

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA

UNIDAD SEDE DE MEDICINA FAMILIAR No. 34
GUADALAJARA, JALISCO

ANSIEDAD ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS DEL
PAPILOMA HUMANO EN LAS PACIENTES DE CLÍNICA DE
DISPLASIAS DEL H.G.Z. No. 89 DEL IMSS.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

MARIA GRICELDA MONDRAGON DIAZ

GUADALAJARA, JALISCO

2008



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.

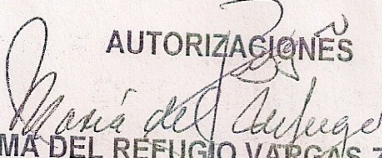
ANSIEDAD ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
EN LAS PACIENTES DE CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL H.G.Z. No. 89 DEL
IMSS.

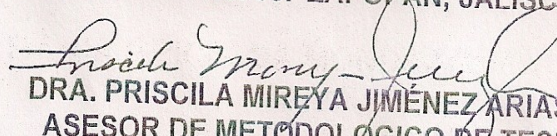
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

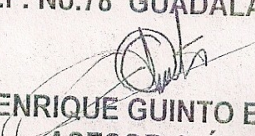
PRESENTA

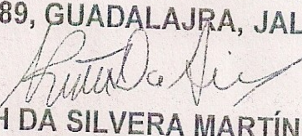
MARIA GRICELDA MONDRAGON DIAZ

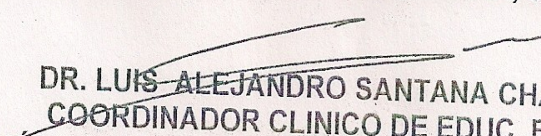
AUTORIZACIONES


DRA. MA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SEDE U.M.F. No. 53. ZAPOPAN, JALISCO.


DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
ASESOR DE METODOLÓGICO DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78 GUADALAJARA, JALISCO.


DR. ENRIQUE QUINTO BALANZAR
ASESOR CLÍNICO
CLINICA DE DISPLASIAS
EN EL H.G.Z. 89, GUADALAJARA, JALISCO.


DRA. RUTH DA SILVERA MARTÍNEZ
ASESOR CLÍNICO
JEFE DE LABORATORIO CLÍNICO
EN LA U.M.F. No. 34. GUADALAJARA, JALISCO.


DR. LUIS ALEJANDRO SANTANA CHAVEZ.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUC. E INV.
MEDICA U.M.F. No. 34. GUADALAJARA, JALISCO



JEFATURA DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
U.M.F. No. 34

GUADALAJARA, JALISCO
2008

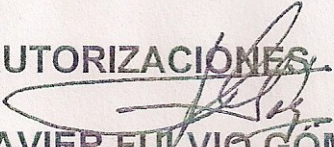
**ANSIEDAD ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN LAS PACIENTES DE CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL
H.G.Z. No. 89 DEL IMSS.**

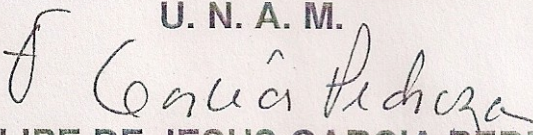
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

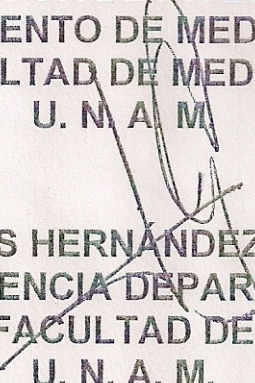
P R E S E N T A

MARIA GRICELDA MONDRAGON DIAZ

AUTORIZACIONES


**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**


**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS	15
METODOLOGÍA	17
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXO No. 1	50
ANEXO No. 2	51
ANEXO No. 3	52

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de displasias asociadas al virus de papiloma humano van en aumento¹¹ con sus repercusiones médicas, sociales y emocionales^{4, 5, 23}. El beneficio del diagnóstico oportuno incide sobre su progresión a displasia severa y la frecuencia del Cáncer cervico-uterino²⁰. Sin embargo, la atención y el manejo que se han otorgado se enfocan en el tratamiento médico, sin abordar los aspectos psicológicos de las pacientes²³.

Múltiples estudios han mostrado la asociación entre el grado de ansiedad y la noticia de un Papanicolaou anormal^{2, 4, 5, 11}. Los efectos psicológicos asociados a la noticia del resultado anormal son múltiples: ansiedad sobre el tener cáncer un 30%, mal humor y cierto grado de incapacidad para realizar las actividades diarias (25%), alteración en interés sexual (50%) y alteraciones del sueño (40%)⁴. Estos hallazgos pueden incidir sobre la respuesta inmediata de los pacientes⁴.

La respuesta puede ser de aceptación, sin embargo, la presencia de ansiedad no identificada puede ocasionar reacción de rechazo o huida que influyan en el proceso de aceptación de la enfermedad y/o retardar la aplicación del tratamiento de manera oportuna^{8, 9}. Además, puede ser un factor que influya negativamente sobre la función del sistema inmune y con ello, la proliferación del virus¹⁸.

La clínica de displasias del Hospital General de Zona 89, de la Delegación en Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social, recibe en promedio 850 pacientes de primera vez cada 6 meses, las cuales son enviadas de las 46 clínicas de referencia. De acuerdo con el diagnóstico de displasia leve 78%, 5% displasia moderada, 3% con displasia severa y 1.5% con CaCu *in situ*, del 26 diciembre de 2006 al 25 junio de 2007. Se estimó una prevalencia del 12.7% de infección por virus del papiloma humano.

Sin embargo, a estos pacientes sólo se les diagnostica y trata su problema físico sin considerar en estado emocional, por lo anteriormente descrito surge la siguiente.

MARCO TEORICO.

Las consecuencias de la infección por el virus de papiloma humano (VPH) pueden condicionar diversas reacciones complejas con un amplio rango de variabilidad, como serían manifestaciones psíquicas¹, disfunción familiar², alteraciones del comportamiento sexual¹, hasta la más temida como sería la presencia de lesiones tempranas precursoras de displasias, que incrementan el riesgo de desarrollar cáncer cervical³.

Las reacciones iniciales a la noticia de un resultado anormal de Papanicolaou pueden ser difíciles de identificar, por que se suprimen con el choque del resultado inesperado y con frecuencia las reacciones emocionales se desplazan o se encubren por necesidades logísticas y de información⁴. Sin embargo, las reacciones sintomáticas son frecuentes y hasta el 25% de las mujeres señalan un deterioro de las actividades diarias, 50% manifiestan un daño en el interés sexual y 40% informan una alteración de los patrones del sueño⁴.

La evidencia de ensayos clínicos controlados para evaluar la presencia de ansiedad causada por el resultado de un Papanicolaou anormal, informa que el estado de ansiedad inicial es influenciado por la manera de notificación⁵. Es significativamente mayor cuando las pacientes son notificadas por vía postal en comparación con las que se les proporciona mayor información, cuando se les explica que la anomalía encontrada en su Papanicolaou no es cáncer⁵. Además, los conceptos de lesiones precancerosas son difíciles de comprender y las enfermas que no entienden el concepto incrementan el nivel de ansiedad⁵.

Las condiciones de ansiedad pueden ser sinérgicas cuando la pareja es indiferente o no se considera susceptible a la infección y no modifica sus conductas sexuales de riesgo por la percepción de que el VPH es una infección poco frecuente y la menos severa de las infecciones de transmisión sexual para los hombres⁶.

ANSIEDAD

Un componente primario de las reacciones del ser humano ante el estrés es la ansiedad. La ansiedad puede ser entendida como un proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos y otros animales ante el peligro. A esta respuesta también se le denomina lucha-huida. Es decir, el propósito de la ansiedad es preparar nuestro organismo para protegernos luchando o huyendo del peligro o amenaza⁷.

La ansiedad se manifiesta mediante un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales⁷. Se caracteriza por un estado subjetivo de anticipación, temor o aprehensión ante una sensación de peligro inminente, asociada a grados diversos de excitación y reactividad autonómica⁸. Se considera que un grado razonable de ansiedad es apropiado y saludable, si motiva a la persona a desarrollar un plan de acción, sin embargo la ansiedad excesiva y la preocupación excesiva dan por resultado reacciones como negación, evitación e indecisión, estas reacciones pueden interferir con el cumplimiento en el seguimiento del tratamiento (adherencia)⁸.

A nivel psicológico existen pautas aprendidas de autodefensa y la manifestación de estas pautas psicológicas puede determinar la presencia de una somatización o neurosis⁹. Una persona normal frente a una situación de peligro asume distintas actitudes defensivas: a) actitud de ataque para apartar o vencer los obstáculos objetivos, b) evitar el problema retirándose de esa situación y orientándose por otro camino si considera que no tiene posibilidad de vencer, c) metas sustitutivas o aceptar una parte de la totalidad que en un principio se había deseado⁹.

La ansiedad determina alteraciones de la conducta y desempeña un papel importante en el aprendizaje y adaptación, pero un grado muy severo de ansiedad puede constituir un factor de desadaptación que altere la interacción con la realidad⁸. Este sistema defensivo para la vida puede constituirse en un estímulo psicológicamente muy estresante, una amenaza para la vida o para la integridad psicofísica y precede a una desadaptación que puede llegar a ser patológica⁸.

La sintomatología de la ansiedad es muy variada, y depende en gran parte de la biología y características psicosociales de los individuos. Si bien el listado de síntomas es extenso la aparición de tan solo una señal, tanto a nivel físico como psíquico es con frecuencia causa suficiente de un gran malestar¹⁰.

Algunos síntomas físicos habituales, aunque no comunes a todos los trastornos, son: taquicardia, sudoración, mareos, temblores, vértigo, náuseas y hormigueo en las extremidades. Desde lo psicológico destaca la sensación de pérdida de control, problemas de atención y memoria, despersonalización, desrealización, hasta la aparición de falsas creencias, ideas obsesivas y sensación de amenaza de muerte, entre otras. En lo que se refiere a la conducta, el rasgo más característico es el de la evitación de situaciones que podrían generar ansiedad. La hipervigilancia, la rigidez corporal, el sentido del ridículo y la falta de habilidades sociales, suelen ser síntomas de algunos trastornos de ansiedad. También algunos trastornos asociados a la ansiedad como pueden ser el abuso de sustancias, problemas sexuales y trastornos alimentarios, a su vez son fuente de otra lista de síntomas^{7, 10}.

En casos graves de ansiedad es necesario tomar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica¹⁰. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad¹⁰.

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad, y el éxito en el manejo puede incidir en que los pacientes acepten y manifiesten conductas favorables, los tratamientos en estos pacientes incluyen¹⁰:

- 1 Fármacos ansiolíticos.
- 2 Psicoterapia Cognitivo-Conductual, la terapia incluye por técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas; modificación de pensamientos negativos; técnicas de entablar autocharlas positivas; técnicas específicas para tratar con el pánico; etc.

- 3 Reducción del estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.
- 4 Cambios en la alimentación; por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o medicamento que contengan ésta (café-aspirina). Algunos pacientes informan reducciones considerables de su ansiedad sólo tomando estas medidas¹⁰.

VIRUS DEL PAPILLOMA HUMANO

Los virus del papiloma humanos son miembros de la familia Papovaviridae son pequeños virus de ADN circular encapsidado con 8,000 pares de bases^{11, 12}. Existen más de 200 tipos del los cuales 30 son oncogénicos, principalmente los tipos 16 y 18 se asocia al cáncer cervical^{12, 13}.

De acuerdo a la OMS (World cancer report 2003) ocurren 500,000 muertes anuales por cáncer de cervix y otros sitios, relacionados con este virus en todo el mundo, en México ocurren aproximadamente 4,000 casos y representa la 2da.causa de muerte en mujeres Mexicanas¹¹. La mayoría de hombres y mujeres erradica espontáneamente la enfermedad, consideramos que en México, de nuestros 103.1 millones de habitantes (INEGI 2005) hubo 53 millones de mujeres y aproximadamente la mitad se encuentran en edad reproductiva o en la postmenopausia¹¹, ya que en estas edades es más frecuente la infección por VPH¹⁴, por lo que probablemente halla 2 millones de mujeres infectadas, de las cuales aproximadamente 600,000 tienen una lesión premaligna en el cuello uterino¹¹, la presencia de la infección del VPH incrementa 78 veces la probabilidad de presentar cáncer cervicouterino invasor¹¹.

INFECCIÓN POR EL VPH Y LA PROGRESIÓN A CÁNCER CERVICAL

El VPH está ligado a características endémicas, variables geográficas y de grupos étnicos. Como el virus del papiloma tiene tropismo por los epitelios, infecta las células basales de piel y mucosas a través de lesiones¹⁵. En la infección por VPH se extiende desde la capa basal en forma ascendente, y hay replicación del virus^{15, 16}. En el cáncer cervical el DNA viral se integra al cromosoma de la célula huésped, perdiendo la habilidad de producir nuevos virus¹⁵⁻¹⁷.

En la práctica médica el aspecto psicológico de los enfermos orgánicos es insuficientemente tomado en cuenta y no es detectada la manera como éstos influyen en la producción de síntomas corporales y en muchas otras dificultades de la atención médica⁸.

Además existe evidencia cada vez más consistente de la interacción entre el cerebro y el sistema inmune como éste último es el encargado de la defensa y protección del organismo frente a la presencia de microorganismos patógenos es lógico asumir que un estado de ansiedad que puede incidir negativamente sobre la función del sistema inmune y va a favorecer la proliferación de estos microorganismos patógenos¹⁸. Sin embargo otros estudios niegan la asociación entre progresión de las lesiones escamosas intraepiteliales con la ansiedad, eventos negativos vividos, falta de apoyo social, o el estrés¹⁹.

El diagnóstico oportuno de la presencia de ansiedad tiene obvias ventajas: como favorecer el proceso de aceptación, incidir en conductas negativas (negación o huida) ante el diagnóstico de virus por VPH. Por ello es necesario tomar medidas para diagnosticar estos síntomas y resolver los problemas que generan los trastornos de ansiedad tan pronto como sea posible, ya que de esta manera las posibilidades de curación aumentan considerablemente, es fundamental recibir ayuda de los profesionales de salud mental para la correcta erradicación del malestar que aqueja todos los ámbitos de la vida del afectado⁷.

El examen de Papanicolaou ha demostrado disminuir la mortalidad por cáncer uterino²⁰, pero hay evidencia de que este procedimiento por si mismo, o la detección de cualquier anormalidad tiene un impacto psicológico agregándose al padecimiento de base, lo que amerita también tratamiento y además esta secuela psicológica pueda interferir en el manejo subsecuente²¹.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la asociación de la ansiedad con el diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano en pacientes de clínica de displasias del H.G.Z. No. 89 del IMSS del 1º de enero al 30 de septiembre de 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

En pacientes con infección por el virus del papiloma humano de la clínica de displasias del H.G.Z. No. 89 del IMSS:

1. Describir las variables edad y tipo de afiliación al IMSS de las pacientes con VPH, para describir la ansiedad en las categorías como: trabajadora o beneficiaria (esposa, madre, jubilada o viuda).
2. Describir las variables de comportamiento sexual de las pacientes con VPH.
3. Determinar la frecuencia de la preocupación por el procedimiento diagnóstico.
4. Determinar la frecuencia de la preocupación por cambio de percepción de sí mismas.
5. Determinar la frecuencia de la preocupación por la pareja.
6. Determinar la frecuencia de la preocupación por transmitir el VPH.
7. Determinar la frecuencia de ansiedad en pacientes ante un Papanicolaou anormal.
8. Determinar el grado de ansiedad que presentan las pacientes ante un Papanicolaou anormal
9. Cuantificar la ansiedad psíquica mediante la escala de Hamilton
10. Cuantificar la ansiedad somática mediante la escala de Hamilton
11. Analizar la asociación entre la ansiedad y la notificación de infección con el virus del papiloma humano.

HIPÓTESIS

No se requiere hipótesis por el tipo de diseño del estudio.

JUSTIFICACION.

La progresión a displasia cervical causada por el virus del papiloma humano es un problema de tipo social y de salud en todo el mundo por las graves repercusiones que afectan sobre todo a la población sexualmente activa. Por lo que, una prueba diagnóstica de Papanicolaou anormal tiene posibles efectos psicológicos adversos ocasionados por la noticia del mismo, siendo un agravante a la enfermedad de fondo. Se ha demostrado que el efecto psicológico en algunas pacientes continúa, generando grados altos de ansiedad por el temor al cáncer.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el virus del papiloma humano es el principal virus oncogénico, mundialmente ocurren 500,000 muertes anuales por cáncer de cérvix. Mientras que en México son aproximadamente 4,000 muertes por este mismo diagnóstico, relacionadas con infección por VPH y representa la 2da.causa de muerte en mujeres Mexicanas.

En el Hospital General de Zona No. 89 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, se atiende en el servicio de displasias a mujeres derechohabientes derivadas de 46 unidades de medicina familiar del estado de Jalisco, en el año del 2006 se atendieron un total de 5,483 pacientes con este diagnóstico.

Es factible la realización de este proyecto ya que se cuenta con la disposición del personal de la Clínica de displasia, el material para hacer las encuestas, además de este programa de estudio que visualiza el tiempo para su realización. Uno de los factores que hacen vulnerable esta investigación es el deseo de participar de las pacientes.

Por lo tanto, se ha considerado importante llevar a cabo la presente investigación para medir la ansiedad asociada al diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano, ya que en México no hay registros publicados al respecto. Dado que la ansiedad puede condicionar respuestas diferentes en las pacientes una de ellas es la reacción de huida, ésta pudiera condicionar la falta de apego al seguimiento y control de la enfermedad.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Trasversal analítico.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población de estudio se constituyo a partir de las 31,059 muestras de Papanicolaou realizadas en las 46 Unidades de Medicina Familiar que derivan pacientes al servicio de displasias del Hospital General de Zona No. 89 del IMSS, de la fecha 1º de enero al 30 de septiembre del 2007, de las cuales 862 presentaron diagnostico de Papanicolaou clase II ó mayor. Este servicio de displasias recibe en promedio 15 pacientes por día, 3 a 5 de las cuales son de primera vez y 10 a 12 subsecuentes. Nuestro estudio se llevo acabo realizando las encuestas a las pacientes de primera vez, que correspondió a 140 mujeres con proceso inflamatorio e imagen asociada al Virus del Papiloma Humano, a las que se les invito a contestar los cuestionarios, siendo 130 las que contestaron el cuestionario completo.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra es no probabilística, ya que se consituyó del total de pacientes derivadas al servicio de displasias del Hospital General de Zona No. 89 del IMSS, con proceso inflamatorio e imagen asociada al Virus del Papiloma Humano. Del total de las pacientes 140 que presntaron infección por el virus del papiloma humano, constituyendo la población del estudio, se eliminaron 10 por no completar el cuestionario.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Participaron pacientes enviadas por sus unidades médicas de adscripción a la clínica de displasias del HGZ No. 89 con infección por el Virus del Papiloma Humano. Previa aceptación mediante consentimiento informado, contestaron de los cuestionarios de Anna Bennetts para medir los Factores I, II, III y IV (la prueba de Papanicolaou, el cambio de percepción de sí misma, la pareja y la transmisión de la enfermedad) con el Método de Escalonamiento de Lickert. Así como la Escala de Hamilton, tomando como referencia la presencia o no de síntomas.: Ausente, Leve, Moderado, Severa, Grave o Incapacitante. Aplicados en el tiempo de espera para la realización de la colposcopia y citología diagnóstica, a las cuales se les entregó el cuestionario estando presente el médico investigador, haciendo mención de que sí tenían alguna duda o desconocían las palabras empleadas en el cuestionario preguntaran a éste. Por lo que, si la paciente no sabía leer o no podía leer, el médico investigador les hizo las preguntas correspondientes a los cuestionarios, utilizando un lenguaje que fuera entendible por las pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Paciente con Papanicolaou positivo a infección por VPH.
- 2.- Pacientes enviadas de las U.M.F. que dependen zonalmente de la Clínica de displasias del HGZ No. 89.
- 3.- Pacientes que desean participar contestando la encuesta.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- 1.- Pacientes con el diagnóstico citado que ya hayan sido tratadas en forma particular.
- 2.- Pacientes que tengan alguna enfermedad de tipo psicológica o trastorno psiquiátrico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Pacientes que cambiaron de adscripción.
- 2.- Pacientes que se les dio de baja.

VARIABLES:

VARIABLE	TIPO VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Citología cervical Positiva	Cualitativa	Papanicolaou clase III y mas	razón	Reporte del estudio
Ansiedad	Cualitativa	Sensación brusca e inesperada de terror o aprensión con síntomas somáticos asociados	<p>Escala de Hamilton para Ansiedad.</p> <p>- Cuestionario de Anna Bennetts: Se aplica el FACTO II y III con el Método de Escalonamiento de Lickert</p>	<p>Presencia o no de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AUSENTE : 0 - LEVE : 1 a 15 puntos - MODERADO.: 16 a 28 puntos - SEVERA: 29 a 42 - GRAVE O INCAPACITANTE: Mayor de 43 <p>Presencia o no de síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -DEFINITIVAMENTE Sí: (5). -PROBABLEMENTE Sí: (4) - INDECISA: (3) PROBABLEMENTE NO: (2) -DEFINITIVAMENTE No (1)

La escala de Hamilton para ansiedad (HARS) examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicas como somáticas. Fue propuesta por Hamilton en 1959. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimientos. Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista, la prueba consta de 14 ítems. Se pueden obtener dos puntuaciones que corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1,2 3, 4, 5, y 14) o con ansiedad somática (ítems 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios: 0 ausente; 1 intensidad ligera; 2 intensidad media; 3 intensidad elevada; 4 intensidad máxima invalidante. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 56, una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave; una

puntuación de 6 a 15 corresponde a ansiedad leve; y una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno²².

ANNA BENNETTES, LES IRWIG y col. desarrollaron un cuestionario para medir la ansiedad experimentada por mujeres en proceso de investigación y seguimiento después de un resultado anormal a la prueba de Papanicolaou, la muestra incluyó mujeres en diferentes etapas de manejo después de la detección de una anomalía cervical el factor de análisis identificó dimensiones de ansiedad en: 1.- experiencia en procedimientos médicos, 2.- creencias y sentimientos sobre la anomalía cervical, 3.- cambios en la percepción de sí misma. 4.- preocupación sobre la ineffectividad y efecto en la relación sexual. El cuestionario PEAPS-Q, es un instrumento validado confiable y multidimensional para cuantificar la ansiedad presentada por mujeres con Papanicolaou anormal²³.

La actitud es un estado de disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser referidas de las expresiones verbales o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes²⁴.

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Summers (1982) define el término actitud como la "... suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico". Se le conoce como escala sumada, debido que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem²⁴.

La escala se constituye en función de una serie de ítems que reflejan una

actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con 5 alternativas de respuesta:

- (+2) Totalmente de acuerdo
- (+1) De acuerdo
- (0) Indiferente
- (-1) En desacuerdo
- (-2) Totalmente en desacuerdo²⁴.

RESULTADOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el caso de variables dimensionales, los datos se mostrarán como promedio \pm desviación estándar (DE), o mediana (percentiles 25 - 75%), según la distribución sea paramétrica o no paramétrica, respectivamente. Las variables nominales se mostrarán como números y porcentajes. Se establecerá la frecuencia de ansiedad. Las comparaciones entre los grupos con función de la presencia de ansiedad se realizará mediante la chi cuadrada en el caso de variables nominales o categóricas; para las variables cuantitativas se utilizará ANOVA. Para el análisis bivariado se utilizará el análisis de regresión logística para identificar factores predictores de ansiedad. En el análisis multivariado se incluirán todas las variables que resulten significativas en el análisis bivariado o aquellas variables que clínicamente se reconozcan como relevantes. Un valor $p < 0.05$ se considerará como significativo, sin embargo, preferentemente se expresará el valor exacto. Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 10.0.

Características generales de la población estudiada

Del total de 140 mujeres contestaron el cuestionario 130 participantes, que acudieron por secuencia de casos a la consulta externa de la clínica de displasia, durante el periodo comprendido del 1° de enero al 30 de septiembre de 2007. De las cuales la edad promedio fue de 38 años con un rango de 19 a 70 años, una desviación estándar de 10.7 años, como se describe en la Gráfica No. 1.

Gráfica No. 1 Exploración de la edad por la gráfica de caja y bigotes, con un promedio de 38 años, un mínimo de 19 y un máximo de 70, DE = 10.7 años, en 130 participantes con infección por VPH de la Clínica de Displasias del HGZ No. 89 de enero a septiembre de 2007.

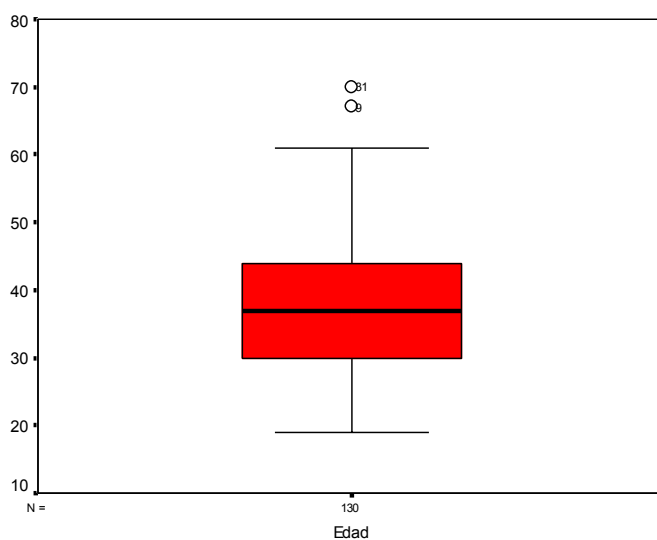
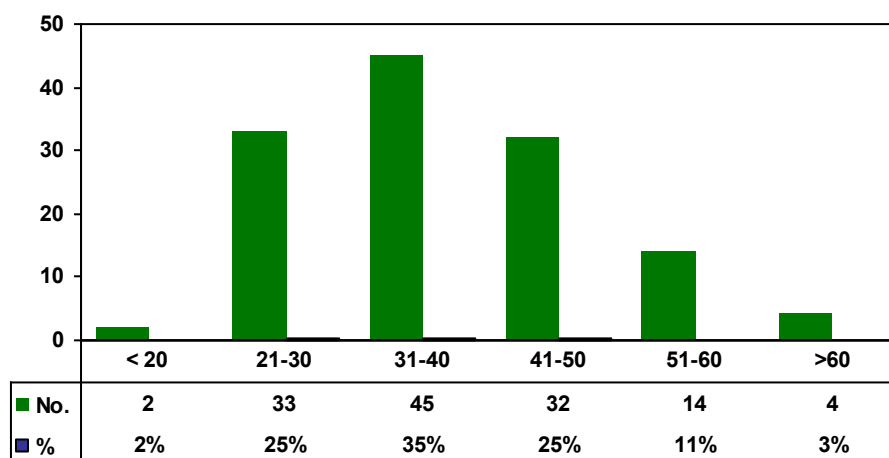


Tabla No.1 DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD, de las 130 pacientes con infección por VPH de la Clínica de Displasias del HGZ No. 89 de enero a septiembre de 2007.



El grupo de edad más frecuente fue de 31 a 40 años con un 35% (45/130), presentando una distribución normal, como se muestra en la Tabla No. 1. En la Tabla No. 2 se analiza el tipo de afiliación en el seguro social, donde participaron 98 pacientes (74%), se encontró un predominio de las trabajadoras con un 43.9% (43/98) seguidas por las beneficiarias esposas con un 40.8% (40/98).

Tabla No. 2 TIPO DE AFILIACIÓN AL IMSS, de las mujeres con infección por VPH de la Clínica de Displasias del HGZ No. 89 de enero a septiembre de 2007.

Tipo de seguro social	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Trabajadora	43	43.9
Beneficiaria esposa	40	40.8
Beneficiaria madre	8	8.2
Jubilada	1	1.0
Viuda	6	6.1
Total	98*	100

* Pacientes que contestaron completo su número de afiliación al IMSS, incluyendo el agregado.

Las características de comportamiento sexual se describen en la Tabla No. 3, donde encontramos que la edad de inicio de vida sexual más frecuente fue de 16 a 20 años con un 59.4% (76/130). El número de hijos más frecuente fue más de 3 con un 35.4% (46/130). La mayoría de las participantes ha tenido solo una pareja sexual en un 43.1% (56/130). El 68% (85/130) fueron pacientes de primera vez en la Clínica de Displasias del HGZ No. 89 del IMSS.

Tabla No. 3 CARACTERISTICAS DE COMPORTAMIENTO SEXUAL

Característica	Frecuencia (%)
Edad de inicio de vida sexual	
< 16	10 (7.8)
16 – 20	76 (59.4)
21 – 25	36 (28.1)
25 – 30	6 (4.7)
Número de hijos	
0	6 (4.6)
1	14 (10.8)
2	22 (16.9)
3	42 (32.3)
> 3	46 (35.4)
Número de parejas sexuales	
1	56 (43.1)
2	44 (33.8)
3	20 (15.4)
> 3	10 (7.7)
Atención de primera vez en la Clínica de Displasia	
No	40 (32.0)
Si	85 (68.0)

De acuerdo la escala de ansiedad psicosocial de Anna Bennetts las pacientes consideraron el procedimiento del citología diagnóstica y colposcopia (Tabla No. 4) incomodo en el 29% (38/130), indigno un 24% (31/130), lo que destaca es que el 45% (59/130) se sintieron tensas al realizarse este procedimiento. El 24% consideró una invasión este procedimiento diagnóstico y otro 24% se sintió vulnerable. Al sumar todas las variables, el 19% (25/130) de las mujeres con infección por VPH refiere estar preocupa por realizarse la colposcopia. Al hacer dicotómica las variables, se tomó como no ausente y leve, encontrando que el 36.2% no presentaron ansiedad psicosocial por el procedimiento diagnóstico.

Tabla No. 4 ANSIEDAD PSICOSOCIAL

Característica (%)	Ansiedad psicosocial				
	Ausente (%)	Leve (%)	Moderado (%)	Grave (%)	Severo
POR EL PAP (19.2)	19 (14.6)	28 (21.5)	32 (24.6)	26 (20.0)	25
Incómodo (29.2)	50 (38.5)	12 (9.2)	7 (5.4)	23 (17.7)	38
Indigno (23.8)	71 (54.6)	11 (8.5)	6 (4.6)	11 (8.5)	31
Tensa (45.4)	24 (18.5)	7 (5.4)	13 (10.0)	27 (20.8)	59
Invasivo (23.8)	57 (43.8)	16 (12.3)	5 (3.8)	21(16.2)	31
Vulnerable (23.8)	67 (51.5)	18 (13.8)	8 (6.2)	7 (5.4)	30
Total	47 (36.2)				
POE SI MISMA (58.5)	4 83.1)	1(0.8)	20 (15.4)	29 (22.3)	76
CaCu (73.1)	9 (6.9)	1(0.8)	3 (2.3)	22 (16.9)	95
Esterilidad (26.2)	67(51.5)	8(6.2)	6 (4.6)	15 (11.5)	34
Morir (63.8)	17 (13.1)	3 (2.3)	13 10.0)	14 (10.8)	83
Cáncer (68.5)	16 12.3)	7 (5.4)	6 (4.6)	12 (9.2)	89
Total	5 (3.8)				
TRANSMISIÓN	30 5	25 23	47		
Causar infección (55.4)	31(23.8)	4 (3.1)	7(5.4)	16(12.3)	72
Adquiera VPH (40.0)	48 (36.9)	6 (4.6)	7 (5.4)	17 (13.1)	52
Total	35 (26.9)				
SEXO	24 8	28 26	44		
Seguir vsa (37.7)	37(28.5)	8 (6.2)	10 (7.7)	26 (20.0)	49
Empeorar (45.4)	34 (26.2)	6 (4.6)	11 (8.5)	20 (15.4)	59
Infiel (34.6)	55 (42.3)	5 (3.8)	10 (7.7)	15 (11.5)	45
Total	32 (24.6)				

La ansiedad psicosocial por creencias/sentimientos y el cambio de percepción

de sí mismas de acuerdo al cuestionario de Anna Bennetts, mostró un 73% (95/130) que está preocupada por la posibilidad de desarrollar cáncer de cervix; sólo el 26% (34/130) está preocupada por quedar estéril; el 62% (83/130) está preocupada de morir; un 68% (89/130) ya se había preocupado antes por el temor de tener cáncer. Al hacer el total de este bloque de preguntas el 58% (76/130) de las participantes está preocupada por su propia salud. Al sumar el nivel ausente y leve da un total de no estar preocupadas por el cambio de percepción de sí misma de un 3.8% (5/130).

La ansiedad psicosocial por transmitir el VPH a la pareja fue del 55% (72/130) de preocupadas por poder contagiar a su pareja y un 40% (52/130) teme que su pareja adquiera un problema de ellas. En el total de los puntos el 36% (47/130) está preocupada por el bienestar de su pareja. No está preocupada un 26.9% (35/130).

La ansiedad psicosocial por la relación de pareja mostró un 38% (49/130) preocupadas por sí deben seguir teniendo vida sexual; el 45% (59/130) cree que las relaciones sexuales pueden agravar el problema de salud; y el 35% (45/130) se preocupa de que piensen que ha tenido más parejas sexuales. En el total de los puntos el 34% (44/130) le preocupa su vida sexual. En el total el 24.6% (32/130) no se encuentra preocupada por las relaciones sexuales.

La Tabla No. 5 muestra los resultados de la ansiedad psíquica estimada con la escala de Hamilton, comprendida por los factores: humor ansioso, tensión, miedo, insomnio, intelecto, humor depresivo y el comportamiento durante la entrevista. Al respecto se encontró que se refirieron no estar tensas el 21% (27/130), es decir el 97% se refiere tensa y no estar ansiosa el 28% (36/130), por lo que el 64% está ansiosa. En los totales de este bloque el 3% (4/130) refirió ansiedad psíquica.

Además, la ansiedad somática se estima con los factores: síntomas somáticos musculares, síntomas somáticos generales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas del sistema nervioso autónomo. Siendo más frecuentes los síntomas

somáticos generales en un 10% (13/130), seguida por los síntomas somáticos musculares con el 8% (11/130).

El principal nivel de ansiedad encontrado fue leve con el 57% (74/130), descrito en la Tabla No. 5. La ansiedad grave de acuerdo a la Escala de Hamilton, fue con síntomas somáticos generales en un 10.1% (13/130) manifestada por zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, debilidad y parestesias (sensación de pinchazo u hormigueo), seguida de síntomas somáticos musculares con un 8.5% (11/130) referidos como mialgias, rigidez, temblor, dientes apretados, voz trémula y aumento del tono muscular. El tercer lugar de ansiedad grave fue el humor ansioso con un 7.8% (10/130) representada por preocupación, pesimismo, miedo al futuro e irritabilidad.

Tabla No. 5 ANSIEDAD PSÍQUICA Y SOMÁTICA.

Característica (%)	Ansiedad				
	Ausente (%)	Leve (%)	Moderado (%)	Grave (%)	Severo
Ansiedad psíquica	4 (3.1)	64 (49.6)	40 (31.0)	17 (13.2)	4 (3.1)
Humor ansioso	36 (27.9)	44 (34.1)	20 (15.5)	19 (14.7)	10 (7.8)
Tensión	27 (20.9)	36 (27.9)	38 (29.5)	19 (14.7)	9 (7.0)
Miedo	53 (41.1)	32 (24.8)	27 (20.9)	8 (6.2)	9 (7.0)
Insomnio	54 (41.9)	22 (17.1)	29 (22.5)	16 (12.4)	8 (6.2)
Intelecto	46 (35.7)	35 (27.1)	31 (24.0)	9 (7.0)	8 (6.2)
Humor depresivo	51 (39.5)	42 (32.6)	19 (14.7)	12 (9.3)	5 (3.9)
Conducta durante test	50 (38.8)	37 (28.7)	22 (17.1)	12 (9.3)	8 (6.2)
Ansiedad somática	8 (6.2)	68 (52.3)	29 (22.5)	20 (15.4)	4 (3.1)
Síntomas musculares	45 (34.9)	32 (24.8)	26 (20.2)	15 (11.6)	11 (8.5)
Síntomas generales (10.1)	43 (33.3)	39 (30.2)	19 (14.7)	15 (11.6)	13
S. cardiovasculares	66 (51.2)	31 (24.0)	19 (14.7)	9 (7.0)	4 (3.1)
S. respiratorios	58 (45.0)	34 (26.4)	22 (17.1)	12 (9.3)	3 (2.3)
S. gastrointestinales	47 (36.4)	34 (26.4)	31 (24.0)	13 (9.3)	5 (3.9)
S genitourinarios	61 (47.3)	29 (22.5)	23 (17.8)	11 (8.5)	5 (3.9)
S autónomos	55 (42.6)	33 (25.6)	21 (16.3)	12 (9.3)	8 (6.2)
Ansiedad	1 (0.8)	74 (57.4)	29 (22.5)	23 (17.8)	2 (1.6)

En la Tabla No. 6 se muestra la asociación entre la ansiedad psicosocial por realizarse el procedimiento diagnóstico de colposcopia y las variables sociodemográficas, donde las pacientes de primera vez presentan 2.864 veces más preocupación al recibir el resultado del Papanicolaou que las que acuden en forma subsecuente, estadísticamente significativo. Las mujeres que han tenido 2 hijos presentan 5.333 veces más ansiedad por realizarse el Papanicolaou que las que no tienen hijos, de igual forma, las que tienen más de 3 hijos presentan 6.667 veces más ansiedad, ambos resultados marginalmente significativos.

Tabla No. 6 ANSIEDAD PSICOSOCIAL POR EL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

Característica	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC95%	Valor p
Edad en años:					
<20	1 (50)	1 (50)	1		
20 – 30	13 (39.5)	20 (60.6)	1.538	0.080 – 26.821	0.768
31 – 40	14 (31.1)	31 (68.9)	2.214	0.129 – 38.004	0.584
41 – 50	12 (37.5)	20 (62.5)	1.667	0.095 – 29.182	0.727
51 – 60	6 (42.9)	8 (57.1)	1.333	0.069 – 25.912	0.849
> 60	1 (25.0)	3 (75.0)	3.000	0.084 – 107.45	0.547
Tipo de afiliación:					
Trabajadora	16 (37.2)	27 (62.8)	1		
Esposa	16 (40.0)	24 (60.0)	0.889	0.367 - 2.153	0.794
Madre	3 (37.5)	5 (62.5)	0.988	0.208 – 4.696	0.988
Jubilada	0	1 (100.0)	291.91	0.000 – 2.5E+210.799	
Viuda	4 (66.7)	2 (33.3)	0.296	0.049 – 1.804	0.187
Edad de inicio de vida sexual en años:					
< 16	2 (20.0)	8 (80.0)	1		
16 – 20	28 (36.8)	48 (63.2)	0.429	0.085 – 2.161	0.305
21 – 25	15 (41.7)	21 (58.3)	0.350	0.065 – 1.888	0.222
26 – 30	1 (16.7)	5 (83.3)	1.250	0.089 – 17.649	0.869
Número de hijos:					
0	4(66.7)	2 (33.3)	1		
1	6 (42.9)	8 (57.1)	2.667	0.361 – 19.712	0.337
2	6 (27.3)	16 (72.7)	5.333	0.767 – 37.093	<u>0.091</u>
3	19 (45.2)	23 (54.8)	2.421	0.399 – 14.688	0.336
>3	12 (26.1)	34 (73.9)	6.667	0.918 – 34.991	<u>0.062</u>
Primera vez en la Clínica de Displasias					
No	32 (42.7)	43 (57.3)	1		
Si	15 (27.8)	39 (72.2)	2.864	1.303 – 6.292	<u>0.009</u>

La tabla No. 7 muestra la ansiedad psicosocial por creencias/sentimientos por el cambio de percepción de sí misma, encontrando que todas se preocupan por

su salud, sin importar la edad, el tipo de afiliación, la edad de inicio de la vida sexual, el número de hijos o si vienen a consulta de primera vez. Similar a la ansiedad por transmitir la enfermedad.

Tabla No. 7 ANSIEDAD PSICOSOCIAL POR EL CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMA

Característica	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC 95%	Valor p
Edad en años:					
<20	1 (50)	1 (50)	0	0 – 2.52E+110	0.934
20 – 30	1 (3.0)	32 (97.0)	0	0 – 8.01E+111	0.954
31 – 40	0	45 (100)	1	0 – 1.88E+120	1.000
41 – 50	1 (3.1)	31 (96.9)	0	0 – 7.76E+111	0.954
51 – 60	2 (14.3)	12 (85.7)	0	0 – 1.50+111	0.945
> 60	0	4 (100.0)	1		
Tipo de afiliación:					
Trabajadora	1 (2.3)	42 (97.7)	0.004	0 – 1.8E+32	0.893
Esposa	2 (5.0)	38 (95.0)	0.002	0 – 8.1E+31	0.878
Madre	1 (12.5)	7 (87.5)	0.001	0 – 3.0E+31	0.858
Jubilada	0	1 (100.0)	1	0 – 3.99E+91	1.000
Viuda	0	6 (100.0)	1		
Edad de inicio de vida sexual en años:					
< 16	1 (10.0)	9 (90.0)	1		
16 – 20	3 (3.9)	73 (96.1)	2.704	0.254 – 28.828	0.898
21 – 25	1 (2.8)	35 (97.2)	3.889	0.221 – 68.381	0.893
26 – 30	0	6 (100)	1102	0.00 – 4.7E+37	0.863
Número de hijos:					
0	0	6 (100)	1		
1	0	14 (100)	1	0 – 1.68E+68	1.000
2	2 (9.1)	20 (90.9)	0.000	0 – 4.50E+53	0.906
3	1 (2.4)	41 (97.6)	0.002	0 – 1.86E+54	0.923
>3	2 (4.3)	44 (95.7)	1.001	0 – 9.90E+53	0.916
Primera vez en la Clínica de Displasias					
No	2 (5.0)	38 (95.0)	1		
Si	2 (2.4)	83 (97.6)	2.183	0.296 – 16.082	0.444

Respecto a la ansiedad psicosocial por la infectividad, Tabla No. 8, no se encontraron diferencias en el nivel de ansiedad entre el grupo preocupado por contagiar la infección a la pareja y el grupo que no se preocupa por infectar.

Tabla No. 8 ANSIEDAD PSICOSOCIAL POR TRANSMITIR EL VPH A LA PAREJA

Característica	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC 95%	Valor p
Edad en años:					
<20	1 (50)	1 (50)	1		
20 – 30	6 (18.2)	27 (81.8)	4.500	0.245 – 82.561	0.311
31 – 40	10 (22.2)	35 (77.8)	3.500	0.201 – 61.085	0.391
41 – 50	12 (37.5)	20 (62.5)	1.667	0.095 – 29.182	0.727
51 – 60	5 (35.7)	9 (64.3)	1.800	0.091 – 35.424	0.699
> 60	1 (25.0)	3 (75.0)	3.000	0.084 – 107.44	0.547
Tipo de afiliación:					
Trabajadora	11 (25.6)	32 (74.4)	1		
Esposa	10 (25.0)	30 (75.0)	1.031	0.383 – 2.777	0.951
Madre	2 (25.0)	6 (75.0)	1.031	0.181 – 5.880	0.972
Jubilada	0	1 (100.0)	169.33	0.000 – 1.5E+210.818	
Viuda	3 (50.0)	3 (50.0)	0.344	0.060 – 1.960	0.229
Edad de inicio de vida sexual en años:					
< 16	1 (10.0)	9 (90.0)	1		
16 – 20	25 (32.9)	51 (67.1)	0.227	0.027 – 1.890	0.170
21 – 25	8 (22.2)	28 (77.8)	0.389	0.043 – 3.546	0.402
26 – 30	0	6 (100)	405.54	0.000 – 4.2E+23	0.808
Número de hijos:					
0	0	6 (100)	1		
1	3 (21.4)	11 (78.6)	0.001	0 – 1.0E+18	0.780
2	7 (31.8)	15 (68.2)	0.001	0 – 5.9E+17	0.763
3	12 (28.6)	30 (71.4)	0.001	0 – 6.9E+17	0.768
>3	13 (28.3)	33 (71.7)	0.001	0 – 7.0E+17	0.768
Primera vez en la Clínica de Displasias					
No	11 (27.5)	29 (72.5)	1		
Si	23 (27.1)	62 (72.9)	1.022	0.440 – 2.376	0.959

La ansiedad psicosocial por su relación de pareja fue principalmente en las pacientes que acudieron por primera vez a la clínica 2.587 veces más que las que lo hacían en forma subsecuente, lo que se muestra en la Tabla No. 9.

Tabla No. 9 ANSIEDAD PSICOSOCIAL POR LA RELACION DE PAREJA

Característica	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC 95%	Valor ρ
Edad en años:					
<20	1 (50)	1 (50)	1		
20 – 30	8 (24.2)	25 (75.8)	3.125	0.175 – 55.886	0.439
31 – 40	9 (20.0)	36 (80.0)	4.000	0.228 – 70.295	0.343
41 – 50	7 (21.9)	25 (78.1)	3.571	0.197 – 64.632	0.389
51 – 60	5 (35.7)	9 (64.3)	1.800	0.091 – 35.424	0.699
> 60	2 (50.0)	2 (50.0)	1.000	0.034 – 29.807	1.000
Tipo de afiliación:					
Trabajadora	11 (25.6)	32 (74.4)	1		
Esposa	10 (25.0)	30 (75.0)	1.333	0.492 – 3.615	0.572
Madre	2 (25.0)	6 (75.0)	0.645	0.133 – 3.129	0.586
Jubilada	0	1 (100.0)	190.68	0.000 – 1.6E+210.813	
Viuda	3 (50.0)	3 (50.0)	1.935	0.204 – 18.328	0.565
Edad de inicio de vida sexual en años:					
< 16	4 (40.0)	6 (60.0)	1		
16 – 20	21 (27.6)	55 (72.4)	1.746	0.448 – 6.812	0.422
21 – 25	6 (16.7)	30 (83.3)	3.333	0.715 – 15.532	0.125
26 – 30	1 (16.7)	5 (83.3)	3.333	0.276 – 40.277	0.344
Número de hijos:					
0	0	6 (100)	1		
1	3 (21.4)	11 (78.6)	0.500	0.044 – 5.738	0.578
2	7 (31.8)	15 (68.2)	0.350	0.035 – 3.548	0.374
3	12 (28.6)	30 (71.4)	0.640	0.067 – 6.142	0.699
>3	13 (28.3)	33 (71.7)	0.822	0.085 – 7.937	0.866
Primera vez en la Clínica de Displasias					
No	11 (27.5)	29 (72.5)	1		
Si	23 (27.1)	62 (72.9)	2.587	1.117 – 5.993	<u>0.027</u>

En la Tabla No. 10 se encuentran los resultados de la ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton, donde cada 10 años aumenta la ansiedad 2.071 veces. Además las jóvenes que iniciaron su vida sexual antes de los 16 años presentaron 9.998 más ansiedad que las que iniciaron su vida sexual de los 26 a los 30 años, en forma marginalmente significativa.

Tabla No. 10 ANSIEDAD ESTIMADA CON LA ESCALA DE HAMILTON

Característica	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC 95%	Valor p
Edad en años:					
	75 (57.7)	54(41.5)	1.036	1.001 – 1.071	<u>0.043</u>
Tipo de afiliación:					
Trabajadora	21 (25.6)	22 (51.2)	1.048	0.190 – 5.783	0.957
Esposa	26 (65.0)	14 (35.0)	0.538	0.096 – 3.029	0.482
Madre	2 (25.0)	6 (75.0)	3.000	0.312 – 28.841	0.341
Jubilada	0	1 (100.0)	429.5	0 – 4.3E+21	0.781
Viuda	3 (50.0)	3 (50.0)	1		
Edad de inicio de vida sexual en años:					
< 16	3 (30.0)	7 (70.0)	1		
16 – 20	45 (60.0)	30 (40.0)	0.068	0.068 – 1.193	<u>0.058</u>
21 – 25	21(58.3)	15 (41.7)	0.306	0.068 – 1.380	<u>0.123</u>
26 – 30	5 (83.3)	1 (16.7)	0.086	0.007 – 1.084	<u>0.086</u>
Número de hijos:					
0	4 (66.7)	2 (33.3)	1		
1	12 (85.7)	2 (14.3)	0.523	0.087– 3.147	0.479
2	11 (50.0)	11 (50.0)	0.174	0.035 – 0.869	0.174
3	25 (59.5)	17 (40.5)	1.045	0.377 – 2.899	0.045
>3	23 (51.1)	22 (48.9)	0.711	0.304 – 1.662	0.431
Primera vez en la Clínica de Displasias					
No	22 (55.0)	18 (45.0)	1		
Si	49 (58.3)	35 (41.7)	0.873	0.409 – 1.865	0.873

La Tabla No. 11 describe los totales del análisis. De acuerdo a la escala de Hamilton sólo en un caso estuvo ausente la ansiedad, así que se sumaron a los de ansiedad leve dando un total de 36% (74+1/130). Además, las mujeres que refirieron preocupación por realizarse el procedimiento del Papanicolaou presentaron 1.934 veces más ansiedad que las que no se sentían preocupadas por el estudio de la colposcopia, por lo que en este estudio encontramos que la ansiedad generada principalmente es por la realización de la prueba del Papanicolaou en forma marginalmente significativa. Las demás variables como la preocupación por el cambio de percepción de sí misma, por transmitir la enfermedad o su relación de pareja no fueron estadísticamente significativas.

Tabla No. 11 ASOCIACIÓN DE LA ANSIEDAD PSÍQUICA Y SOMÁTICA VS LA ANSIEDAD PSICOSOCIAL

Ansiedad psicosocial	No (%)	Si (%)	RM	IC 95%	valor ρ
Ansiedad psíquica y somática					
Por colposcopia	43 (52.4)	39 (47.6)	1.934	0.913 – 4.099	<u>0.085</u>
Por sí misma	73 (58.9)	51 (41.1)	0.466	0.075 – 2.888	0.412
Por contagiar	56 (59.6)	38 (40.4)	0.806	0.369 – 1.762	0.589
Por sexo	57 (58.8)	40 (41.2)	0.902	0.403 – 2.022	0.803
Ansiedad psíquica					
Por colposcopia	40 (48.8)	42 (51.2)	0.646	0.313 – 1.336	0.238
Por sí misma	65 (52.4)	59 (47.6)	0.734	0.119 – 4.549	0.740
Por contagiar	51 (54.3)	43 (45.7)	1.256	0.577 – 2.732	0.566
Por sexo	50 (51.5)	40 (48.5)	0.827	0.370 – 1.849	0.644
Ansiedad somática					
Por colposcopia	42 (51.2)	40 (48.8)	2.494	1.151 – 5.376	<u>0.021</u>
Por sí misma	72 (58.1)	52 (41.9)	0.346	0.038 – 3.188	0.349
Por contagiar	56 (59.6)	38 (40.4)	1.105	0.504 – 2.426	0.803
Por sexo	56 (57.7)	41 (42.3)	0.820	0.360 – 1.863	0.635

No se encontró diferencia significativa entre las distintas actitudes ante la colposcopia, el cambio de percepción de sí misma, contagiar a la pareja y la relación de pareja respecto a la ansiedad psíquica. Por el contrario en la ansiedad psicosomática las que se refieren preocupadas por la colposcopia presentan 2.5 veces más ansiedad.

Tabla No. 12 ANALISIS MULTIVARIADO DE LA ANSIEDAD PSIQUICA

Ansiedad psíquica	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC 95%	Valor p
Tensa					
No	18 (75.0)	6 (25.0)	1		
Quizás no	3 (42.9)	4 (57.1)	0.453	0.157-1.306	0.143
No se	5 (38.5)	8 (61.5)	1.813	0.372-8.835	0.461
Quizás si	8 (30.8)	18 (69.2)	2.176	0.635-7.451	0.216
Si	34 (57.6)	25 (42.4)	3.060	1.149-8.153	0.025
Vulnerable					
No	40 (60.6)	26 (39.4)	1		
Quizás no	5 (27.8)	13 (72.2)	1.517	0.602-3.821	0.377
No se	1 (12.5)	7 (87.5)	6.067	1.664-22.120	0.006
Quizás si	1 (14.3)	6 (85.7)	16.311	1.745-152.464	0.014
Si	21 (70.0)	9 (30.0)	13.992	1.466-133.559	0.022

La Tabla No. 12 muestra el análisis multivariado de la ansiedad psíquica basada en la escala de Hamilton con los factores que analiza el cuestionario de Anna Bennets, encontrando ansiedad psíquica en las mujeres que se refirieron tensas al realizarse la colposcopia 3.06 veces más que las que no se refirieron tensas. A pesar de que no se encuentra un valor p significativo se ve un efecto de dosis 0.45, 1.81, 2.18, 3.06 en la Razón de Momios. Respecto a sentirse vulnerable al realizarse la colposcopia la ansiedad aumenta con forme aumenta el sentimiento de vulnerabilidad de 1, 1.57, 6.07, 16.31. Las mujeres que se refieren sentirse vulnerables presentan 13.99 veces más ansiedad que las que no.

El análisis multivariado de la ansiedad somática, Tabla No. 13, fue significativa para el tipo de afiliación en el seguro social, sentirse vulnerable, miedo a quedar estéril, miedo a morir, miedo de contagiar a la pareja, preocupación de que su pareja obtenga un problema de ellas, miedo de sí debe seguir teniendo relaciones sexuales, teme que continuar con su vida sexual empeore su problema.

Tabla N0. 13. ANALISIS MULTIVARIADO DE LA ANSIEDAD SOMATICA

Ansiedad somática	Sin ansiedad (%)	Con ansiedad (%)	RM	IC 95%	Valor p
Afiliación					
Trabajadora	45 (68.2)	21 (31.8)	1		
Esposa	5 (27.8)	13 (72.2)	1.283	0.491-3.354	0.611
Madre	1 (12.5)	7 (87.5)	7.150	1.927-26.524	0.003
Jubilada	3 (42.9)	4 (57.1)	19.224	2.036-181.505	0.010
Viuda	22 (3.3)	8 (26.7)	3.667	0.669-20.104	0.135
Vulnerable					
No	39 (59.1)	27 (40.9)	1		
Quizás no	3 (37.5)	5 (62.5)	2.250	0.886-5.714	0.088
No se	2 (33.3)	4 (66.6)	5.417	1.055-27.814	0.043
Quizás si	6 (40.0)	9 (60.0)	6.500	0.999-42.311	0.050
Si	26 (76.5)	8 (23.5)	4.875	1.326-17922	0.017
Estéril					
No	12 (70.6)	5 (29.4)	1		
Quizás no	2 (66.7)	1 (33.3)	0.804	0.257-2.509	0.707
No se	4 (30.6)	9 (69.2)	0.964	0.084-11.102	0.977
Quizás si	4 (28.6)	10 (71.4)	4.339	1.227-15.346	0.023
Si	54 (65.9)	28 (34.1)	3.821	1.387-16.763	0.013
Morir					
No	33 (68.8)	15 (31.3)	1		
Quizás no	1 (16.7)	5 (83.3)	0.994	0.425-2.326	0.990
No se	1 (14.3)	6 (85.7)	10.936	1.180-101.387	0.035
Quizás si	6 (35.3)	11 (64.7)	13.118	1.457-118.114	0.022
Si	35 (68.6)	16 (31.4)	4.010	1.261-12.758	0.019
Contagiar					
No	24 (66.7)	12 (33.3)	1		
Quizás no	1 (12.5)	7 (87.5)	1.031	0.413-2.574	0.947
No se	5 (50.0)	5 (50.0)	14.418	1.634-127.250	0.016
Quizás si	13 (50.0)	13 (50.0)	2.062	0.521-8.165	0.302
Si	33 (67.3)	16 (32.7)	2.062	0.779-5.459	0.145
Sexo					
No	20 (58.8)	14 (41.2)	1		
Quizás no	2 (33.3)	4 (66.7)	1.437	0.598-3.449	0.418
No se	7 (63.6)	4 (36.4)	4.104	0.690-24.428	0.121
Quizás si	8 (40.0)	12 (60.0)	1.173	0.305-4.503	0.816
Si	39 (67.2)	19 (32.8)	3.078	1.078-8.791	0.036
Empeorar					
No	31 (56.4)	24 (43.6)	1		
Quizás no	1 (20.0)	4 (80.0)	1.497	0.659-3.399	0.335
No se	3 (30.0)	7 (70.0)	7.733	0.792-75.470	0.078
Quizás si	12 (80.0)	3 (20.0)	4.511	1.017-20.001	0.047
Si	29 (65.9)	15 (34.1)	0.483	0.118-1.980	0.312

Respecto al tipo de afiliación al seguro social las mujeres beneficiarias madre presenta 7.15 veces más ansiedad somática que las trabajadoras y las jubiladas 19.224 veces más ansiedad. Respecto a sentirse vulnerables al realizarse la colposcopia las que responden al cuestionario quizás no

presentan 2.25 veces más ansiedad somática que las que dicen no definitivo; las que tienen duda de sentirse vulnerables presentan 5.417 veces más ansiedad en comparación a las que dijeron que no; las que probablemente se sienten vulnerables 6.5 veces más ansiedad somática que las que no, hasta aquí se presenta el efecto de dosis. Y las que definitivamente se sienten vulnerables presentan 4.875 veces más ansiedad somática que las que no se sienten vulnerables. Las mujeres que respondieron quizás si al temor de quedar estériles presentan 4.339 veces más ansiedad somática que las que no y las que definitivamente si temen quedar estériles presentaron 3.821 mas ansiedad somática que las que respondieron que no.

Respecto al temor a morir entre las que respondieron no o quizás no, la ansiedad no fue diferente; las que estaba inseguras presentaron 10.936 veces más ansiedad somática que las que no; las mujeres que respondieron quizás al temor a morir presentaron 13.118 veces más ansiedad somática en comparación a las que respondieron no; las que si temían morir presentaron 4.01 veces más ansiedad somática que las que refirieron no preocuparse de morir. Las mujeres que se refirieron inseguras en temor a transmitir la enfermedad presentaron 14.418 veces más ansiedad que las que no se preocupaban por transmitir la enfermedad. Las mujeres que respondieron que si estaban preocupadas porque no deberían seguir con su vida sexual presentaron 3.078 veces más ansiedad somática que las que no. Las mujeres que no sabían si con las relaciones sexuales empeoraría su problema presentaron 7.733 veces más ansiedad que las que no.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que las mujeres refieren ansiedad psíquica y somática por sentirse vulnerables al realizarse la colposcopia. Esto es similar a lo encontrado por otros investigadores, ya que las paciente sientes insatisfacción en un 18% al realizarse el Papanicolaou ²⁵.

La distribución de la edad de las participantes con infección por el VPH de nuestro estudio fue de comportamiento normal, con predominio en el grupo de 31 a 40 años, diferente a los publicado en la literatura donde se reporta el predominio de infección por VPH en los extremos de edad, es decir en menores de 25 años ^{14, 26} y mayores de 60 años¹⁴. La diferencia de edades es que nuestro estudio se basa en mujeres que se realizaron el Papanicolaou, las mujeres jóvenes no se lo realizan por estar sin actividad sexual o sin enfermedades vaginales, considerandolo innecesario ²⁷, y en el otro extremo, son pocas las mujeres mayores de 50 años que se realizan la colposcopia ^{28, 29}.

Es muy interesante el tipo de afiliación, ya que encontramos que el 41% de las mujeres participantes fueron beneficiaria esposa, la literatura reporta que las mujeres casadas acuden 43% más a su prueba de Papanicolaou que las solteras o que viven solas ²⁹. Una limitante de nuestro estudio fue no contar con el dato del estado civil de las aseguradas como trabajadoras. Al igual que en el resto del mundo las mujeres mayores casi no participan en la prueba del Papanicolaou^{28, 29}, similar a lo encontrado en nuestro estudio, en que las categorías de beneficiaria madre, jubilada y viuda. Nuestros resultados son similares a lo encontrado en Alemania, donde el 56% de las participantes fueron trabajadoras, el 20% amas de casa y el resto estudiantes, desempleadas y jubiladas ³⁰. Nuestros resultados respecto al tipo de afiliación son similares a lo encontrado en la literatura a pesar de que 32 (25.62%) participantes no anotaron el agregado de su número de afiliación, este número pudo afectar los resultados en forma significativa.

En nuestro estudio la mayoría de las participantes inició su vida sexual antes de los 20 años, este dato es importante porque el inicio de vida sexual activa antes de los 18 años se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar cáncer uterino ³¹.

Además, la mayoría de las mujeres refirieron 3 ó más hijos, siendo mayor que en países desarrollados donde las familias tienen 1 ó 2 hijos ³⁰. De la misma manera, como población conservadora la mayoría de las mujeres tapatías refieren una pareja sexual en su vida, el problema el comportamiento sexual de la pareja masculina ³². Los datos del comportamiento sexual de la pareja es otra limitante de este estudio, ya que también está considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical ³¹.

Encontramos mayor ansiedad psicosocial por realizarse la colposcopia en las mujeres que acuden por primera vez, igual a lo publicado por otros investigadores ²³. Un hallazgo fue que se encontró más ansiedad en las mujeres que tienen hijos en comparación con las que no. Un dato importante es que una vez realizada la colposcopia la ansiedad baja ³³.

También encontramos más ansiedad psicosocial por las relaciones sexuales en las mujeres que acuden por primera vez a la clínica de displasias. Lo publicado indica que en la ansiedad psicosocial es superada por las mujeres con la experiencia en el procedimiento médico ²³.

Referente a la edad, en este estudio se encontró mayor ansiedad en relación a la edad, es decir, a mayor edad se incrementa la ansiedad. Esto coincide con lo reportado en estudios nacionales donde se revela que las mujeres que menos acuden a los servicios preventivos de cáncer cervical son las de mayor edad, las de débiles redes sociales y las que viven en zonas rurales ³⁴.

Existen dos tipos de ansiedad, una asociada con el procedimiento médico y otra por el resultado ³⁵. Nosotros encontramos que la ansiedad psicosocial por el procedimiento diagnóstico de colposcopia se asocia con la ansiedad

somática. Se ha publicado una mayor ansiedad en mujeres que son enviadas para realización de colposcopia por una citología anormal que aquellas en las que solo se les realiza otra citología.³⁶ El dato de la ansiedad somática es importante porque ya están somatizando el estrés con un daño físico.

Por otro lado, el estrés por el resultado se refiere a una angustia por largo tiempo, similar a la de la convalecencia y la muerte, estas últimas las pacientes las asocian con el resultado³⁵. Al respecto, asociación entre la ansiedad psíquica y la ansiedad psicosocial, en especial los puntos de sentirse tensa al realizarse la colposcopia y sentirse vulnerable, la literatura reporta ansiedad psicosocial al sentirse tensa por realizarse la colposcopia²³, es una información nueva que se asocia a la angustia psíquica. Además, es bien conocido del temor a la prueba en sí, temor al resultado de tener cáncer³⁷. Al recibir el resultado de un Papanicolaou anormal y el envío a colposcopia está asociado con un alto grado de ansiedad, que se puede evitar proporcionando información clara y oportuna por el médico³⁸.

Un resultado importante en este estudio es que las mujeres trabajadoras presentan menos ansiedad somática que las beneficiarias madre y las jubiladas, probablemente debido a que las mujeres trabajadoras tienen mejor nivel económico, mayor información sobre la infección por VPH³⁹.

El temor más común es padecer cáncer, en particular cáncer cervical. Un segundo temor predominante es la creencia de que un frotis anormal es una indicación de infertilidad o reducción de la capacidad de reproducción⁴. Por lo que, en este estudio encontramos mayor ansiedad somática en las mujeres que refirieron temor a quedar estériles, en comparación con las que no.

Cuando una mujer se entera del resultado anormal de su frotis de Papanicolaou, la emoción predominante que experimenta es ansiedad, un estado exaltado de aprensión que tiene componentes cognoscitivos, emocionales y conductuales⁴. En su nivel más básico, la ansiedad es una sensación de mayor vulnerabilidad y un sentido de pérdida de control. En base a esto, nosotros encontramos ansiedad psíquica tanto como somática en las

mujeres que refirieron sentirse vulnerables al realizarse el estudio de colposcopia.

Otra preocupación o reacción de sufrimiento común es que habrá una pérdida de la respuesta o función sexual ⁴, esté o no indicado el tratamiento, de este modo, encontramos que las mujeres que se preocupan acerca de sí deberían seguir teniendo vida sexual, presentaron más ansiedad somática. Además encontramos que las mujeres que respondieron no saber si las relaciones sexuales empeorarían la infección por VPH presentaron más ansiedad somática, es conocido que es posible reducir la ansiedad por el desenlace y los procedimientos proporcionando información, enseñanza, apoyo y confianza ⁴⁰. Es probable que la información simple y breve sea más eficaz para reducir la ansiedad ⁴¹.

En los resultados de los cuestionarios de la Escala de Hamilton para medir la Ansiedad así como de Anna Benntes aplicados a 130 pacientes enviadas por sus Unidades de Medicina Familiar de adscripción a la clínica de displasias del HGZ No. 89 por diagnóstico de Papinacolau clase II ó mayor, con asociación al Virus del Papiloma Humano.

Otras mujeres reaccionan con la creencia que son infecciosas y de que pueden haber infectado a sus parejas sexuales de alguna forma o indirectamente a miembros de la familia. En nuestros resultados encontramos ansiedad somática en las mujeres que respondieron "no se" a la pregunta de sí estaba preocupadas por transmitir la infección a la pareja, lo que suponemos se basa en la falta de información sobre la transmisión del VPH. En un estudio realizado en Alemania se encontró que sólo el 22% de las mujeres conoce los factores de riesgo para desarrollar cáncer cervical, por lo cual la mayoría consideró que tenían una insuficiente información o no tenían información, esto asociado al nivel socioeconómico, es decir, a nivel económico más alto, mayor información ³⁹. Por lo que reafirmamos a la información como un factor importante para reducir la ansiedad.

En México los programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino no han logrado transmitir la importancia de la prueba del Papanicolaou debido a la falta de información clara a nivel poblacional, a demás de la actitud y resistencia de las mujeres hacia la práctica de la misma ²⁷. Además, agregamos al problema de falta de información de la población general sobre el VPH, el mismo conocimiento sobre la prueba y temores que despertaba su ejecución dentro del personal de salud, temor a la prueba en sí, temor ante el posible diagnostico de cáncer cervicouterino y realización del examen en locales inadecuados ^{37, 42}.

Por último, el temor a morir, debido a que la mayoría de las mujeres a quien se les da un resultado de papanicolau anormal asocian con el cáncer cervical, otras mas reportan un alto grado de ansiedad por el temor a la muerte ⁴³⁻⁴⁴. En este estudio también se encontró una asociación entre el temor a morir y la ansiedad somática.

CONCLUSIONES

- Con este trabajo se cumplió el objetivo, ya que se encontró asociación entre la ansiedad psicosocial por el procedimiento diagnóstico y la ansiedad psicosocial por las relaciones sexuales en las mujeres que acuden por primera vez a la Clínica de displasia.
- Se encontró una asociación directa con la edad y la ansiedad con el diagnóstico de infección por el VPH.
- La ansiedad psicosocial por realizarse la colposcopia se asocia con la ansiedad somática, es decir, que la ansiedad psicosocial está ocasionando un daño físico.
- La ansiedad psíquica se asocia con la ansiedad psicosocial en las mujeres que se refirieron sentirse tensas al realizarse la colposcopia.
- El principal factor de la ansiedad psicosocial fue el sentirse vulnerables al realizarse la colposcopia, ya que se asoció tanto a la ansiedad psíquica como a la somática.
- Además la ansiedad somática se asoció a el tipo de seguro social beneficiaria madre y jubilada; miedo a quedar estéril; miedo a cambios en su capacidad sexual. Este último dato no es estadísticamente significativo por que participó el 74.38% de las mujeres.
- Existe asociación entre la ansiedad psicosocial por el temor a morir y la ansiedad somática.
- La falta de información se asocia con la ansiedad somática en las mujeres con infección por VPH que no sabían si su pareja podría contraer un problema de ellas y las que refirieron no saber sí las relaciones sexuales podían empeorar su enfermedad. Por lo que, es de gran ayuda dar información y apoyo psicológico para mejorar la adherencia y la respuesta al tratamiento médico.
- Es muy importante abordar el aspecto psicológico de las personas con programas de investigación para un tratamiento multidisciplinario, abarcando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Otra limitante fue que las pacientes fueron invitada en un hospital, presentando características diferentes a la población general, esto podría limitar la validez externa del estudio.

- La principal limitante del estudio, es que la muestra solo fue de aquellas mujeres que acudieron a recibir la atención médica y esto no incluye aquellas que presentan negación como mecanismo de defensa ante un diagnóstico que consideran peligroso. Este problema también afecta la validez externa del presente estudio.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE ANSIEDAD ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LAS PACIENTES DE CLINICA DE DISPLASIA DEL HGZ No. 89 DEL IMSS

Constancia de recepción del formulario.

En el día de la fecha..... he recibido del Dr.....el presente formulario conteniendo información del estudio de investigación, en el que me ha propuesto participar como parte del mismo, dándome una amplia explicación de sus riesgos y beneficios esperados en el presente estudio, y aclarando que en el momento en que yo decida puedo abandonar dicho estudio si a mi me parece conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del instituto. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado^(a) el día..... Para que me sean aclaradas todas mis dudas.

Lugar y fecha Titulo de la investigación....."Ansiedad asociada a infección por virus del papiloma humano en las pacientes de clínica de displasia del HGZ No. 89 del IMSS"...Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número..... El objetivo de este estudio es...determinar la asociación de la ansiedad con el diagnostico de infección por el virus del papiloma humano en pacientes de clínica de displasia del HGZ No. 89 del IMSS.... Se me ha explicado que mi participación consistirá en.....contestar las preguntas formuladas en la escala de Hamilton de ansiedad y el cuestionario de ANNA BENNETS. Y por lo tanto, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo los que a continuación se mencionan...El diagnostico de ansiedad y el tratamiento de esta de ser necesario.....El investigador principal me ha dado la certeza que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así como todo lo relacionado con la privacidad que mi persona merece serán manejados de manera confidencial. También existe el compromiso a mantenerme informado y actualizado con respecto a los avances o retrocesos que se generen en el estudio, aunque esto implique un cambio en la decisión de permanecer como participante del estudio.

Espacio para anotar dudas o preguntas

Autorización (consentimiento) Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para participar en el estudio de investigación..... llevada a cabo por el doctor..... Investigador principal del mismo.

firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma testigo

Nombre y firma testigo

Nombre y firma del familiar o apoderado en caso necesario:

ANEXO 2
ANSIEDAD

ESCALA DE HAMILTON PARA VALORACION DE LA

		Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Severo 4	Puntaje
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro e irritabilidad.					
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresalto, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación e incapacidad para relajarse.					
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones.					
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas y terrores nocturnos.					
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse y reducción de la memoria.					
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz y alteración diurna.					
7	Síntomas musculares	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula y aumento del tono muscular.					
8	Síntomas de los sentidos	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad y sensación de perforación.					
9	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones o sensación de desvanecimiento.					
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros y disnea.					
11	Síntomas gastrointestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náuseas, vómito, borborismos, meteorismo, pérdida de peso y estipsis.					
12	Síntomas genitourinarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, pérdida de la libido.					
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofoco, palidez, tendencia a sudar, vértigo, cefalea y piloerección.					
14	Comportamiento durante el test	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.					
Tota de puntos							

Total de puntos :

AUSENTE : 0

LEVE : 1 a 15 puntos

MODERADO.: 16 a 28 puntos

SEVERA: 29 a 42

GRAVE O INCAPACITANTE: Mayor de 43

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE ANNA BENNETTES (Referencia no. 23)

Edad _____ clínica de procedencia _____ edad de
inicio de vida sexual. _____ número de parejas
sexuales _____ número de embarazos _____ último papanicolau
anormal.

FACTOR I PERCEPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿TE PARECIÓ EL PROCEDIMIENTO INCÓMODO?					
¿TE PREOCIÓ LA COLPOSCOPÍA INDIGNA?					
¿TE SIENTES TENSA?					
¿SIENTES QUE TU CUERPO HUVIERA SIDO INVADIDO?					
¿TE SIENTES VULNERABLE?					

FACTOR II CREENCIA, SENTIMIENTOS Y CAMBIO DE LA PERCEPCION DE SI MISMA

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿TE PREOCUPA QUE POR EL DIAGNOSTICO POR EL QUE FUISTE ENVIADA, PUDIERA APARECER CANCER EN TU CUERPO?					
¿TE PREOCUPA QUE PUDIERAS QUEDAR ESTERIL?					
¿TE PREOCUPA QUE PUDIERAS MORIR?					
¿ALGUNA VEZ HAS ESTADO PREOCUPADA DE TENER CANCER?					

FACTOR III

PREOCUPACION A CERCA DE LA TRANSMISIBILIDAD DE LA ENFERMEDAD.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿TE PREOCUPA QUE PODRIAS CAUSARLE UN PROBLEMA A TU PAREJA SEXUAL?					
¿TE PREOCUPAR QUE TU PAREJA SEXUAL PIENSE QUE PUEDE OBTENER UN PROBLEMA DE TI?					

FACTOR IV

PREOCUPACION POR LAS RELSLACIONES SEXUALES

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿TE PREOCUPA SI DEBERÍAS TENER VIDA SEXUAL?					
¿TE MES QUE LAS RELACIONES SEXUALES EMPEOREN EL PROBLEMA?					
¿TE PREOCUPA QUE PIENSEN QUE HAS TENIDO MÁS PAREJAS?					

Cuestionario de Anna Bennets: Se aplica el factor II y III con el Método de Escalonamiento de Lickert-

Presencia o no de síntomas.

-DEFINITIVAMENTE SÍ: (5).

-PROBABLEMENTE SÍ: (4)

- INDECISA: (3)

PROBABLEMENTE NO: (2)

-DEFINITIVAMENTE No (1)

BIBLIOGRAFIA

1. Lerman K, Muller SM, Scarborough R, Hanjani P, Nolte S, Smith D. Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical screening. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 658-662
2. Coker AL, Bond S, Madeleine MM, Luchok K, and Pirisi L. Psychosocial Stress and Cervical Neoplasia Risk, *Psychosomatic Medicine* 2003;65:644-651.
3. Walboomers JMM, JacobsMV, Manos MM, Bosch FX, Fummer JA, “Human papillomavirus in a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide” *J Pathol* 1999; 189: 12-19.
4. Bulter DJ, Brotzman GL. Aspectos psicosociales de la colposcopia. En: Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer M. Colposcopia principios y ptáctica. USA: Mc graw Hill, 2002: 461-468.
5. Wilkinson C, Jones JM and McBride J. Anxiety caused by abnormal result of cervical smear test: a controlled trial. *Br Med J* 1990; 300:440.
6. McPartland TS, Weaver BA, Lee SK, Koutsky LA. Men’s Perception and Knowledge of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Cervical Cancer. *J Am College Health* 2005;53:225-230.
7. Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión. ¿Qué es la ansiedad generalizada? Disponible en http://www.actad.org/actad_cas/que_es_ansiedad.php (asesada 26/04/2008).
8. Giacomantone E. El médico frente a la ansiedad. [hppt//www.gador.com.ar/iyd/ansied2/giaco1.htm](http://www.gador.com.ar/iyd/ansied2/giaco1.htm) (accesado 20 de agosto 2007)
9. Ennis MA. Mecanismos de defensa. Disponible en: http://www.pricoterapiasimbolica.com/mecanismos_de_defensa.htm (acceso 20 de agosto 2007).
10. Wikipedia. Ansiedad. Wikipedia, la enciclopedia libre. Dispoible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad> (accesado 26/04/2008)
11. Curiel Valdes JJ, prólogo En: “El virus del pailoma humano” 2006 Elsevier Masson Doyma Mexico SA, impreso e México, pag. 5-6.
12. McMurray HR, Nguyen D, Westbrook TF, McAnce DJ. **Biology of human papillomavirus.** *Int J Exp Path* 2001; 82: 15-33.
13. Burd EM. **Human Papillomavirus and Cervical Cancer.** *Clinical Microbiology Rev.* 2003; 16: 1-17.
14. Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Shah KV, Alonso P, Hernandez P, Salmeron J, Hernandez M. Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology. *Int J Cancer* 2001;91:412-420.
15. Middleton k, Peh V, Southerm S, Griffin H, Stolar K, Nakahara T, E-Sherif A, Morris L, Soth R, Hibma M, Jekins D Lambert P. Coleman M, Doorbar H, “ Organization of human papillomavirus productive cycle during neoplastic preogression prevides a basis for selection of diagnostic markers” *J Virol* 2003;77(19):10186-10201.
16. Howley PM, Lowy DR. **Papillomavirus and their replication.** In DM Knipe, PM Howley, DE Griffin, RA Lamb, MA Martin, B Rizman, SE Straus (ed), *Virology*, 4th ed. Lippincott/The Wiliams & Wilkins Co., Philadelphia, Pa 2001, vol. 2, p.2197-2229.
17. Peh W, Middleton N, Chistensen N, Nocholls P, Egawa K, Sotlar K, Brandsma J, Perciral A, Lewis J, Liu WJ, Doorbar J. **Life cycle heterogeneity in animal models of human papillomavirus-associated disease.** *J Virol* 2002; 76: 10401-

- 10416.
18. Muñoz de VG, **“Infecciones asociadas a infertilidad”** Disponible en: <http://www.sogvzla.org/ftpsogv/online/xxi%20congreso%20nacional/h.%20infeccionesasociadasainfertilidad.doc> Junio 2006.
 19. **“Vinculan ansiedad intensa con el riesgo de morir en adultos mayores de una población multiétnica”** *Rev.Panam Salud Publica* v.19 n.5 Washington mayo 2006, disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci> 08/06/2007.
 20. IARC. Working Group on Evaluation of Cervical cancer screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J* 1986;293:654-664.
 21. McCornick JS. Cervical smear: a questionable practice? *Lancet* 1989;2:207-229.
 22. Escala de Haminton para ansiedad (HARS) disponible en <http://www.psicomag.com/neurosiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMINTON.php> Asesada 26/04/2008
 23. Bennets A, Irwig L, Oldenburg B, Simpson JM, Mock P, Boyes A, Adams K, Weisberg E, and Shelley J. **“PEAPS-Q: a questionnaire to measure the psychosocial effects of having an abnormal pap smear”** *J Clin Epidemiol vol.48* No 10. pp 1235-1243.1995 copyright 1995 Elsevier Science Ltd printed in Great Britain.
 24. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert, disponible en: <file:///C:/DOCUME-1/PROPIE-1/CONFIG-1/Temp/TWNWTHDP.htm> asesada el 31/10/2007.
 25. Wilson M, Desai A, Cardoza-Favarato G, Vroman P, Thornton JA. Does Gel affect cytology or comfort in the screening Papanicolaou smear? *J Am Board Fam Med* 2006;19:340-344.
 26. Linnehan MJE, Groce NE. Psychosocial and educational services for female college students with genital human papillomavirus infection. *Family Planning Perspectives*, 1999; 31(3):137-141.
 27. Arguero-Licea B, García_Monroy L, Álvarez-Gasca MA, Montaña-Arvizu C, Durán-Díaz A. Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. *Rev Fac Med UNAM* 2006;49(1):8-10.
 28. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic predictors of Pap test receipt, currency, and knowledge among Australian women. *Prev Med* 2002;35(4):362-368.
 29. Leach CR, Schoenberg NE. The vicious cycle of inadequate early detection: a complementary study on barriers to cervical cancer screening among middle-aged and older women. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/06_0189.htm. Accessed (14 Ago 2008)
 30. Klig SJ, Hetzer M, Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *European Journal of Public Health* 2005;15(1):70-77.
 31. Lazcano-Ponce E, Peris S, Salmeron J, De Ruiz A. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. *Salud Pública México* 2000;34-42.
 32. Mayeaux EJ. Reducing the economic burden of HPV related diseases. *J Am Osteopath Assoc*;2008(suppl 2):S2-S7
 33. Gath DH, Hallam N, Mynors-Wallis L, Day A, Bond SA. Emotional reactions

- in women attending a UK colposcopy clinic. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(1):79-83.
34. Leach CR, Schoenberg NE. The vicious cycle of inadequate early detection: a complementary study on barriers to cervical cancer screening among middle-aged and older women. *CDC* 2007;4(4), http://www.cdc.gov/ped/issues/2007/Oct/06_0189.htm Accessed (17/07/2008).
 35. Weinman J, Johson M. Stressful medical procedures; an analysis of the effects of psychological interventions and of the stressfulness of the procedures. In Maes S, Spielberger CD, DefaresmPB, Saranson IG Eds. *Toples in Health Psychology*. London: Wiley;1988.
 36. Jones MH, Singer A, Jenkins D. The mildly abnormal cervical smear: patient anxiety and choice of management. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1996; 89(5):257-260.
 37. Soto-Soto F, Martin-Pérez G, Carballo-pérez N, Benitez Grey T. Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba psicológica. *Medisan* 2003;7(2):8-1
 38. Maissi E, Martthew TM, Hankins M, Moss S, Legood R and Gray A. Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire Study. *BJM* 2004;328: 1293-1297.
 39. Klug SJ, Hetser M, Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivaron and knowledge of risk factors. *European Journal of Public Health* 2005;15(1):70-77.
 40. Millar S, Mishel W, O'Leary A, et al. From human papillomavirus (HPV) to cervical cancer: Psychological processes in infection, detection and control. *Ann Beba Med* 1996;18:219.
 41. Meartau TM, Kidd J, Cuddleford L. Reducing anxiety in women referred foor colposcopy using an information booklet. *Br J Health Psychi* 1996;1:181.
 42. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Medical Education* 2006;6:13-16.
 43. Valdin A, Esielionis P. Measurement of colposcopy-Associated distress using the psychosocial effects of having an abnormal Pap smear-questionnarie in a Latina Population. *Journalll of Coger genital tract Disease* 2004;8(1):25-32.
 44. McDonald T, Neutens JJ, Fisher ML. Impact of cervical intraepitelial noeplasia diagnosis and tretament on self-esteem and boy image. *Gynecologic oncology* 1989;34:345-349.