



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”**

**“DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES RELACIONADAS AL
DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HOSPITAL
GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ EN EL PERIODO DEL 2022 AL 2023”.**

TÉSIS:

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. KATHERINE RAMÍREZ FUENTES

ASESOR:

DRA. LIZETTE MANZO CARRILLO

**MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO A LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”**

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

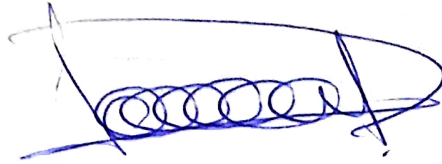
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

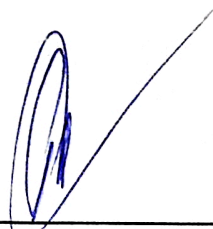
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

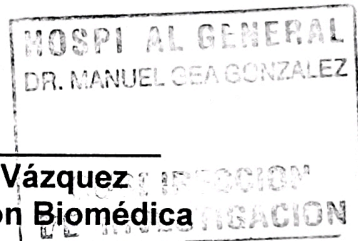
AUTORIZACIONES



Dra. Lorena Hernández Delgado
Directora de la Dirección de Enseñanza e Investigación



Dra. Rosa Patricia Vidal Vázquez
Subdirectora de Investigación Biomédica

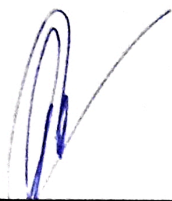


Dr. Jorge Román Audifred Salomón
Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia



Dra. Lizette Manzo Carrillo
Asesor de tesis

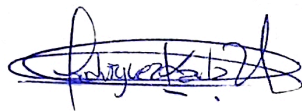
Este trabajo de tesis con número de registro: **11-120-2023** presentado por la **Dra. Katherine Ramírez Fuentes** y se presenta en forma con visto bueno por los tutores principales de la tesis **Dra. Lizette Manzo Carrillo** y **Mtra. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez** con fecha **Febrero 2024** para su impresión final.



Dra. Rosa Patricia Vidal Vázquez
Subdirectora de Investigación
Biomédica



Dra. Lizette Manzo Carrillo
Investigador Principal




Mtra. en Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez
Investigador Principal 2

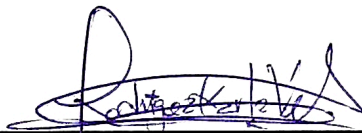
“DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ EN EL PERIODO DEL 2022 AL 2023”

Este trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en la dirección de Ginecología y Obstetricia bajo la dirección de la Dra. Lizette Manzo Carrillo con el apoyo de la Mtra. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez adscrita de la División de Psicología de Ginecología y Obstetricia y Marleth López Arenas pasante de Psicología Clínica quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

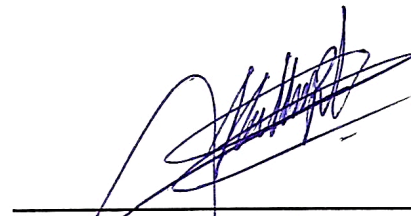
COLABORADORES:



Dra. Lizette Manzo Carrillo
Investigador Principal



Mtra. en Psci. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez
Investigador Principal 2



Dra. Katherine Ramírez Fuentes
Investigador Asociado Principal

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente a mi familia, mi madre, abuela y hermanos que son el motor de mi vida y por quienes me he mantenido en este largo camino. A mis tíos y primos quienes han alegrado el camino.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México, quien me ha dado la oportunidad de convertirme en médico especialista.

Agradezco al Hospital Dr. Manuel Gea González, por recibirme y permitirme crecer profesionalmente como personalmente, a mis adscritos y profesores a confiar en mí y demostrarme que debo amar lo que hago.

A mis tutoras de tesis por su apoyo para realizar este trabajo.

También quiero mencionar a mis compañeros de residencia, Diana, Rox, Majo, Esme, Poncho, May nuestras historias y vivencias estarán en mi mente para siempre.

A Mauricio por demostrarme su amor incondicional, por estar en mis peores y mejores momentos, por nunca soltar mi mano y por acompañarnos mutuamente en este camino profesional.

ÍNDICE

1. RESUMEN	7
2. INTRODUCCIÓN	8
3. MATERIALES Y MÉTODOS	19
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSIÓN	36
6. CONCLUSIÓN	40
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
8. ANEXOS	45

Resumen

Palabras clave: (infección por virus del papiloma humano, estrés percibido, depresión, ansiedad, lesiones premalignas)

Introducción: El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una infección transmitida principalmente por contacto sexual que afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo una de las cinco principales causas por las que las personas adultas buscan atención médica a nivel mundial. Además de los impactos biológicos anteriormente descritos, el VPH también afecta emocional, cognitiva, comportamental, social y sexualmente a las personas infectadas. (4) El diagnóstico puede tener un impacto considerable en cómo enfrentan la situación y manejan su atención médica. Sin embargo, se ha observado que algunas personas diagnosticadas pueden desarrollar comportamientos más saludables y resilientes en respuesta al diagnóstico, pero no todas las pacientes responden de manera favorable.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes de las pacientes que acudieron a cita de primera vez al servicio de Displasias y de Psicología Clínica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el periodo 2022 al 2023 se identificaron aquellas pacientes quienes fueron referidas con el diagnóstico de IVPH y que hayan tenido valoración completa de primera vez en el servicio de Psicología a quienes se les aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y la Escala de Estrés Percibido (EEP).

Se verificó que los expedientes seleccionados cumplieran con los criterios de inclusión. Se obtuvieron los datos de las variables identificadas, se registraron los datos en una hoja de captura con la cual se realizó análisis descriptivo, se reportaron medidas de tendencia central, usando media \pm desviación estándar para las variables cuantitativas continuas. Para las variables categóricas, dicotómicas y ordinales, se reportará la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa en porcentajes, se realizó el análisis en un programa estadístico.

Resultados: Se recabaron 130 pacientes con valoración completa, 57 valoraciones en el año de las 2022 y 75 valoraciones en el año 2023. De las pacientes en estudio se observó que la media de edad fue de 40.91 años (DE, \pm 11.687). Se observó también que el 50% de nuestras pacientes presentó un estado civil soltera, seguido de unión libre en el 24.6 %. Además, se observaron datos sobre el número de parejas sexuales teniendo una media de 4.04 parejas, (DE \pm 3.740) hasta el momento de la valoración, con un mínimo de 1 pareja hasta el número más alto de 30 parejas sexuales.

Se realizó análisis descriptivo con tablas cruzadas para observar la frecuencia de la presencia de estrés percibido, ansiedad y depresión con el resultado citológico, observando mayor porcentaje de dichas alteraciones con un reporte citológico de lesión escamosa intraepitelial de bajo, seguidas de un reporte de negativo a lesión intraepitelial y en tercer lugar lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Discusión. La frecuencia de estrés percibido por diagnóstico de IVPH fue de 78.5%, ansiedad 73.1% y depresión 61.5%. De las 130 pacientes 5 confirmaron un diagnóstico previo de ansiedad, 3 de depresión, 3 de ansiedad y depresión, ninguna confirmó un antecedente de estrés. Dentro de la evaluación psicológica se ha encontrado la presencia de creencias, pensamientos, sentimientos o emociones que las pacientes tienen con respecto a su diagnóstico médico dando como resultado una reacción emocional, alteraciones de sueño o alimentación, incluso conflictos de pareja provocando una red de apoyo escasa o limitada, sin embargo, de la misma manera se ve afectado el autocuidado y la posible adherencia al tratamiento. En el presente trabajo se puede concluir que la presencia de ansiedad, depresión y estrés percibido se encuentran presentes en pacientes con resultado citológico por IVPH, observado con mayor frecuencia en pacientes con reporte de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado por consiguiente, la presencia de estas afecciones podría incrementar el riesgo de no presentar un adecuado seguimiento por parte de las pacientes y condicionando una progresión de la enfermedad tanto por la falta de apego como por la inmunosupresión causada por estas alteraciones emocionales, es por esto que a las pacientes atendidas en nuestra clínica han sido beneficiadas con los abordajes multidisciplinarios, en nuestra institución el hecho de contar con el servicio de Psicología hace que las pacientes tengan un seguimiento más completo, lo que se recomendaría que en todas las clínicas dedicadas a patologías del tracto inferior de la mujer contaran con el equipo multidisciplinario para la plena atención de la mujer.

INTRODUCCIÓN:

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una infección transmitida principalmente por contacto sexual que afecta tanto a hombres como a mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de un millón de personas se contagian de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) diariamente, siendo el VPH una de las cinco principales causas por las que las personas adultas buscan atención médica a nivel mundial. El VPH tiene más de 100 subtipos conocidos y alrededor de 40 de ellos son considerados como de alto o bajo riesgo en función de su potencial oncogénico. La importancia del virus de papiloma humano oncogénico radica en su potencial riesgo de cáncer ginecológico y de cabeza y cuello. Los tipos de alto riesgo, como el VPH 16 y 18, son responsables del 70% de los casos de Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) y se asocian con otros tipos de cáncer como vaginal, vulvar, anorectal y bucofaríngeo. Los tipos de bajo riesgo, como el VPH 6 y 11, causan verrugas genitales. (1)

En México, se estima que cada año se diagnostican 9439 nuevos casos de CCU siendo la segunda causa de cáncer en mujeres de forma general y el tercer cáncer más común en mujeres de 15 a 44 años. (2)

En la mayoría de los países del mundo la citología sigue siendo la prueba de tamizaje para cáncer cervicouterino, Recientemente la prueba de detección ADN del VPH se utiliza para determinar si una mujer tiene infección por el virus del papiloma humano que podría aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. Si el resultado de esta prueba es positivo, podría indicar la presencia de cambios precancerosos en el cuello uterino. Por otro lado, la citología cervical ya sea convencional o de base líquida, se emplea para examinar si las células en el cuello uterino muestran alguna anomalía. Si se informa que las células cervicales son "de bajo o de alto grado" según la clasificación de

Bethesda, podría indicar la existencia de cambios precancerosos en el cuello uterino y, con el tiempo, aumentar el riesgo de desarrollar cáncer cervical. En el caso de un resultado positivo en esta prueba, es posible que sea necesario que la mujer se someta a una evaluación adicional del cuello uterino o incluso a una cirugía para eliminar la lesión precancerosa (3).

Además de los impactos biológicos anteriormente descritos, el VPH también afecta emocional, cognitiva, comportamental, social y sexualmente a las personas infectadas.

(4) El diagnóstico puede tener un impacto considerable en cómo enfrentan la situación y manejan su atención médica. Sin embargo, se ha observado que algunas personas diagnosticadas pueden desarrollar comportamientos más saludables y resilientes en respuesta al diagnóstico, pero no todas las pacientes responden de manera favorable. En general, el VPH representa un problema de salud global con implicaciones significativas en múltiples aspectos de la vida de las personas, desde su salud física hasta su bienestar emocional y social, concepto conocido como salud por la Organización Mundial de la Salud. (1)

Aparte de la infección, hay elementos que aumentan la probabilidad de que se produzca la transformación maligna. Estos factores abarcan un nivel socioeconómico bajo, insuficiente higiene genital, pertenecer a la raza negra, comenzar la actividad sexual antes de los 18 años, tener experiencia con dos o más parejas sexuales, experimentar el primer parto antes de los 18 años, haber tenido cinco o más partos, usar anticonceptivos hormonales orales, infecciones de transmisión sexual recurrentes, inflamación cervicovaginal, ser fumadora y presentar estados de estrés, ansiedad y depresión. (5) Estos factores, en combinación con la infección de transmisión sexual, pueden provocar cambios en el bienestar emocional de la mujer. Dentro de los cambios que puede

provocar la depresión, en la cual se encuentra un estado de ánimo persistentemente triste, pérdida de energía e interés en las cosas, trastornos del sueño y pensamientos de muerte. Estos síntomas pueden manifestarse como parte de un trastorno primario del estado de ánimo, como una reacción a situaciones vitales específicas o en relación con una enfermedad orgánica como lo es la infección por virus del papiloma humano. (6)

La ansiedad, por otro lado, es un mecanismo adaptativo que se activa en respuesta a situaciones de peligro percibido, desencadenando respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales con el objetivo de preparar al organismo para responder eficazmente. Sin embargo, la ansiedad patológica surge sin una amenaza aparente y se caracteriza por inquietud, preocupación indefinida, impaciencia, una sensación inminente de muerte y un deterioro del rendimiento intelectual. La angustia de las pacientes debido a la posibilidad de tener cáncer por el simple hecho de ser diagnosticadas con IVPH es la principal fuente de ansiedad. (7)

El dilema de entender el concepto de infección por VPH para las mujeres asintomáticas, y, eventualmente, para las sanas, está en la capacidad para entender las implicaciones que tiene la identificación del virus en ausencia de signos o síntomas, no sólo en términos biológicos, sino en términos sociales, ya que se podría clasificar el impacto psicosocial en tres categorías: en la esfera emocional; en la vida sexual y de pareja y en el comportamiento. (8) Al ser la vía sexual la que posibilita el contagio por VPH, las mujeres pueden experimentar decepción por pareja, miedo a tener relaciones sexuales por el riesgo de ser infectadas o infectar a su pareja, incluso hasta una disminución significativa en el interés espontáneo, frecuencia de las relaciones sexuales y excitación sexual, con aumento significativo en los sentimientos negativos hacia el sexo, lo que justifica la

necesidad de realizar diagnósticos psicológicos oportunos que posibiliten el manejo eficaz de estos problemas emocionales. (9-10)

En investigaciones previas por ejemplo Sierra, Sánchez y Camps en 2006, demostraron que existe suficiente información para aceptar que las alteraciones inmunológicas que son inducidas por eventos estresantes y depresivos pueden provocar efectos negativos sobre la salud de los individuos. Se ha estudiado que el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunitario son sistemas complejos que interaccionan unos con otros y es cuando la psiconeuroinmunología estudia en su conjunto la interacción de los tres sistemas. (11) Lo anterior se puede explicar debido a que la modulación del sistema inmunológico por el sistema nervioso central está mediada por una red compleja bidireccional de señales entre el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunológico. El eje Simpático-Adreno-Medular (SAM) y el sistema nervioso autónomo proporcionan dos rutas clave para la regulación del sistema inmune: los estresores pueden activar tanto el eje SAM como el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA) y provocar la liberación de hormonas pituitarias y adrenales. De esta forma las hormonas inducidas por emociones negativas como las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), la hormona adrenocorticotropa, el cortisol, la hormona del crecimiento y la prolactina, inducen cambios cualitativos y cuantitativos en el sistema inmunológico. Estas hormonas pueden ejercer su efecto sobre el sistema inmunitario porque casi todas las células tienen receptores específicos para las hormonas de los ejes HPA y SAM. La modulación del sistema inmune se produce por dos mecanismos diferentes, por un lado, la unión de las hormonas a sus receptores y por otro indirectamente a través de la desregulación del equilibrio que tiene que imperar en la producción de citocinas proinflamatorias. (12).

La correlación estudiada entre el estrés psicológico y la recurrencia de infecciones como lo es el VPH conduce a un número elevado de linfocitos en la sangre periférica (principalmente células asesinas naturales por sus siglas en inglés NK, trastornos de la excreción funcional de citocinas, el desplazamiento de los linfocitos T auxiliares tipo 1. (Th1) hacia los linfocitos T cooperadores tipo 2 (Th2) y aumento de los niveles de inmunoglobulinas. En el estrés crónico se ha observado una reducción de la actividad de las células NK y de la proliferación de linfocitos a mitógenos, el resultado es la estimulación de la inmunidad humoral y la reducción de la inmunidad celular, lo que conduce al posible desarrollo de enfermedades infecciosas, autoinmunitarias y malignas. (13).

En un estudio, el seguimiento de la aparición del VPH en pacientes mostró que la presencia de factores estresantes de la vida durante al menos los últimos 6 meses, el apoyo social y las formas individuales de afrontar la situación tuvieron efectos significativos en el curso de la infección por VPH (14). Otros autores demostraron que la infección por VPH y el estrés en las mujeres provocan una alteración de la secreción de Interleucina 6 (IL-6), lesiones en la mucosa genital y una posible displasia cervical. Además, en mujeres con displasia cervical se observó que un mayor nivel de estrés se relacionaba con un trastorno específico de la respuesta inmune. (15)

Una vez que las pacientes identifican su infección por VPH en lo que concierne a las mujeres, buscan soluciones para atender su salud, gestionan entre las redes informales (familia, pareja, vecinos, compañeros de trabajo, conocidos) y redes formales (organizaciones e instituciones) el acceso a los servicios de salud y emplean estrategias distintas para solicitar apoyo a personas de confianza, evalúan conscientemente a quiénes y a dónde acudirán en busca de apoyo, considerando la posibilidad de ser

criticada o juzgada por las prácticas sexuales que dieron como resultado la infección por VPH o lesiones asociadas a esta infección.(16) Como personal de salud debemos conocer qué es importante considerar que esta infección tiene un significado distinto para cada una de las pacientes afectadas, que influye en su tratamiento y seguimiento óptimo. Las mujeres que disponen de sólidas redes sociales de apoyo enfrentaron este proceso con menos angustia y preocupación debido a que estas redes les proporcionaron ayuda tanto en la esfera emocional como en la práctica. Sin embargo, no es la opción más acertada para que las mujeres sean informadas y orientadas respecto a su propia patología como lo sería la atención brindada por personal de salud en establecimientos destinados para este fin. Contar con estas redes les permitió mantener cierto nivel de bienestar y prevenir un deterioro físico, emocional y económico (15). Es importante destacar que, en su mayoría, estas atenciones y apoyos provinieron de otras mujeres, lo que refuerza la percepción socialmente compartida de las mujeres como las principales cuidadoras de la salud de sí mismas y de los demás, reflejo de una división tradicional del trabajo que asigna estas responsabilidades específicamente a las mujeres (17).

El papel que juega el personal de salud en la transmisión de la información o el simple hecho de dar la noticia a la paciente del diagnóstico de infección por VPH es imprescindible para el momento crítico en el cual se encuentre la paciente, ya que la educación efectiva acerca del VPH del médico a la paciente debería abarcar una serie de aspectos como la experiencia, compasión, honestidad, paciencia, confianza, contribuir con explicaciones claras, el invitar a hacer preguntas o aclarar dudas, información sobre su forma de transmisión, estrategias de prevención, opciones de tratamiento y el peligro asociado al desarrollo de carcinoma de cuello uterino así como promover la decisión

compartida, funge como uno de los determinantes más consistentes de la adaptación positiva y posterior cumplimiento del tratamiento y los regímenes de seguimiento.

(18,19) Asimismo, se debe ofrecer una explicación comprensible acerca de las distintas pruebas disponibles para la detección del VPH y la interpretación de sus resultados. Es fundamental lograr un equilibrio en la comunicación, brindando una discusión precisa sobre el riesgo potencial de desarrollar cáncer, al mismo tiempo que se enfatiza la seguridad derivada del seguimiento de las prácticas de detección recomendadas, que reducen dicho riesgo a niveles mínimos. (19)

Teniendo como antecedente que las emociones negativas como el estrés, depresión y ansiedad deprimen el sistema inmunológico, para el desarrollo de lesiones premalignas y/o cáncer, nos resulta importante identificarlas oportunamente y tratarlas para disminuir el riesgo de inmunosupresión y mala adherencia al tratamiento y seguimiento. A pesar de que las investigaciones que se han realizado sobre el tema en estados de mayor vulnerabilidad en nuestro país (20), están centradas principalmente en pacientes con diagnóstico de cáncer, queremos identificar a aquellas pacientes para poderles otorgar una atención primordial para disminuir la progresión de lesiones premalignas de cérvix. Por lo que para nosotros es de suma importancia identificar la relación de depresión, ansiedad y estrés ante lesiones de bajo y alto riesgo, ya que aún no está descrito el comportamiento de estas variables relacionadas al diagnóstico de infección por VPH en el tipo de población de nuestra unidad hospitalaria de concentración como lo es la Clínica de Displasias.

En el año 2022 se integra la clínica de psicología como parte del manejo multidisciplinario de la Clínica de Displasias del Hospital Dr. Manuel Gea González, la cual brinda atención

a todas las pacientes de primera vez que han sido diagnosticadas con infección por VPH y que llegan a la clínica con una lesión premaligna. Como parte integral se citan a las pacientes a una plática informativa mensual otorgada por médicos gineco-obstetras en la cual se explica, la fisiopatología y los métodos diagnósticos de la infección por VPH, así como información sobre otras enfermedades de transmisión sexual y una plática psicoeducativa. Estas pacientes son enviadas a una consulta por primera vez al servicio de psicología para valorar el estado emocional desarrollado ante el diagnóstico de IVPH.

Durante esta consulta se identifican aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales asociados al recién diagnóstico, se aplican escalas de medición estandarizadas, en este caso haciendo uso de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) y la Escala de Estrés Percibido (EEP) asimismo, se realiza una intervención en crisis emocional en caso de ser necesario y psicoeducación en diagnóstico y adherencia al tratamiento por parte del equipo de psicología, como parte de la entrevista inicial.

En este caso la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión por sus siglas en inglés (HADS) fue diseñada por Zigmund y Snaith (1983) con el fin de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, ha sido utilizada en pacientes post quirúrgicos, ginecológicas, dermatológicos o con algún diagnóstico de cáncer, fatiga crónica o infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), entre otros (24). Esta escala permite valorar los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y depresión, descartando síntomas físicos como pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos lo que permite diferenciar de síntomas asociados a la enfermedad o efecto de algún medicamento.

HADS está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21. Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero a tres, dando un puntaje mínimo 0 y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. (22)

Los puntos de corte propuestos son los siguientes:

0 a 5, Nada

6 a 8, Leve

9 a 11, Moderada

Mayor o igual a 12, Severo

Por lo anteriormente descrito se elige esta escala, ya que, cuenta con sencillez y brevedad, aumenta la probabilidad de aceptación para su uso, incluye la posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala, siendo útil para identificar distrés emocional y los ítems aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud (24). Las propiedades psicométricas se relacionan con una consistencia interna de Alpha de Cronbach del 0.90 para la escala completa, siendo de 0.84 y 0.85 para las subescalas de depresión y ansiedad respectivamente. Asimismo, con una especificidad del 87% y sensibilidad del 72% (26).

HADS se ha utilizado en México para fines clínicos y de investigación y se ha validado en pacientes obesos, mujeres con diversas condiciones de enfermedad, pacientes con cáncer de mama, con VIH, cáncer, cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer, personas con trastorno de la conducta alimentaria y pacientes con enfermedades cardiovasculares. (27).

La Escala de Estrés Percibido, versión de Cohen, Kamarak y Mermelstein está diseñada para medir el grado en que las situaciones de vida son percibidas como estresantes;

culturalmente ha sido adaptada en México por González y Landero desde el 2007. Es una escala que tiene una adecuada consistencia interna de 0.83. Su tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 min, y está conformada por 14 ítems que incluyen preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes.

Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 5 alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), Los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 se refieren a estrés percibido, mientras que los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 se refieren a afrontamiento del estrés percibido. La escala puntúa de 0 a 56; las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. La escala ha demostrado ser fiable y válida para evaluar el estrés en diversas poblaciones: mujeres, hombres, estudiantes, inmigrantes, pacientes cardiopatas, hemofílicos, renales, con enfermedades de la piel o con VIH positivo.

Los puntos de corte son:

0-14 Nunca.

15-28, Leve.

29-42, Moderado.

43-56, Severo. (25).

Desde el 2022 hasta la actualidad ya se cuenta con un número importante de pacientes que han recibido atención psicológica por esta situación, motivo que incitó a realizar este trabajo de investigación para conocer la importancia de describir las alteraciones emocionales de las pacientes con infección por virus del papiloma humano, con la finalidad de captar a las pacientes más vulnerables y disminuir el riesgo asociado de un deficiente seguimiento médico y emocional otorgándoles mejoras en la atención integral de nuestra clínica de Displasias. Ya que, si las identificamos y las atendemos, la salud mental de las pacientes pudiera mejorar de forma equiparable con su sistema

inmunológico el cual se ve afectado por este factor de riesgo considerando uno de los más importantes para lesiones premalignas, sin demeritar y vigilar otros factores de riesgo asociados.

El objetivo general de este trabajo de investigación es el conocer y describir la frecuencia de las alteraciones emocionales que predominan (ansiedad, depresión y estrés) en las pacientes con diagnóstico reciente de Infección por Virus del Papiloma Humano, que son valoradas en el servicio de Displasias y de Psicología como manejo multidisciplinario.

Los objetivos específicos son:

- Describir las características demográficas de las pacientes con infección por virus de papiloma humano.
- Describir la prueba clínica mediante la cual fue diagnosticada la paciente con infección del virus de papiloma humano.
- Describir comorbilidades crónicas de las pacientes diagnosticadas con infección del virus de papiloma humano.
- Describir el grado de displasia presentado en la consulta de primera vez por la infección por VPH.
- Describir si la infección por VPH coexiste con alguna otra infección de transmisión sexual.
- Describir la frecuencia del reporte diagnóstico de Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-US, Células escamosas atípicas que no pueden excluir lesión intraepitelial escamosa de alto grado ASC-H y Células glandulares atípicas (AGC) mediante citología cervical.

- Describir si la paciente ya presentaba una alteración emocional previa y si el diagnóstico reciente de infección por VPH la modificó.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, retrolectivo y transversal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de las pacientes que acudieron a cita de primera vez al servicio de Displasias y de Psicología Clínica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el periodo 2022 al 2023 se identificaron aquellas pacientes quienes fueron referidas con el diagnóstico de IVPH y que hayan tenido valoración completa de primera vez en el servicio de Psicología a quienes se les aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y la Escala de Estrés Percibido (EEP).

Se solicitaron los expedientes al servicio de Archivo Clínico, previa aprobación de este protocolo por parte de la Dirección de Enseñanza e Investigación, así como de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Se verificó que los expedientes seleccionados cumplieran con los criterios de inclusión. Se obtuvieron los datos de las variables identificadas, se registraron los datos en una hoja de captura con la cual se realizó análisis descriptivo, se reportaron medidas de tendencia central, usando media \pm desviación estándar para las variables cuantitativas continuas. Para las variables categóricas, dicotómicas y ordinales, se reportará la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa en porcentajes, se realizó el análisis en un programa estadístico.

RESULTADOS

De acuerdo con la productividad obtenida durante los años 2022 y 2023 en la consulta de la clínica de Displasias del Hospital General Dr. Manuel Gea González se otorgaron 510 consultas de primera vez, de las cuales las pacientes que cumplieron con valoración psicológica completa fueron un total de 132, por lo que representa un 25.88% de la cobertura de atención médica y psicológica para las pacientes que asisten por primera vez a dicho servicio para su atención por IVPH, realizándose del total de nuestra muestras que son 130 pacientes con valoración completa, 57 valoraciones en el año del 2022 y 75 valoraciones en el año 2023.

De las 132 valoraciones completas que obtuvimos se descartaron 2 de ellas debido a que una paciente tuvo diagnóstico de Carcinoma Cervicouterino de tipo adenocarcinoma moderadamente diferenciado y la segunda paciente no se obtuvo expediente clínico por parte de Archivo Clínico, motivo por el cual fueron excluidas del estudio. Obteniendo 130 pacientes quienes cumplieron con valoración psicológica inicial ante el diagnóstico por infección de virus de papiloma humano. Con la obtención de los datos capturados se realizó la siguiente estadística descriptiva con el programa IBM SPSS obteniendo los siguientes resultados.

De las pacientes en estudio se observó que la media de edad fue de 40.91 años (Desviación Estándar, DE, ± 11.687), valorando a la paciente más joven de 19 años y la paciente más longeva de 77 años. La escolaridad más frecuente fue preparatoria en el 32.3 % de las pacientes valoradas, seguida de nivel secundaria en el 32.5%. (Cuadro 1).

Cuadro 1.

ESCOLARIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	5	3.8	3.8	3.8
	PRIMARIA	11	8.5	8.5	12.3
	SECUNDARIA	41	31.5	31.5	43.8
	PREPARATORIA	42	32.3	32.3	76.2
	LICENCIATURA	29	22.3	22.3	98.5
	POSGRADO/MAESTRIA	2	1.5	1.5	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

Se observó también que el 50% de nuestras pacientes presentó un estado civil soltera, seguido de unión libre en el 24.6 %. (Cuadro 2). Del total solo 88 pacientes comentaron en la entrevista inicial que presentaban pareja sentimental actual correspondiendo al 66.2%, el resto, 44 pacientes (33.85 %) negó pareja actual. Únicamente se observó que 1 paciente que corresponde al 0.8% manifestó ser bisexual, el resto de las pacientes mencionó una orientación sexual heterosexual.

Cuadro 2.

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERA	65	50.0	50.0	50.0
	CASADA	28	21.5	21.5	71.5
	UNION LIBRE	32	24.6	24.6	96.2
	VIUDA	5	3.8	3.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

Cuadro 3.

		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	NÚMERO DE GESTAS
N	Válido	130	130	130
	Perdidos	0	0	0
	Media	4.04	18.05	2.15
	Mediana	3.00	17.00	2.00
	Moda	3	17	2
	Desv. estándar	3.740	3.936	1.537
	Mínimo	1	13	0
	Máximo	30	34	7

Además, se observaron datos sobre el número de parejas sexuales teniendo una media de 4.04 parejas, ($DE \pm 3.740$) hasta el momento de la valoración, con un mínimo de 1 pareja hasta el número más alto de 30 parejas sexuales. La edad de inicio de vida sexual promedio de nuestras pacientes fue de 18.05 años, ($DE \pm 3.936$) con una edad de inicio de 13 años observada como la edad más temprana y 34 años como la edad más tardía. El 56.9% inició vida sexual activa antes de los 18 años, siendo la edad de 17 años la edad de inicio más frecuente reportada por las encuestadas. (Cuadro 3).

Se obtuvo el número de gestas observando un promedio de 2.15 ($DE \pm 1.537$), el uso de anticonceptivos hormonales fue observado que el 56.9% no usaban ningún método anticonceptivo, 27 de las pacientes no usaban ninguno, pero tenían antecedente de esterilidad quirúrgica, se observó que para el uso de implante subdérmico y sistema intrauterino hormonal fueron usuarias 13 pacientes en cada uno contado con solo 1 paciente usuaria de anticonceptivos orales combinado y otra para parches anticonceptivos. Una vez identificado el nivel socioeconómico asignado por Trabajo Social del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" con base en la capacidad económica y social de un paciente, incluyendo si es poseedor de derechohabiencia y registrado en el expediente clínico. Se observó que el 48.5% ($n=63$) clasificaron para un nivel socioeconómico 2, seguido del nivel socioeconómico 1, únicamente el 6.9% ($n=9$) manifestó tener derechohabiencia a seguridad social médica, clasificando para nivel socioeconómico 6. Observando que el 93.1% de las pacientes no cuentan con seguridad social médica.

El tabaquismo como uno de los factores de riesgo más importantes para la progresión de lesiones premalignas fue observado en las pacientes donde el 28% (n=37) confirmo padecerlo al momento de su valoración mientras que el 71.5% restante (n=93) negó ser fumadora. Se obtuvo la medición del Índice de Masa Corporal resultando en que el promedio del valor fue de 28.11 (DE \pm 5.23798) correspondiente a sobrepeso, teniendo el valor más alto de 63 kg/m² correspondiendo a obesidad grado 3. Obteniendo 34 pacientes que corresponde al 26.2 % con un grado de obesidad.

Se observaron las comorbilidades asociadas de cada paciente en el siguiente cuadro.

Cuadro 4.

COMORBILIDADES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DIABETES MELLITUS (DM)	6	4.6	4.6	4.6
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (HAS)	3	2.3	2.3	6.9
	ENFERMEDAD INMUNOLÓGICA / REUMATOLÓGICA	3	2.3	2.3	9.2
	OBESIDAD	20	15.4	15.4	24.6
	AFECCIÓN MENTAL	4	3.1	3.1	27.7
	OTRA	19	14.6	14.6	42.3
	NINGUNA	52	40.0	40.0	82.3
	DM, HAS, AR, LES	1	.8	.8	83.1
	HAS, AR Y OBESIDAD	1	.8	.8	83.8
	DM, HAS y OBESIDAD	2	1.5	1.5	85.4
	HAS, OBESIDAD, GLAUCOMA	1	.8	.8	86.2
	OBESIDAD Y NEOPLASIA TIROIDEA	1	.8	.8	86.9
	HAS y OBESIDAD	3	2.3	2.3	89.2
	OBESIDAD y RESISTENCIA A LA INSULINA	1	.8	.8	90.0
	AFECCIÓN MENTAL e HIPOTIROIDISMO	2	1.5	1.5	91.5
	DM e HAS	1	.8	.8	92.3
	OBESIDAD, EVC, EC	1	.8	.8	93.1
	OBESIDAD y ALCOHOLISMO	1	.8	.8	93.8
	DM e HIPOTIROIDISMO	2	1.5	1.5	95.4
	DM, HAS, OBESIDAD e HIPOTIROIDISMO	1	.8	.8	96.2
	OBESIDAD e HIPOTIROIDISMO	1	.8	.8	96.9
	DM y NEOPLASIA DE PIEL	1	.8	.8	97.7
	HAS, LES, NEFRITIS LÚPICA	1	.8	.8	98.5
	DM y OBESIDAD	1	.8	.8	99.2
	HAS e HIPOTIROIDISMO	1	.8	.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

DM: Diabetes Mellitus, HAS: Hipertensión Arterial Sistémica, LES: Lupus Eritematoso Sistémico, AR: Artritis Reumatoide, EVC: Evento Vascular Cerebral, EC: Enfermedad Coronaria.

Se observó la misma frecuencia en 2 comorbilidades importantes, 15 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, 15 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, 34 pacientes con Obesidad.

De las enfermedades inmunológicas / reumatológicas se observó una frecuencia de 7 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide y 5 pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. Además 1 paciente postrasplantada de riñón, que es usuaria de medicamentos inmunodepresores.

Por otro lado, se describió la citología inicial con la que fue referida la paciente a la clínica de displasias por primera vez observando que el 57.7% (n=75) referían una citología con Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, seguida de una citología negativa para lesión intraepitelial en un 20.8% (n=27) y en tercer lugar una citología referida como Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado en un 12.3% (n=16), (Cuadro 5).

Se observó que en las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado concordó con el grado de displasia reportado en la citología, con una frecuencia de sólo datos de IVPH en el 39.2 % (n=51) y para las lesiones de alto grado se reportó una frecuencia de 8.5% (n=11) para NIC 2. (Cuadro 6, Cuadro y Figura 7).

Cuadro 5.

RESULTADO CITOLÓGICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo para lesión intraepitelial	27	20.8	20.8	20.8
	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado	75	57.7	57.7	78.5
	Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado	16	12.3	12.3	90.8
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-US	8	6.2	6.2	96.9
	Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado ASC-H	1	.8	.8	97.7
	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado + Células glandulares atípicas AGC	3	2.3	2.3	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

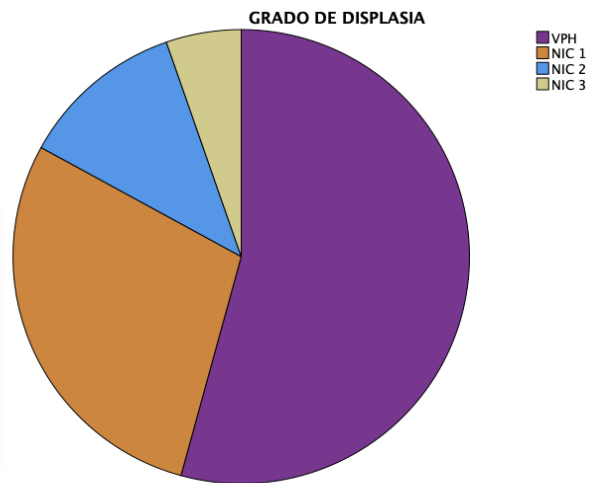
Se realizó el análisis de las pacientes que tuvieron lesiones reportadas en la citología y el grado de displasia reportado.

Cuadro 6.

		GRADO DE DISPLASIA				Total
		VPH	NIC 1	NIC 2	NIC 3	
RESULTADO CITOLÓGICO	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado	48	27	0	0	75
	Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado	0	0	11	5	16
	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado + Células glandulares atípicas AGC	3	0	0	0	3
Total		51	27	11	5	94

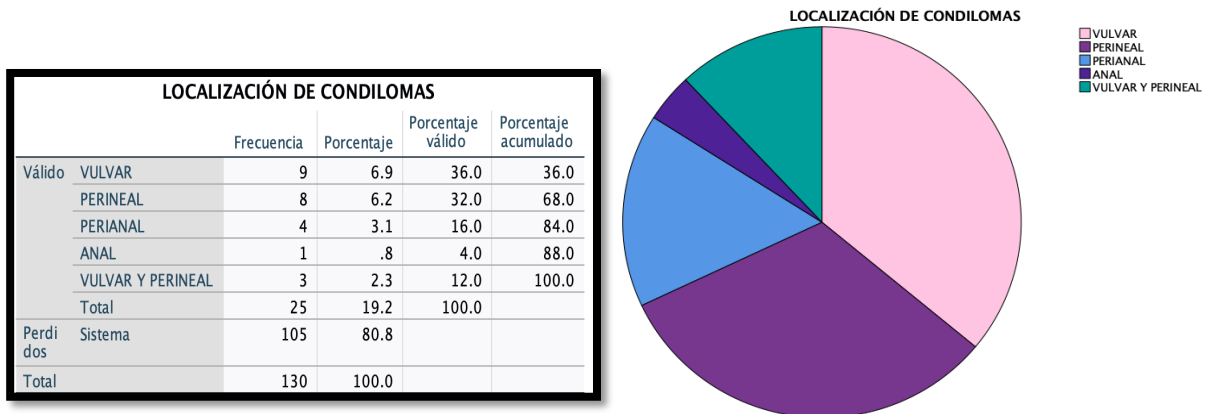
Cuadro y Figura 7.

GRADO DE DISPLASIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VPH	51	39.2	54.3	54.3
	NIC 1	27	20.8	28.7	83.0
	NIC 2	11	8.5	11.7	94.7
	NIC 3	5	3.8	5.3	100.0
Total		94	72.3	100.0	
Perdidos	Sistema	36	27.7		
Total		130	100.0		



De las 130 pacientes enviadas el 19.2 %, es decir un total de 25 pacientes presentaban lesiones condilomatosas con una frecuencia de distribución anatómica en vulva del 36 % del total de las 25 pacientes. (Cuadro y Figura 8).

Cuadro y Figura 8.



Cuadro 9. Exudado Vaginal y Cultivos Vaginales

EXUDADO VAGINAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FLORA NORMAL	92	70.8	70.8	70.8
	GARDNERELLA VAGINALIS	21	16.2	16.2	86.9
	CÁNDIDA	10	7.7	7.7	94.6
	STREPTOCOCCUS AGALACTIAE	3	2.3	2.3	96.9
	KLEBSIELLA	1	.8	.8	97.7
	ESCHERICHIA COLI	3	2.3	2.3	100.0
	Total		130	100.0	100.0
CULTIVO VAGINAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	UREAPLASMA	44	33.8	33.8	33.8
	UREAPLASMA Y MYCOPLASMA	25	19.2	19.2	53.1
	NEGATIVO	61	46.9	46.9	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

Durante su valoración a las pacientes se les solicita exudado y cultivos vaginales para *Ureaplasma Chlamydia* y *Mycoplasma* encontrando en el Exudado vaginal, predominio de flora normal en el 70.8% (n=92), seguida de infección por *Gardnerella Vaginalis* en el 16.2% (n=21), y en tercer lugar infección por *Cándida* en un 7.7% (n=10).

En cultivos vaginales dirigidos a descartar infección de transmisión sexual concomitante se observaron cultivos positivos para Ureaplasma en 33.8% de las pacientes, así como Ureaplasma y Mycoplasma en el 19.2 %, obteniendo que del total de las pacientes más de la mitad de ellas, 53%, presenta una infección de transmisión sexual concomitante al momento de su primera valoración. (Cuadro 9).

Respecto a las pruebas de biología molecular estas fueron solicitadas de manera externa ya que nuestra institución no cuenta con estos estudios de laboratorio. Se observó que únicamente 102 pacientes contaban con una captura de híbridos, de la cual el 43.13 % resultó positiva tomando en cuenta un resultado mayor a 1 en la captura de híbridos se observó el valor más bajo encontrado fue de 0.16 y el mayor de 3168.03, de los positivos se observó 7 en resultado citológico negativo a lesión, 28 positivos en lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, 7 en lesión escamosa intraepitelial de alto grado y 2 en Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-US, lo que traduce la actividad de virus de alto riesgo en el organismo reflejado en lesiones cervicales. (Cuadro 10).

Cuadro 10.

CAPTURA DE HÍBRIDOS		
N	Válido	102
	Perdidos	28
Media		94.4064
Mediana		.6650
Moda		.25
Desv. estándar		397.09459
Mínimo		.16
Máximo		3168.03

Otra prueba de biología molecular fue la detección del ADN viral mediante PCR para VPH, encontrando que únicamente 72 pacientes tenían dicho estudio de manera externa al hospital, reportando un 29.16% de positividad al POOL de alto riesgo oncogénico, seguido de detección de VPH serotipo 16 en 7 personas (9.7 %) y VPH serotipo 18 en 5 pacientes (6.9 %). (Cuadro 11). De los 21 resultados positivos al POOL, 15 de ellos se encontraban en pacientes con citología de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y 3 de ellos en resultado de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, 2 en lesión de bajo grado y 1 para lesión de bajo grado con células glandulares atípicas (Cuadro 12). Se observó positividad de VHP 16, VHP 18 y POOL en conjunto en 3 pacientes a quienes se les reportó una citología negativa para lesión intraepitelial.

Cuadro 11.

PCR PARA VPH					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VPH 16	7	5.4	9.7	9.7
	VPH 18	5	3.8	6.9	16.7
	POOL	21	16.2	29.2	45.8
	VPH 16, VPH 18, POOL	7	5.4	9.7	55.6
	VPH 16, VPH 18, POOL NEGATIVO	32	24.6	44.4	100.0
	Total	72	55.4	100.0	
Perdidos	Sistema	58	44.6		
Total		130	100.0		

Cuadro 12. Tabla cruzada para resultado citológico y prueba de PCR para VPH

		RESULTADO CITOLÓGICO					Total
		Negativo para lesión intraepitelial	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado	Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado	Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-US	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado + Células glandulares atípicas AGC	
PCR PARA VPH	VPH 16	2	3	2	0	0	7
	VPH 18	1	2	1	0	1	5
	POOL	2	15	3	0	1	21
	VPH 16, VPH 18, POOL	3	2	2	0	0	7
	VPH 16, VPH 18, POOL NEGATIVO	8	22	1	1	0	32
Total		16	44	9	1	2	72

Cuadro 13. Tabla cruzada para cultivos vaginales y resultado citológico.

		Negativo para lesión intraepitelial	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado	Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado	Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-US	Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado ASC-H	Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado + Células glandulares atípicas AGC	Total
	UREAPLASMA Y MYCOPLASMA	5	16	2	0	0	2	25
	NEGATIVO	15	33	4	7	1	1	61
Total		27	75	16	8	1	3	130

Se analizó la frecuencia de cultivos vaginales positivos con el resultado citológico, en donde se puede observar que las pacientes con lesiones intraepiteliales están asociadas con mayor frecuencia a infecciones de transmisión sexual concomitantes, observándose con más frecuencia en las pacientes con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. (Cuadro 13)

De acuerdo con los datos obtenidos de la valoración psicológica inicial se analizaron los puntajes de las escalas empleadas para HADS y EEP (Anexo 1 y 2) se obtuvo la siguiente tabla de frecuencia para los niveles de estrés percibido, ansiedad y depresión.

Cuadro 14.

NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	27	20.8	20.8	20.8
	LEVE	55	42.3	42.3	63.1
	MODERADO	44	33.8	33.8	96.9
	SEVERO	4	3.1	3.1	100.0
	Total	130	100.0	100.0	
NIVEL DE ANSIEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	35	26.9	26.9	26.9
	LEVE	27	20.8	20.8	47.7
	MODERADO	35	26.9	26.9	74.6
	SEVERO	33	25.4	25.4	100.0
	Total	130	100.0	100.0	
NIVEL DE DEPRESIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	49	37.7	37.7	37.7
	LEVE	30	23.1	23.1	60.8
	MODERADO	28	21.5	21.5	82.3
	SEVERO	23	17.7	17.7	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

Se muestran las gráficas de la presencia y ausencia general de estrés percibido, ansiedad y depresión en el total de pacientes.

Figura 15.



Figura 16.

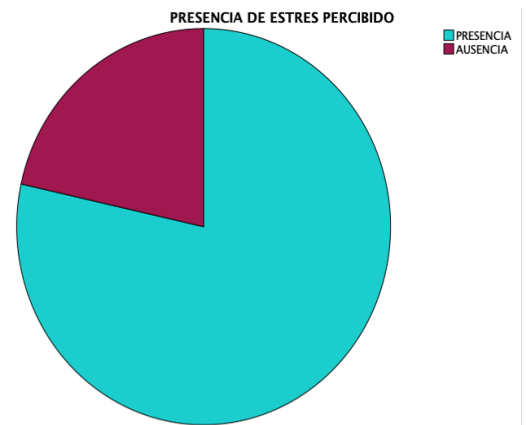
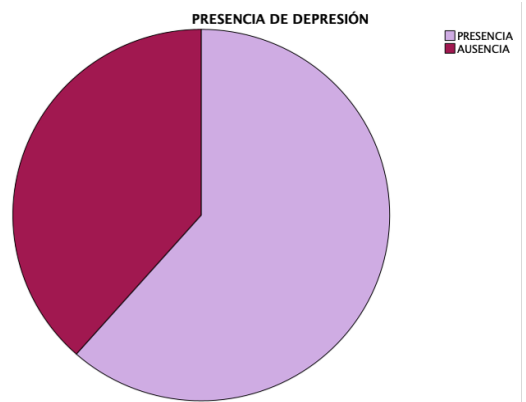


Figura 17.



Se realizó análisis descriptivo con tablas cruzadas para observar la frecuencia de la presencia de estrés percibido, ansiedad y depresión con el resultado citológico,

observando mayor porcentaje de dichas alteraciones con un reporte citológico de lesión escamosa intraepitelial de bajo, seguidas de un reporte de negativo a lesión intraepitelial y en tercer lugar lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Figura 18.

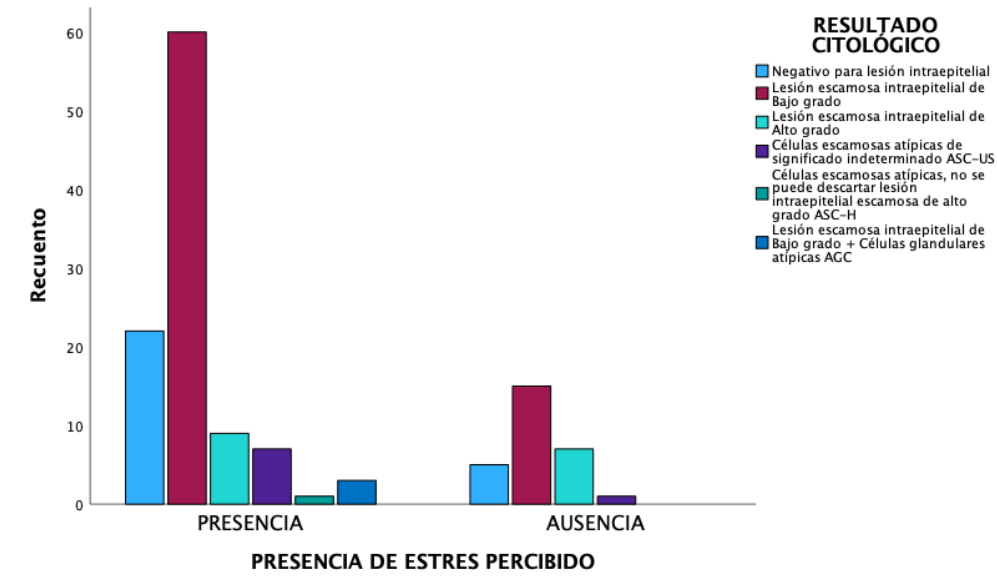


Figura 19.

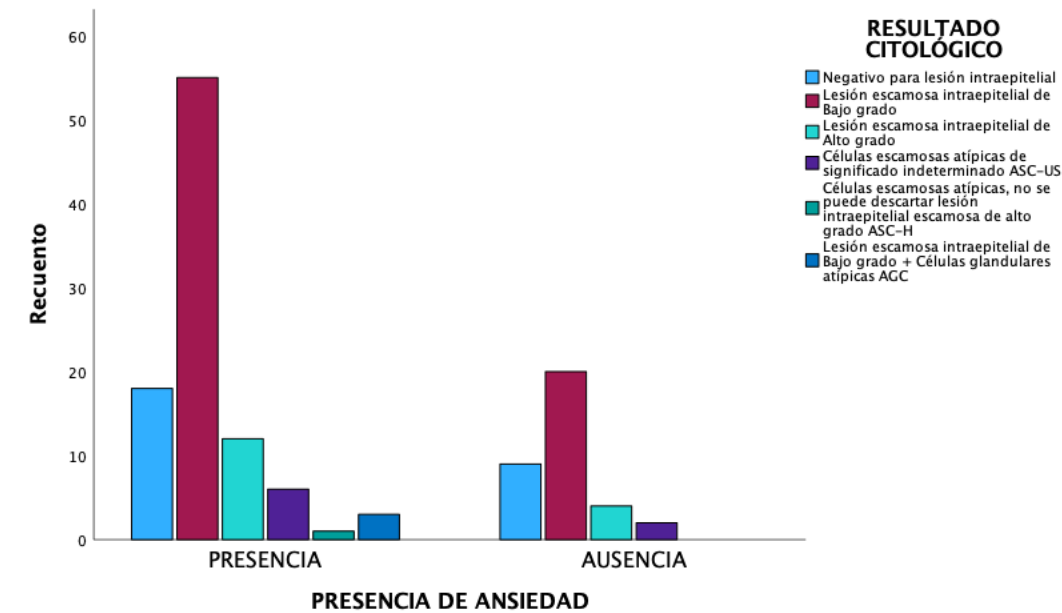
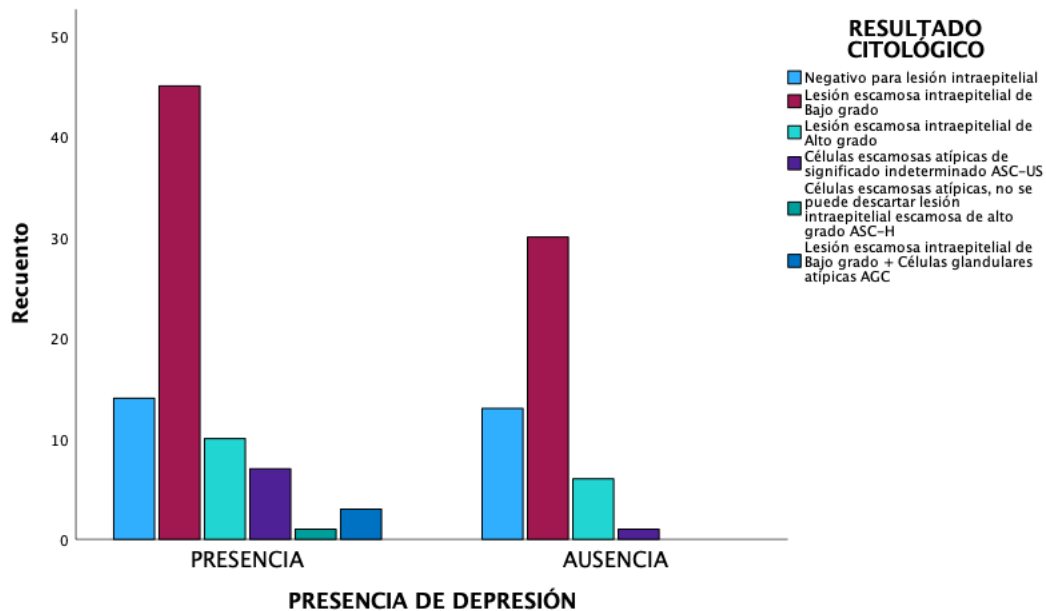


Figura 20.



La frecuencia de estrés percibido por diagnóstico de IVPH fue de 78.5%, ansiedad 73.1% y depresión 61.5%.

De las 130 pacientes 5 confirmaron un diagnóstico previo de ansiedad, 3 de depresión, 3 de ansiedad y depresión, ninguna confirmó un antecedente de estrés.

Dentro de la evaluación psicológica se ha encontrado la presencia de creencias, pensamientos, sentimientos o emociones que las pacientes tienen con respecto a su diagnóstico médico dando como resultado una reacción emocional, alteraciones de sueño o alimentación, incluso conflictos de pareja provocando una red de apoyo escasa o limitada, sin embargo, de la misma manera se ve afectado el autocuidado y la posible adherencia al tratamiento. En el siguiente cuadro describiremos algunas de las variables psicológicas reportadas por las pacientes en la entrevista psicológica inicial.

Variables psicológicas reportadas verbalmente por las pacientes en la primera entrevista psicológica.

ÁREA	CONTEXTO REPORTADO VERBALMENTE POR LA PACIENTE
<p>Reacción emocional ante el diagnóstico</p>	<p>...enojo conmigo, me descontrolé mucho, me enojé por no cuidarme, miedo a contagiar a alguien, me alejé de mi familia, irresponsabilidad de no usar preservativo...</p> <p style="text-align: right;">-CRCS, 33 años</p> <p>... preocupación por la noticia, frustración, enojada y triste, preocupada por la situación económica que conlleve su tratamiento...</p> <p style="text-align: right;">-CMBA, 37 años</p> <p>...espantada, pensé en separarme de mi pareja, pero ya nos comunicamos y lo comenzamos a tratar, tranquila por ahora...</p> <p style="text-align: right;">-EGL, 58 años</p>
<p>Relaciones de pareja</p>	<p>...negación, desconfianza e infidelidad, enojada, distanciamiento con mi pareja, me da asco, qué me va a pasar...</p> <p style="text-align: right;">-ABM, 38 años</p> <p>... estoy tranquila, pensamientos hacia mi ex pareja si se metió con alguien más o me engañó...</p> <p style="text-align: right;">-MIAG, 47 años</p> <p>...muy mal, mucho dolor, se pierde la confianza, no quiero que me toque mi pareja...</p> <p style="text-align: right;">-JYRV, 38 años</p>

<p>Autocuidado</p>	<p>... dejé de hacer cosas que quería, arreglarme, salir... -JLCE 42 años</p> <p>...diagnóstico en proceso, el no tratar mis enfermedades me hace sentir triste, no duermo bien, todo el día quiero comer, lloro mucho... -HMF 55 años</p> <p>...pensaba que era normal mis verrugas, quiero atenderme y acudir a mis citas... -MJDG, 50 años</p>
<p>Alteración del sueño</p>	<p>...despierta varias veces, sueño no reparador... -MRG 51 años</p> <p>... tengo insomnio... -MMF 49 años</p> <p>... duermo mucho tiempo... -SJC 32 años</p>
<p>Alteración en la alimentación</p>	<p>...tengo atracones de comida ... -XLR 65 años</p> <p>...no tengo apetito... -RVJY 38 años</p> <p>...como 2 veces al día... -MCE 40 años</p>
<p>Creencias de la enfermedad</p>	<p>...salió algo mal por no aplicarme mi pomada ... -MJAM, 53 años</p> <p>...culpa por vida sexual activa, es un castigo...</p>

	<p style="text-align: right;">-DMVM, 20 años</p> <p>... pensé que era cáncer, sentí tristeza y vergüenza, no duermo bien...</p> <p style="text-align: right;">-VMMF 26 años</p>
Redes de apoyo	<p>...trato de ser práctica y ocuparme de mi salud, mi esposo me apoya...</p> <p style="text-align: right;">-MEPB, 48 años</p> <p>...me siento mal, sucia por tenerlo, me siento apoyada por mi pareja, pero me da pena...</p> <p style="text-align: right;">-MEVC, 58 años</p> <p>...mi pareja actual no lo sabe, no usaba protección, me sentía mal...</p> <p style="text-align: right;">-INCG, 30 años</p>

DISCUSIÓN

La valoración psicológica en pacientes con IVPH es crucial debido a su impacto emocional que puede llegar a ocasionar en pacientes que reciben por primera vez este diagnóstico. Con dichas intervenciones y entrevistas iniciales se evalúa el nivel de estrés, ansiedad o depresión asociado con la enfermedad, así como abordar posibles problemas de autocuidado, adherencia al tratamiento y redes de apoyo. Además, la evaluación psicológica puede facilitar la identificación de factores de riesgo para comportamientos de riesgo sexual y promover intervenciones preventivas adecuadas, así como identificar creencias y distorsiones cognitivas que aumenten el malestar psicológico, dificultad en el proceso de adaptación que impida una adecuada adherencia al tratamiento médico.

En el presente estudio se describieron variables psicológicas y demográficas en las que

se observó que la variable de inicio de vida sexual activa en nuestra población tuvo una media de 18.05 años, según los datos presentados en el informe de Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de la República Mexicana en 2016, se estima que entre las mujeres nacidas entre 1965 y 1979, el 50% tuvo su primera experiencia sexual a la edad promedio de 18.4 años. En contraste, las mujeres nacidas entre 1980 y 1989 iniciaron su vida sexual a una edad promedio de 17.7 años. Esto indica que el grupo más joven comenzó a tener relaciones sexuales a una edad más temprana en comparación con el grupo de mayor edad. Por lo tanto, se puede inferir que la generación más joven tiene un período de exposición más prolongado a la transmisión de enfermedades sexuales y riesgo de mayor contacto con virus del papiloma humano de alto riesgo.

Comentado anteriormente como parte integral de las pacientes que acuden por primera vez se brinda una plática informativa mensual otorgada por médicos gineco-obstetras en la cual se explica, la fisiopatología y los métodos diagnósticos de la infección por VPH, así como información sobre otras enfermedades de transmisión sexual y una plática psicoeducativa. Posterior a ésta se brinda una preconsulta en la cual se solicitan laboratorios complementarios y se identifican a las pacientes con lesión escamosa intraepitelial de alto grado para dar una atención prioritaria y en su caso repetir el estudio citológico en nuestra institución con lo que en menos de 15 días ya tienen un diagnóstico, plan y seguimiento médico, ya que este tipo de lesiones pueden progresar con mayor rapidez a una lesión maligna, en cambio a una paciente con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado se cita en aproximadamente 1 a 2 meses para ser nuevamente valoradas. Por lo tanto, se puede predecir que las pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado tuvieron un puntaje de estrés percibido, ansiedad y depresión más alto en comparación

con otras pacientes con diferente diagnóstico citológico, probablemente debido a la incertidumbre de la próxima valoración médica para confirmación de este diagnóstico.

El sistema inmunológico es esencial para la vigilancia y el control de la IVPH, ya que desencadena una serie de respuestas inmunitarias específicas y no específicas que tienen como objetivo la eliminación del virus y la prevención de la progresión hacia lesiones cancerosas, cuando la respuesta inmunitaria no logra eliminar eficazmente el virus, pueden surgir infecciones persistentes por VPH, aumentando el riesgo de lesiones precancerosas y cáncer. Factores como la inmunosupresión, ya sea inducida por enfermedades, tratamientos médicos (como la terapia inmunosupresora), como los observados en nuestras pacientes con enfermedades crónicas, inmunológicas y reumatológicas sumado con estados de ansiedad, depresión y estrés pueden comprometer la eficacia del sistema inmunológico para controlar la infección por VPH, facilitando así la progresión hacia el cáncer. Se propone que este estudio sirva para futuras investigaciones ya que clínicamente hasta ahora nos guía para adecuar el seguimiento y la vigilancia de las pacientes valoradas.

Como limitante de este estudio se observó que no se pudo describir y analizar si las pacientes que presentaban una alteración emocional previa como estrés, depresión ansiedad, y que estas alteraciones emocionales hayan sido modificadas ante el diagnóstico reciente de infección por VPH, debido a que no se contó con una valoración psicológica previa.

Se identificó que en los reportes verbales que variables como las creencias de la enfermedad, la disminución de conductas de autocuidado y las redes de apoyo percibidas limitadas tiene un impacto emocional en las pacientes.

En los estudios que sustentaron esta investigación, se observó que en un estudio de Mendoza López en 2017 (5), estudio transversal comparativo con 111 mujeres con resultado de Papanicolaou positivo a IVPH que asistían por primera vez a la clínica de displasias de una unidad hospitalaria y 111 mujeres que asistían por primera vez a la consulta de ginecología y sin diagnóstico por IVPH, ambas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el periodo de enero a julio de 2015. Se aplicó el cuestionario de Calderón y Hamilton para detección de ansiedad y depresión respectivamente. Para el análisis de resultados se realizó la comparación con la prueba de chi cuadrado, y se estimó la razón de prevalencias (RP). Se incluyeron en el estudio a 222 mujeres (111 con IVPH y 111 sin IVPH) con un promedio de edad de 32.2 años (D.S. ± 5.8); la escolaridad predominante en las mujeres de la muestra fue el nivel de secundaria con 37.8%; la ocupación con mayor frecuencia fue el de ama de casa con 54.5%; el 19.0% de las mujeres se realizaban por primera vez el Papanicolaou y 90.5% de las encuestadas tenía una pareja sexual al momento del estudio. La presencia de ansiedad se estimó en el 69.4% del total de la muestra y al estratificarlo con relación a la presencia de IVPH, se observó una frecuencia del 79.3% y en el grupo sin esta infección el valor fue menor con un 59.5% ($p < 0.05$). No se menciona el manejo multidisciplinario en conjunto con un servicio de Psicología para valorar estas alteraciones emocionales de todas las pacientes, atendidas en sus clínicas y darle seguimiento y manejo a este factor de riesgo predisponente de lesiones premalignas en el cérvix. Sin embargo, en nuestra población la presencia de estrés, ansiedad y depresión fue mayor que en las comparadas con este estudio.

Únicamente fueron estudios de casos y controles de pacientes al azar y no de pacientes con valoración en una clínica de psicología como manejo integral.

Esto nos da la iniciativa de que patologías con alto impacto emocional deben ser manejadas por equipo multidisciplinario debido a que cada una de las pacientes adapta sus emociones y estas se relacionada en la forma en la cual dará seguimiento.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se puede concluir que la presencia de ansiedad, depresión y estrés percibido se encuentran presentes en pacientes con resultado citológico por IVPH, observado con mayor frecuencia en pacientes con reporte de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado por consiguiente, la presencia de estas afecciones podría incrementar el riesgo de no presentar un adecuado seguimiento por parte de la pacientes y condicionando una progresión de la enfermedad tanto por la falta de apego como por la inmunosupresión causada por estas alteraciones emocionales, es por esto que a las pacientes atendidas en nuestra clínica han sido beneficiadas con los abordajes multidisciplinarios, en nuestra institución el hecho de contar con el servicio de Psicología hace que las pacientes tengan un seguimiento más completo, lo que se recomendaría que en todas las clínicas dedicadas a patologías del tracto inferior de la mujer contaran con el equipo multidisciplinario para la plena atención de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud (2019). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- 2 Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Mexico. Summary Report 10 March 2023.
- 3.- Evaluación clínica y análisis económico de las tecnologías para el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterino: Evaluación de tecnologías para la salud. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 4.- Palacios Rodríguez OA, Torres López TM, Galarza Tejada DM. La experiencia de la persona adulta con la infección por virus del papiloma humano: una revisión panorámica. Población y Salud en Mesoamérica, 2020.17(2). DOI: 10.15517/psm.v17i2.40046
- 5.- Mendoza López S, Ceballos Martínez ZI, Jiménez Baez MV, Ureña Bogarín EL, Sandoval Jurado L. Ansiedad y depresión en mujeres con y sin infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH). Revista Salud Quintana Roo, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;10(36):13-17.
- 6.- Urretavizcaya Sarachaga M, Benlloch Ortiz L. Trastornos de la afectividad. Depresiones unipolares. Medicine. 2003;8(105):5635–44. DOI:10.1016/s0304-5412(03)71041-5
- 7.- Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Trastornos de ansiedad. Medicine. 2003;8(106):5693–703. DOI:10.1016/s0304-5412(03)71049-x

- 8.- Wiesner Ceballos C, Acosta Peñaloza J, Díaz del Castillo A, Tovar Murillo S, Salcedo Fidalgo H. Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Cancerología* 2009;13(3):145-156
- 9.- Meza Rodríguez MP, Carreño Meléndez J, Morales Carmona FA, Aranda Flores CE, Sánchez Bravo C, Espíndola Hernández JG. Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*. 2008;22(3):168-173
- 10.- Cendejas BR, Smith KK y Khan, MJ. Does treatment for cervical and vulvar dysplasia impact women's sexual health? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2015;212(3):291–297. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.05.039
- 11.- Sierra R, Sánchez P, Camps C. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Revista Psicooncología*, Valencia, España. 2006;3(1):34-48.
- 12.- Padgett DA, Glaser R. How stress influences the immune response. *Trends in Immunology*, 2003;24(8):444–448 DOI:10.1016/s1471-4906(03)00173-x
- 13.- Cvitanović H, Milošević M, Bukvić-Bešlić I, Lugović-Mihić L. Determination of psychological stress, serum immune parameters, and cortisol levels in patients with human papilloma virus. *ClinicalTherapeutics*. *Croacia* 2020;42(5):783–799. DOI: 10.1016/j.clinthera.2020.03.017
- 14.- Lambley P. The role of psychological processes in the etiology and treatment of cervical cancer: A biopsychological perspective. *British Journal of Medical Psychology*. Gran Bretaña 1993;66(1):43–60. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01725.x

- 15.- Fang CY, Miller SM, Bovbjerg DH, Bergman C, Edelson MI, Rosenblum NG, et al. Perceived stress is associated with impaired T-cell response to HPV16 in women with cervical dysplasia. *Ann BehavMed.* 2008;35(1):87–96. DOI: 10.1007/s12160-007-9007-6
- 16.- Castro Vásquez MD, Arellano Gálvez MD. Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *Revista de Estudios de Género. La ventana.* 2014; V (39):208-240.
- 17.- Figueroa JG, Flores N. Prácticas de cuidado y modelos emergentes en las relaciones de género. La experiencia de algunos varones mexicanos”. *La Ventana* 2012; V (35):7-57.
- 18.- Juraskova I, Butow P, Sharpe L, Champion M. “What does it mean?” uncertainty, trust and communication following treatment for pre-cancerous cervical abnormalities. *Psycho-Oncology*, 2017;16(6), 525–533. DOI: 10.1002/pon.1104
- 19.- Anhang R, Wright TC, Smock L, Goldie S J. Women’s Desired Information about Human Papillomavirus. *American CancerSociety.* 2004;100(2):315–320. DOI:10.1002/cncr.20007
- 20.- Arellano M, Castro M. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, 2013;21(42):259–278
- 21.- Torres Lagunas MA, Vega Morales EG, Vinalay Carrillo I, Arenas Montaña G, Rodríguez Alonzo E. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 2015; 12 (3), 122-133.
- 22.- Barrigüete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, Vega Morales RIDL, Barrigüete Chávez-Peón P, Rojo Moreno L. Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y

Depresión en población mexicana con trastornos alimentarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2017; 8 (2), 123-130.

23.- Orozco JN, Terán P, Casarrubias B, García R, Madero GS. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*. 2013; 21(2), 29-37.

24.- Terol Cantero MC, Cabrera Perona V, Martín Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2015; 31(2), 494-503.

25.- Reyna C, Mola DJ, Correa PS. Escala de estrés percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés*. 2019; 25(2), 138-147.

26.- Ramírez Sánchez A. Evaluación e Intervención Psicológica en Fibromialgia: estudio de caso. 2021

27.- González VM, Díaz GP, Juárez F, Herrera U, Rivas L, Vázquez G. Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias. *Psicología y Salud*. 2021; 31(2), 323-332.

ANEXO 1.

Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
 División de Ginecología y Obstetricia
 Programa Embarazo Adolescente/Psicología Ginecología



Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Reg. _____
 Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ CE: _HOSP: _____
 Programa: _____
 Diagnóstico Médico: _____ Tratamiento: _____

Escala de Estrés Percibido

Instrucciones: Marque la opción que mejor se adecúe a su situación actual, teniendo en cuenta **el último mes.**

<i>Durante el último mes:</i>	nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado(a) por algo que ocurrió inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso(a) o Estresado(a) lleno de tensión?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas de la vida?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	4	3	2	1	0
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas van bien?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	4	3	2	1	0
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes control de todo?	4	3	2	1	0
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado(a) porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
13. ¿Con qué frecuencia has podido organizar tu tiempo?	4	3	2	1	0
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

Puntaje total: _____ Categoría: _____

Nombre completo de quien evaluó _____

Psicóloga Responsable firma y cedula profesional: _____

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez

ANEXO 2



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Ginecología y Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente/Psicología

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro: _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa: _____ Hospitalización: _____ Cama: _____
 Programa: _____

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque con una **X** la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):				A(non) D(par)	
3. Todo el día	2. Gran parte del día	1. De vez en cuando	0. Nunca		
2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:					
0. Igual que antes	1. No tanto como antes	2. Solamente un poco	3. Ya no disfruto como antes		
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, nada		
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:					
3. Todo el día	2. Gran parte del día	1. De vez en cuando	0. Nunca		
6. Me siento alegre:					
0. Todo el día	1. Gran parte del día	2. De vez en cuando	3. Nunca		
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), torpe:					
3. Completamente	2. A menudo	1. Rara vez	0. Nada		
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en estómago:					
3. Siempre	2. A menudo	1. Rara vez	0. Nunca		
10. He perdido interés por mi aspecto personal:					
3. Siempre	2. A menudo	1. Rara vez	0. Nunca		
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme:					
3. Siempre	2. A menudo	1. Rara vez	0. Nunca		

12. Espero las cosas con ilusión

0. Siempre	1. A menudo	2. Rara vez	3. Nunca		
------------	-------------	-------------	----------	--	--

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

3. Siempre	2. A menudo	1. Rara vez	0. Nunca		
------------	-------------	-------------	----------	--	--

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

0. Siempre	1. A menudo	2. Rara vez	3. Nunca		
------------	-------------	-------------	----------	--	--

Punto de corte: A: >= 8, D: >= 7

Puntaje depresión: _____

Puntaje Ansiedad: _____

Psicólogo que evalúa: _____

Psicóloga responsable: _____ Cédula Profesional: _____

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:
Galindo Vázquez, O., Beniet, C., Juárez García, F., Roias Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., ... & Alvarado Aguilar, S.
(2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes
oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.