



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA GINECÓLOGA – OBSTETRA.**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN
MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020.**

Autor:

Dra. TAMARA HERRERA FONSECA^I

Director de Tesis:

Dr. IVÁN RODRIGO CEVALLOS GALLARDO^{II}

Asesor Metodológico:

Dra. MARÍA LUCILA CARRASCO^{III}

QUITO AGOSTO 2020

I. Médico Posgradista de la PUCE tamitahf@gmail.com

II. Especialista en GO, Tutor de posgrado de PUCE/HEG, jefe del servicio de GO del Hospital Enrique Garcés.

III. Médico Patóloga Clínica Salubrista: docente de la PUCE.

DEDICATORIA:

Al ver concluida mi formación de especialista en Ginecología y Obstetricia luego de 4 largos años de quiero dedicarlo a mi esposo Sebastián Arroyo quien más que nadie sabe las largas horas de estudio, de entrega, esfuerzo, dedicación y sacrificio, porque siempre me esperaba luego de cada turno con una sonrisa, un siga adelante y un cafecito bien caliente pero la mayoría de veces con el almuerzo, al igual que a mis amados Padres Nelson Herrera e Isabel Fonseca a quienes les debo la ética, la moral y el amor por mi prójimo quienes me enseñaron que uno debe nacer para servir y amar al que sirve como ama a su propia familia, y espero que me alcance la vida para agradecerles todo su apoyo y amor.

Y también quiero dedicar el trabajo que hice cada día y cada guardia durante este tiempo, a mi amado hijo que no pude conocer y a mi querida abuelita Juanita Ramírez quienes son mis ángeles en el cielo y desde donde se estarán felices por mí.

TAMARA HERRERA F.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco por su dedicación, paciencia y sobre todo gusto por enseñar a mi estimada doctora metodológica quien en todo momento vio una solución a todo Dra. María Lucila Carrasco, y del mismo modo por su apoyo incondicional, por su amistad y enseñanzas tanto académicas como quirúrgicas a mi estimado Dr. Iván Cevallos Gallardo quien ha sido para mí un ejemplo de ética profesional.

Además aunque no puedo nombrar a todos hago un reconocimiento especial a mis estimados tutores y docentes quienes me han dado estrategias para ser más competitiva y sobre salir en mi carrera Dr. Julio Galarraga, Dr. Patricio Cartuche, Dr. Patricio Hidalgo, Dra. Gabriela Alarcón, Dr. Rolando Montesinos, Dr., Luis Nacevilla, Dr. Rene Pontón, Dr. Fabricio Macías, Dr. Alejandro Mora, Dr. Wilson Mereci, Dra. Pamela Vallejo, Dr. Patricio Hidalgo, Dr. Enrique Amores (+), Dra. Ximena Gaibor y en especial a mi estimado amigo y 3^{er} lector Dr. Edwin Vargas.

TAMARA HERRERA F.

1 RESUMEN:

Antecedentes: La infección por el virus de papiloma humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual muy común en el Ecuador, también está demostrado que ocasiona cáncer de cuello uterino, siendo la principal causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, esta información se encuentra en el imaginario de las personas, por lo que un diagnóstico de lesión por este virus puede generar problemas de salud mental como la Ansiedad.

Objetivos: Investigar la prevalencia de ansiedad y sus factores asociados en mujeres con diagnóstico reciente de lesión cervical por virus del papiloma humano (VPH), atendidas en el Hospital General Enrique Garcés. Junio- Agosto 2020.

Metodología: Diseño: Se realizó un estudio de corte transversal, analítico en la población de mujeres que fueron diagnosticadas por VPH en la consulta externa de Ginecología del Hospital General Enrique Garcés entre los meses de septiembre 2019 a febrero 2020; **Muestra:** se tomó el total del universo de pacientes atendidas en estas fechas y que cumplieron con criterios de inclusión. **Materiales y métodos:** Se recolectó la muestra con información proveniente a la historia clínica y de encuestas telefónicas directas a las pacientes, posterior al diagnóstico de infección por VPH, se valoraron los criterios de inclusión y exclusión. A las pacientes que cumplían con estos criterios se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Mujeres con diagnóstico entre septiembre 2019 – febrero 2020, historias clínicas con la información completa, pacientes que desearon participar en el estudio y aceptaron verbalmente vía telefónica el consentimiento informado, y por último pacientes con un nivel cognitivo que les permitió responder el cuestionario aplicado. **Resultados:** se trabajó con una población adulta joven, con un promedio de 32 años, la prevalencia de ansiedad en estas pacientes es importante, encontramos el grado severo en 40% y El grado moderado en 43%, no encontramos una distribución de la prevalencia relacionada a otra variable. **Conclusión:** La ansiedad y el miedo al cáncer tuvieron prevalencias muy elevadas, que superan incluso a lo reportado en otros estudios, aunque no guardaron relación con otros factores, quizás por su alta frecuencia, es indispensable pensar que las mujeres que se presentan con diagnósticos cercanos de manera directa o indirecta al cáncer deben ser intervenidas por un equipo de salud mental para prevenir de manera primaria o secundaria el desarrollo o la complicación de la ansiedad.

Palabras Clave: Infección por VPH, Ansiedad, Lesión del cérvix uterino.

Contenidos

RESUMEN:	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPITULO 1	8
1 INTRODUCCIÓN:	8
CAPITULO II	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2 MARCO TEÓRICO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.1 EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.1.1 Virología	¡Error! Marcador no definido.
2.1.2 Prevalencia	¡Error! Marcador no definido.
2.1.3 Fisiopatología de la infección por VPH	¡Error! Marcador no definido.
2.1.4 Lesiones cervicales por VPH	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1 Definición	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 Presentación clínica	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3 Epidemiología	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4 Neurobiología de la ansiedad	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5 Pronóstico	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3 ANSIEDAD EN PACIENTES CON LESIÓN POR VPH	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.3.1 El miedo a tener cáncer	¡Error! Marcador no definido.
2.3.2 Ansiedad ante las pruebas de detección oportuna	¡Error! Marcador no definido.
3 METODOLOGIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.1 JUSTIFICACIÓN	19
3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.4 HIPÓTESIS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.5.1 OBJETIVO GENERAL	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.5.2 Objetivos específicos	21
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	21
3.7 MATRIZ DE VARIABLES	22
3.8 POBLACIÓN Y MUESTRA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.9 MÉTODO DE MUESTREO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.11 TIPO DE ESTUDIO:	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.12 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.13 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

3.14 CONSIDERACIONES ÉTICOS Y LEGALES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPITULO IV.....	26
RESULTADOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.1 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.2 PREVALENCIA DE ANSIEDAD.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.3 MIEDO AL CÁNCER.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.4 ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS	28
4.5 PREVALENCIAS ESPECÍFICAS DE ANSIEDAD.....	29
4.6 VARIABLES GINECO OBSTÉTRICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.7 DIAGNÓSTICO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.8 ANÁLISIS MULTIVARIAL.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.8.1 5.7.1 Relación de edad con Ansiedad	¡Error! Marcador no definido.
4.8.21 Análisis cuantitativo de la Ansiedad.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO V.....	34
5 DISCUSIÓN.....	34
CAPITULO VI.....	36
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
6.1 Conclusiones.....	36
6.2 Recomendaciones.....	36
8 BIBLIOGRAFÍA	38
9 ANEXOS.....	50
9.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
9.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....	51
9.3 Consentimiento informado.....	52

Glosario

VPH: Virus del Papiloma Humano

HPV: Human Papilloma Virus

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ADN: Ácido desoxirribonucleico

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Edad	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2: Miedo al cancer	27
Tabla 3: Consumo de alcohol	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4: Factores relacionados: Parejas sexuales y consumo de tabaco	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5: Diagnósticos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6: Relación de edad y ansiedad	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Estado civil	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 2: Prevalencia de Ansiedad	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 3: Prevalencia de ansiedad según edad	29
Gráfico 4: Prevalencia de Ansiedad y Estado civil ¡Error!	Marcador no definido.
Gráfico 5: Variables Gineco obstétricas	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 6: Análisis cualitativo entre edad y Ansiedad ¡Error!	Marcador no definido.
Gráfico 7: Análisis de ansiedad con variables cuantitativas ¡Error!	Marcador no definido.

CAPITULO 1

1 INTRODUCCIÓN:

La infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común, las verrugas genitales han afectado hasta 30 millones de personas en todo el mundo. La prevalencia del VPH de alto riesgo en mujeres con citología cervical normal varía entre las diferentes regiones del mundo. Aunque la prevalencia global del VPH se estimó en aproximadamente el 12%, se observaron prevalencias más altas en África subsahariana (24%), Europa oriental (21,4%) y América Latina (16,1%). (Agarossi et al., 2009; Bruni et al., 2010a).

Los virus del papiloma son virus no envueltos de simetría icosaédrica con 72 capsómeros que rodean un genoma que contiene ADN circular bicatenario con aproximadamente 8000 pares de bases, son altamente específicos de cada especie y no infectan a otras especies, incluso en condiciones controladas. Los virus del papiloma se han caracterizado por métodos moleculares y no por cultivos. La mayoría de los virus del papiloma tienen predilecciones anatómicas distintas, que infectan solo ciertos sitios epidérmicos, como la piel o la mucosa genital. El virus tiene el potencial de integrarse en el ADN del huésped, con frecuencia con la pérdida de la función reguladora temprana, infectando el queratinocito basal de la epidermis, se presume que lo logra mediante alteraciones de la piel o la superficie de la mucosa. La inmunidad mediada por células (CMI) probablemente juega un papel importante en la regresión de las verrugas; los pacientes con deficiencia de CMI son particularmente susceptibles a la infección por VPH y son notoriamente difíciles de tratar. (Doorbar, 2006; Doorbar et al., 2015; Molijn et al., 2005; Sanclemente & Gill, 2002)

En muchos países en desarrollo, el cáncer de cuello uterino es la principal causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres. A nivel mundial, es la segunda causa más común de mortalidad por cáncer entre las mujeres. La OPS estima que 570,000 nuevos casos de cánceres cervicales ocurrieron en todo el mundo en 2018, y aproximadamente 311,000 mujeres murieron de cáncer cervical durante el mismo año. (Arbyn et al., 2020; OPS, 2018), la connotación del cáncer en las lesiones causadas por el VPH podría generar una afectación del estado de ánimo de las mujeres que lo padecen, por ejemplo, los trastornos de ansiedad son el tipo más común de trastornos mentales.

Muchos pacientes con trastornos de ansiedad experimentan síntomas físicos relacionados, lo que genera atenciones médicas, a pesar de las altas tasas de prevalencia de estos trastornos de ansiedad, a menudo son problemas clínicos subdiagnosticados, los trastornos de ansiedad parecen ser causados por una interacción de factores biopsicosociales, incluida la vulnerabilidad genética, que interactúan con situaciones, estrés o trauma para producir síndromes clínicamente significativos. La mayoría de las personas con ansiedad no se dan cuenta de que tienen una enfermedad tratable y, por lo tanto, no buscan ayuda profesional. Además, la ignorancia y percepciones erróneas de la enfermedad por parte profesionales de la salud y del círculo social que rodea al paciente, puede generar estigmatización y un retraso en búsqueda de ayuda profesional. La ansiedad puede ser desencadenada o empeorada por situaciones de salud que involucren un desenlace potencialmente catastrófico. (Coime Silva & Regato Guerrero, 2018; Palacios Rodríguez et al., 2016; «Reflexiones sobre género, sexualidad y el Virus de Papiloma Humano», 2016; Torres & Rocío, 2019; Valladolid & Abraham, 2019)

La Escala de Ansiedad de Hamilton es una herramienta ampliamente utilizada y bien validada para medir la gravedad de la ansiedad de un paciente. Debe ser administrado por un clínico experimentado. Su principal valor es evaluar la respuesta del paciente a un curso de tratamiento, en lugar de como una herramienta de diagnóstico o detección. Al administrar la escala en serie, un médico puede documentar los resultados del tratamiento farmacológico o la psicoterapia. Tiene 14 parámetros y toma entre 15 y 20 minutos completar la entrevista y calificar los resultados. Cada ítem se puntúa en una escala de 5 puntos, que varía de 0 = no presente a 4 = severo. (Beck & Steer, 1991; Bruss et al., 1994; Clark & Donovan, 1994; Shear et al., 2001)

Esta investigación se realizó en el Hospital General Enrique Garcés, que es un establecimiento de segundo nivel, tipo Hospital General.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 El virus del papiloma humano (VPH)

2.1.1 Virología

Los VPH son virus de ADN bicatenario, pertenecen al grupo 1 de la clasificación de Baltimore en este tipo de virus el ARN mensajero se logra transcribir de manera directa a partir del genoma de doble cadena mediante una ADN polimerasa. Para el proceso de transcripción, las proteínas reguladoras involucradas en la replicación genómica y las proteínas que constituyen la estructura siempre se van a generar desde el ARNm. (Horvath et al., 2010; Miller et al., 2012). El VPH no tiene envoltura y son pequeños llegando a medir aproximadamente 50 a 55 nm de diámetro, tienen cápsides icosaédricas de 72 capsómeros, que rodean un genoma circular de ADN de doble cadena con aproximadamente 7900 pares de bases. (Kreimer et al., 2005; Miller et al., 2012; Moody & Laimins, 2010).

En la actualidad, se ha logrado identificar cientos de genotipos diferentes, para agruparlos se toma en cuenta a los antígenos específicos de tipo en la superficie del virión. Las manifestaciones clínicas se relacionan con los tipos que resultan de la agrupación, para facilidad en el uso clínico, los subtipos más comunes se agrupan según los síntomas de alto o bajo potencial para generar transformación celular. Aunque hay 15 tipos conocidos de alto riesgo y 12 tipos de bajo riesgo, se conoce que los tipos 16, 18 y 31 son los tipos más importantes en relación con los cánceres epiteliales de la mucosa y de estos, el 16 representa la mayoría de positividad en enfermedad neoplásica. (Elhasan et al., 2019; J. Kim et al., 2019; Krashias et al., 2017; Vié le Sage & Cohen, 2020)

2.1.2 Prevalencia

A nivel mundial, la infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común, se han contabilizado globalmente hasta 30 millones de personas en todo el mundo, según un estudio europeo realizado en el año 1980 demostró que la incidencia anual de infección citológica por VPH en el cérvix uterino llegaba al 7% y en varones a nivel de uretra se encontró un 6.5%. En países en vías de desarrollo, el cáncer de cuello uterino como un efecto de la infección por VPH es común, se relaciona con la falta de programas efectivos de detección

oportuna. En los Estados Unidos de Norteamérica, no se cuentan con registros unificados para el seguimiento de la infección por VPH, sin embargo, utilizando datos y muestras cervicovaginales auto de 4150 mujeres en 4 encuestas Nacionales de Examen de Salud y Nutrición, encontraron una frecuencia de infección del 42.5% en mujeres, especialmente de 20 a 24 años. (Figueroa et al., 1995; Ford et al., 2003; Hariri et al., 2011; Hippeläinen et al., 1993; Kjaer et al., 2000; Krashias et al., 2017; Syrjänen & Syrjänen, 1990, 1990). Se conoce que, en mujeres con citología cervical normal, la prevalencia de la infección por VPH varía entre las diferentes regiones del mundo, globalmente se establece un 12% sin embargo África llega a un 24%, Europa a un 21% y América Latina a un 16%. (Bruni et al., 2010b)

Es importante analizar la prevalencia específica del VPH de alto riesgo, el subtipo 16, un estudio realizado en Sudan, que diferencia por citología normal y anormal, encontró una frecuencia de 10.3% y 6.0% respectivamente (Elhasan et al., 2019). A nivel global, los 5 tipos más comunes en todo el mundo fueron VPH-16 (3,2%), VPH-18 (1,4%), VPH-52 (0,9%), VPH-31 (0,8%) y HPV-58 (0,7%). Se reportan frecuencias elevadas del tipo 18 y 16 en Egipto y Marruecos cerca al 60%.(Hooi et al., 2018; Khair et al., 2009) En Ecuador en un estudio realizado en Cuenca, se reporta 4.8% de bajo riesgo y el 20.8% con genotipos de alto riesgo. (Cabrera V. et al., 2015)

2.1.3 Fisiopatología de la infección por VPH

Para que el virus cause la enfermedad, el genoma se puede dividir en una región temprana (E) (que contiene los genes E1, E2, E4, E5, E6 y E7), la región tardía (L) (que contiene los genes L1 y L2) y una región reguladora aguas arriba. El ADN se asocia con histonas celulares y se compacta en agregados similares a la cromatina. La conformación de la cromatina y las modificaciones epigenéticas de las histonas se alteran significativamente con la diferenciación celular, y esto divide efectivamente la expresión génica en eventos tempranos y tardíos. Los primeros genes E1 y E7 juegan un papel en la regulación, promoción y apoyo de la transcripción y replicación del ADN viral. Los genes tardíos, L1 y L2, se transcriben solo en células infectadas de forma productiva y codifican las proteínas de la cápside mayores y menores requeridas para el ensamblaje de los viriones de la progenie y la eventual acumulación y liberación al medio ambiente. (Horvath et al., 2010; Miller et al., 2012; Moody & Laimins, 2010)

EL VPH inicia infecciones en el epitelio estratificado, que es la primera línea de defensa contra los microorganismos invasores. La solución de continuidad o la micro abrasión del epitelio han

sido reconocidas como factores importantes para facilitar la entrada del virus, obviamente debido a una ruptura en las capas celulares y permitiendo que los viriones puedan llegar a las células epiteliales basales, las cuales se encuentran en posibilidad de mitosis con lo que la replicación del genoma viral es posible. A medida que las células epidérmicas se diferencian y migran a la superficie, se desencadena la replicación y maduración del virus, y en la capa queratínica, el virus está presente en grandes cantidades de copias y se elimina en las células de exfoliación. El proceso de replicación del virus altera el carácter de la epidermis, lo que resulta en excrecencias cutáneas o mucosas conocidas como verrugas. En esta ubicación, el virus permanece latente en la célula como un episoma circular en números bajos de copias. La autoinoculación del virus en lesiones opuestas es común. La propagación de la infección por VPH generalmente se produce a través del virus asociado a la piel y no a través de la infección sanguínea. La inmunidad mediada por células (CMI) probablemente juega un papel importante en la regresión de las verrugas; los pacientes con deficiencia de la inmunidad mediada por células son particularmente susceptibles a la infección por VPH y son difíciles de tratar. (Horvath et al., 2010; Miller et al., 2012)

Se cree que el papiloma virus tienen 2 modos de replicación: Replicación estable del genoma episomal en células basales que hemos comentado anteriormente y la Replicación vegetativa en células más diferenciadas para generar el virus de la progenie. Aunque todas las células de una lesión contienen el genoma viral, la expresión de genes virales está estrechamente vinculada al estado de diferenciación celular. La mayoría de los genes virales no se activan hasta que el queratinocito infectado abandona la capa basal. La producción de partículas virales puede ocurrir solo en queratinocitos altamente diferenciados; por lo tanto, la producción de virus ocurre solo en la superficie epitelial donde las células finalmente se desprenden del medio ambiente. (Ozbun, 2019; Rhea et al., 1998; Thomas et al., 2001)

Es importante entender que las infecciones por VPH no son citolíticas, al contrario, las partículas virales se liberan como resultado de la degeneración de las células descamativas. El virus del VPH es muy resistente, puede sobrevivir durante muchos meses y a bajas temperaturas sin un huésped. La multiplicación viral se realiza en el núcleo, esta es la razón por la que las células infectadas exhiben un alto grado de atipia nuclear, koilocitosis, halo perinuclear y núcleo picnótico o raisinoide.

Los genotipos cumplen un rol importante, en las lesiones de bajo riesgo el genoma del VPH existe como un ADN episomal circular separado del núcleo de la célula huésped, sin embargo en las lesiones por genotipos de alto riesgo los genomas se integran típicamente en el ADN de la célula huésped proceso indispensable en la malignización, además se ha demostrado que las proteínas E6 y E7 de los serotipos de alto riesgo inactivan las proteínas supresoras de tumores

del huésped p53 y Rb favoreciendo la transformación maligna. (Del Río-Ospina et al., 2016; Khair et al., 2009; Thomas et al., 2001).

2.1.4 Lesiones cervicales por VPH

El cuello uterino contiene el canal endocervical que une la cavidad uterina con la vagina. Sirve para permitir el paso de los espermatozoides desde el tracto genital y para proteger el útero y el tracto superior de infecciones. El cuello uterino también es capaz de dilatarse para permitir el paso de la cabeza fetal durante el parto. El canal endocervical está revestido con un epitelio columnar secretor de moco, sin embargo, en la zona donde el cuello uterino está expuesto a la vagina, tiene un revestimiento epitelial escamoso estratificado, esta zona es de vital importancia ya que puede sufrir una transformación histológica neoplásica. (Kruk, 2007; Stanley, 2010)

En la displasia cervical, se desarrollan células anormales en la superficie del cuello uterino. Estas células anormales se llaman lesiones. En la historia natural de las lesiones, podemos tener un retroceso (lo que significa que se encogen e incluso pueden desaparecer), una persistencia (las lesiones permanecen presentes, pero no cambian) o definitivamente progresan y se transforman en lesiones de alto grado o cáncer cervical, que es un crecimiento anormal de las células del cuello uterino. (Darragh et al., 2013; Stanley, 2010; Thomas et al., 2001)

La tipología de las lesiones se presenta en los resultados del Pap Test y de la biopsia, los cuales son:

Papanicolaou:

- Normal: no hay evidencia de cambios anormales en las células muestreadas.
- ASCUS (células escamosas atípicas de importancia indeterminada): las células son anormales, pero no se puede hacer un diagnóstico definitivo. El resultado de esta prueba puede ser afectado por una infección de levadura, el uso de anticonceptivos orales o problemas con la toma de la muestra. Por lo general, los médicos repiten la prueba de Papanicolaou en unas pocas semanas o evalúan la presencia de tipos de VPH de alto riesgo.
- LSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado): este resultado significa una infección aguda. Si persiste durante al menos dos o tres visitas, se puede suponer que podría provocar cáncer.
- HSIL (lesión intraepitelial escamosa de alto grado): este resultado significa lesiones más avanzadas.

- AGC (células glandulares atípicas): estas células anormales son las precursoras de aproximadamente el 20% de los cánceres cervicales. Estas células son muy difíciles de detectar.

Biopsia:

- Normal: no hay evidencia de cambios anormales en las células muestreadas.
- CIN-1 (neoplasia intraepitelial cervical, grado 1): este resultado significa displasia leve o de bajo grado. Si persiste durante al menos dos o tres visitas, se puede suponer que podría provocar cáncer. Por esta razón, CIN-1 generalmente se trata.
- CIN-2 o CIN-3: este resultado significa displasia grave o de alto grado. Todas o casi todas las células de la muestra pueden ser precancerosas e indican la necesidad de tratamiento en la mayoría de los casos.
- CIS: CIS significa carcinoma in situ y significa que se ha encontrado una pequeña área de cáncer. Se realizarán más pruebas para determinar si el cáncer está confinado a un área pequeña o si se ha diseminado (llamado carcinoma invasivo).

2.2 Ansiedad

2.2.1 Definición

El trastorno de ansiedad se caracteriza por una preocupación y estrés crónicos, desenfocados y excesivos asociados con angustia o deterioro funcional clínicamente significativos, a menudo acompañados de insomnio, inquietud, tensión muscular y fatiga. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos de ansiedad son el tipo más común de trastornos psiquiátricos. Muchos pacientes con trastornos de ansiedad experimentan síntomas físicos relacionados con la ansiedad, dichas somatizaciones no siempre son diagnosticadas adecuadamente y a pesar de las altas tasas de prevalencia de estos trastornos de ansiedad, a menudo son problemas clínicos poco reconocidos y no tratados. (American Psychiatric Association, 2013; Stein & Sareen, 2015)

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), la ansiedad no es una enfermedad aislada, incluyen trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos y trastornos de conducta relacionados, podemos tener: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad

generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos y trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, actualmente, el trastorno obsesivo-compulsivo (incluido en los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados), el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (incluidos en el trauma y los trastornos relacionados con el estrés) ya no se consideran trastornos de ansiedad. (American Psychiatric Association, 2013)

2.2.2 Presentación clínica

Para descartar trastornos de ansiedad secundarios a condiciones médicas generales o de abuso de sustancias, es esencial un historial detallado y una revisión de los síntomas. Revisar el uso de bebidas que contienen cafeína (café, té, bebidas gaseosas), medicamentos de venta libre (aspirina con cafeína, simpaticomiméticos), "medicamentos" a base de hierbas o drogas ilegales. Preguntar al compañero de sueño del paciente acerca de episodios apnéicos o sacudidas mioclónicas de las extremidades. Los síntomas depresivos concurrentes son comunes en todos los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad graves pueden producir agitación, ideación suicida y un mayor riesgo de suicidio completo. Aunque no es una característica de diagnóstico, la ideación suicida y el suicidio completo se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada. (Rowa & Antony, 2008; Stein & Stein, 2008; Wittchen, 2002; Zea & Lucero, 2019)

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas por una serie de eventos y actividades, que no guarda relación con las causas y el entorno, la preocupación es difícil de controlar. Esto está relacionado con los siguientes síntomas La ansiedad y la preocupación están asociadas con al menos 3 de los siguientes 6 síntomas que ocurren al menos 6 meses: Inquietud o sentirse nervioso o nervioso, Estar fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño. (American Psychiatric Association, 2013; Stein & Stein, 2008)

En la práctica clínica, es indispensable que se realice un examen del estado mental y del cual se evalúen dos elementos principales: (Rickels & Rynn, 2001; Zea & Lucero, 2019)

- Ideas o planes suicidas / homicidas, que se puede preguntar de la siguiente manera: ¿Alguna vez has deseado no haber nacido, pensaste que estarías mejor muerto, deseas hacerte daño a ti mismo o a los demás, tienes un plan para hacerte daño a ti mismo o a los demás, o has intentado suicidarte o dañarte gravemente a ti mismo o a otros?

Adicionalmente, se deben hacer pruebas de orientación:

- ¿Responde el paciente cuando lo llama por su nombre (orientado a la persona)?

¿Está el paciente orientado al lugar y al tiempo?

¿Tiene el paciente un recuerdo intacto a corto o largo plazo?

2.2.3 Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son afecciones comunes y debilitantes. Un porcentaje importante de las personas experimentarán un trastorno de ansiedad durante su vida y hay evidencia de que reducen la calidad de vida, impactan en el funcionamiento ocupacional y están asociadas con una mayor morbilidad, en el estudio de Ayelet, que incluyó 147261 adultos de 26 países evidencia que la prevalencia combinada de por vida fue del 3,7%, la prevalencia a los 12 meses fue del 1,8% y la prevalencia a los 30 días fue del 0,8%. Existió una variación de los datos entre países, debido probablemente a sus contextos, se encontraron valores que iban desde un 1% en Nigeria y China, hasta cerca del 8% en Australia, Nueva Zelanda y los Estados Unidos. Se demostró que la prevalencia era directamente proporcional al desarrollo económico (ingresos). (Ruscio et al., 2017)

La prevalencia de los trastornos de ansiedad se incrementa en los adultos mayores, sin embargo, la posibilidad de tener un trastorno de ansiedad disminuye en un 40% después de los 75 años, y en un 47% después de los 80 años, se coincide en varios estudios, que las mujeres muestran al menos el doble de trastornos de ansiedad que los hombres, este factor muchas veces no se relaciona con la edad. En población más joven los valores son similares a otros grupos de edad y el comportamiento del incremento de ansiedad en mujeres también se describe. (Canals et al., 2019; Canuto et al., 2018; Kessler et al., 2001; Ruscio et al., 2017)

2.2.4 Neurobiología de la ansiedad

En varios estudios, se sugiere que las personas con Ansiedad tienen patrones de inflexibilidad fisiológica, además de alteraciones en su conectividad cerebral, que afectan el procesamiento de su información. Los circuitos cerebrales y las regiones asociadas con los trastornos de ansiedad comienzan a entenderse con el desarrollo de imágenes funcionales y estructurales. La amígdala cerebral parece clave para modular el miedo y la ansiedad, ya que los pacientes con trastornos de ansiedad a presenta una respuesta de la amígdala elevada a las señales de ansiedad, esta hiperreactividad puede relacionarse con umbrales de activación reducidos cuando se responde a la amenaza social percibida. La amígdala y otras estructuras del sistema límbico están

conectadas a las regiones de la corteza prefrontal. Lo interesante de la investigación es que las anomalías de la activación prefrontal-límbica se pueden revertir con las intervenciones psicológicas y/o farmacológicas. (Ildefonso, 2017; Lawther et al., 2020; Martínez et al., 2007, 2007; Newman et al., 2017; Zangrossi et al., 2020)

2.2.5 *Pronóstico*

El trastorno de ansiedad generalizada es el más común en el espectro y suele ser muy debilitante, incluso llega a generar discapacidad, llama la atención que suele estar asociado con depresión y otros trastornos de ansiedad, lo que empeora el deterioro funcional. Existe terapia farmacológica efectiva y además terapia cognitiva conductual, a pesar de esto, se ha evidenciado que menos del 20% de los pacientes experimentan una remisión completa de sus síntomas, y típicamente los pacientes habrán tenido sus síntomas durante entre 5 y 10 años antes de ser diagnosticados y tratados de manera efectiva. (Gautam et al., 2017; Kessler, 2000; Kessler et al., 2008; Wittchen, 2002)

2.3 *Ansiedad en pacientes con lesión por VPH*

2.3.1 *El miedo a tener cáncer*

La ansiedad ante cualquier examen que pueda significar un diagnóstico catastrófico ha sido estudiada, el cáncer ha inspirado mucho miedo, durante mucho tiempo, independientemente de los avances en el diagnóstico oportuno y tratamiento, en varios estudios se ha evidenciado que cerca de la mitad de la población en Estados Unidos y Reino Unido temen al cáncer mucho más que cualquier otra enfermedad, se llega hasta un 10% de la población que podría tener preocupación extrema sobre este tema. (Barker & Jordan, 2003; Vrinten et al., 2015, 2017).

2.3.2 *Ansiedad ante las pruebas de detección oportuna*

Una parte fundamental para el manejo global del cáncer de cérvix es el diagnóstico oportuno, en la actualidad se tiene un importante arsenal complementario para este fin, sin embargo aún persiste, muchos estudios han demostrado que la asistencia puede ser inhibida por un alto nivel de ansiedad sobre la prueba y el miedo al cáncer de cuello uterino, por creencias erróneas sobre

la relevancia de la prueba, por dificultades familiares concurrentes y una baja prioridad otorgada al examen de cuello uterino. (Barker & Jordan, 2003; Bell et al., 1995; Vrinten et al., 2017). El estudio de Cull, que analizó a pacientes con estados tempranos de cáncer, publicó que las puntuaciones medias de ansiedad y depresión fueron más altas que la población general (S. H. Kim et al., 2010). Y en un estudio realizado en China menciona que llegó a encontrar hasta un 65% de ansiedad en pacientes con reciente diagnóstico de cáncer de cérvix y lo que es interesante es que la Depresión como comorbilidad se encontró en cerca del 50%. (Yang et al., 2014).

Thomas encontró que el miedo, la autculpa, la angustia y la ansiedad por el cáncer de cuello uterino son comunes en las mujeres que reciben resultados positivos del virus del papiloma humano, esos resultados tienen efectos complejos, impactan la imagen corporal, la autoestima, las relaciones con las parejas y los problemas sexuales y reproductivos, incluso afectan a su calidad de vida (Herzog & Wright, 2007).

La mayoría de los sobrevivientes de cáncer cervical tuvieron una respuesta adecuada a la adaptación a la enfermedad según el estudio de Ida y el de Soo, sin embargo, su salud mental fue peor que en la población general, lo cual duró hasta 10 años después. (Barker & Jordan, 2003; S. H. Kim et al., 2010; Korfage et al., 2009; Wilkinson et al., 1990)

CAPITULO III

3 METODOLOGIA

3.1 Justificación

La prevalencia de la infección de papiloma virus es elevada, además, su relación directa con una de las patologías oncológicas más frecuentes en mujeres (cáncer de cérvix) generan una compleja relación, la misma que se encuentra en el imaginario de las personas. Además, se ha estudiado que existe un alto porcentaje de problemas sexuales después de la terapia, miedo al cáncer y empeoramiento de la relación emocional con la pareja. (Filiberti et al., 1993; Graziottin & Serafini, 2009; Maggino et al., 2007). Los problemas más comunes del estado de ánimo son la depresión y ansiedad, ambas además de ser frecuentes, tienen una relación directa con el diagnóstico de VPH (Maggino et al., 2007; Valladolid & Abraham, 2019) y además está demostrado ampliamente su impacto en la calidad de vida de las personas afectadas.

Las mujeres que obtuvieron resultado positivo para la infección por el virus del papiloma humano (VPH) experimentaron un aumento en los niveles de ansiedad que se han atribuido al miedo a la estigmatización y al desarrollo de cáncer cervical. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre la infección por el VPH y la ansiedad en mujeres que no sabían que habían sido analizadas específicamente para detectar el VPH, para determinar si la ansiedad experimentada por las mujeres positivas para el VPH podría deberse a otras causas además de conocer los resultados de las pruebas. (Johnson, Sharp, Cotton, Harris, Gray, Little, et al., 2011)

Las consideraciones psicológicas son fundamentales para la implementación exitosa de la detección primaria de VPH en todos los protocolos de detección primaria, a todas las mujeres que asisten se les informará su resultado positivo o negativo para el VPH de alto riesgo. Las pruebas positivas para el VPH pueden conducir a una ansiedad, miedo y preocupación elevados relacionados con el posible desarrollo de cáncer de cuello uterino. El VPH también puede llevar una etiqueta negativa debido a su naturaleza de transmisión sexual, lo que resulta en vergüenza, estigma y preocupaciones sobre la fidelidad y las relaciones. (Johnson, Sharp, Cotton, Harris, Gray, & Little, 2011; McBride et al., s. f.; Waller et al., 2007)

En nuestro país, en el sector público, la gran cantidad de consultas ginecológicas obliga a manejar consultas médicas en tiempos cortos, debido a esto sacrifica la atención integral, poniendo en riesgo la detección adecuada de problemas de salud mental, que posteriormente impactarán en la salud de las mujeres. La ansiedad es un problema de salud con una alta carga de estigmatización y además subdiagnóstico, por lo que demostrar la frecuencia de este

importante problema de salud mental en pacientes con diagnóstico reciente de lesiones por VPH es indispensable.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relación entre un diagnóstico de lesiones por VPH y Ansiedad es conocida, en un estudio italiano, indican que las emociones predominantes que sienten las mujeres al momento del diagnóstico son el miedo y la ansiedad y que las personas que fueron diagnosticadas con una infección por VPH resultaron tener niveles más altos de ansiedad, obsesiones, compulsiones y, sobre todo, comportamientos y preocupaciones relacionadas con la higiene y las infecciones improbables. (Maggino et al., 2007), esto genera un temor en el esfuerzo por incrementar la información pública sobre la naturaleza de transmisión sexual del VPH ya que tendría el potencial de aumentar los sentimientos de estigma y vergüenza de las mujeres si resultan positivas para el virus, sin embargo, en un estudio londinense, se demuestra lo contrario por un mecanismo de "normalizar" la infección. (Waller et al., 2007). Ante estas posiciones, queda claro que las pruebas de VPH deben ir acompañadas de una amplia educación en salud para informar a las mujeres y desestigmatizar la infección con el virus para garantizar que se minimice cualquier impacto adverso de la infección en el bienestar de las mujeres, esto queda demostrado en la investigación de McCaffery en Australia. (McCaffery et al., 2006)

En un estudio realizado en Noruega, evidencias que no es probable que el cambio a la detección primaria de VPH, independientemente de la información adicional sobre las infecciones por VPH, reduzca las tasas de participación en la detección o aumente la ansiedad; sin embargo, las mujeres carecían de la capacidad de interpretar el significado de un resultado de la prueba de VPH.(Burger et al., 2014)

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y sus factores asociados en mujeres con diagnóstico reciente de lesión cervical por virus del papiloma humano (VPH), atendidas en el Hospital General Enrique Garcés. Junio – Agosto 2020?

3.4 HIPÓTESIS

La prevalencia de ansiedad es elevada en las mujeres con diagnóstico reciente de lesión cervical por virus del papiloma humano (VPH), atendidas en el Hospital General Enrique Garcés. Junio – Agosto 2020.

3.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO

3.5.1 Objetivo general

Investigar la prevalencia de ansiedad y sus factores asociados en mujeres con diagnóstico reciente de lesión cervical por virus del papiloma humano (VPH), atendidas en el Hospital General Enrique Garcés. Junio- Agosto 2020.

3.5.2 Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia específica por variables demográficas básicas como edad, escolaridad, estado civil.
- Analizar la severidad del riesgo de ansiedad en este grupo de mujeres mediante la escala de ansiedad de Hamilton.
- Identificar la frecuencia de miedo al cáncer en la población estudiada.

3.6 Operacionalización de variables:

Variable	Operacionalización (Definición Variables)	Naturaleza de la Variable	Categorías	Indicador
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa	Edad en años.	Media
Estado Civil	Condición del estado civil	Categórica	1= Soltero 2= Casado 3= Viudo 4= Divorciado 5= Unión Libre 6= No responde	Proporción
Escolaridad	Cursos escolares superados por el encuestado	Categórica	1= Primaria 2= Secundaria 3= Superior 4= Analfabeto 5= No responde	Proporción
Ansiedad	Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del	Cuantitativa	Puntaje de la escala 0 a 56	Media

	paciente. (Bulbena et al., 2003; Hernández & Amparo, 2016; Lobo et al., 2002)			
Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales que la persona estudiada ha tenido.	Cuantitativa	Número de parejas	Media
Miedo a tener cáncer	Sensación de miedo o angustia por un posible diagnóstico de cáncer	Categórica	Si No	Proporción
Consumo de alcohol	Ingesta aproximada de alcohol	Categórica	Nunca Diario Semanal Mensual Semestral Anual	Proporción
Consumo de tabaco	Consumo de tabaco según unidades diarias.	Categórica	Número de unidades de tabaco.	Media
Número de hijos	Número de hijos en total (hijos vivos)	Cuantitativa	Número de hijos	Media
Número de partos normales	Número de partos normales que ha tenido a término.	Cuantitativa	Número de partos normales	Media
Número de cesáreas	Número de cesáreas que ha tenido a término.	Cuantitativa	Número de cesáreas	Media
Número de abortos	Número de abortos que ha tenido	Cuantitativa	Número de abortos	Media

3.7 Matriz de Variables

a. Variable dependiente

Factores asociados

Ansiedad

b. Variable independiente

Lesión por VPH

3.8 Población y Muestra

a. Población

La población o universo se refiere a mujeres diagnosticadas de infección por Virus de Papiloma Humano entre septiembre 2019 y febrero 2020, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital General Enrique Garcés.

b. Muestra

Se tomará el total del universo de pacientes atendidas en estas fechas y que cumplan con criterios de inclusión

3.9 Método de muestreo

Se utilizará un muestreo probabilístico por conglomerado o clúster, tomando al Hospital como la unidad clúster.

3.10 Criterios De Inclusión y Exclusión

a. Criterios de Inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de lesión por VPH, diagnosticadas entre septiembre 2019 y febrero 2020.
- Historias clínicas con la información completa.
- Pacientes que deseen participar en el estudio y acepten verbalmente (por las medidas de distanciamiento de COVID 19) el consentimiento informado.
- Pacientes con un nivel cognitivo que les permita responder el cuestionario a ser aplicado.

b. Criterios de Exclusión:

- Mujeres con diagnóstico anterior de cáncer ginecológico
- Pacientes con algún problema de salud mental o cognitivo previo al diagnóstico ginecológico que no les permita responder el cuestionario a ser aplicado

3.11 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de corte transversal analítico

3.12 Procedimientos de recolección de información:

FUENTE DE INFORMACIÓN. - Pacientes incluidas en el estudio y sus historias clínicas y los registros de diagnóstico.

PROCEDIMIENTO:

1. Se revisaron los registros de diagnósticos de lesiones por VPH del hospital, confirmando en la historia clínica de la paciente el resultado positivo reportado por el histopatológico.
2. En aquellas con diagnóstico de VPH positivo se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión, seleccionando a las que cumplen.
3. Posteriormente se realizará una llamada telefónica, explicando a la paciente los objetivos del estudio, se leerá el consentimiento informado solventando todas las dudas que se presenten y aclarando que toda la información se mantendrá en total confidencialidad. Se preguntará si desea participar en el estudio, registrando su autorización verbal mediante grabación telefónica para archivo del estudio y en cumplimiento con la Bioética de investigación.
4. Se procederá con la aplicación del formulario de recolección de datos que incluye la valoración de la severidad de la ansiedad a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS -Hamilton Anxiety Rating Scale).
5. Finalmente se agradecerá a la paciente por su participación, preguntando si tiene dudas con respecto al estudio o su diagnóstico que podrían ser aclaradas en ese momento.
6. Toda la información recopilada será ingresada en una base de datos para revisión y depuración.

MÉTODOS. - Cuestionario

TÉCNICA. - Check list

3.13 Plan de análisis de datos

Los datos obtenidos serán ingresados a una base de datos electrónica en el programa Microsoft Office Excel 2010 para su tabulación. Posteriormente se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 22. Para el estudio de las variables cualitativas se medirán frecuencias, para variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central y dispersión, para las variables de correlación, se utilizarán en variables cualitativas a las tablas de contingencia, el OR para la relación y el test de Chi cuadrado con una $p \leq 0.05$ y un nivel de Confianza de 95% para la significancia, para

variables cuantitativas, se utilizará la prueba T. Para correlaciones cuantitativas se recurrirá a la medición de Spearman.

3.14 CONSIDERACIONES ÉTICOS Y LEGALES

El estudio no incluye intervención alguna, por lo que no existe riesgo alguno, al cual las pacientes estarán sometidas. Por la condición de emergencia sanitaria y restricciones en el contacto se realizara vía telefónica.

La participación de las pacientes y/o usuarias en esta investigación se la obtendrá a partir de la aceptación verbal del consentimiento informado mediante un registro telefónico grabado, manteniendo total confidencialidad sin incluir el nombre del paciente en el cuestionario a aplicar, se utilizarán el número del historia clínica para manejo de información, la investigación no se iniciará sin previa autorización del comité de ética de la PUCE y de las autoridades del Hospital ya se cuenta con la aprobación para la recolección de la información mediante llamada telefónica. La investigación se regirá a los principios de Helsinki y a las buenas prácticas clínicas en investigación, siguiendo los principios de la bioética.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Análisis Demográfico

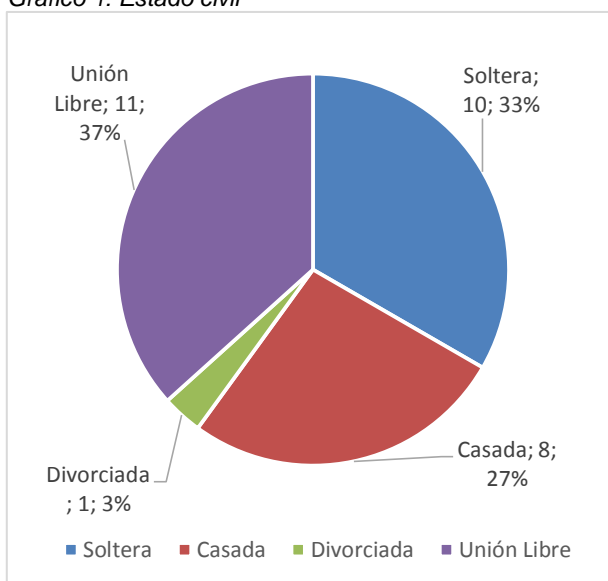
Este estudio se realizó con 30 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y además aceptaron formar parte del estudio por medio del consentimiento informado verbal, se trabajó con una población adulta joven, con un promedio de 32 años, edad mínima 17 y máxima de 63 años , sin valores extremos.

El estado civil se agrupó de manera similar entre las pacientes solteras, casada y de unión libre, el grupo más numeroso fue el de Unión libre con el 37% (11 pacientes), el menos frecuente es el grupo de las Divorciadas con un 3% (1 paciente) (Ver gráfico 1)

Tabla 1: Edad

		EDAD
N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		32,333
Mediana		29,500
Moda		21,0
Desviación estándar		12,2905
Mínimo		17,0
Máximo		63,0
Percentiles	25	22,500
	50	29,500
	75	40,250

Gráfico 1: Estado civil

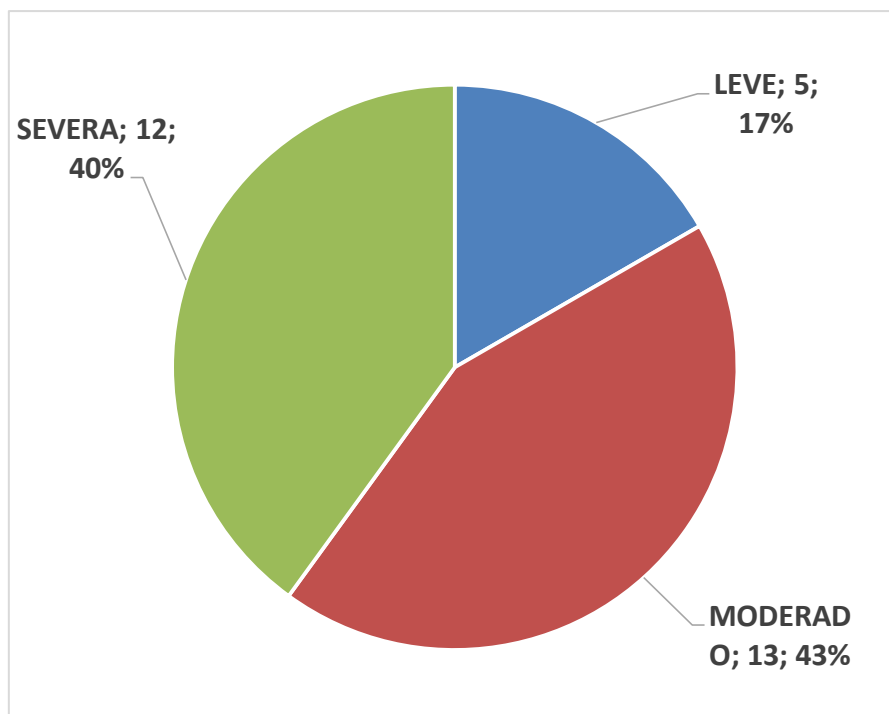


Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

4.2 Prevalencia de ansiedad

Todas las pacientes del estudio presentaron algún grado de ansiedad. El grado moderado fue el más frecuente en 43%, seguido del Severo en 40%. El 83% (25 pacientes) de la población presentan los grados más altos de depresión.

Gráfico 2: Prevalencia de Ansiedad



Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

4.3 Miedo al cáncer

El miedo al cáncer es un problema muy frecuente, especialmente ante un diagnóstico que guarde relación directa o indirecta con el mismo, en este caso encontramos que el 93.4 % (28) de las pacientes tenía miedo al cáncer en este diagnóstico y también se encontró existe una relación con la prevalencia de ansiedad.

Tabla 2: Miedo al cáncer

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	2	6,7
	SI	28	93,4
	Total	30	100,0

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

4.4 Análisis de factores relacionados

El consumo de alcohol en el grupo estudiado estuvo en rangos de nunca, ocasionales y muy ocasionales en el 90% (27 pacientes) solo el 10% (3 pacientes) lo hacía mensualmente, al analizar el tabaco como otro factor, el promedio de cigarrillos día fue de 0,4 unidades, lo cual se ve afectado por un valor extremo de 10 unidades que solo representa a un caso (3%).

El promedio de parejas sexuales se estableció en 3,6 con una distribución normal, aunque también se vio afectado por valores altos extremos.

Tabla 3: Consumo de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ANUAL	12	40,0
	MENSUAL	3	10,0
	NUNCA	6	20,0
	SEMESTRAL	9	30,0
	Total	30	100,0

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

Tabla 4: Factores relacionados: Parejas sexuales y consumo de tabaco

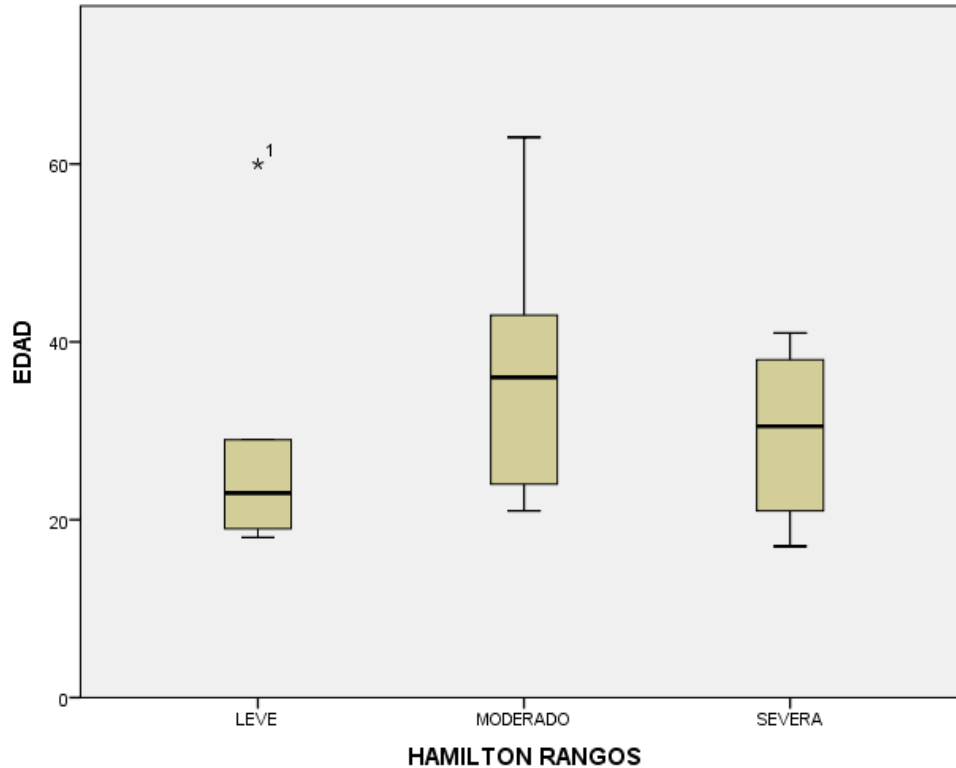
		N.- DE PAREJAS SEXUALES	TABACO
N	Válido	30	30
	Perdidos	0	0
Media		3,667	,400
Mediana		3,000	,000
Moda		3,0	,0
Desviación estándar		2,0057	1,8308
Mínimo		1,0	,0
Máximo		8,0	10,0
Percentiles	25	2,000	,000
	50	3,000	,000
	75	6,000	,000

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020 Variables Gineco obstétricas.

4.5 Prevalencias específicas de Ansiedad

Al analizar la prevalencia de ansiedad, encontramos que el promedio de edad en la Ansiedad Moderada es mayor, 35 años a diferencia de 29,8 y 29,9 en ansiedad leve y severa respectivamente.

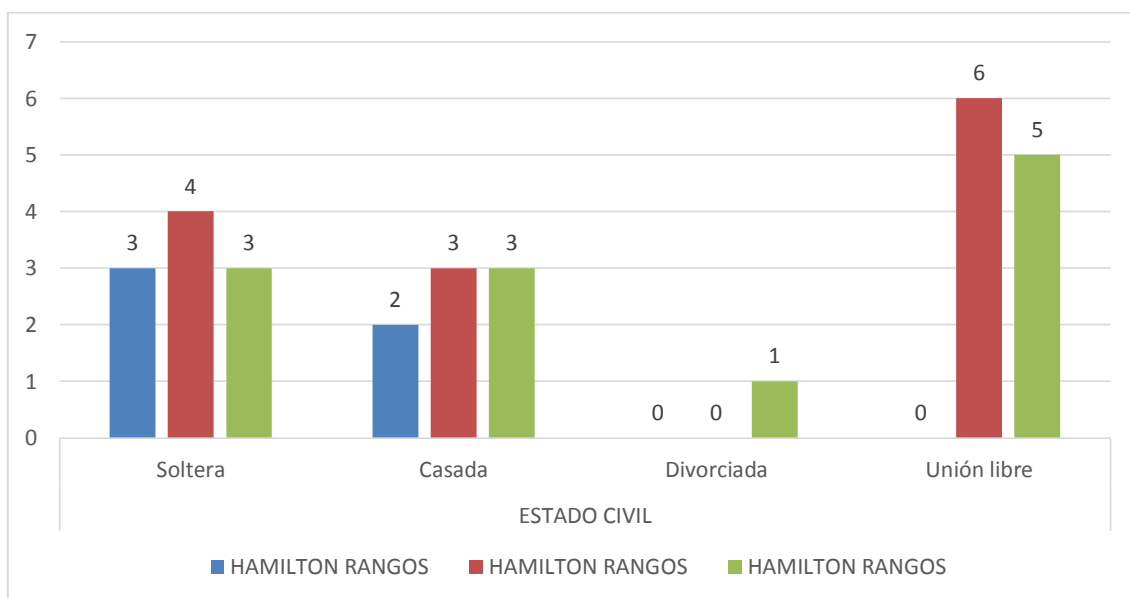
Gráfico 3: Prevalencia de ansiedad según edad



HAMILTON RANGOS	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
LEVE	29,80	17,427	23,00	18	60
MODERADO	35,54	13,170	36,00	21	63
SEVERA	29,92	8,785	30,50	17	41
Total	32,33	12,291	29,50	17	63

En el análisis de ansiedad según el estado civil, encontramos que en las pacientes solteras y casadas la distribución de las categorías es más homogénea, en las pacientes divorciadas solo existe un caso severo y en las pacientes en unión libre existe mayor frecuencia de las formas severas y moderadas.

Gráfico 4: Prevalencia de ansiedad y Estado civil



		HAMILTON RANGOS			Total
		LEVE	MODERADO	SEVERA	
ESTADO CIVIL	Soltera	3	4	3	10
	Casada	2	3	3	8
	Divorciada	0	0	1	1
	Unión libre	0	6	5	11
Total		5	13	12	30

4.6 Variables Gineco obstétricas

El promedio de hijos de las mujeres incluidas en el estudio fue de 1.82, la mayoría por partos normales y una baja frecuencia de abortos y cesáreas.

Tabla 3: Análisis Cuantitativo de GPAC

	N.- DE HIJOS	N.-DE PARTOS NORMALES	N.- CESÁREAS	N.- ABORTOS
Media	1,862	1,233	,500	,200
Mediana	2,000	1,000	,000	,000
Moda	1,0	,0	,0	,0
Desviación estándar	1,2167	1,2229	,7768	,4068
Mínimo	,0	,0	,0	,0
Máximo	4,0	4,0	3,0	1,0

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

La distribución del número de hijos se agrupa principalmente entre 1 y 2 (34% y 28% respectivamente). En cuanto a la distribución del tipo de nacimiento, tenemos que la

mayoría fue por partos normales y los mismos también siguen la distribución de 1 a 2 hijos (24% y 28%) las cesáreas tienen más frecuencia en las pacientes con 1 solo hijo con 28%.

Tabla 4: Número de hijos, partos normales, cesáreas y abortos

	Número de hijos	%	Partos normales	%	Cesáreas	%	Abortos	%
0	3	10%	11	38%	19	66%	24	83%
1	10	34%	7	24%	8	28%	6	21%
2	8	28%	8	28%	2	7%		
3	4	14%	2	7%	1	3%		
4	4	14%	2	7%				

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

4.7 Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico, del total de las 30 pacientes, pertenecieron a dos categorías diagnósticas: Papiloma virus humano como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos y Verrugas (venéreas) anogenitales, correspondiendo al 53, 3% y 46,7% respectivamente

A continuación los diagnósticos establecidos.

Tabla 5: Diagnósticos según clasificación CIE-10

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPÍTULOS	16	53,3
	VERRUGAS (VENÉREAS) ANOGENITALES	14	46,7
	Total	30	100,0

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

4.8 Análisis Multivarial

4.8.1 Relación de edad con Ansiedad

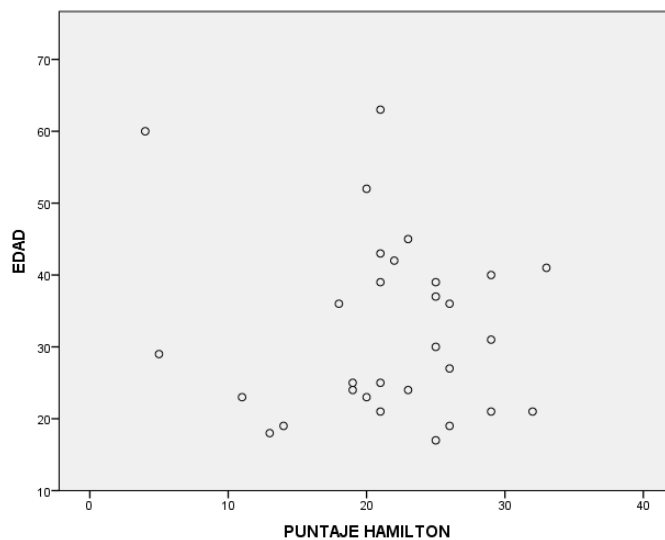
Se realizó un análisis cuantitativo de correlación entre el puntaje de Hamilton y la edad y no se obtiene ningún tipo de relación, adicionalmente se analiza la relación de los cortes de Ansiedad y tampoco observamos cambios importantes.

Tabla 8: Relación de edad y ansiedad

	LEVE	MODERADO	SEVERA
N	5	13	12
Promedio	29,8	35,53	29,91
Desv Std.	17,42	13,16	8,78
Mediana	23	36	30,5
P	0,47		

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

Gráfico 7: Análisis cualitativo entre edad y Ansiedad



Pearson -0.1; p 0,297

4.8.2 Análisis cuantitativo de la Ansiedad

No se encontró ninguna relación significativa entre la ansiedad y las variables cuantitativas incluidas en el estudio.

Gráfico 5: análisis de ansiedad con variables cuantitativas

		EDAD	N.- DE HIJOS	TABACO	N.- DE PAREJAS SEXUALES
PUNTAJE HAMILTON	Correlación de Pearson	-,101	-,132	-,023	,106
	Sig. (bilateral)	,594	,495	,904	,578
	N	30	29	30	30

Fuente: Herrera T. 2020. Tesis PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020

CAPÍTULO V

5 DISCUSIÓN

Este estudio intenta describir la frecuencia de ansiedad y sus factores asociados en mujeres con diagnóstico reciente de lesión cervical por virus del papiloma humano (VPH), debido a la correlación entre ansiedad y diagnósticos que sean cercanos de manera directa o indirecta al cáncer, partimos entonces del temor al cáncer, el cual ha inspirado miedo en las personas a pesar de los actuales avances en diagnóstico temprano y manejo, se ha demostrado que entre el 30 al 50 % de las personas temen al cáncer mucho más que cualquier otra enfermedad (Barker & Jordán, 2003; Bell et al., 1995; Vrinten et al., 2015).

El temor al cáncer puede acercarse mucho a la ansiedad, es más cuando se define, se menciona que es cualquier miedo, temor, ansiedad o preocupación sobre el cáncer o sus consecuencias, en este estudio demostramos que en un grupo de mujeres con un diagnóstico cercano al cáncer, lo que es públicamente conocido, puede generar grandes niveles de ansiedad, demostramos que el 83% de las personas tuvieron ansiedad moderada a severa (en similares proporciones) y que el 93% tenía miedo a padecer cáncer, lo que no solo se acerca, sino que supera las estadísticas publicadas por varios autores, Vrinten concluye que los diferentes aspectos del miedo al cáncer tienen diferentes efectos en los procesos de decisión y acción que conducen a la participación en el cribado, este aspecto es crucial, ya que podría afectar la cobertura de tan importante proceso, a diferencia de nuestro estudio, este proceso se realiza antes del procedimiento. (Barker & Jordan, 2003; Consedine et al., 2004; Hay & Buckley, 2005; Vrinten et al., 2015, 2017).

La importancia del estudio de Ansiedad radica en su subdiagnóstico y su ausencia de tratamiento pertinente, generalmente se lo toma como un problema pasajero que no amerita intervención médica o sencillamente no se lo diagnostica, según el estudio de Jacobson que demuestra que la relación entre Ansiedad se relaciona con un posterior desarrollo de depresión y que además identifica que existen factores históricos de las personas que incrementaban el riesgo de desarrollo de estas alteraciones de la salud mental, además Hawton incluye que el riesgo de suicidalidad se incrementa con la presencia de trastornos ansiosos (Hawton et al., 2013; Jacobson & Newman, 2017), si analizamos junto a nuestros resultados, entendemos que es de vital importancia, especialmente en pacientes con diagnósticos clínicamente no complejos, pero que tienen una relación potencial con cáncer, tal y como lo estudiamos en esta investigación, presentan prevalencias muy elevadas de ansiedad, por lo tanto la investigación por salud mental en dichas pacientes debería ser obligatoria. Otros autores también han resaltado la importancia de estos procesos de ansiedad y lo indispensable de un buen diagnóstico y manejo. (Consedine et al., 2004; Kessler et al., 2008; Plummer et al., 2016; Stein & Sareen, 2015; Zea & Lucero, 2019).

Aunque no se encontraron factores significativos relacionados con la ansiedad tales como edad, número de hijos, parejas sexuales, entre otros, este hallazgo se puede explicar por la muy elevada prevalencia y esto causaría que sea un problema tan generalizado en mujeres con un solo factor en común: el miedo al cáncer.

Las limitaciones de nuestro estudio radican en la dificultad de respuestas por parte de las pacientes y también en la complejidad en la exploración de otros factores, lo cual se agrava con la coincidencia en el tiempo de la pandemia COVID, que también pudo haber inferido en la falta de cooperación de las pacientes en la respuesta de las preguntas telefónica, sin embargo, la alta prevalencia de ansiedad en mujeres con diagnóstico de infección por papiloma virus humano, demostrado en esta investigación, pone en alerta a los profesionales de la salud para tomar medidas de salud pública que hagan seguimiento a esta problemática tan sensible en la población femenina ecuatoriana.

CAPÍTULO VI

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La ansiedad y el miedo al cáncer tuvieron prevalencias muy elevadas, que superan incluso a lo reportado en otros estudios, aunque no guardaron relación con otros factores. Como profesionales de la salud es imperativo el manejo integral de las pacientes que presentan diagnósticos cercanos de manera directa o indirecta al cáncer. Es indispensable la conformación de un equipo multidisciplinario que incluya un especialista en salud mental, para prevenir de manera primaria o secundaria el desarrollo y complicaciones de la ansiedad.

La relación de la ansiedad con otros factores no se encontró en este estudio, se identifican una distribución homogénea en variables demográficas básicas, sin embargo, la alta prevalencia, especialmente de los grados más altos de depresión fueron un hallazgo importante. Estos resultados sumados a la muy alta prevalencia de miedo al cáncer, nos genera un panorama que debe generar cambios en nuestras actitudes asistenciales, ya que las pacientes están siendo afectadas por diagnósticos o actos médicos que estén relacionados con cáncer y esto a su vez, además de generar ansiedad, puede tener implicaciones de falta de adherencia o incluso de búsqueda de espacios diferentes a los de la medicina.

La relación planteada en la bibliográfica de manera retrospectiva, es decir el análisis de factores de riesgo importantes y prospectiva, relacionada al futuro desarrollo de depresión y esto directamente relacionado con la Ansiedad, nos pone sobre la mesa un asunto de importancia mayor y nos plantea la siguiente pregunta: ¿Qué tan pertinente y acertados son nuestros servicios de salud en el manejo de ansiedad en personas con miedo al cáncer?, pregunta que deberá ser explorada y deberá ser cubierta por estrategias de salud.

6.2 RECOMENDACIONES

Hacer un tamizaje de ansiedad no solo en mujeres con el diagnóstico establecido en esta investigación, sino que en cualquier paciente que tenga un posible diagnóstico de cáncer o un problema de salud que se relacione de manera directa o indirecta con cáncer.

Generar protocolos de atención a mujeres con ansiedad, generar equipos multidisciplinarios en los servicios de ginecología, que incluyan salud mental y consejería.

Capacitar a los profesionales especialistas en el diagnóstico temprano de patologías de salud mental prevalentes, entre ellas ansiedad, miedo a cáncer y depresión.

Explorar los factores de riesgo relacionados al miedo al cáncer y a la ansiedad en pacientes ginecológicas.

En base a los resultados de este estudio se podría sugerir al servicio de ginecología del Hospital Enrique Garcés generar un espacio y tiempo más apropiado, probablemente fuera de la consulta ginecológica que es muy corta, para que un equipo conformado por un especialista de ginecología y de psicología puedan resolver inquietudes e identificar pacientes de riesgo dando así un enfoque biopsicosocial y viendo a la paciente como un ser humano integral no una patología sola.

Se sugiere además ampliar más estudios de seguimiento con una mayor población fuera del estado de pandemia en el que se desarrolló el presente trabajo para facilitar la obtención de datos directamente en consulta externa, para que puedan cambiar la estrategia de manejo de las pacientes que son diagnosticadas de HPV, y así poder elaborar una guía de práctica clínica nacional para el manejo multidisciplinario.

8 BIBLIOGRAFÍA

- Agarossi, A., Ferrazzi, E., Parazzini, F., Perno, C. F., & Ghisoni, L. (2009). Prevalence and type distribution of high-risk human papillomavirus infection in women undergoing voluntary cervical cancer screening in Italy. *Journal of Medical Virology*, *81*(3), 529-535. <https://doi.org/10.1002/jmv.21347>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., & Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, *8*(2), e191-e203. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)
- Barker, A. D., & Jordan, H. (2003). Public Attitudes Concerning Cancer. *Holland-Frei Cancer Medicine. 6th Edition*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13445/>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Relationship between the beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, *5*(3), 213-223. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(91\)90002-B](https://doi.org/10.1016/0887-6185(91)90002-B)
- Bell, S., Porter, M., Kitchener, H., Fraser, C., Fisher, P., & Mann, E. (1995). Psychological Response to Cervical Screening. *Preventive Medicine*, *24*(6), 610-616. <https://doi.org/10.1006/pmed.1995.1096>
- Bruni, L., Diaz, M., Castellsagué, X., Ferrer, E., Bosch, F. X., & de Sanjosé, S. (2010a). Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *The Journal of Infectious Diseases*, *202*(12), 1789-1799. <https://doi.org/10.1086/657321>
- Bruni, L., Diaz, M., Castellsagué, X., Ferrer, E., Bosch, F. X., & de Sanjosé, S. (2010b). Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women

- with normal cytological findings. *The Journal of Infectious Diseases*, 202(12), 1789-1799. <https://doi.org/10.1086/657321>
- Bruss, G. S., Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D., & Barber, J. P. (1994). Hamilton anxiety rating scale interview guide: Joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Research*, 53(2), 191-202. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90110-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90110-4)
- Bulbena, A., Bobes, J., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., & Ibarra, N. (2003). Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, 121(10), 367-374. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73953-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73953-0)
- Burger, E. A., Nygård, M., Gyrd-Hansen, D., Moger, T. A., & Kristiansen, I. S. (2014). Does the primary screening test influence women's anxiety and intention to screen for cervical cancer? A randomized survey of Norwegian women. *BMC Public Health*, 14(1), 360. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-360>
- Cabrera V., J. A., Cárdena H., O. J., Campoverde C., M. A., & Ortiz S., J. I. (2015). Prevalencia de genotipos del papiloma virus humano en mujeres de la provincia del Azuay, Ecuador. *MASKANA*, 6(1), 79-93. <https://doi.org/10.18537/mskn.06.01.07>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Crawford, M. J., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., ... Härter, M. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 174-185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>

- Clark, D. B., & Donovan, J. E. (1994). Reliability and Validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an Adolescent Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 354-360. <https://doi.org/10.1097/00004583-199403000-00009>
- Coime Silva, J. Y., & Regato Guerrero, J. M. (2018). *Estudio de la repercusión psicológica y social en pacientes de 35 a 50 años con cáncer de cérvix uterino en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón y el Hospital Oncológico Solca en el periodo 2017-2018* [Thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31717>
- Darragh, T. M., Colgan, T. J., Thomas Cox, J., Heller, D. S., Henry, M. R., Luff, R. D., McCalmont, T., Nayar, R., Palefsky, J. M., Stoler, M. H., Wilkinson, E. J., Zaino, R. J., Wilbur, D. C., & Groups, F. M. of the L. P. W. (2013). The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-associated Lesions: Background and Consensus Recommendations From the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *International Journal of Gynecological Pathology*, 32(1), 76–115. <https://doi.org/10.1097/PGP.0b013e31826916c7>
- Del Río-Ospina, L., Soto-De León, S. C., Camargo, M., Sánchez, R., Mancilla, C. L., Patarroyo, M. E., & Patarroyo, M. A. (2016). The Prevalence of High-Risk HPV Types and Factors Determining Infection in Female Colombian Adolescents. *PLoS ONE*, 11(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166502>
- Doorbar, J. (2006). Molecular biology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Clinical Science*, 110(5), 525-541. <https://doi.org/10.1042/CS20050369>
- Doorbar, J., Egawa, N., Griffin, H., Kranjec, C., & Murakami, I. (2015). Human papillomavirus molecular biology and disease association. *Reviews in Medical Virology*, 25(S1), 2-23. <https://doi.org/10.1002/rmv.1822>
- Elhasan, L. M. E., Bansal, D., Osman, O. F., Enan, K., & Farag, E. A. B. A. (2019). Prevalence of human papillomavirus type 16 in Sudanese women diagnosed with cervical carcinoma.

Journal of Cancer Research and Therapeutics, 15(6), 1316-1320.

https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_656_18

Figueroa, J. P., Ward, E., Luthi, T. E., Vermund, S. H., Brathwaite, A. R., & Burk, R. D. (1995).

Prevalence of human papillomavirus among STD clinic attenders in Jamaica:

Association of younger age and increased sexual activity. *Sexually Transmitted*

Diseases, 22(2), 114-118. <https://doi.org/10.1097/00007435-199503000-00007>

Filiberti, A., Tamburini, M., Stefanon, B., Merola, M., Bandieramonte, G., Ventafridda, V., &

Palo, G. de. (1993). Psychological aspects of genital human papillomavirus infection: A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14(2), 145-152.

<https://doi.org/10.3109/01674829309084437>

Ford, K., Reed, B. D., Wirawan, D. N., Muliawan, P., Sutarga, M., & Gregoire, L. (2003). The Bali

STD/AIDS study: Human papillomavirus infection among female sex workers.

International Journal of STD & AIDS, 14(10), 681-687.

<https://doi.org/10.1258/095646203322387947>

Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Vahia, V. N., & Gautam, A. (2017). Clinical Practice Guidelines

for the Management of Generalised Anxiety Disorder (GAD) and Panic Disorder (PD).

Indian Journal of Psychiatry, 59(Suppl 1), S67-S73. [https://doi.org/10.4103/0019-](https://doi.org/10.4103/0019-5545.196975)

5545.196975

Graziottin, A., & Serafini, A. (2009). HPV Infection in Women: Psychosexual Impact of Genital

Warts and Intraepithelial Lesions. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 633-645.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01151.x>

Hariri, S., Unger, E. R., Sternberg, M., Dunne, E. F., Swan, D., Patel, S., & Markowitz, L. E.

(2011). Prevalence of genital human papillomavirus among females in the United

States, the National Health And Nutrition Examination Survey, 2003-2006. *The Journal*

of Infectious Diseases, 204(4), 566-573. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir341>

- Hernández, T., & Amparo, K. (2016). Nivel de ansiedad relacionada al cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2016. *Repositorio Institucional - UAP*. <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5054>
- Herzog, T. J., & Wright, J. D. (2007). The impact of cervical cancer on quality of life—The components and means for management. *Gynecologic Oncology*, *107*(3), 572-577. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.09.019>
- Hippeläinen, M., Syrjänen, S., Hippeläinen, M., Koskela, H., Pulkkinen, J., Saarikoski, S., & Syrjänen, K. (1993). Prevalence and risk factors of genital human papillomavirus (HPV) infections in healthy males: A study on Finnish conscripts. *Sexually Transmitted Diseases*, *20*(6), 321-328.
- Hooi, D. J., Quint, W. G. V., Lissenberg-Witte, B. I., Kenter, G., Pinedo, H. M., de Koning, M. N. C., & Meijer, C. J. L. M. (2018). Human papillomavirus (HPV) types prevalence in cervical samples of female sex-workers on Curaçao. *Preventive Medicine Reports*, *11*, 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.06.001>
- Horvath, C. A., Boulet, G. A., Renoux, V. M., Delvenne, P. O., & Bogers, J.-P. J. (2010). Mechanisms of cell entry by human papillomaviruses: An overview. *Virology Journal*, *7*(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1743-422X-7-11>
- Ildefonso, B. C. (2017). *GENERALIDADES DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD*. 13.
- Johnson, C. Y., Sharp, L., Cotton, S. C., Harris, C. A., Gray, N. M., & Little, J. (2011). Human Papillomavirus Infection and Anxiety: Analyses in Women with Low-Grade Cervical Cytological Abnormalities Unaware of Their Infection Status. *PLoS ONE*, *6*(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021046>
- Johnson, C. Y., Sharp, L., Cotton, S. C., Harris, C. A., Gray, N. M., Little, J., & in collaboration with the TOMBOLA Group. (2011). Human Papillomavirus Infection and Anxiety: Analyses in Women with Low-Grade Cervical Cytological Abnormalities Unaware of Their Infection Status. *PLoS ONE*, *6*(6), e21046. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021046>

- Kessler, R. C. (2000). The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: A review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 406*, 7-13.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine, 38*(3), 365-374.
<https://doi.org/10.1017/S0033291707002012>
- Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 24*(1), 19-39.
[https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70204-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70204-5)
- Khair, M. M. E., Mzibri, M. E., Mhand, R. A., Benider, A., Benchekroun, N., Fahime, E. M. E., Benchekroun, M. N., & Ennaji, M. M. (2009). Molecular detection and genotyping of human papillomavirus in cervical carcinoma biopsies in an area of high incidence of cancer from Moroccan women. *Journal of Medical Virology, 81*(4), 678-684.
<https://doi.org/10.1002/jmv.21279>
- Kim, J., Kim, B. K., Jeon, D.-S., Lee, C. H., Roh, J.-W., Kim, J.-Y., & Park, S.-Y. (2019). Type-Specific Viral Load and Physical State of HPV Type 16, 18, and 58 as Diagnostic Biomarkers for High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions or Cervical Cancer. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*.
<https://doi.org/10.4143/crt.2019.152>
- Kim, S. H., Kang, S., Kim, Y.-M., Kim, B.-G., Seong, S. J., Cha, S. D., Park, C.-Y., & Yun, Y. H. (2010). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Among Cervical Cancer Survivors in Korea. *International Journal of Gynecologic Cancer, 20*(6).
<https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181e4a704>
- Kjaer, S. K., Svare, E. I., Worm, A. M., Walboomers, J. M., Meijer, C. J., & van den Brule, A. J. (2000). Human papillomavirus infection in Danish female sex workers. Decreasing

- prevalence with age despite continuously high sexual activity. *Sexually Transmitted Diseases*, 27(8), 438-445. <https://doi.org/10.1097/00007435-200009000-00003>
- Korfage, I. J., Essink-Bot, M.-L., Mols, F., van de Poll-Franse, L., Kruitwagen, R., & van Ballegooijen, M. (2009). Health-Related Quality of Life in Cervical Cancer Survivors: A Population-Based Survey. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, 73(5), 1501-1509. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2008.06.1905>
- Krashias, G., Koptides, D., & Christodoulou, C. (2017). HPV prevalence and type distribution in Cypriot women with cervical cytological abnormalities. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2439-0>
- Kreimer, A. R., Clifford, G. M., Boyle, P., & Franceschi, S. (2005). Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: A systematic review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 14(2), 467-475. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-04-0551>
- Kruk, P. A. (2007). Structure and Function of the Female Reproductive System. En *xPharm: The Comprehensive Pharmacology Reference* (pp. 1-4). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-008055232-3.60262-4>
- Lawther, A. J., Hale, M. W., & Lowry, C. A. (2020). Serotonin and the neurobiology of anxious states. En *Handbook of Behavioral Neuroscience* (Vol. 31, pp. 505-520). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64125-0.00029-3>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)

- Maggino, T., Casadei, D., Panontin, E., Fadda, E., Zampieri, M. C., Donà, M. A., Soldà, M., & Altoè, G. (2007). Impact of an HPV diagnosis on the quality of life in young women. *Gynecologic Oncology*, *107*(1, Supplement), S175-S179.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.07.013>
- Martinez, R. C. R., Ribeiro de Oliveira, A., & Brandão, M. L. (2007). Serotonergic mechanisms in the basolateral amygdala differentially regulate the conditioned and unconditioned fear organized in the periaqueductal gray. *European Neuropsychopharmacology*, *17*(11), 717-724. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2007.02.015>
- McBride, E., Marlow, L. A. V., Forster, A. S., Ridout, D., Kitchener, H., Patnick, J., & Waller, J. (s. f.). Anxiety and distress following receipt of results from routine HPV primary testing in cervical screening: The psychological impact of primary screening (PIPS) study. *International Journal of Cancer*, *n/a*(*n/a*). <https://doi.org/10.1002/ijc.32540>
- McCaffery, K., Waller, J., Nazroo, J., & Wardle, J. (2006). Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: A qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, *82*(2), 169-174. <https://doi.org/10.1136/sti.2005.016436>
- Miller, D. L., Puricelli, M. D., & Stack, M. S. (2012). Virology and Molecular Pathogenesis of Human Papillomavirus (HPV)-Associated Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *The Biochemical journal*, *443*(2), 339-353. <https://doi.org/10.1042/BJ20112017>
- Molijn, A., Kleter, B., Quint, W., & Doorn, L.-J. van. (2005). Molecular diagnosis of human papillomavirus (HPV) infections. *Journal of Clinical Virology*, *32*, 43-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jcv.2004.12.004>
- Moody, C. A., & Laimins, L. A. (2010). Human papillomavirus oncoproteins: Pathways to transformation. *Nature Reviews. Cancer*, *10*(8), 550-560.
<https://doi.org/10.1038/nrc2886>
- Newman, M. G., Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review. *En Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* (p.

B9780128093245050000). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7>

- OPS. (2018). *OPS/OMS | Cáncer Cervicouterino*. Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
- Ozbun, M. A. (2019). Extracellular events impacting human papillomavirus infections: Epithelial wounding to cell signaling involved in virus entry. *Papillomavirus Research*, 7, 188-192.
<https://doi.org/10.1016/j.pvr.2019.04.009>
- Palacios Rodríguez, O. A., Méndez Martínez, S. L., Galarza Tejada, D. M., Torres López, T. M., Palacios Rodríguez, O. A., Méndez Martínez, S. L., Galarza Tejada, D. M., & Torres López, T. M. (2016). Cultural Domains of Sexual Health and Human Papillomavirus in Mexican Adolescents. *CES Psicología*, 9(2), 152-166.
<https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.10>
- Reflexiones sobre género, sexualidad y el Virus de Papiloma Humano. (2016). *Uaricha*, 13(31), 56-72. http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/9
- Rhea, W. G., Bourgeois, B. M., & Sewell, D. R. (1998). Condyloma acuminata: A fatal disease? *The American Surgeon*, 64(11), 1082-1087.
- Rickels, K., & Rynn, M. (2001). Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 1-17.
[https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70203-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70203-3)
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2008). Generalized anxiety disorder. En *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* (pp. 78-114). John Wiley & Sons Inc.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Almeida, J. M. C. de, Demyttenaere, K., Florescu, S., Girolamo, G. de, Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov,

- H., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
- Sanclemente, G., & Gill, D. K. (2002). Human papillomavirus molecular biology and pathogenesis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16(3), 231-240. <https://doi.org/10.1046/j.1473-2165.2002.00419.x>
- Shear, M. K., Bilt, J. V., Rucci, P., Endicott, J., Lydiard, B., Otto, M. W., Pollack, M. H., Chandler, L., Williams, J., Ali, A., & Frank, D. M. (2001). Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depression and Anxiety*, 13(4), 166-178. <https://doi.org/10.1002/da.1033>
- Stanley, M. (2010). Pathology and epidemiology of HPV infection in females. *Gynecologic Oncology*, 117(2), S5-S10. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.01.024>
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1502514>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Syrjänen, K., & Syrjänen, S. (1990). Epidemiology of human papilloma virus infections and genital neoplasia. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases. Supplementum*, 69, 7-17.
- Thomas, J. T., Oh, S. T., Terhune, S. S., & Laimins, L. A. (2001). Cellular changes induced by low-risk human papillomavirus type 11 in keratinocytes that stably maintain viral episomes. *Journal of Virology*, 75(16), 7564-7571. <https://doi.org/10.1128/JVI.75.16.7564-7571.2001>
- Torres, T., & Rocío, I. (2019). Nivel de información y depresión en mujeres histerectomizadas por cáncer de cervix en el Hospital Virgen de la Puerta, Trujillo. *Universidad Nacional de Trujillo*. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11675>

- Valladolid, M., & Abraham, W. (2019). Calidad de vida en pacientes con cáncer de cérvix tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo de enero a diciembre del 2016. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/7079>
- Vié le Sage, F., & Cohen, R. (2020). [Preventing cancer: The role of Papillomavirus vaccination in the general population]. *Bulletin Du Cancer*, *107*(1), 10-20.
<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.12.006>
- Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*, *26*(8), 1070-1079.
<https://doi.org/10.1002/pon.4287>
- Vrinten, C., Waller, J., von Wagner, C., & Wardle, J. (2015). Cancer fear: Facilitator and deterrent to participation in colorectal cancer screening. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *24*(2), 400-405. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-14-0967>
- Waller, J., Marlow, L. a. V., & Wardle, J. (2007). The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sexually Transmitted Infections*, *83*(2), 155-159. <https://doi.org/10.1136/sti.2006.023333>
- Wilkinson, C., Jones, J. M., & McBride, J. (1990). Anxiety caused by abnormal result of cervical smear test: A controlled trial. *BMJ : British Medical Journal*, *300*(6722), 440.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, *16*(4), 162-171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>
- Yang, Y.-L., Liu, L., Wang, X.-X., Wang, Y., & Wang, L. (2014). Prevalence and Associated Positive Psychological Variables of Depression and Anxiety among Chinese Cervical Cancer

Patients: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 9(4).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094804>

Zangrossi, H., Del Ben, C. M., Graeff, F. G., & Guimarães, F. S. (2020). Serotonin in panic and anxiety disorders. En *Handbook of Behavioral Neuroscience* (Vol. 31, pp. 611-633).

Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64125-0.00036-0>

Zea, R., & Lucero, R. (2019). Perfil clínico epidemiológico del trastorno de ansiedad en adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 – 2018. *Repositorio*

Institucional - UCV. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/40321>

9 ANEXOS

9.1 Instrumento de recolección de datos

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020.

Fecha:

Código Paciente:

Edad		
Estado Civil	1= Soltero 2= Casado 3= Viudo 4= Divorciado 5= Unión Libre 6= No responde	
Escolaridad	1= Primaria 2= Secundaria 3= Superior 4= Analfabeto 5= No responde	
Ansiedad	1= No probable 2= Si probable	
Número de parejas sexuales		
Miedo a tener cáncer	Si No	
Consumo de alcohol	Nunca Diario Semanal Mensual Semestral Anual	
Consumo de tabaco	Número de unidades de tabaco.	
Número de hijos		
Número de partos normales		
Numero de cesáreas		
Número de abortos		

9.2 Escala de Ansiedad de Hamilton

Versión validada en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados					
Síntomas de los estados de ansiedad					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

9.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código de la Paciente: _____

Fecha: _____

Este documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

1. Información (Proporciona información sobre el estudio a la paciente)
2. Formulario de Consentimiento (El cual se debe aceptar verbalmente vía telefónica y será grabado con medidas de confidencialidad y solo para el uso del presente estudio.)

Parte I: Información

Introducción:

Yo soy Tamara Herrera Fonseca, médico estudiante del posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy investigando sobre **“LA PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS. JUNIO - AGOSTO 2020”**.

Le voy a proporcionar información e invitarle a participar de esta investigación. Usted podrá decidir si desea participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación y se le volverá a llamar en 24 horas.

Propósito:

Se aplica el presente estudio para identificar las pacientes que luego de recibir el diagnóstico de papiloma virus pudieron desarrollar reacciones emocionales adversas como la ansiedad y el impacto en su calidad de vida, además de la relación con su pareja. Ya que las pruebas positivas para el VPH pueden conducir a ansiedad, miedo y preocupación relacionados con el posible desarrollo de cáncer de cuello uterino. La ansiedad es un problema de salud con una alta carga de estigmatización y además subdiagnosticada, por lo que es importante demostrar la frecuencia de este problema de salud mental.

Selección de participantes

Se la ha seleccionado porque ha sido diagnosticada de HPV entre septiembre del 2019 y febrero del 2020.

Participación Voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución de salud y nada cambiará.

Procedimientos y protocolos:

Le pediremos ayudarnos contestando una breve encuesta que incluye la escala de HAMILTON (Escala de Ansiedad)

Duración:

La investigación durará 3 meses, durante ese tiempo no será necesario volverme a poner en contacto con usted.

Riesgos:

Usted no está expuesta a ningún riesgo durante la realización del estudio, porque el estudio no implica intervención directa alguna.

Confidencialidad:

Como investigadora no compartiré su identidad e información personal sensible. La información que recoja en este estudio de investigación se mantendrá en absoluta confidencialidad.

Derecho a negarse o retirarse:

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma a que sea tratada en esta institución. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta casa de salud. La consecución de su tratamiento no será afectada en ninguna forma.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Evaluación Bioética del Hospital Enrique Garcés, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

Investigadora:

Dra. Tamara Herrera Fonseca

CI: 0503132508

Teléfono: 0984470658

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitada a participar en la investigación denominado “Prevalencia de ansiedad y sus factores asociados en mujeres con diagnóstico reciente de lesión cervical por virus del papiloma humano (VPH), atendidas en el Hospital General Enrique Garcés. Junio- Agosto 2020”.

Entiendo que debo contestar vía telefónica la entrevista, además se revisará mi historia clínica. He sido informada de que los riesgos son mínimos. No existen beneficios directos para mi persona, pero si la oportunidad de colaborar con información útil dentro de la investigación médica. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el nombre y teléfono que se me ha dado de esa persona.

Me han leído la información proporcionada vía telefónica. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante:.....

Aceptación de la participante:

Fecha: (dd/mm/aaaa):.....

SI

NO