social. **OBJETIVO:** Identificar la autopercepción psico-afectiva de las mujeres ante el diagnóstico de IVPH del HGP 3-A. **MATERIAL Y METODOS:** estudio analítico en 144 mujeres con IVPH del HGP 3-A. Previo consentimiento informado se aplicará encuesta con datos generales, Cuestionario General de Salud de GOLDBERG, y Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). Estadística descriptiva y Ji2 con paquetes estadístico SPSS. **RESULTADOS:** Edad 36 ±9.3 años, universitaria y preparatoria el 30.6% (44), empleadas 45.1% (65), casadas 38.2% (55), tiempo de diagnóstico 3-4 años un 34.7%(50). En estado de salud; 30.6% (44) alteración del estado somático y 44.4%(64) (p=0.000) ansiedad, 29.2% (42) (p=0.008) disfunción social y 10.4% (15) (p=0.123) depresión. En el estado psico-afectivo 57.6%(83) ansiedad 68.8%(99, depresión 59.0%(85), hostilidad 58.3%(84) y alegría 2.8%(4). **CONCLUSIONES:** Se observa que las pacientes con IVPH presentan mucha ansiedad con estado afectivo negativa partir del diagnóstico de dicha enfermedad.

**PALABRAS CLAVES:** IVPH, mujeres, autopercepción, psicológico, afectivo.

## ABSTRACT

### AUTOPERCEPTION PSICO-AFECTIVA OF THE WOMEN BEFORE THE DIAGNOSIS OF IVPH OF THE HGP 3A.

Santillan Trinidad Laura<sup>1</sup>, Gordillo Rodríguez Silvia A.<sup>2</sup> Vega Mendoza Santa<sup>3</sup>

1. Resident of Familiar Medicine of the UMF # 20 of the IMSS
2. Doctor Gineco-Obstetric HGP3-A, Department of dysplasia.
3. Familiar doctor, Teacher of the Course of specialization in Familiar Medicine UMF20, IMSS

The human papilloma virus main cause of ETS that affects not only the biological sphere of the one who endures it but also the psychological and social one. **TARGET:** To identify the psico-affective auto-perception of the women before the diagnosis of IVPH of the HGP-3A. **MATERIAL AND METHODS:** analytical study in 144 women with IVPH of the HGP-3A. Informed previous assent will apply survey to itself with general information, General Questionnaire of Health of GOLDBERG, and Scale of Evaluation of the State of Fortitude (EVEA). Statistics descriptica and Ji2 with bundles statistician SPSS. **RESULTS:** Age 36  $\pm$ 9.3 years, university and preparatory 30.6 % (44), used 45.1 % (65), married 38.2 % (55), diagnosis time 3-4 years 34.7 % (50). In state of health; 30.6 % (44) alteration of the somatic state and 44.4 % (64) (p=0.000) anxiety, 29.2 % (42) (p=0.008) social malfunction and 10.4 % (15) (p=0.123) depression. In the psico-affective state 57.6 % (83) anxiety 68.8 % (99, depression 59.0 % (85), hostility 58.3 % (84) and happiness 2.8 % (4). **CONCLUSIONS:** Denial observes that the patients with IVPH present many anxiety with the affective state to depart from the diagnosis of the above mentioned illness.

**KEY WORDS:** IVPH, women, auto perception, psychological, affective.

**AUTOPERCEPCIÓN PSICO-AFECTIVA DE LAS MUJERES ANTE  
EL DIAGNÓSTICO DE IVPH DEL HGP 3-A**

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el virus del papiloma humano es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en la población mexicana una de cada 10 mujeres es portadora del VPH, según estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología de la SSA.<sup>1</sup> Uno de los principales factores de riesgo, es el inicio de una vida sexual a edad temprana, no utilizar métodos de barrera, tener múltiples parejas sexuales, por lo que fue necesario realizar estudios de tamizaje, para poder clasificar a probables mujeres VPH positivo y posterior realizar un estudio definitivo para corroborar dicho diagnóstico. Ante tal diagnóstico fue necesario saber cuál era la autopercepción psicoafectiva de las mujeres, conocer que sentimientos manifiestan ante tal situación, ya que en múltiples estudios se ha observado que las mujeres describen sentirse estigmatizadas, ansiosas y estresadas, preocupadas por sus relaciones sexuales.<sup>2</sup> La respuesta general de las mujeres a un resultado positivo de VPH era uno de angustia, ansiedad y malestar. Esto fue combinado con la ansiedad sobre el riesgo de cáncer. Actualmente se sabe que el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer. Sin embargo gracias a la citología y a la colposcopia se pueden detectar tempranamente y tratar oportunamente, reduciendo el impacto de esta enfermedad. La mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas a edades de 20 a 30 años; por tal razón es importante abarcar no solo el área física o biológica de la enfermedad; sino también el área psicológica que innegablemente se ve afectada, lo que facilitara el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por VPH.<sup>3</sup> Algunos autores refieren que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus.

La atención integral de la paciente con infección de VPH, demanda que se contemplen aspectos emocionales que se originan a partir de tal evento, para lo cual es relevante este estudio. Las respuestas que al respecto se obtengan, ampliarán el panorama del problema facilitando su identificación y manejo, lo que incluye la condición emocional, que indudablemente se ve afectada y que requiere de manejo profesional en aras de brindar a las mujeres una opción de tratamiento psicológico real e integral en esta infección de transmisión sexual.<sup>4</sup>

Al estudiar la percepción psico-afectiva que pueda presentarse la paciente con diagnóstico de VPH, el personal de salud podrá actuar de forma específica en cada una de las etapas que pueda afectar a la mujer. La investigación será un aporte incalculable ya que conoceremos las consecuencias psico-afectivas derivada de la infección de esta patología en las mujeres y con bases científicas poder enfatizar el sentimiento ante la enfermedad.

Este estudio pretende ayudar a los médicos del Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS) a conocer la respuesta psicoafectiva que puede tener la mujer ante el la IVPH e implementar programas de educación sexual dirigida al público en general y en especial a la mujer ya diagnosticada, a través de terapias individuales y/o grupales que les permita anímicamente afrontar y aceptar la enfermedad.

Actualmente el virus del papiloma humano es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en la población mexicana una de cada 10 mujeres es portadora del VPH La respuesta general de las mujeres a un resultado positivo de VPH era uno de angustia, ansiedad y malestar. Esto fue combinado con la ansiedad sobre el riesgo de cáncer. Cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas a edades de 20 a 30 años; por tal razón es importante abarcar no solo el área física o biológica de la enfermedad; sino también el área psicológica que innegablemente se ve afectada, lo que facilitara el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por VPH.

## MARCO TEORICO

El virus de papiloma humano, es la infección de transmisión sexual más común del mundo y la más frecuente en los Estados Unidos de América. La incidencia en el mundo aproximadamente es 10% y durante toda la vida el riesgo de exposición a la infección es de un 50 a 80%, esto varía de acuerdo a edad, localización geográfica y la frecuencia de tamizaje, dicho de otra manera; casi el 80% de la población mundial está expuesta a los 50 años de edad. Actualmente 20 millones de personas están infectadas y se estima que existirán más de 6 millones de nuevos casos al año, se sugiere además que tres de cada cuatro personas que tienen relaciones sexuales se infectarán en algún tiempo de sus vidas.<sup>5</sup>

La infección por el VPH es la enfermedad infecciosa de transmisión sexual más común en el mundo y prácticamente la causante del CaCu, ya que el ADN del VPH ha sido identificado entre el 99 y 99,7 % de las biopsias de pacientes con cáncer cervical. Asimismo, el CaCu es la segunda neoplasia más prevalente en la mujer a nivel global y la quinta causa de muerte por cáncer en la población femenina. Las infecciones por VPH ocurren sin que existan límites geográficos, color de la piel, edades, sexo o cultura. Actualmente, el grupo de mujeres comprendido entre los 20 y 24 años presenta mayor prevalencia del VPH comparados con otros grupos etarios de féminas y al mismo tiempo, los ginecólogos, patólogos, oncólogos y epidemiólogos vaticinan que el VPH se presentará en edades más tempranas, debido a que las relaciones sexuales en la población de jóvenes y adolescentes son más precoces y riesgosas. En un estudio realizado a estudiantes, en la Universidad de Seattle, Estados Unidos, se encontró que más del 20 % de ellos fue positivo al ADN del VPH a los 12 meses de iniciar sus relaciones sexuales y a los 36 meses aumentó a un 50 %. Actualmente, al menos 1 de cada 3 mujeres jóvenes sexualmente activas ha presentado una infección genital por VPH. Se estima que el CaCu afecta aproximadamente a 500 000 mujeres cada año y más de la mitad muere anualmente, además de que el 80 % de las mujeres que son diagnosticadas con CaCu viven en países en vías de desarrollo. La incidencia citohistológica es del 4 al 6 %, pero esto solo refleja el pico de "iceberg", ya que existen tres tipos de formas clínicas en que se presenta la infección por VPH: infección latente, subclínica y clínica.<sup>6</sup>

La incidencia de la infección clínica es del 2 %, citología de VPH positiva en 4 %, reacción en cadena de la polimerasa (PCR: siglas en inglés) positiva en 10 %. En estudios realizados a nivel mundial en pacientes con CaCu se identificó que los tipos de VPH más comunes en orden decreciente de su prevalencia fueron: VPH-16, -18, -33, -45, -31, -58, -52, -35, -59, -56, -51, -39, -6, -68, -73, -66 y -70. Particularmente, en África se comportó de manera muy semejante, donde se encontraron los tipos 16, 18, 33, 45, 35, 31, 58 y 52. En Asia, se observaron los tipos 16, 18, 58, 33, 52, 45, 31 y 35, y en Europa, se registraron los tipos 16, 18, 33, 31, 45, 35, 58 y 56. Al mismo tiempo, en América del Norte y América Central y del Sur se observaron los tipos 16, 18, 31, 33, 45, 52, 35 y 58; y 16, 18, 31, 45, 33, 58, 52 y 35 respectivamente. En investigaciones efectuadas en diferentes países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia, Alemania, España, Grecia, Italia, Brasil, Chile, Colombia, México, Argentina, Uganda, Sudáfrica, Corea del Sur y Australia se observó un aumento de la incidencia del VPH, con predominio de las edades comprendidas entre 20 y 30 años, donde las curvas de prevalencia presentaron un pico en las edades de la adolescencia y de la juventud, con un decrecimiento de la curva de prevalencia entre los 35 y 55 años y un aumento del pico en las edades comprendidas entre los 55 y 60 años de edad. Por otra parte, cerca de 6,2 millones de estadounidenses se infectan con VPH genital cada año. Además, se considera que hay más de 20 millones de personas infectadas con VPH en Estados Unidos de América, presentando una prevalencia del 13,3 %. En México, en un estudio realizado en el estado de Morelos, se observó una prevalencia del 14,5%. De la misma forma, se comportó en cuatro distritos de la capital colombiana, con una prevalencia del 14,9 %. En una investigación realizada en Chile se observó una prevalencia del 14,0 %. Asimismo, la prevalencia en Canadá fue del 9,9 %, en Sudáfrica 21 %, en Alemania 6,3 %, en Argentina 20,1 %, en España 9 %, Grecia 22,7 %, y en China 12,2 %.<sup>7</sup>

El virus de papiloma humano (VPH) en México ocupó el decimonoveno lugar de las veinte principales causas de enfermedades transmisibles, con un total de 36 333 casos en el 2011 una Tasa de incidencia nacional del 33.27% en el 2011. El grupo con mayor afección fue el de las mujeres en el rango de edad de 25 a 44 años a razón de 24 por cada hombre. Las entidades federativas que más presentaron mayor número de caso

fueron D.F 29%, Jalisco 11.2% y Nuevo León 5.8%, las que menos presentaron fueron Colima 0.1%, Durango 0.2% y Baja California Sur 0.4%. La Secretaría de Salud fue la institución con mayor número de casos (23 449), seguido por el IMSS (9 144), mientras que SEMAR (46) fue la que menos casos notificó.<sup>8</sup>

En México es la primera causa de muerte por enfermedades neoplásicas y además una de cada 10 mujeres es portadora del VPH, según estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología de la SSA siendo Veracruz el Estado que ocupa el segundo lugar de pacientes portadoras de VPH en el país. El desarrollo del cáncer depende en gran medida de la presencia de genotipos de VPH de alto riesgo; de ellos los más estudiados han sido el 16 y el 18, pero existen otros como el 58 y el 66, que también se encuentran presentes en Cáncer Cérvico-uterino, por lo que resulta importante su identificación.<sup>9</sup>

Esta patología afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece sino también las esferas psicológica y social, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, encontrando sentimientos de decepción, preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el temor a ser infectadas nuevamente, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta idea una fuente generadora de ansiedad. Se ha mencionado que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes como enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa. De manera específica, el estado de ansiedad ha sido referido como una reacción emocional compleja empleada por estas mujeres al interpretar esta situación como amenazante y por la preocupación de su estado de salud.<sup>10</sup>

En el artículo “condición emocional de las pacientes con infección del virus del papiloma humano” se detectó la presencia de alteraciones emocionales asociadas a la infección del VPH, compleja, que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como amenazantes. La intensidad y duración de tal estado, están determinadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa.<sup>11</sup>

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. Las mujeres hallaron contradictoria la información que presenta el VPH como algo serio, mientras se les decía que el virus es común y desaparecería por sí solo. Adicionalmente, saber que el VPH no siempre progresa a cáncer de cuello uterino no modificó la sensación generalizada de preocupación y miedo.<sup>12</sup>

Las mujeres viven la experiencia como un estigma, principalmente interno, basado en su autopercepción de culpa y vergüenza, al tener diagnósticos en estrecha vinculación con la sexualidad, fidelidad y creencias religiosas. La mayor parte de las mujeres no ha vivido un rechazo abierto y evidente por la enfermedad, es el proceso de estigma interno que se traduce en auto recriminación y autocensura.<sup>13</sup>

En las mujeres, el problema no es la promiscuidad, es la afección física y psicológica que le transmite a la mujer una sensación de pérdida por su condición de género ante su salud y su sexualidad.<sup>14</sup>

Sentimientos de decepción y preocupación por la curación. En la atribución de significado revelada por las mujeres, la decepción y la preocupación por el diagnóstico y la espera de la curación quedó de manifiesto en las descripciones. Miedo a las relaciones sexuales. El miedo de las mujeres a seguir teniendo relaciones sexuales después de haber sido infectadas por VPH se hizo presente, pues tenían miedo de contaminarse nuevamente.<sup>15</sup>

El CaCu, en comparación con el cáncer de mama y de endometrio, es el cáncer que paradójicamente reporta los mayores índices de depresión y afecciones emocionales. Esto se debe a que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento contribuyen a que las mujeres se mantengan más años libres de enfermedad, lo que hace que vivan más tiempo con miedo ante la amenaza de la recidiva. El efecto psicológico en la paciente es innegable pues se genera un desequilibrio emocional que requiere un manejo terapéutico integral. La Escala de Perfil Afectivo se documentó que 49.1% de

las participantes mostraban afectaciones para la sub-escala de malestar con un nivel alto, seguido de un 47.4% para la sub-escala de ansiedad.<sup>16</sup>

En el caso del virus, la persona portadora y su sistema familiar construyen significados asociados a los momentos de incertidumbre generados por el diagnóstico y evolución del virus. Por esta razón es importante comprender la forma en que dichos significados imbricados en las narraciones de las personas, pueden llegar a determinar la forma de asumir una posición personal y grupal que condiciona las actitudes y comportamientos frente a la aparición del virus. Las narrativas dominantes de la cultura pueden ocasionar percepciones negativas que inmovilizan a las familias ante situaciones como estas, generando significados como el de que la enfermedad es sinónimo de muerte y creencias de género que terminan juzgando a la mujer o al hombre en forma errónea.<sup>17</sup>

La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado.<sup>18</sup>

Las mujeres describen sentirse estigmatizadas, ansiosas y estresadas, preocupados por sus relaciones sexuales, y estaban preocupados por la divulgación de sus resultados a los demás. La respuesta general de las mujeres a un resultado positivo de VPH era uno de angustia, ansiedad y malestar. Mujeres se sentían sorprendidas al recibir un diagnóstico de una infección de la que tenía poca conciencia o entendimiento. Esto fue combinado con la ansiedad sobre el riesgo de cáncer.<sup>19</sup>

Las mujeres demandan atención en el servicio de medicina preventiva de esta unidad de primer nivel de atención, ya que se requiere una mayor labor de educación sexual, no solo en la concientización de la detención oportuna del VPH, sino de estos factores que influyen como causas suficientes para el desarrollo de la enfermedad y además ayuda para la afección psico-social que les afecta.<sup>20</sup>

Estas mujeres, al igual que cualquier otra pueden presentar cuadros depresivos de acuerdo a los Criterios para el episodio depresivo mayor del DSM IV<sup>21</sup>

- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.
  1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
  2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
  3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
  4. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
  5. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
  6. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
  7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
  8. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
    - A. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
    - B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
    - C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

- D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Además también pueden cumplir criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad como lo es la infección del virus del papiloma humano.

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.<sup>21</sup>

Los modelos de comportamiento: los cuales describe la influencia de las creencias en las conductas en salud y como ellas determinan la ejecución de dichas conductas. Esta acción es producto de la presencia de los siguientes componentes: primero, la percepción de que se es susceptible de sufrir una determinada enfermedad; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y tercero, que al tomar la decisión de ejecutar una acción factible y eficaz en particular,

puede ser beneficioso al reducir la susceptibilidad o la severidad del riesgo, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia y dolor entre otros.<sup>22</sup>

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas.<sup>23</sup>

A partir del diagnóstico se extiende sobre el enfermo un velo macabro suscitado por el estigma; el enfermo se vuelve un monstruo, la monstruosidad de la enfermedad se encuentra en la mezcla entre la vida y la muerte, su vida se convierte en una defensa de la vida misma y en una lucha contra la muerte.<sup>24</sup>

La calidad de vida es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida. La OMS la define como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".<sup>25</sup>

Las investigaciones muestran que las mujeres sienten ansiedad en relación con la prueba de VPH cuando sus dudas no son resueltas; si se proporciona información, su ansiedad es menor.<sup>26</sup>

Morales y Díaz; señalaron que la interpretación de la realidad puede ser condicionada por las carencias afectivas que se posean, lo cual constituye el parámetro a partir del cual se evalúa no solo el ejercicio de la sexualidad sino también a la pareja, la cual es percibida y evaluada independientemente de sus características objetivas de personalidad y carencias afectivas que se posean.<sup>1</sup>

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.<sup>10</sup>

Vásquez y cols. Refieren que las estrategias de afrontamiento orientadas predominantemente a la emoción, se deben a la asociación mental que se hace entre el cáncer y la muerte.<sup>14</sup>

Rolland (2000) recuerda que al el diagnóstico de una enfermedad, todas las familias sufren desajustes, provocando alteraciones, y aunque unas tienen la capacidad de ajustarse y adaptarse para responder a las exigencias de la enfermedad, otras no saben asumir la situación y entran en conflictos que las llevan a disolverse.<sup>15</sup>

El apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación.<sup>27</sup>

Este cuestionario fue elaborado por Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física.<sup>28</sup>

El cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ) se medirá de acuerdo a una Escala de tipo Likert con valor 0-3. Escala máxima de 36 puntos Escala mínima de 0 puntos. A su vez se subdivide en 4 subescalas. Califica percepción somática, disfunción social, ansiedad, depresión de las cuales cada subescala tendrá una puntuación 0-7 que nos indica ausencia de dicho malestar, y otra puntuación de 8-12 que nos indica presencia de dicho malestar.<sup>29</sup>

La Escala de Valoración del Estado de Ánimo es una escala formada por diferentes adjetivos que valoran cuatro estados de ánimo generales a saber, depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. Es una escala de carácter situacional, elaborada para detectar los

cambios que se puedan operar en esos estados producto de cambios ambientales y contextuales. Las cuatro subescalas presentan buenos ajustes psicométricos: elevados índices de consistencia interna (coeficiente alfa entre 0,88 y 0,93) buena estabilidad temporal independientes del contexto (correlaciones a los 7 y 25 minutos entre 0,55 y 0,88). Así mismo la escala muestra una adecuada estructura factorial (cuatro factores que se corresponden con las subescalas).<sup>30</sup>

Coefficientes de fiabilidad de consistencia interna que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad, entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría.<sup>30</sup>

La EVEA consiste en 16 ítems, cada uno compuesto por una escala gráfica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta a su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas inician con la palabra “me siento” y continua con un adjetivo que representan un estado de ánimo. La EVEA pretende evaluar 4 estados de ánimo: ansiedad, hostilidad, depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por 4 ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una subescala.<sup>31</sup>

En cuanto a la confiabilidad de EVEA, la consistencia interna de las cuatro subescalas es muy alta. Las medidas entre las correlaciones entre ítems para las cuatro subescalas son: depresión 0.66, hostilidad 0.78, alegría 0.77, ansiedad 0.75; mientras que los coeficientes alfa son: 0.88, 0.93, 0.93 y 0.92 respectivamente. También la confiabilidad Test-re test luego de 7 minutos es alta, con coeficientes de correlación de: 0.64 (depresión), 0.73 (hostilidad), 0.81 (alegría), 0.63 (ansiedad).<sup>32</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente se tiene una importante incidencia y prevalencia de la infección por virus del papiloma humano por tal motivo pretendemos conocer no solamente el manejo biológico que actualmente es apropiado; si no también el manejo psicológico y afectivo en el cual tenemos deficiencias, en el cual las mujeres necesitan mayor atención, como ya antes se había mencionado hay ocasiones el impacto emocional es causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la autopercepción psico-afectiva de las mujeres ante el diagnóstico de IVPH del HGP 3-A?

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **Objetivos generales:**

- Se determinó la autopercepción psico-afectiva de las mujeres ante el diagnóstico de IVPH del HGP 3-A

### **Objetivos específicos:**

- Se identificó aspectos generales de las mujeres con IVPH
- Se identificó la percepción del estado de salud de las mujeres con IVPH
- Se identificó la percepción de ansiedad, depresión, estado de la conducta y disfunción social.
- Se identificó conductas afectivas como: Negativos: irritado, enojado, molesto y enfadado. Positivos: alegre, optimista, satisfecha y contento.

## **HIPOTESIS**

Las pacientes con infección de VPH presentan más ansiedad, depresión y afectividad negativa.

Las pacientes con infección de VPH no presentan ansiedad, depresión y afectividad positiva.

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:**

### **CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO**

El estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en el Hospital Gineco-Pediatria 3A, ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional, Esq. Eje Fortuna S/N, Magdalena de Las Salinas, Gustavo A. Madero 07300 México, D. F. con Tutoría de la Dra. Silvia Angélica Gordillo Rodríguez y Dra Santa Vega Mendoza.

### **DISEÑO**

- Tipo de estudio: Analítico.
- Captación de la información: Prospectivo
- Medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- Por la presencia de un grupo control: Descriptivo
- Por la dirección del análisis: Transversal

**PERIODO DE ESTUDIO:** periodo 2016

### **GRUPOS DE ESTUDIO:**

- Mujeres con diagnóstico de IVPH en el HGP3-A

### **CRITERIOS DE ESTUDIO**

#### **a) Criterios de inclusión:**

- Mujeres con diagnóstico de IVPH
- Mujeres subsecuentes con diagnóstico de IVPH
- Mujeres sexualmente activas
- Mujeres de 18 a 55 años de edad
- Mujeres diagnosticadas dentro del IMSS

**b) Criterios de exclusión:**

- Mujeres en quienes no se corroboró el diagnóstico de IVPH
- Mujeres que no desearon participar en dicho estudio

**c) Criterios de eliminación:**

- Paciente que contestaron la encuesta y que decidieron retirarse del estudio.
- Encuestas mal llenadas

**Tamaño de la muestra:**

Tamaño total de la muestra para usuarias:

$$N = 4z_{\alpha}^2 P(1 - P) \div W^2$$

Con prevalencia del 27% en el IMSS.

Intervalo de confianza del: 95%

Amplitud del 15%

Margen de error de 0.5%, con una muestra total de 144 pacientes.

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se encuestaron a las pacientes que decidieron participar cuando acudieron a la consulta de displasias durante el periodo de estudio contemplado (Julio del 2016) hasta completar el tamaño de muestra.

## DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Operacional	Escala de medición
<b>Autopercepción Psico-afectivo</b>	Dependiente	Tener una autoimagen y comprender nuestro estado afectivo, emocional y mental. Emociones sentimientos, motivaciones, intereses, actitudes y habilidades, que determinen nuestra forma de ser.	EVEA el estado psico-afectivo : Ansiedad Depresión Hostilidad Alegría  Instrumento de percepción del estado de salud de Golberg para evaluar estado psicológico: Ansiedad Depresión Disfunción social Somatización  Como a continuación se menciona	Cualitativa nominal dicotómica  Cualitativa nominal dicotómica  Presente o ausente
<b>Áreas del estado salud. A) Somático</b>	Independiente	Percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares).	Escala de tipo Likert con valor 0-3. Escala máxima de 12 puntos Escala mínima de 0 puntos 0-7 ausencia 8-12 presencia	Se medirá de acuerdo al cuestionario general de salud de Goldberg
<b>Áreas del estado salud. B) Ansiedad</b>	Independiente	Síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad	Escala de tipo Likert con valor 0-3. Escala máxima de 12 puntos Escala mínima de 0 puntos 0-7 ausencia 8-12 presencia	Se medirá de acuerdo al cuestionario general de salud de Goldberg
<b>Áreas del estado salud. C) Disfunción social</b>	Independiente	Irrupción de actores que atentan contra el sistema o elementos que el sistema no ha contemplado debidamente y que, en consecuencia, afectan el correcto funcionamiento de éste.	Escala de tipo Likert con valor 0-3. Escala máxima de 36 puntos Escala mínima de 0 puntos 0-7 ausencia 8-12 presencia	Se medirá de acuerdo al cuestionario general de salud de Goldberg
<b>Áreas del estado salud. D) Depresión</b>	Independiente	Síntomas típicos de los trastornos del espectro depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos	Escala de tipo Likert con valor 0-3. Escala máxima de 36 puntos Escala mínima de 0	Se medirá de acuerdo al cuestionario general de salud

		corrientes	puntos 0-7 ausencia 8-12 presencia	de Goldberg
<b>Áreas psicoafectiva</b> <b>A) Afectividad positiva</b>	Independiente	Conjunto de sentimientos positivos que se refieren a la experiencia y el deseo de un bien, e implica un movimiento de atracción	escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo	Presente o ausente
<b>Áreas psicoafectiva</b> <b>B) Afectividad negativa</b>	Independiente	Experiencia de la aparición de un peligro o de algo que excede la posibilidad de control por parte del sujeto, incluye sentimientos desagradables	escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo	Se medirá en la escala EVEA
<b>Edad</b>	Independiente	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio	Se medirá en años cumplidos a través del interrogatorio	Cuantitativa De Razón
<b>Escolaridad</b>	Independiente	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada	Se medirá de acuerdo a: Primaria incompleta Primaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Técnico Universidad incompleta Universidad completa	Cualitativa Nominal politómica
<b>Estado civil</b>	Independiente	Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia	Se medirá de acuerdo a: Soltero Casado Unión libre Separado Viudo	Cualitativa Nominal politómica
<b>Ocupación</b>	Independiente	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	Se medirá de acuerdo a: Hogar Empleado Estudiante Profesionista Trabajo independiente Otro	Cualitativa nominal politómica
<b>Tiempo de diagnóstico con</b>	Independiente	Virus ADN pertenecientes a la familia	Se medirá de acuerdo a:	Cuantitativa de intervalo

IVPH		de los Papillomaviridae y representa una de las infecciones de transmisión sexual	1-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 9-12 meses Más de un año	
------	--	---	--	--

## DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio analítico, prospectivo, transversal, descriptivo, a las derechohabientes que acudieron a su tratamiento por infección de virus de papiloma humano del Hospital Gineco-Pediatría 3 A y que cumplieron los criterios de inclusión previo consentimiento informado, se aplicó la encuesta que está conformada por una ficha de datos generales, el Cuestionario General de Salud de GOLDBERG y la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), dentro de las instalaciones de consulta externa del IMSS en el HGP 3-A, sexualmente activas, de 18 a 55 años de edad, se les dio tiempo necesario para contestar el instrumento y evaluarlo sin la presencia de familiares. Cuando presentaron dificultad en la lectura, se aclaró sus dudas personalmente, se revisó al término el cuestionario para estar contestado en su totalidad y se dieron las gracias por su participación procediendo al análisis estadístico de los resultados.

Instrumentos utilizados:

El Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ) fue desarrollado por Golberg en 1972 con la intención de crear un instrumento de "screening" de los problemas afectivos, centrándose para ello en la detección del malestar psicológico más que en la identificación de categorías psicopatológicas más concretas.

El cuestionario General de Salud de GOLDBERG es auto administrado y recoge información multidimensional: evalúa el estado de salud general de la persona en 2 tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. El objetivo no es realizar diagnostico pero si detectar trastornos psicológicos en ambientes

no psiquiátricos. Tiene una fiabilidad del 0.90; validez: sensibilidad que oscila entre el 44 y 100% y una especificidad del 74 al 93%.

Fiabilidad. La consistencia interna de GHQ 60, 30 Y 12 ítems, oscila entre 0.82 y 0.93.

Fiabilidad del test GHQ-28 es de 0.90.

Validez, criterio:

- Sensibilidad /especificidad: la sensibilidad del conjunto oscila entre el 44% y 100, la especificidad entre el 74% y el 93%.
- Predictiva. Utilizando el GHQ-28, con un punto de corte de 5/6 se obtiene una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82% un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%. para un punto de corte de 6/7 se obtuvo una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% y un índice de mal clasificados del 15%
- Los parámetros de sensibilidad y especificidad de este instrumento avalan la aplicación del GHQ-28 como instrumento de screening y, en términos generales, las diferencias de unos estudios a otros pueden deberse a las diferentes muestras utilizadas o a la entrevista diagnóstica utilizada como criterio. Con la versión española del GHQ-28 informaron sensibilidad del 76,9% y especificidad del 90,2% para un punto de corte 6/7 y de una sensibilidad del 84,6% y especificidad del 82% para un punto de corte de 5/6.<sup>33</sup>

El GHQ-28 contiene 4 subescalas de 7 ítems cada una. Las cuatro subescalas miden: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión)

El cuestionario general de salud de Goldberg se medirá de acuerdo a una Escala de tipo Likert con valor 0-3. Escala máxima de 36 puntos Escala mínima de 0 puntos. A su vez se subdivide en 4 subescalas. Califica percepción somática, disfunción social, ansiedad, depresión de las cuales cada subescala tendrá una puntuación 0-7 que nos indica ausencia de dicho malestar, y otra puntuación de 8-12 que nos indica presencia de dicho malestar.

La EVEA consiste en 16 ítems, cada uno compuesto por una escala grafica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta a su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas inician con la palabra “me siento” y continua con un adjetivo que

representan un estado de ánimo. La EVEA pretende evaluar 4 estados de ánimo: ansiedad, hostilidad, depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por 4 ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una subescala. Para obtener una puntuación basta con sumar las valoraciones en los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4. De esta manera se obtienen 4 puntuaciones entre 0 y 10 que reflejan los estados depresivo, ansioso, hostil y alegre del sujeto en ese momento. Los adjetivos para medir ansiedad son: nervioso, tenso, ansioso e intranquilo, los adjetivos para medir depresión: triste, apagado, decaído, melancólico, los adjetivos para medir hostilidad: irritado, enojado, molesto y enfadado, los adjetivos para medir alegría: alegre, optimista, satisfecha y contento. El sujeto debe encerrar con un círculo el valor de 0 al 10 que indique mejor como se “siente ahora mismo”. \*Algunos investigadores prefieren no dividir la suma de las puntuaciones de los ítems de cada subescala por el número de ítems, y, en lugar de puntuaciones entre 0 y 10, obtienen puntuaciones en cada subescala que oscilan entre 0 y 40. En cualquier caso, una puntuación más alta en las subescalas de la EVEA indica, respectivamente, un mayor nivel de tristeza-depresión, ansiedad, hostilidad o alegría. Para interpretar las puntuaciones de las subescalas de la EVEA, también se pueden emplear los valores normativos (medias y desviaciones típicas) proporcionados por Sanz (2001, tabla 1) y obtenidos con una muestra de 402 estudiantes universitarios españoles evaluados de forma individual en una cabina de un laboratorio universitario. Dado que las puntuaciones de la EVEA se distribuyen aproximadamente de forma normal (salvo en el caso de la subescala de ira-hostilidad; Sanz, 2001), una puntuación que supere dos desviaciones típicas por encima de la media de la subescala correspondiente dejaría por debajo al 98% de la población de estudiantes universitarios españoles (se corresponde con el percentil 98 o puntuación T igual a 70).

Fiabilidad: Existen varios estudios que avalan la fiabilidad de la EVEA en diferentes muestras. Una revisión de tales estudios ha encontrado, a partir de muestras que totalizaban entre 542 y 1269 participantes, coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad, entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría.<sup>34</sup>

Validez: Existen varios estudios que han obtenido buenos índices de validez convergente de la EVEA, en especial de las subescalas de tristeza-depresión y ansiedad, al mostrar que sus subescalas correlacionan de forma moderada o alta en distintos tipos de población (estudiantes universitarios, pacientes con trastornos psicológicos, adultos de la población general, etc.) con otras medidas de autoinforme del estado de ánimo tales como las subescalas de afecto negativo y afecto positivo de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), con otras medidas de ansiedad tales como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) o las subescalas de ansiedad estado y rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), o con otras medidas de depresión tales como el Inventario de Depresión de Beck de 1978 (BDI-IA), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) o la Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung (SDS).<sup>34</sup>

## ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida a partir del Cuestionario General de Salud de GOLDBERG y la Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) se capturo en una base de datos de Excel utilizando paquetería office 2010. Windows 7; posteriormente se analizó con el programa estadístico SPSS; el análisis estadístico es descriptivo con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes; para asociación de variables se aplicará  $Ji^2$ .

## RESULTADOS

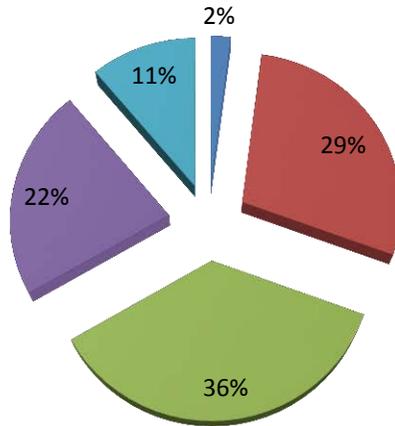
De las pacientes evaluadas con IVPH se observó que se tiene una media de  $36 \pm 9.3$  años, siendo el grupo de edad con mayor predominio el de 31 a 40 años en un 36.1% (52) seguida de las de 21 a 30 años con 28.5% (41), escolaridad universitaria y preparatoria el 30.6% (44) cada una respectivamente y el 19.4% (28) secundaria. Ocupación de predominio empleadas 45.1% (65), seguido de profesionistas con el 17.4% (25). Estado civil de predominio casadas 38.2% (55), seguido de solteras con 31.3% (45). Finalmente con un tiempo de diagnóstico con predominio de 3 a 4 años con un 34.7% (50), seguido del de 1 a 6 meses con 31.3% (45). (Tabla 1)

**TABLAS 1 Características generales de las pacientes con VPH en el HGP 3A del IMSS**

CARACTERISTICAS GENERALES	N	%
<b>EDAD</b>		
MENOS DE 20 AÑOS	3	2.1
21-30 AÑOS	41	28.5
31-40 AÑOS	52	36.1
41-50 AÑOS	32	22.2
MAS DE 51 AÑOS	16	11.1
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	19	13.2
Secundaria	28	19.4
Técnico	25	17.4
Preparatoria	28	19.4
Universidad	44	30.6
<b>OCUPACION</b>		
Hogar	36	25
Empleada	65	45.1
Estudiante	9	6.3
Profesionista	25	17.4
Trabajo independiente	8	5.6
Otra	1	0.7
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	45	31.3
Casada	55	38.2
Separado	21	14.6
Viuda	4	2.8
Unión libre	19	13.2
<b>TIEMPO DE DIAGNOSTICO</b>		
1-6meses	45	31.3
7-11meses	21	14.6
1-2años	50	34.7
3-4años	11	7.6
Mas 5 años	17	11.8

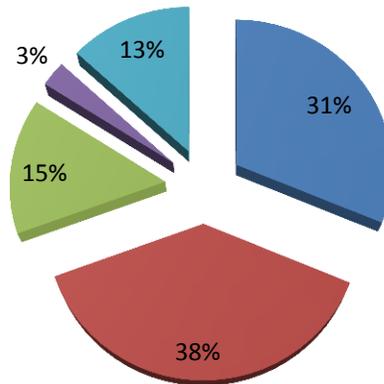
## EDAD

■ menos de 20 años ■ 21-30 años ■ 31-40 años ■ 41-50 años ■ mas de 51 años



## ESTADO CIVIL

■ soltera ■ casada ■ separada ■ viuda ■ union libre

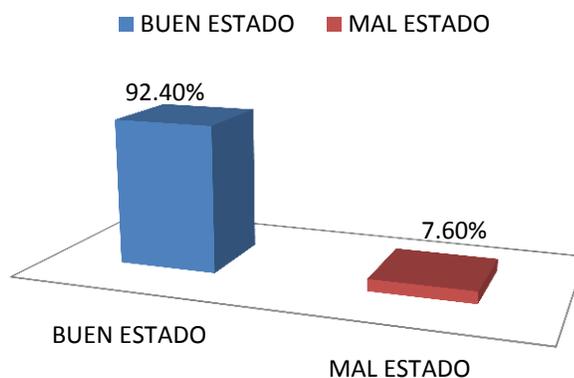


En cuanto a la salud psicológica el 92.4% (133) presento un buen estado de salud; sin embargo el 30.6% (44) presento alteración del estado somático y 44.4% (64) presentaron ansiedad, 29.2% (42) con alteración en la disfunción social y finalmente el 10.4% (15) depresión. (Tabla 2)

**TABLA 2 Estado de salud psicológico (general) de las pacientes con VPH en el HGP 3 A del IMSS**

Estado Psicológico	N	%
<b>Estado psicológico global (GOLDBERG)</b>		
Buen estado	133	92.4
Mal estado	11	7.6
<b>Áreas psicológicas de evaluación</b>		
<b>Somático</b>		
Si	44	30.6
No	100	69.4
<b>Ansiedad</b>		
Si	64	44.4
No	80	55.6
<b>Disfunción social</b>		
Si	42	29.2
No	102	70.8
<b>Depresión</b>		
Si	15	10.4
No	129	89.6

### ESTADO PSICOLÓGICO GLOBAL (GOLDBERG)

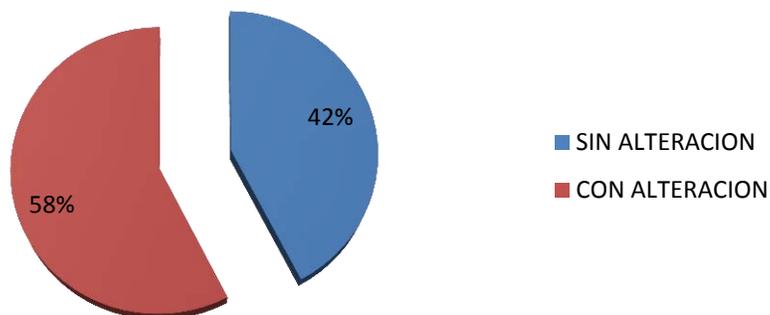


En cuanto al estado psico-afectivo 57.6% (83) se perciben con alteración, ansiedad 68.8% (99), depresión 59.0% (85), hostilidad 58.3% (84) y alegría 2.8% (4). (Tabla 3)

**TABLA 3 Psico-afectividad en las pacientes con VPH en el HGP 3 A del IMSS**

Psico-afectividad	N=144	%
<b>General</b>		
Sin alteración	61	42.4
Con alteración	83	57.6
<b>Áreas psico-afectivo</b>		
<b>Ansiedad</b>		
Si	99	68.8
No	45	31.3
<b>Hostilidad</b>		
Si	84	58.3
No	60	41.7
<b>Alegría</b>		
Si	4	2.8
No	140	97.2
<b>Depresión</b>		
Si	85	59.0
No	59	41.0

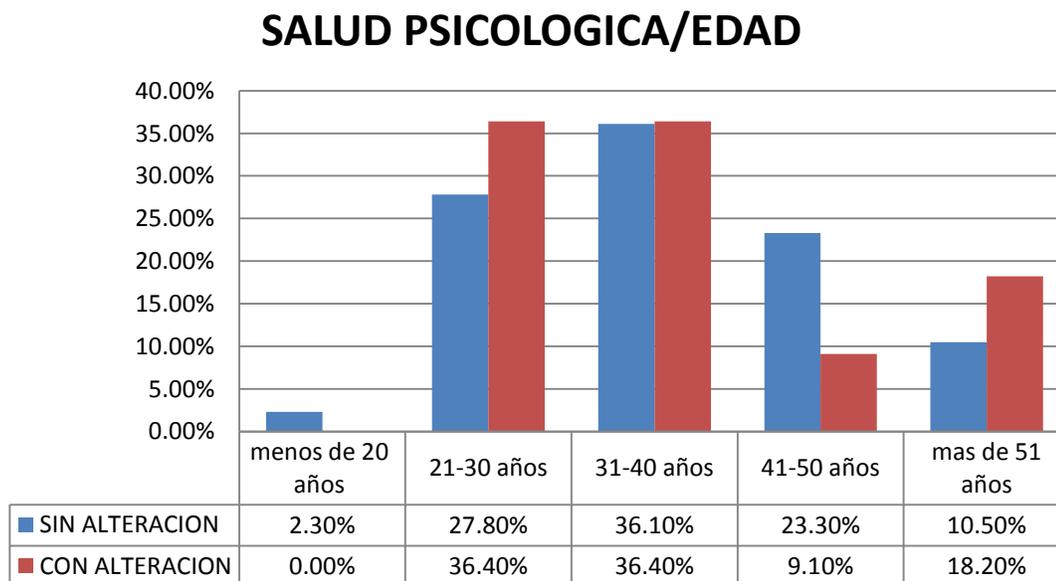
### PSICO-AFECTIVIDAD



Características generales en relación estado de salud psicológico. Edad 21 a 30 años y 31 a 40 años 36.4% (4) cada una respectivamente. Escolaridad de secundaria y técnico 27.3% (3), en cuanto a la ocupación hogar y empleadas 36.4% (4) cada una respectivamente, estado civil unión libre 36.4% (15), casadas 27.3% (3), con un predominio del tiempo de diagnóstico de 1 a 6 meses 36.4% (4), 1 a 2 años 27.3% (3). (Tabla4)

Comparación entre estado psico-afectivo y estado de salud psicológico 100% (11) ambas percepción. Áreas psicológicas ansiedad 31.3% (26), somatización 14.5% (12), disfunción social en un 7.2% (6), depresión con un 6% (5) (Tabla 5)

Características generales en relación con psico-afectividad. Edad 31 a 40 años en un 36.1% (52), 21 a 30 años en un 28.5% (41), escolaridad universitarias 33.7% (28), preparatoria 22.9% (19). Ocupación empleadas 44.6% (37), hogar con el 24.1% (20). Estado civil casadas 36.1% (30), solteras con 31.3% (26). Un tiempo de diagnóstico 1 a 2 años 32.5% (27), 1 a 6 meses con 27.7% (23). (Tabla 6)



**TABLA 4 Relación de salud psicológica con características generales en las pacientes con VPH en el HGP 3 A del IMSS**

CARACTERÍSTICAS GENERALES	SALUD PSICOLOGICA				
	SIN ALTERACION		CON ALTERACION		
	N=133	%	N=11	%	P*
<b>EDAD</b>					
MENOS DE 20 AÑOS	3	2.3	0	0.0	
21-30 AÑOS	37	27.8	4	36.4	
31-40 AÑOS	48	36.1	4	36.4	
41-50 AÑOS	31	23.3	1	9.1	
MAS DE 51 AÑOS	14	10.5	2	18.2	
<b>ESCOLARIDA</b>					.771
Primaria	18	13.5	1	9.1	
Secundaria	25	18.5	3	27.3	
Técnico	22	16.5	3	27.3	
Preparatoria	26	19.5	2	18.2	
Universidad	42	37.6	2	18.2	
<b>OCUPACION</b>					.017
Hogar	32	24.1	4	36.4	
Empleada	61	45.9	4	36.4	
Estudiante	9	6.8	0	0.0	
Profesionista	25	18.8	0	0.0	
Trabajo independiente	5	3.8	3	27.3	
Otra	1	0.8	0	0.0	
<b>ESTADO CIVIL</b>					.098
Soltera	43	32.3	2	18.2	
Casada	52	39.1	3	27.3	
Separado	20	15.0	1	9.1	
Viuda	3	2.3	1	9.1	
Unión libre	15	11.3	4	36.4	
<b>TIEMPO DE DIAGNOSTICO</b>					.673
1-6meses	41	30.8	4	36.4	
7-11meses	20	15.0	1	9.1	
1-2años	47	35.3	3	27.3	
3-4años	9	6.8	2	18.2	
Mas 5 años	16	12.0	1	9.1	

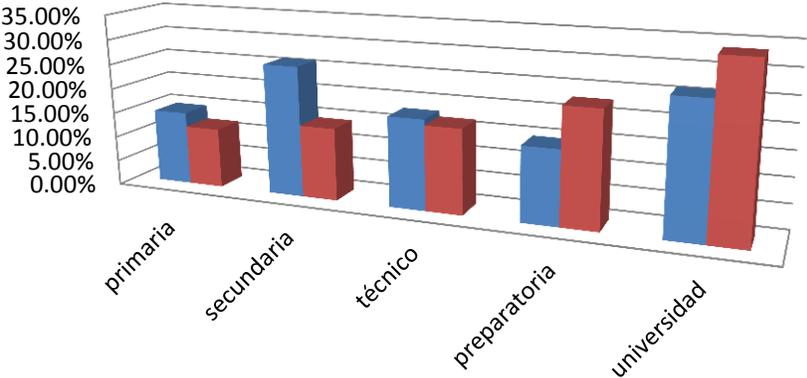
**TABLA 5. Estado psicológico con aspecto psico-afectivo en las pacientes con VPH en el HGP 3 A del IMSS**

PSICO-AFECTIVIDAD	ESTADO PSICOLOGICO				*P
	SIN ALTERACION		CON ALTERACION		
	N	%	N	%	
<b>EDO PSICOAFECTIVO</b>					
Sin alteración	61	45.9	0	0.0	.003
Con alteración	72	54.1	11	100.0	
<b>ÁREAS</b>					
<b>Somatización</b>					.008
Sin alteración	60	98.4	71	85.5	
Con alteración	1	1.6	12	14.5	
<b>Ansiedad</b>					.000
Sin alteración	58	95.1	57	68.7	
Con alteración	3	4.9	26	31.3	
<b>Disfunción social</b>					.123
Sin alteración	60	98.4	77	92.8	
Con alteración	1	1.6	6	7.2	
<b>Depresión</b>					.051
Sin alteración	61	100.0	78	94.0	
Con alteración	0	0.0	5	6.0	

**TABLA 6. Psico-afectividad y características generales en las pacientes con VPH en el HGP 3 A del IMSS**

CARACTERISTICAS GENERALES	PSICOAFECTIVIDAD				
	SIN ALTERACION		CON ALTERACION		P*
	N	%	N	%	
<b>EDAD</b>					
MENOS DE 20 AÑOS	3	4.9	0	0.0	
21-30 AÑOS	14	23.0	27	32.5	
31-40 AÑOS	16	26.2	36	43.4	
41-50 AÑOS	20	32.8	12	14.5	
MENOS DE 20 AÑOS	8	13.1	8	9.6	
<b>ESCOLARIDA</b>					.334
Primaria	9	14.8	10	12.0	
Secundaria	16	26.2	12	14.5	
Técnico	11	18	14	16.9	
Preparatoria	9	14.8	19	22.9	
Universidad	16	26.2	28	33.7	
<b>OCUPACION</b>					.626
Hogar	16	26.2	20	24.1	
Empleada	28	45.9	37	44.6	
Estudiante	5	8.2	4	4.8	
Profesionista	9	14.8	16	19.3	
Trabajo independiente	2	3.3	6	7.2	
Otra	1	1.6	0	0.0	
<b>ESTADO CIVIL</b>					.411
Soltera	19	31.1	26	31.3	
Casada	25	41.0	30	36.1	
Separado	9	14.8	12	14.5	
Viuda	3	4.9	1	1.2	
Unión libre	5	8.2	14	16.9	
<b>TIEMPO DE DIAGNOSTICO</b>					.492
1-6meses	22	36.1	23	27.7	
7-11meses	8	13.1	13	15.7	
1-2años	23	37.7	27	32.5	
3-4años	3	4.9	8	9.6	
Mas 5 años	5	8.2	12	14.5	

# PSICO-AFECTIVIDAD/ESCOLARIDAD



	primaria	secundaria	técnico	preparatoria	universidad
■ SIN ALTERACION	14.80%	26.20%	18.00%	14.80%	26.20%
■ CON ALTERACION	12.00%	14.50%	16.90%	22.90%	33.70%

## DISCUSIÓN

La infección por virus de papiloma humano (IVPH) es un problema de salud que amerita un abordaje integral en aras de proporcionar a la mujer que la padece una atención de calidad, abordando no solo el punto de vista biológico, sino también el punto de vista social y psicológico, ya que en este estudio se identificó que las mujeres con IVPH perciben afección de tipo negativo en el área afectiva hasta un sesenta por ciento manifestado por ansiedad en un setenta por ciento con daño a la salud casi el cincuenta por ciento.

El estudio realizado en este grupo de mujeres en edad reproductiva sobre perfil psicoafectivo ante el diagnóstico de virus de papiloma humano en cuanto a sus características generales fue lo siguiente: promedio de edad fue de  $36 \pm 9.3$  años, siendo el grupo de edad con mayor predominio el de la cuarta década seguido por el de la tercera década; escolaridad entre siete y quince años (secundaria a universidad). Ocupación empleada y profesionistas. **Meza MP y cols<sup>5</sup>**. En el 2011 realizaron un estudio de casos y controles de ***adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano*** para conocer si los estilos de afrontamiento, rasgos de depresión y ansiedad empleados por las mujeres con infección por virus de papiloma humano y cómo influyen sobre la adaptación a la enfermedad. La muestra total quedó conformada por 70 mujeres con infección por VPH cuyo promedio de edad fue 28.79 ( $\pm 7.58$ ) años. Escolaridad, la media de años escolares cursados fue de 11.19 ( $\pm 2.89$ ), lo que equivale a segundo año de bachillerato; respecto a la ocupación actual, 55.7% comentó dedicarse al hogar, 14.3% ser estudiantes, 7.1% empleadas de iniciativa privada, 5.7% desempleadas, 4.3% profesionistas, 4.3% burócratas, 2.9% actividad empresarial, 2.9% comerciantes y 2.9% empleadas domésticas. Nuestra muestra fue del doble que el estudio anteriormente comentado. Se percibe en nuestro estudio que entre mayor grado de escolaridad; se solicita mayor atención médica para el manejo del VPH.

Los niveles más altos de salud psicológica fueron los de ansiedad, estos resultados son similares a los reportado por **Macilla J y Col** En el 2008 se realizó un estudio de tipo comparativo en el INPer de la ***condición emocional de las pacientes con infección***

**del virus del papiloma humano**, el cual determino si entre las mujeres infectadas de VPH se encuentra una mayor tendencia a presentar ansiedad reactiva al evento, ansiedad como rasgo, malestar psicológico y auto concepto disminuido en comparación con mujeres no infectadas. En el cual se obtuvo en ansiedad-rasgo alcanzando una media de 42.7. Para ansiedad-estado una media 44.9 para grupo caso.<sup>6</sup> Al igual que en nuestras pacientes perciben el mismo porcentaje de ansiedad que en el estudio de Macilla J., del cuarenta y cuatro por ciento. **Meza MP y cols**<sup>5</sup>. En **adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano** De acuerdo al punto de corte establecido con el cuestionario general de salud (CGS), encontrando que del total de la muestra 26 mujeres presentaron malestar psicológico (37.1%) 84.6% presentó ansiedad rasgo, 80.8% ansiedad estado y 88.5% depresión. Nuestras pacientes perciben menos porcentaje a este estudio, que es hasta un cincuenta por ciento sin embargo nos encontramos al igual que los autores mencionados en un porcentaje alto con síntomas de ansiedad ante el diagnóstico y manejo de la enfermedad, observando que como cualquier estado patológico causa diferentes grados de ansiedad o conductas.

En el estudio también se utilizó la Escala de Valoración del Estado de Animo: para conocer que afecto predominaba entre nuestras pacientes. **Wiesner C y Col**<sup>7</sup>. Realizaron en el estudio **Efectos psicológicos y sociales que generan la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio**. Los efectos encontrados fueron ansiedad, rabia, vergüenza, culpa, zozobra por la demora de los resultados, miedo al cáncer y temor a tener relaciones sexuales y en el estudio de **Arellano MC y Col**<sup>8</sup>. **El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y CaCu en Hermosillo, Son** El sentir vergüenza por tener un diagnóstico de VPH y displasias influye en la decisión de compartir con otros la información, a quiénes y cómo decirlo, así como la búsqueda y construcción de una red de apoyo. En nuestro estudio al igual que en los dos descritos previamente, se percibe afección de tipo negativo ante la IVPH como lo es: irritado, enojado, molesto, enfadado, triste, apagado, decaído y melancolía.

**García G y Cols**<sup>11</sup> en el estudio **Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina**. En una muestra de 57 pacientes. De las cuales el 49.1% mostró puntuaciones altas para la subescala de malestar y 47.4% para ansiedad. En 43.9% se observó ausencia y niveles bajos de desesperanza. 12%

presentó alguna evidencia de ideación suicida. Las mujeres con displasias que reciben consejerías grupales desde el momento del diagnóstico, han demostrado un mejor afrontamiento de la enfermedad. En nuestro estudio ninguna de las mujeres ha recibido consejería de ninguna índole, por lo que no tienen una adecuada translaboración en el momento que reciben el diagnóstico.

En el estudio de **Marques ML y Col<sup>10</sup>**. ***Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH*** investiga el conocimiento de las mujeres en relación con el hecho de estar infectadas por el virus del papiloma humano y entender el significado atribuido por ellas a su situación de portadoras del VPH. Este estudio permitió comprender las percepciones de las mujeres portadoras de VPH e hizo posible la revelación de sentimientos de decepción, miedo a volver a tener relaciones sexuales, necesidad de cuidado consigo misma, ser optimista para el enfrentamiento de la enfermedad y conocimiento de la relación del VPH con el cáncer de cuello uterino. En el estudio anterior se llevó en práctica un instrumento cualitativo el cual solo hace referencia a los comentarios que tuvieron mayor auge entre las pacientes, comparado con nuestro estudio cualitativo el cual nos habla que la afección positiva (optimismo) solo se presentó en el 2.8% de nuestras pacientes, sin embargo la afección negativa se presenta en un 57.6%, lo que quiere decir que es importante llevar a cabo pláticas de educación sexual para prevenir complicaciones a largo plazo y conservar el bienestar en las esferas biopsicosociales para dar mejores estrategias de afrontamiento a un estado patológico que no solo es por motivos individuales, si no que involucra a la pareja.

**McCaffery K y Col<sup>14</sup>** en su estudio realizado en el Reino Unido ***Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study***. Examinaron el impacto social y psicológico de la prueba positiva para el VPH de acuerdo al serotipo encontrado. Donde la mujer describió sentirse estigmatizada, ansiosa y estresada, preocupada por sus relaciones sexuales y preocupadas por la revelación de su resultado a los demás. La ansiedad acerca de la infección fue determinada por el tipo de serotipo que se encontró ya que algunos eran cancerígenos. Los estudios de los que se hacen referencia y en nuestro estudio la mayoría de nuestras pacientes muestran ansiedad. Este estudio fue realizado en un país de primer nivel donde se cuenta con los recursos económico para determinar el serotipo, no a si

menos importante nuestro estudio, ya que pues se hace prevención secundaria, nuestras pacientes están en revisión semestralmente para evitar complicaciones como CaCu. Además la prueba del VPH debe ir acompañada de una amplia educación sanitaria para informar a las mujeres y para dejar de estigmatizar la IVPH para asegurar que se reduzca al mínimo cualquier impacto adverso de la infección que dañe el bienestar de la mujer.

**Waller J y Col** <sup>15</sup> en su estudio sobre **The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety**. Para probar que las mujeres que saben que el virus del papiloma humano (VPH) es sexualmente transmitido pueden llegar a tener niveles más altos de estigma, vergüenza y ansiedad. Si las mujeres que no son conscientes de la forma de transmisión pueden tener menores niveles de estigma, vergüenza y ansiedad. Se concluyó que en ambos grupos de mujeres se presenta ansiedad, pero que en el grupo donde se sabían que era transmitido por vía sexual tenían más estigma y vergüenza que en el grupo que no lo sabía. Es deber de todo medico dar a conocer a sus pacientes la forma de adquisición de cualquier enfermedad. Se corrobora que aunque no sepan la forma de adquirir la infección van a presentar cierto grado de ansiedad. Por tal motivo es importante abordar la esfera psicológica y social de cualquier patología.

## CONCLUSIONES:

De las pacientes evaluadas con diagnóstico de infección de virus de papiloma humano, se tiene una media de edad de 36 años con  $\pm 9.3$  DE, siendo el grupo de mayor predominio de 31 a 40 años de edad en un 36.1%, además la mayor parte de nuestras pacientes en estudio tienen una educación a nivel licenciatura, de las cuales representan el 30.6% , de acuerdo a su ocupación la mayoría son empleadas de las que representa 45.1% (65), de nuestra muestra de estudio el 38.2% son casadas, con un tiempo de diagnóstico en su mayoría de 1 a 2 años el cual representa el 34.7%.

Solo el 7.6% (11) de las pacientes evaluadas presento alteraciones en las 4 áreas psicológicas de evaluación.

De forma específica de cada área del estado psicológico; la que represento mayor afección fue ansiedad con un 44.4% (64), seguido por la sintomatología somática que represento el 30.6% (44)

Analizando las conductas afectivas se percibido alteración en un 57.6%. Evaluando cada una de ellas la que tuvo mayor predominio fue ansiedad con un 68.8% (99), que engloba la afectividad negativa. Con menor predominio afectividad positiva donde lo engloba la alegría con un 2.8% (4)

Por lo que en ambos estudios tanto para valorar el estado psicológico, como para valorar el estado afectivo, la ansiedad es el síntoma o estado con mayor predominio en las pacientes.

Se puede concluir que la esfera con mayor afección es el estado afectivo de manera negativa, ya que nuestras pacientes tienen muchos sentimientos ante la enfermedad que afectan su estado emocional.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda profundizar en la esfera psicológica y social de las mujeres cuando se encuentran ante tal diagnóstico de infección de virus de papiloma humano ya que no es algo que debemos subestimar. En el estudio se determinó una importante sintomatología de ansiedad y afecto negativo es por eso que las mujeres deben encontrar una adecuada calidad de vida en todo la extensión de un diagnóstico.

Manejar emociones desde el momento del diagnóstico, una información educativa sobre el virus de papiloma humano no solo en pacientes infectadas, si no a partir de los 15 años de edad o antes si iniciaron vida sexual activa. Hacer la prevención de realizar citología cervical (Papanicolaou) de acuerdo a la norma oficial. A pesar de estar en un segundo nivel, ser continuos como médicos familiares en manejo de emociones o rasgo de ansiedad o depresión en respuesta a la patología. Que la paciente tenga la percepción de que el medico se interesa en su manejo de manera integral y sobre todo en sus emociones.

## BIBLIOGRAFIA

1. Meza MP, Macilla J, Morales F, Sánchez C, Pimentel D, Carreño J. Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatol Reprod Hum.* 2011; 25 (1): 17-22
2. Waller J, Marlow L, Wardle J. the association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect.* 2007; 83 (2):155–159.
3. Meza Rodríguez MP. Influencia de los estilos de afrontamiento, depresión y ansiedad sobre la adaptación a la enfermedad en mujeres con infección por virus de papiloma humano. Tesis de licenciatura. México, Instituto Politécnico Nacional, diciembre 2008.
4. Pereira. I. Efectos del estado de ánimo inducido sobre el recuerdo de palabras cargadas afectivamente. Tesis (Lic.)Caracas; Universidad Católica Andrés Bello: 2005.
5. Alfaro C, Fournier M. Virus del Papiloma Humano. *Rev Med Costa Rica y Centro América.* 2013; 70 (606): 211-217
6. Zelada A, Fando RA. La pandemia subvalorada del siglo XXI: el virus del papiloma humano. Su repercusión en la patogenia del cáncer cervico-uterino. *Rev. CENIC Ciencias Biológicas [internet].* 2013 [citado Agosto 2013]; 44 (2): 1-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181227534004>
7. Ramírez J, Díaz MP, Yerena CE, Ortiz R. Prevalencia de virus de papiloma humano de alto riesgo tipo 52 y 66, en muestras endocervicales de población clínicamente sana con Papanicolaou normal, de la ciudad de Xalapa, ver., México. *Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, A.C. [internet].* 2009 [citado marzo 2009]; 34 (1): 101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57613001092>
8. SUIVE/DGE/SALUD/ Información Epidemiológica de Morbilidad. Anuario 2011, Secretaría Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Versión ejecutiva.
9. Macilla J, Meza MP, Morales F, Sánchez C, Pimentel D, Carreño J. Condición emocional de las pacientes con infección del virus del papiloma humano. *Perinatol Reprod Hum.* 2008; 22 (3): 168-173

10. Wiesner C, Acosta J, Díaz A, Tovar S, Salcedo H. Efectos psicológicos y sociales que generan la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Rev Colomb Cancerol*. 2009; 13 (3): 145-156.
11. Arellano MC, Castro MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y CaCu en Hermosillo, Son. *Estudios Sociales*. 2013; 21 (42): 263-278.
12. Vargas ER, Quiroz ED, Galicia L, Villarreal E. Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 22 (1):5-12.
13. Marques ML, Giménez G. Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol. Obst Mex*. 2005; 73 (10): 531-536.
14. García G, Joffre M, Martínez GM, Llanes A, Reyes V, Martínez JG. Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. *Alcmeon Rev Argent de Clínica Neuropsiquiatría*. 2011; 17 (1): 64-73.
15. Barbosa G, Vanegas G, Ángel J. Significados asignados por tres mujeres y su sistema familiar al diagnóstico y evolución del virus del papiloma humano. *Univ. Manuela Beltrán. Col*. 2011; 1 (2):106-122.
16. Alonso C, Bastos A. Intervención Psicológica en personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*. 2011; 2 (2):187-207.
17. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2006; 82 (2):169–174.
18. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 2003.
19. Cabrera D, Palacios R, Guzmán J. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. *Rev Med del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014; 52 (2):168-75.
20. Olimpia S, Gaytán E, Zamarripa J. Desempeño del personal de salud en la toma de las citologías cervicales: conocimientos teóricos y ejecución práctica. *Rev Ginecol Obstet Mex* 2014; 82 (5): 296-306
21. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología clínica y de la salud* 2009; 5(1):15-28.

22. González V. intervención psicológica en VIH/SIDA. Rev UAR/CHA 2009; 5(13): 49-63.
23. Montes LM.<sup>a</sup>, Mullíns JM<sup>a</sup>, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(2): 129-134
24. Maldonado L, Allen B, Lazcano E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre las necesidades de mujeres de Michoacán, México. Salud Pública de México 2014; 56 (5): 519-527.
25. González M, Ibáñez I. Cuestionario de salud general (GHQ-12): Comparación de dos modelos factoriales. Psiquiatría 2001; 5 (1):712-721
26. García V. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación Cubana. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(1):88-97.
27. Revilla L, Ríos A.M, Luna J.D. Utilización del cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria 2004;33(8):417-25.
28. Pañate W, Bethencourt JM. La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. Análisis y Modificación de Conducta 2010; 36(153-154): 19-32.
29. Sanz, J. Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: "La Escala de Valoración del Estado de Ánimo" (EVEA). Análisis y modificación de conducta 2001; 27(111) 71- 110.
30. Araujo Maggury Delgado Solange López Miriam. Actitud de las mujeres entre 15-25 años al ser diagnosticadas de infección por el virus papiloma humano en la consulta de infecciones de transmisión sexual del ambulatorio "Rosa María de Lira", Araguaita municipio Guacara estado Carabobo en el segundo semestre de 2006. Tesis de licenciatura. Venezuela, Valencia, marzo 2007.
31. Carrobles, J., Remor, E., Rodríguez-Alzamora. Afrontamiento, apoyo social percibido y diestres emocional en pacientes con infección por VIH. Psicothema 2003; 15(3): 420-426.
32. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas. Disponible en:

[http://www.fisterra.com/recursos\\_web/mbr/vancouver.htm](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbr/vancouver.htm). Acceso 29 de marzo del 2001.

33. Moreno, P., Lozano. O., Rojas. A. Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. Universidad de Huelva. Departamento de Psicología Clínica 2010; 22(1):65-72.
34. Sanz, J., Gutiérrez, S., García, M. Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA): una revisión. Ansiedad y estrés, ISSN 2014; 20 (1): 27- 49.

# 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:	Autopercepción psico-afectiva de las mujeres ante el diagnóstico de IVPH del HGP 3-A
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital Gineco-Pediatría 3-A. IMSS Av. Instituto Politécnico Nacional s/n Col. Magdalena de las Salinas. Del. Gustavo A Madero, México D.F a: _____ de _____ del 2016
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Actualmente se tiene una importante incidencia y prevalencia de la infección por virus del papiloma humano pero el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes. Este estudio pretende ayudar a los médicos del Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS) a conocer la respuesta psicoafectiva que puede tener la mujer ante infección e implementar programas de educación sexual dirigida al público en general y en especial a la mujer ya diagnosticada, a través de terapias individuales y/o grupales que les permita anímicamente afrontar y aceptar la enfermedad. Siendo el objetivo de nuestro estudio: Identificarla autopercepción psico-afectiva de las mujeres ante el diagnóstico de IVPH del HGP 3-A
Procedimientos:	Aplicar encuesta de datos generales, cuestionario para identificar el estado general de salud y Escala de valoración del estado de ánimo.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Proporcionar al médico conocimientos sobre aspectos afectivos y psicológicos que presentan las pacientes con VPH y se les pueda otorgar una atención integral y de más calidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de las participantes, el reporte se hará de manera global de dichos datos y solo de manera académica y los resultados personales se entregaran si el participante así lo desea.
Participación o retiro:	Podrá participar todas las mujeres si cumplen con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado y en caso de que la mujer se quiera retirar lo podrá hacer sin repercusión alguna. Participaran por libre decisión y en caso de retiro se eliminara la encuesta sin repercusión
Privacidad y confidencialidad:	Apegados a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la ley general de salud. La privacidad positiva de los resultados serán manejados con confidencialidad, solo reportados para cuestiones académicas, revisado por médicos para el adecuado manejo de infección de VPH y evitar así la mala praxis
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<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):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	_____
Presenta la alumna:	Dra. Laura Santillan Trinidad, Residente de Segundo Año de Medicina Familiar, Matricula: 98351823, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas México D.F., tel.: 87554422 ext. 15320 y 15368 cel. 55 1937 6703, E-mail: <a href="mailto:laura_trebol2107@hotmail.com">laura_trebol2107@hotmail.com</a>
Investigador Responsable:	Dra. Silvia Angélica Gordillo Rodríguez, Médico especialista en Gineco Obstetricia, Matricula: 11023597 Adscripción al Hospital Gineco-Pediatría 3-A. IMSS Av. Instituto Politécnico Nacional s/n Col. Magdalena de las Salinas México D.F. Tel.: 57 47 35 00; Ext.: 25705 E-mail: <a href="mailto:sagordillor@hotmail.com">sagordillor@hotmail.com</a>
Colaboradores:	Dra. Santa Vega Mendoza Médico Especialista en Medicina Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. Mat11660511. Adscripción Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas México D.F. Tel: 87554422 ext. 15320 y 15368 E-mail: <a href="mailto:drasanta.vega0473@yahoo.com.mx">drasanta.vega0473@yahoo.com.mx</a> y <a href="mailto:santa.vega@imss.gob.mx">santa.vega@imss.gob.mx</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del sujeto  Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

La presente encuesta consta de 3 partes primero ficha de datos generales de las pacientes en quienes ya se había confirmado el diagnóstico de IVPH por lo tanto eran subsecuentes, la segunda parte consistió en contestar el cuestionario de salud general y finalmente contestaron un recuadro que corresponde a una valoración del estado de ánimo.

Fecha de realización de cuestionario: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Desde cuando sabe que tiene Virus de Papiloma Humano \_\_\_\_\_

3. Grado de escolaridad: Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_  
Universidad \_\_\_\_\_

4. Estado civil: Soltero (a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_  
Unión libre \_\_\_\_\_

5. Ocupación: Hogar \_\_\_\_\_ Empleado(a) \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ Profesionista \_\_\_\_\_  
Trabajo independiente \_\_\_\_\_ Otro especifique \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Salud General de Golberg 28 items**

Recuerde que sólo debe responder a partir del diagnóstico de infección de virus de papiloma humano (VPH), no sobre lo que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

**Escala A**

1. Se ha sentido perfectamente de salud y en plena forma
  - a) Mejor que lo habitual
  - b) Igual que lo habitual
  - c) Menos que lo habitual
  - d) Mucho menos que lo habitual
  
2. Ha tenido la sensación de que necesita un medicamento para mejorar su salud
  - a) No, en absoluto
  - b) No más que lo habitual
  - c) Bastante más que lo habitual
  - d) Mucho más
  
3. Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada
  - a) No, en absoluto
  - b) No más que lo habitual
  - c) Bastante más que lo habitual
  - d) Mucho más

4. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

5. Ha padecido dolores de cabeza

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

6. Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

7. Ha tenido oleadas de calor o escalofríos

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

### **Escala B**

8. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

9. Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tiron toda la noche

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

10. Se ha notado constantemente agobiado y en tensión

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

11. Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

12. Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

13. Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

14. Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

### **Escala C**

15. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo

- a) Más activo que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos útil que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

16. Le cuesta más tiempo hacer las cosas

- a) Más rápido que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Más tiempo que lo habitual
- d) Mucho más que lo habitual

17. Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien

- a) Mejor que lo habitual
- b) Aproximadamente lo mismo
- c) Peor que lo habitual
- d) Mucho peor que lo habitual

18. **Se** ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas

- a) Más satisfecho
- b) Aproximadamente lo mismo
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos satisfecho que lo habitual

19. **Ha** sentido que está jugando un papel útil en la vida

- a) Más útil que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos útil que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

20. **Se** ha sentido capaz de tomar decisiones

- a) Más que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos útil que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

21. **Ha** sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día

- a) Más que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos útil que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

#### **Escala D**

22. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más que lo habitual

23. Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

24. Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

25. Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”

- a) Claramente no
- b) Me parece que no
- c) Se me ha pasado por la mente
- d) Claramente lo he pensado

26. Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

27. Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo

- a) No, en absoluto
- b) No más que lo habitual
- c) Bastante más que lo habitual
- d) Mucho más

28. Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza

- a) Claramente no
- b) Me parece que no
- c) Se me ha pasado por la mente
- d) Claramente lo he pensado

### Escala de Valoración del Estado de Animo (EVEA)

A continuación encontraras una serie de frases que van encaminadas en el momento que le dieron el diagnostico de Infección Virus de Papiloma Humano, relacionado con los sentimientos que sintió en ese momento. Marque con una X con la frase que más se identificó en ese momento.

	Nunca	Casi nunca	Muy pocas veces	Pocas veces	Algunas veces	Ocasionalmente	Muchas veces	Frecuente	Muy frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Me sentí nerviosa											
Me sentí irritada											
Me sentí alegre											
Me sentí melancólica											
Me sentí tensa											
Me sentí optimista											
Me sentí decaída											
Me sentí enojada											
Me sentí ansiosa											
Me sentí apagada											
Me sentí molesta											
Me sentí satisfecha											
Me sentí intranquila											
Me sentí enfadada											
Me sentí contenta											
Me sentí triste											