

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Identificación de Factores Psicológicos prevalentes en mujeres diagnosticadas
Cáncer de Cuello Uterino**

Proyecto de investigación

Nicole Palacios Campaña

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Licenciada en
Psicología.

Quito, 12 de diciembre de 2018

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
USFQ**

COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Identificación de Factores Psicológicos prevalentes en mujeres diagnosticadas
Cáncer de Cuello Uterino**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana María Trueba, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 12 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Nicole Palacios Campaña

Código: 00117418

Cédula de Identidad: 1720628849

Lugar y fecha: Quito, 12 de diciembre de 2018

Dedicatoria: A mis padres José Palacios y Susana Campaña, por darme apoyo y amor incondicional.

RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en mujeres entre 30 a 60 años. Se conoce que un 50 a 75% de la población femenina en Ecuador tiene cáncer de cuello uterino. En cuanto a los factores prevalentes de la enfermedad se conoce entre ellos el virus VPH, tabaquismo, clamidia, sobre peso, entre otras. La prevalencia psicológica ha sido estudiada y relacionada con el cáncer, sin embargo no ha sido estudiada en el Ecuador por lo que existe poca investigación científica sobre el tema.

Metodología: El presente trabajo se enfoca en una metodología correlacional, con una muestra de 80 mujeres con lesiones cancerosas y un grupo control de 80 mujeres sin lesiones cancerosas para que de esta manera se pueda comparar la prevalencia psicológica de ansiedad y depresión en ambas poblaciones, las participantes tienen un rango de edad entre 30 a 50 años.

Resultados: Encontrar mayor prevalencia psicológica de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino comparando con el grupo control de mujeres sin cáncer de cuello uterino.

Conclusiones: Se requiere de mucha investigación científica para saber la prevalencia de los factores psicológicos en el cáncer, aun así, este estudio dará una aproximación argumentativa al tema para fortalecer la importancia de los factores psicológicos prevalentes en el cáncer.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, HPV, psicología, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Background: Cervical cancer is one of the leading causes of death in women aged 30 to 60 years. It is known that 50 to 75% of the female population in Ecuador has cervical cancer. Some of the prevalent factors of the disease are, HPV virus, smoking, chlamydia, overweight, among others. The psychological prevalence has been studied and related to cancer, however it has not been studied in Ecuador, so there is a few scientific research on the subject.

Methodology: The present work focuses on a correlational methodology, with a sample of 80 women with cancerous lesions and a control group of 80 women without cancer lesions, to compared the psychological prevalence of anxiety and depression in both populations, the participants have an age range between 30 to 50 years.

Results: Find higher psychological prevalence of anxiety and depression in women with cervical cancer compared to the control group of women without cervical cancer.

Conclusions: It requires a lot of scientific research to know the prevalence of psychological factors in cancer, even so, this study will give an argumentative approach to the topic to strengthen the importance of the psychological factors prevalent in cancer.

Key words: Cervical cancer, HPV, psychology, depression, anxiety.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 5 |
| Abstract..... | 6 |
| Introducción..... | 8 |
| Revisión de la literatura..... | 13 |
| Metodología y diseño de la investigación..... | 29 |
| Análisis de datos..... | 32 |
| Resultados esperados..... | 34 |
| Referencias..... | 38 |
| ANEXO A: Consentimiento Informado..... | 42 |
| ANEXO B: Cuestionario de Ansiedad y Depresión..... | 45 |

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino, es una transformación o alteración celular que se origina en la membrana del cérvix, se presenta mediante lesiones de lenta y progresiva evolución. Muchas mujeres antes de presentar cáncer de cuello uterino están contagiadas con el virus de papiloma humano (VPH), y solo una pequeña proporción desarrolla cáncer de cuello uterino. Entre los factores que aumentan el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino están: susceptibilidad genética, exposición al tabaco, deficiencia de vitaminas, temprana actividad sexual, múltiples parejas sexuales, previas enfermedades de transmisión sexual, entre otras (Benia & Tellechea, 2004).

Las características principales de esta investigación que se deben tener en cuenta son los factores psicológicos relacionados al cáncer de cuello uterino. La ansiedad, la cual puede describirse como una sensación de nerviosismo, intranquilidad y constante preocupación, es normal y alerta al cuerpo ante amenazas que se presentan externamente a la persona. La ansiedad puede dificultar el tratamiento del cáncer e inferir sobre la conducta y las toma de decisiones del paciente, los síntomas pueden ser leves o graves, muchas de las personas con cáncer presentan síntomas de ansiedad (Fernández & Pérez, 2003).

Por otro parte las personas con cáncer experimentan comúnmente depresión, el cual es un trastorno de ánimo que afecta en los diferentes estadios de la enfermedad, los síntomas pueden aparecer después del diagnóstico o durante el tratamiento. Al igual que la ansiedad, la depresión afecta la capacidad de atención y la toma de decisiones del paciente (Sandín, 2001). Tomando en cuenta estos dos factores psicológicos, la ansiedad y la depresión, se informará

sobre su relación con el cáncer. Para el estudio se presentará una revisión narrativa sobre aspectos relevantes de la prevalencia de factores psicológicos en el cáncer de cuello uterino.

Antecedentes

El cáncer de cuello uterino tiene su origen años atrás, uno de los precursores en interesarse por este tema fue, Hans Hilselmann (1925), quien inventa el colposcopio, que es un microscopio diseñado para ver el interior del cuello uterino. Más tarde George Papanicolaou, realizó una prueba de diagnóstico en la que se pudo evaluar a las pacientes con alteraciones citológicas. Hoy en día, esta prueba es muy usada y es la que detecta con mayor precisión las anomalías en el cuello uterino. Los avances en biología celular, inmunología, entre otras ramas científicas han permitido que se conozca el desarrollo de las lesiones malignas del cáncer de cuello uterino (Vicuña, Hernandez, Alcazar, Murichi & Perez, 2009).

Se conoce que las estadísticas sobre el cáncer de cuello uterino se diagnostican con más frecuencia en mujeres entre 30 a 50 años de edad, las mujeres hispanas, de raza negra, asiáticas tienen mayor probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino (Howley, Ganer & Kieff, 2005). El cáncer de cuello uterino es uno de los principales problemas oncológicos, siendo la tercera neoplasia más diagnosticada a nivel mundial. Alrededor de 5000,000 casos son diagnosticados, produciendo alrededor de 231,000 muertes al año. El 80% de los casos se produce en países en vías de desarrollo como Sudamérica, India y África. En Sudamérica se han reportado alrededor de 68.000 casos de mujeres con cáncer de cuello uterino, de manera que hay registro de 4,000 muertes al año (Howley et al., 2005).

En Ecuador se conoce por datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, que el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte en mujeres ecuatorianas, se estima que el 50 a 75% de la población femenina sexualmente activa está infectada con VPH, aproximadamente 697 mujeres mueren al año (Castillego, Pequero & Gonzales, 2005).

El virus de papiloma humano (VPH) es el causante del 90% de los casos de cáncer de cuello uterino. El virus de papiloma humano es un virus ADN de doble cadena, del cual se han reconocido más de 100 genotipos. La mayor parte de mujeres infectadas con VPH no desarrollan cáncer de cuello uterino, los tipos de cáncer invasivos son: carcinoma de células escamosas que se muestran en un 75% de los casos y el adenocarcinoma que se muestran en un 25 % de los casos, otros tipos de cáncer son el carcinoma adenoideo quístico y metastásico que se muestran en un 3 a 5% de los casos (Castillego et al., 2005).

En cuanto a la ansiedad y depresión y su relación con el cáncer, se tiene evidencia que el diagnóstico de cáncer puede producir ansiedad anticipatoriamente. La ansiedad se relaciona con los pensamientos intrusivos acerca del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, ya que existe una cierta incertidumbre acerca de evolución del cáncer. Es importante tener en cuenta que las estrategias de afrontamiento de cada persona son diferentes, y es por ello que la ansiedad puede presentarse en diferentes estadios del cáncer (Saslow, Castle & Cox, 2007).

La prevalencia de problemas emocional en pacientes diagnosticados con cáncer es de un 35% cuando las personas están cursando la enfermedad. Los niveles de ansiedad pueden ir subiendo o bajando a medida que se ven resultados positivos o negativos del desarrollo del cáncer (Jhingran, 2008). En una investigación desarrollada por Spijker (1980), se demostró que los niveles de depresión son mas altos en personas con cáncer al compararlos con la población en

general, pero al comparar los niveles de ansiedad y depresión con pacientes psiquiátricos, se obtuvieron niveles bajos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. A medida que evoluciona la enfermedad del cáncer se pudo ver que los niveles de ansiedad bajan y los niveles de depresión suben.

Problema

Cuanto más se conozca acerca de los factores prevalentes en enfermedades oncológicas, habrá más posibilidades de abordar la realización de estudios acerca del tema. El cáncer de cuello uterino ha sido investigado ampliamente, sin embargo, no hay investigación acerca de la prevalencia de factores psicológicos relacionados al tema. Es por eso que establecer este estudio permitirá la posibilidad de conocer si factores psicológicos como la ansiedad y depresión son factores de mayor prevalencia en pacientes con cáncer de cuello uterino en comparación con una muestra de pacientes sin cáncer de cuello uterino.

Partiendo de este problema, surge la posibilidad de establecer un estudio que permita entender la prevalencia de factores psicológicos en pacientes mujeres con cáncer de cuello uterino. Tomando en consideración que no hay mucha información investigativa relacionada al tema. Para ello, se propondrá un estudio en el que participen mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino el cual será denominado como grupo experimental y un grupo control de mujeres que no sean diagnosticadas de cáncer de cuello uterino, una vez obtenidos los resultados de ambas muestras, se determinará los índices de ansiedad y depresión con el fin de compararlos y encontrar diferencias significativas entre ambos grupos.

Pregunta de Investigación

¿La ansiedad y depresión son factores de mayor prevalencia en mujeres portadoras del virus VPH con lesiones cancerosas y precancerosas de cáncer de cuello uterino en comparación a mujeres que no tienen cáncer?

Propósito del Estudio

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas de salud pública más comunes a nivel mundial en la población femenina. El principal objetivo de este estudio es identificar si los factores psicológicos como la ansiedad y depresión son prevalentes en el cáncer de cuello uterino comparando con mujeres que no tienen cáncer. Con el fin de tener evidencia investigativa y así esclarecer dudas acerca del tema. De igual manera, se incentivaría a que se realicen más investigaciones para precisar y dar respuestas a las interrogantes a tratar.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información usada para esta investigación provendrá de trabajos investigativos como artículos, libros de la Universidad San Francisco de Quito, Google Académico, Ebsco, entre otras. Para encontrar información relacionada las palabras clave son: Cáncer de cuello uterino, HPV, psicología, depresión, ansiedad.

Formato de la revisión de la literatura

Para entender de mejor manera como está clasificada la información. Primero se detallará el significado de cáncer de cuello uterino, se abordará el impacto emocional en el cáncer, la ansiedad y depresión y su relación con el cáncer, finalmente se detallará información sobre el uso del test HADS.

Cáncer de Cuello Uterino

El termino cáncer, se usa para denominar a un extenso grupo de enfermedades que afectan a cualquier parte del cuerpo. El cáncer estimula el crecimiento de las células anormales del cuerpo, estas se dividen y forman tumores, o en otros casos se esparcen por la sangre. A medida que crecen los tumores se esparcen por el sistema circulatorio y linfático. (Howley et al., 2005).

El cáncer es una de las principales causas de muerte, a nivel mundial hay aproximadamente 14 millones de muertes y se estima que incrementan las muertes de 8 a 14 millones (Anderson & Lutgendorf, 2000). Existen cuatro principales tipos de cáncer que afectan a los órganos reproductivos de la mujer, entre ellos se encuentra el cáncer de cuello uterino, ovario, vagina, vulva. Todas las mujeres pueden contraer cáncer de cuello uterino a lo largo de su vida, la edad media del diagnóstico varía, pero se desarrolla con mayor frecuencia entre los 35 a 55 años (Anderson & Lutgendorf, 2000).

El cuello uterino tiene dos partes diferentes y dos tipos de células diferentes, la parte del cuello uterino más próxima al útero tiene el nombre de endocervix, está rodeada de células glandulares. La parte más próxima a la vagina tiene el nombre de exocervix y está rodeada por células escamosas. Los dos tipos de células se encuentran en la "zona de transformación", en esta zona es donde se origina el cáncer de cuello uterino. Las células pasan progresivamente por una serie de transformaciones, por lo que toma varios años para que las células precancerosas se conviertan en cáncer de cuello uterino (Castillego, Pequero & Gonzáles, 2005).

El cáncer de cuello uterino y los pre canceres se diferencian según el aspecto que tienen al ser observados por un microscopio. Entre los más comunes se distinguen dos tipos de cáncer. El primero está presente en 9 de cada 10 casos, se lo conoce como carcinoma escamoso, se origina en el exocervix y las células cancerosas tienen características escamosas. El segundo, tipo de cáncer se lo conoce como adenocarcinoma, el cual se origina en las células glandulares, las cuales producen mucosidad del endocervix (Castillego et al., 2005).

La primera causa de cáncer de cuello uterino es el virus de papiloma humano (VPH), este virus se transmite de una persona a otra por medio de las relaciones sexuales, es la infección de

transmisión sexual más común, es muy probable que muchas mujeres se encuentren infectadas del virus VPH, pero muy pocas desarrollan cáncer de cuello uterino (Baseman & Koutsky, 2005). No está bien definido el porqué las mujeres infectadas con el virus de VPH tienen riesgo de presentar cáncer de cuello uterino. Pero algunas de las causas pueden ser que las mujeres nunca se someten a pruebas de detección de ningún tipo, esto con el tiempo incrementa el desarrollo del cáncer. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 57% de las mujeres entre 15 y 49 años no reciben información acerca del cáncer de cuello uterino. Otra causa que se identificó en un estudio de NIH, detalla que las mujeres con el sistema inmunodeprimido son más vulnerables a adquirir VPH y aumenta la insistencia de adquirir cáncer de cuello uterino (Baseman & Koutsky, 2005).

Existen dos tipos de VPH, los de bajo riesgo que son aquellos que no causan cáncer pero causan otros problemas como: verrugas alrededor de los genitales y ano, tumores benignos en las vías respiratorias, entre otros. En su mayoría las personas que son portadoras del virus VPH de bajo riesgo lo eliminan alrededor de 2 o 3 años. Por otro parte, el tipo de virus VPH de alto riesgo, del cual trata esta tesis es el causante de varios tipos de cáncer (Munger, 2002). Los síntomas del cáncer de cuello uterino van cambiando a medida que se desarrolla el cáncer, en las etapas tempranas del cáncer la persona no presenta síntomas ni molestias representativas. A medida que pasa el tiempo, los síntomas avanzan y la persona puede presentar sangrado, secreción, dolor, entre otros (Munger, 2002).

Para prevenir estos síntomas se puede realizar la prueba de Papanicolaou, que comienza a realizarse a mujeres de 21 a 65 años. Si los resultados de la prueba son normales se espera entre 3 a 5 años para realizarse nuevamente la prueba. También se puede vacunar contra el VPH a

niños y niñas entre 9 a 26 años, pero en el caso de las mujeres es importante que se siga realizando la prueba del Papanicolaou. Otras medidas de prevención son la higiene, buena nutrición, no fumar, usar píldoras anticonceptivas, tener menos de 4 alumbramientos (Denis, Hanz, Alain & Clearance, 2008).

Impacto emocional en el cáncer

El impacto emocional del cáncer se lo integra con otros aspectos los cuales pueden ser de tipo biológico, patológico y clínico. Estos problemas involucran sufrimiento social y emocional. Se han identificado diversas características en la que se relaciona la importancia entre los médicos y pacientes que hacen que las personas se adapten adecuadamente al tratamiento. Es necesario que se de confianza al paciente, comprensión, afecto y confidencialidad. Las emociones y sentimientos de la familia se interrelacionan con la enfermedad de la personal, las personas tienden a afrontar las emociones de manera adaptativa y des adaptativa. (Kelly, McClement & Chochinov, 2006).

Ser portador de cáncer desencadena reacciones psicológicas y dificultades vitales que acarrear crisis personales e interpersonales, también se ve afectada la toma de decisiones, por lo que se dice que la mente y el cuerpo están en transición. Cuando el paciente establece su realidad como preocupante o amenazante, se predispone a grados más altos de ansiedad en el que la intensidad y duración penderá en la manera en que la persona usa sus recursos para enfrentar o desafiar los acontecimientos negativos de la enfermedad (Mitchell, Karr, Coggan & Herdman, 2008). Si por el contrario se evalúa la realidad como un quebranto o pérdida, surgirán emociones

de desolación, angustia, que convergen en depresión. Los dos estados se pueden convertir en trastornos de ansiedad o depresión (Rebollo & Aguilar, 2006).

El miedo se considera como una persistencia en los diferentes transcurso de la enfermedad. Influye en la vida de todos los pacientes, entre los sentimientos que pueden surgir son: la dependencia a los familiares, miedo ante cambios en la imagen física, temor a no poder cumplir con las diligencias diarias, posibles cambios de las relaciones personales y sociales, temor a la reincorporación social, a posibles recaídas, miedo a la muerte, al sufrimiento y a distintas consecuencias de la enfermedad en estadios avanzados (Rueda & Pérez-García, 2004).

Las fases del transcurso de la enfermedad oncológica y las respuestas psicológicas son: primera fase de pre diagnóstico: Se conoce el hospital, y aparece el temor hacia lo desconocido, las pruebas que se realizan son dolorosas y preocupantes, la característica principal de esta fase es una constante incertidumbre. La segunda fase de diagnóstico: en el que se produce un gran impacto emocional para los familiares. Aparecen varios síntomas emocionales como: negación, ansiedad, irritabilidad, entre otros. La tercera fase de tratamiento: temor a las cirugías, dolor y decaimiento por radio o quimioterapia. Fase post tratamiento y fase terminal: cuando el paciente se reincorpora y se adapta a sus asuntos familiares, sociales, económicos, a la sociedad en general (Bárez, Blasco & Fernández, 2003).

Ansiedad

La ansiedad es definida como una respuesta natural del organismo que se da por la exposición ante una situación de riesgo. El cuerpo tiende a huir usando sus mecanismos de defensa anulando el malestar del cuerpo. Sin embargo frente a diferentes situaciones la ansiedad

puede volverse una disfunción o un problema y clínicamente puede generar mal adaptaciones en la persona (Sandin & Chorot, 1995). Algunas de las situaciones por la que la ansiedad se convierte en un trastorno es cuando: el estímulo que se presenta no causa daño y la persona en respuesta a ello se pone muy tensa y todo su cuerpo genera cambios innecesarios frente a la situación, también cuando la ansiedad tiene una durabilidad persistente y los niveles de alerta no cambian ni bajan sino que se mantienen prolongadamente, y cuando la ansiedad afecta a nivel social e impide el rendimiento adecuado del individuo (Sandin & Chorot, 1995).

Coexiste un proceso entre la ansiedad y la ansiedad patológica, las dos presentan cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de protección o agresión. La ansiedad se relaciona a nivel motivacional, es por eso que la ansiedad y el rendimiento están relacionados y cuando existe un déficit de ansiedad también la motivación de la persona se ve disminuida. La ansiedad que se muestra de manera excesiva influye en el rendimiento de la persona (Yerkes, 1908).

La ansiedad patológica se relaciona con los miedos y fobias de una persona. Se trata de reacciones que afectan el estado emocional y físico de la persona, en primer lugar se da por medio de una representación de amenaza y en el segundo caso ante una amenaza irreal. En ambos casos, afecta el nivel cognitivo, físico, emocional de la persona (Sandín & Chorot, 1995). La ansiedad a nivel patológico funciona de manera fisiológica, cognitiva y motora. La activación a nivel fisiológico se da por el sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema neuroendocrino (SNE). El SNA se activa de manera automática ante la amenaza que se presente, y responde de manera automática frente al estímulo. El SNA, está conformado por el sistema simpático y parasimpático. El sistema simpático normaliza las actividades que se relacionan con el consumo

de energía, por lo que se produce estimulación sobre la función de nuestros órganos. En el momento de una amenaza se libera energía la cual nos prepara para enfrentarnos o huir, de manera que nuestro cuerpo responde normalmente con síntomas como: la frecuencia cardíaca alta, presión arterial elevada, dilatación de las pupilas, tensión en los músculos, entre otros (Sandín & Chorot, 1995). Este sistema estimula el sistema de las glándulas suprarrenales las cuales se encargan de la liberación de adrenalina en la sangre. Esta hormona se encarga de producir estimulación a los órganos de cuerpo como corazón, hígado, entre otros. Por otro lado el sistema parasimpático, guarda la energía del cuerpo, para que de esta manera se disminuya la frecuencia cardíaca, los músculos se relajen, etc. Para que la persona mantenga el equilibrio o este en estado de homeostasis ambos sistemas deben regularse con normalidad (Bárez et al., 2003).

El SNE se relaciona con la ansiedad. Se genera activación neuroendocrina la cual tiene se encarga de la secreción de corticoides. Los mecanismos neuroendocrinos en relación con la respuesta a la ansiedad, funcionan por medio de la activación fisiológica y cognitiva, por lo que se involucra la percepción y la determinación de conductas para actuar de manera efectiva ante diferentes situaciones. Las variaciones psicofisiológicos y neuroendocrinos relacionadas a los cambios patológicas de la ansiedad muestran también relación con las alteraciones en el funcionamiento de los mecanismos de los neurotransmisores del sistema nervioso central. Es por ello que la ansiedad puede explicarse de manera dinámica, uniendo los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, y las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales (Eison, 1990).

La ansiedad pasa por una serie de cadena o pasos entre ellos:

- Amenaza: el estímulo que se presenta como un obstáculo haciendo que el individuo se sienta intimidado.
- Anticipación: la manera en la que el individuo evalúa los riesgos sobre cierto acontecimiento y elabora planes mentales para poder prevenir o afrontar la amenaza.
- Activación Biológica: sobre estimulación de los órganos internos del organismo frente a una situación que se considera como amenazante.
- Afrontamiento: planes o esfuerzos que se realizan para sobrellevar las situaciones amenazantes en el que se usan esfuerzos cognitivos y conductuales.
- Resultados: las consecuencias e implicaciones que se obtiene después de afrontar la amenaza y los efectos o secuelas fisiológicas, cognitivas y conductuales del individuo (Piqueras et al., 2008).

Ansiedad y cáncer

Los efectos negativos que la persona tiene al enfrentarse a una enfermedad como el cáncer conlleva a consecuencias emocionales negativas. Entre ellas se ve manifestada la ansiedad. A corto plazo el incremento de ansiedad es de 50% cuando los pacientes deben repetir una prueba médica acerca de si padece o no de cáncer. Si los resultados de la prueba son negativos la ansiedad baja notablemente pero si son positivos se mantienen altos niveles de ansiedad. Al comenzar la terapia, si el diagnóstico fue positivo los niveles de ansiedad se mantiene elevados y puede llegar a diagnosticarse ansiedad patológica (Muñoz & Bernal, 2016). En el DSM IV, se registra en la ansiedad por enfermedad una prevalencia de 5 al 20%. Muchas de las causas por las que los paciente oncológicos generan ansiedad es por la idea de morir y las

creencias o conjeturas acerca de la enfermedad. Otros factores que pueden afectar en el diagnóstico de la enfermedad es que el paciente haya tenido historial previo de ansiedad, dolor crónico, falta de apoyo social, historial de trauma (Patsy, Cope & Sherner, 2014).

La falta de apoyo social puede verse relacionado en varios ámbitos generando mucha ansiedad, la falta de cuidado o sobreprotección de los familiares causa fatiga y cansancio, la pérdida de empleo o la incapacidad de trabajar genera problemas económicos y relaciones interpersonales deficientes, el sistema inmune se ve afectado y los pacientes temen a recuperar su estado de salud emocional y mental (Maté & Hollenstein, 2004).

El 70% de los pacientes con padecimientos oncológicos, presentan síntomas como: dolor que no se puede controlar, cambios metabólicos y complicaciones médicas ya que con el paso del tiempo se incrementa la ansiedad, agitación, tensión ante la quimioterapia o radioterapia, náuseas e insomnio. A pesar de ello la ansiedad es un síntoma que se puede resolver con el adecuado soporte familiar y las personas que trabajan en la unidad de cuidado, como los médicos, enfermeras, psicólogos (Novoa et al., 2008).

Dentro de la población los trastornos psicopatológicos más frecuentes en personas diagnosticadas con cáncer son la depresión y ansiedad. La detección de estos problemas de ansiedad y depresión en el periodo del cáncer es muy importante que se evidencie ya que la intervención psicológica con la farmacológica proporcionan buenos resultados (Mystakidou et al., 2005). Los niveles de ansiedad frecuentemente son altos, firmes e inmutables. A medida que pasa el tiempo, la ansiedad psicopatológica se determina a través de la representación de la dificultad para dormir, estar constantemente cansado en el día, problemas de escucha, falta de

concentración, percepción irreal de los acontecimientos que suceden, pérdida de interés cognitivo, intranquilidad, nerviosismo, entre otros síntomas (Maté et al., 2004).

Algunas razones por las cuales se origina ansiedad en pacientes oncológicos son: la ideación con la proximidad a la muerte, la perturbación al progreso de la enfermedad y los falsos conocimientos relacionados a la enfermedad, el adelantado desconsuelo del paciente y de los familiares, el parálisis frente a la solución de problemas, la falta de expresividad de sentimientos, aprensiones, sospechas, preocupaciones, la impresión de falta de control, dificultades económicas, entre otras (Knapp & Delgado, 1990).

En una investigación en la que se estableció un análisis acerca de ansiedad patológica derivada del malestar, y de las variaciones en el metabolismo, a partir del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, se obtuvo que los síntomas depresivos son prevalentes con el cáncer (Mystakidou et al., 2005).

En un estudio realizado en Hong Kong, a mujeres diagnosticadas con cáncer de seno, se determinó que los niveles de ansiedad y depresión son elevados en el conjunto de personas a las que se les dio quimioterapia en comparación a las que se les dio radioterapia. Lo que se concluye a estas observaciones, son los efectos secundarios de la quimioterapia, que conllevan cambios en el aspecto físico e inseguridad acerca de la enfermedad. En otros estudios llevados a cabo con supervivientes del cáncer se ha hallado que los pacientes alcanzan niveles de ansiedad y depresión más altos que la población en general, a pesar de haber finalizado el tratamiento (Rabin, Leventhal & Goodin, 2004). Existe una teoría llamada modelo conceptual de la enfermedad en la que el paciente elabora una representación en base a: origen, desempeño, y resultados. Dicho modelo, abarca todas las reacciones emocionales del paciente ya que a pesar de

finalizar el tratamiento las personas tienden a representar la enfermedad de una manera equivocada (Leventhal et al., 1997).

Depresión

La depresión se manifiesta por medio de varios de síntomas emocionales y afectivos como la tristeza, inactividad, anhedonia, alteración en el sueño, desaliento, irritabilidad, malestar, y pérdida de motivación con respecto a las exigencias de la vida. El grado de depresión puede variar, entre los síntomas que se pueden presentar son de tipo cognitivo y somático, por lo tanto afecta tanto en el aspecto físico como psíquico (Mitchell, 2008). Para que se diagnostique un trastorno depresivo es frecuente que se determine a través de datos que suelen ser de tipo observacional, haciendo referencia a los aspectos físicos como la apariencia, las coordinaciones motoras, el tono de voz bajo, poca o nula capacidad de atención, la verbalización suele ser discontinuada, presentan constante culpa, dolor, angustia, alteraciones de hambre y sueño, ideación suicida, entre otras (Mitchell, Kaar, Coggan & Herdman, 2008).

Para determinar si una persona está con depresión los cambios patológicos se dan por constancia clínica, su riesgo, y el deterioro funcional y social de la persona. Algunas personas que manifiestan depresión tienden a presentar síntomas ansiedad. Los padecimientos de enfermedades físicas pueden agravar la depresión o en su sentido contrario la depresión puede agravar la enfermedad física (Hotopf, Chidgey, & Hall, 2002). La depresión es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como en el caso de las enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH, entre otras (Noguera., Centeno., Carvajal & Tejedor, 2009).

La depresión puede comenzar a cualquier edad, pero suele aparecer con mayor frecuencia los 15 y 45 años, y la población femenina es más vulnerable a padecerla. Dependiendo de la edad la sintomatología del trastorno se presenta de manera diferente: los adolescentes entre 15 y 25, muestran síntomas conductuales y comportamentales, por otro lado, los adultos mayores tienden a mostrar síntomas de tipo somático (Payne, Barry, Creedon & Stone, 2017). La depresión se determina tanto en hombres como en mujeres, aun así la depresión es 50% más alta en las mujeres que en hombres (Kawase, Karawaza & Shimotsy, 2006).

La depresión es más común en mujeres debido a factores biológicos, hormonales y psicosociales. Durante la menopausia, existe mayor riesgo de sufrir depresión. Muchas mujeres afrontan estrés adicional por otro tipo de responsabilidades como cuidado de los hijos, trabajo, maltrato, pobreza, entre otras. Por otro lado los hombres perciben y afrontan la depresión de diferente manera. Los hombres tienden a sentir cansancio, desinterés, culpa, y es más probable que acudan a sustancias psicotrópicas, no tienden a expresar sus emociones, por lo que la tasa de suicidio es más alta en hombres que mujeres (Kawase et al., 2006).

La depresión se manifiesta de la misma manera que cualquier otra emoción. Cuando surge la ansiedad relacionada con la depresión los síntomas de intranquilidad y presión obstaculizan la capacidad de disfrute de las actividades que eran normalmente placenteras para la persona y se incrementan las actividades desagradables o las mismas actividades placenteras se vuelven desagradables. La ansiedad patológica, puede hacer que los sentimientos tristes y desagradables sean de larga duración, frecuencia e intensidad y de esta manera interfieran en el modo de vida de la persona, por esta razón se asume que el estrés y la ansiedad pueden causar depresión (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997).

La depresión, a nivel fisiológico en el sistema nervioso central comprende una descompensación de mono aminas neurotransmisoras como la noradrenalina, serotonina, acetilcolina, endorfinas. La neurotransmisión produce alteraciones en la secreción del cortisol, en la hormona tiroidea y en la hormona del crecimiento (Sandín, 2001). La bioquímica de la depresión se produce tanto endocrina como inmunológicamente. En la conducta, la depresión se determina esencialmente por la disminución de la realización de conductas, por lo que se presenta una fuerte incapacidad por interpretar de manera enérgica los sucesos que le ocurren a la persona (Seligman, 1981).

La depresión en enfermedad es tratable y curable, al igual que otras patologías de tipo emocional como el estrés y la ansiedad. Es más efectivo el tratamiento si se lo realiza con anticipación, es importante el apoyo psicosocial, o por otra parte los medicamentos de ser necesarios también son eficientes, siempre y cuando se lleve una buena y constante evaluación psicológica del paciente. (Irving & Lloyd, 2010).

Depresión y cáncer

La depresión en los pacientes oncológicos, se suele descartar ya que es común creer que por padecer la enfermedad es normal que los pacientes se sientan decaídos y tristes. Se diagnostica alrededor de un 10 a 33% de casos. Analizar la depresión en pacientes oncológicos es un reto, los síntomas de la enfermedad se confunden con los efectos de su tratamiento, entre los efectos pueden ser: trastorno de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito, cansancio, dificultad de procesamiento cognitivo, falta de toma de decisiones, entre otros (Massie & Popkin, 1998).

La respuesta emocional de la depresión se puede presentar en diferentes estadios de la enfermedad, en un principio las personas presentan desconfianza y negación. Seguidamente se presentan síntomas de la depresión como: alteración de hambre y sueño, alteración en las actividades normales. Y por último, se ve altamente afectada la capacidad de adaptación a la enfermedad (Massie, Spiegel, Lederberg & Holland, 1996). Para que una persona tenga una adaptabilidad exitosa en su enfermedad, es importante involucrar en su vida actividades motoras, cognitivas y físicas, para así regular el malestar emocional (Vallejo, Gastó, Cardoner & Catalán, 2002). La depresión si es tratada con anticipación puede disminuir sus efectos en unas semanas después de que se la haya diagnosticado, para ello es importante el apoyo familiar, amigos, médicos. Si la persona no reacciona y no se ven cambios, es necesario que se tomen otras medidas, puede ser medicación o tratamientos psicológicos con más regularidad (Massie & Popkin, 1998). Al evaluar la depresión de manera correcta es muy posible que los índices de mortalidad bajen de tal manera que el sistema inmune se va fortaleciendo (Peveler, Carson & Rodin, 1996).

En varias investigaciones, se estima que los factores de riesgo de depresión en pacientes con cáncer tiene una prevalencia de 4.8% y 13% (Coyne, Thompson, Klinkman & Nease, 2002). En poblaciones con diagnósticos médicos se muestra una prevalencia de 6% y 14%, y un 15% más frecuente en personas hospitalizadas (Fisch, 2004).

La depresión es el trastorno psicológico asociado con más reincidencia al cáncer, Ritterband & Spielberger (2001), certifican que la prevalencia puede alcanzar hasta un 85% en los pacientes con cáncer. La tasa de prevalencia de la depresión en pacientes oncológicos puede ser un 9% a 58%. Los niveles altos de depresión en cáncer pueden darse por presunciones, dudas

y síntomas de la enfermedad. Se asume que gran cantidad de pacientes oncológicos tienen temor a morir de manera dolorosa, perdiendo la compañía de personas que aman, perdiendo el control de su cuerpo, y padeciendo de cambios físicos, y funcionales de su cuerpo. Estas respuestas a pesar de tener secuelas muy graves en la enfermedad son respuestas comunes que se las debe manejar con precaución (Massie & Popkin, 1998).

Pacientes que previamente a la enfermedad han sido diagnosticados con depresión son más vulnerables a padecer depresión una vez han sido diagnosticados con cáncer (Nicholas & Veach, 2000). Se estima que los pacientes oncológicos tienen depresión porque su cuerpo presenta alteraciones a nivel metabólico y endocrino a partir de la enfermedad y debido a que el tratamiento es altamente agotador se debilitan las funciones del sistema inmune (Ballenger et al., 2001).

En un estudio en el que se mostró la prevalencia de la depresión, se encontró que la presencia de metástasis fue un factor para que la persona padezca de depresión. En la fase terminal del cáncer los pacientes muestran varios factores tanto físicos como psicológicos que hacen que los pacientes presenten reacciones de pérdida de control sobre su cuerpo (Maguire & Murray, 1998).

Es muy importante valorar si las respuestas psicológicas del paciente están relacionadas con el efecto secundario de la enfermedad. Algunos de los efectos secundarios del cáncer y síntomas de la depresión son: las náuseas, alopecia, disfunción sexual, problemas cognitivos, cansancio, ansiedad, los cuales pueden ser de corta o larga duración. Estos síntomas pueden afectar la estabilidad del paciente (Kelly, Ghazi & Caldwell, 2002). Existen varios conceptos de afrontamiento, entre ellos encontramos que primero, es necesario que la persona muestre interés

por su estado de salud, segundo sus respuestas cognitivas, conductuales e instrumentales deben modificar la percepción del problema, tercero, se deben regular las respuestas emocionales que provocan la amenaza (Rowland, 1989). Si la capacidad de afrontamiento es la adecuada, el resultado físico de la enfermedad puede mejorar. La confrontación, la readaptación a la enfermedad y el cumplimiento adecuando con la sugerencia médica se relacionan con una mejor estabilidad psicológica. Se ha demostrado que en las fases agudas del diagnóstico y de la enfermedad, la distracción puede disminuir la ansiedad, para prevenir la depresión es necesario un modelo de intervención en el que se combinen aspectos cognitivos y sociales; la calidad de vida de la persona por medio de una tratamiento psicosocial puede cambiar el estilo de vida del paciente oncológico (Newport & Nemeroff, 1998).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología a usarse en el presenta trabajo de investigación, será de tipo correlacional, usando como herramienta un test. La interrogante como guía de esta investigación es: ¿La ansiedad y depresión son factores de mayor prevalencia en mujeres portadoras del virus VPH con lesiones cancerosas y precancerosas de cáncer de cuello uterino en comparación a mujeres que no tienen cáncer?

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El presente trabajo se enfoca en un estudio correlacional con el fin de encontrar factores psicológicos de mayor prevalencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino comparando con una muestra control de mujeres sin cáncer.

Al ser este un trabajo que relaciona problemas de salud e interés público podemos concluir que la línea metodológica implementada nos permite evidenciar y analizar académicamente los resultados de la investigación y contrastarla con otras investigaciones realizadas.

Herramientas de Investigación Utilizada

Se utilizará la escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS), creada por Zigmond y Snaith (1983), fue planteada para la localización de trastornos afectivos en el ambiente del Hospital. Es un instrumento de alta validez y consistencia. Es una escala de autoevaluación, que determina los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y depresión, evadiendo los

síntomas somáticos de la ansiedad y depresión los cuales pueden ser trastornos del hambre, sueño, fatiga, entre otros ya que estos síntomas pueden darse como efectos secundarios del cáncer (Ryde-Brandt, 1990). Es específicamente usada para pacientes que están en ambientes hospitalarios por lo que es una buena herramienta para la población medicamente enferma, excluyendo pacientes psiquiátricos. Ha sido usada alrededor del mundo por varios centros hospitalarios, se la ha traducido a 25 idiomas. Su traducción en español fue elaborada por Tejero, Guimerá, Farré & Peri (1986). Se ha reportado altos niveles de confiabilidad y validez en pacientes con diferentes enfermedades médicas. El HADS, consta de 14 reactivos, de los cuales 7, los reactivos impares muestran los niveles de ansiedad, y los 7 reactivos pares muestran los niveles de depresión.

Los reactivos de la sub escala de ansiedad, son para saber si la persona ha estado preocupada, sintiendo tensión o temor y la sub escala de depresión evalúa síntomas como la falta de interés, pensamientos pesimistas, incapacidad de realizar actividades cotidianas. Se pide también a la persona que determine como se ha sentido durante la última semana contando también el día en que se ejecuta la prueba. La evaluación dura aproximadamente 10 minutos, la puntuación de las respuestas van de 0 a 3, el puntaje total es de 0 a 21 por cada sub escala. En el puntaje final se evalúa si la paciente obtuvo un puntaje entre 0 a 7 lo cual determina que hay ausencia de ansiedad o depresión, de 8 a 10 se requiere consideración y de 11 a 21 se presencia sintomatología relevante por lo que la persona puede estar presentado ansiedad y/o depresión (Lalonde, Gauthier, Ivers & Bergeron, 1998).

HADS ha demostrado una alta fiabilidad ya que se lo ha comparado con otros instrumentos como el GHQ (Wilkinson & Basczacak, 1998). Demostrando especificidad en la

detección de ansiedad y depresión en pacientes físicamente enfermos. Se han realizado numerosos estudios en paciente oncológicos para determinar la relación de la ansiedad y depresión, uno de ellos realizado en Colombia por la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, con el uso de HADS, muestra que los resultados obtenidos fueron que los hombres con depresión presentaban un 54.3% y las mujeres un 28.6% y los resultados con ansiedad se presentaron igual para hombres y mujeres con un total de 14.3% (Moreno, Krikorian, & Palacio, 2015).

Participantes

El cáncer de cuello uterino se desarrolla específicamente en mujeres, es por eso que se decidió tener una muestra de 80 participantes de género femenino, que en el momento de la investigación estén diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y un grupo control de 80 participantes mujeres que no estén diagnosticadas cáncer de cuello uterino.

Dado que el test se aplicará en Quito, Ecuador, se espera que las pacientes sean residentes de la ciudad. La edad de las pacientes puede variar entre 30 a 50 años, ya que se ha determinado que a nivel mundial en dichas edades, las mujeres presentan más casos de cáncer de cuello uterino. El nivel socioeconómico, la raza, lugar de nacimiento, no se tomará en cuenta en la investigación.

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Para la recolección de la muestra, se contactará a pacientes mujeres infectadas de virus HPV con lesiones cancerosas y pre cancerosas de la ciudad de Quito, a través de SOLCA, Hospital Oncológico de Lucha contra el Cáncer.

Tras haber obtenido la muestra específica, se escoge a 80 mujeres, a cada una de las pacientes se le explicará personalmente el estudio y los criterios de inclusión, si no desean participar pueden retirarse del estudio en cualquier momento. Seguidamente a cada paciente se les entrega el consentimiento informado. A cada participante se le asignará un código, todos los datos recolectados del participante, se identificarán con este código, así se garantizará el anonimato. Todos los datos están protegidos por claves de computadoras, a las cuales sólo tendrán acceso personas cercanas al estudio.

Se inicia con la recolección de datos mediante el uso del test de Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS). Una vez completado el test se procede a analizar los datos, por medio de un análisis estadístico de los mismo, al tener los resultados se realizará una regresión logística y se identificará el porcentaje e índices de ansiedad y depresión de ambas muestras.

Consideración Éticas

Las participantes podrían sentir que su intimidad está siendo vulnerada, debido a que las muestras provienen del área genital. Además, indagar los sentimientos y emociones generados en este tipo de enfermedades, podría generar rechazo o malestar emocional. Para minimizar los riesgos se explicará, de manera muy amplia, todas las implicaciones del estudio y las medidas utilizadas para garantizar el anonimato. Es importante mencionar a las participantes la naturaleza

del estudio, con el fin de no generar falsas expectativas. Se deberá expresar que el estudio no busca una cura para el cáncer cervical, sino que busca factores prevalentes en el cáncer de cuello uterino. Los beneficios para los participantes son la evaluación psicológica gratuita, las mismas que pueden decidir no participar en el estudio en cualquier momento. Se garantiza que los datos recolectados sean eliminados en caso de que el participante lo solicite. El consentimiento informado debe estar ampliamente explicado y firmado, antes de que los investigadores empiecen a tomar datos. Los consentimientos son firmados por los participantes, junto con los investigadores y se aclarará cualquier aspecto que el participante solicite.

RESULTADOS ESPERADOS

Tomando en consideración los estudios previamente presentados en la revisión de la literatura, se espera que las pacientes diagnosticadas de cáncer de cuello uterino presenten mayor prevalencia en estados psicológicos como la depresión y ansiedad al ser comparadas con una muestra de mujeres que no sean diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.

En cuanto a la aplicación de la metodología propuesta, se espera que una vez administrado el HADS, los índices de las personas diagnosticadas con cáncer sean considerablemente altos en relación con las personas que no han sido diagnosticadas con cáncer. Esto demostraría una relación y una prevalencia alta de síntomas psicológicos en pacientes con cáncer.

DISCUSIÓN

La presente investigación, tiene la intención de demostrar mayor prevalencia en la depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino comparando con mujeres sin cáncer de cuello uterino. Con el fin de responder a la siguiente pregunta, ¿La ansiedad y depresión son factores de mayor prevalencia en mujeres portadoras del virus VPH con lesiones cancerosas y precancerosas de cáncer de cuello uterino en comparación a mujeres que no tienen cáncer? Esta hipótesis se la desarrollará mediante argumentos válidos y fuentes confiables.

Diferentes estudios con HADS muestran una incidencia significativa de ansiedad y depresión en población oncológica entre un 6% a 70%, pero muchos de los pacientes no son diagnosticados con trastorno de depresión o trastorno de ansiedad debido a que no siempre presentan los criterios para considerar la depresión o ansiedad como trastorno. En cáncer

terminal, un estudio reciente muestra que un 7.6% cumplen con los criterios de trastorno de depresión, de los cuales un 3.2% se diagnosticaban de Trastorno por Estrés Postraumático, un 3% de Trastorno de Pánico y otro 3% de Trastorno de Ansiedad Generalizada. En otro estudio en España utilizando el HADS se encontró que un 36,5% de pacientes ambulatorios alcanzaban puntuaciones de ansiedad que mostraban un posible caso clínico. (Porter, Keefe, Garst, McBride & Baucom, 2008).

Para esclarecer esta duda acerca de los síntomas de la depresión y la ansiedad con los síntomas somáticos de la enfermedad, Zigmond y Snaith (1983), realizaron la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS), el cual es un cuestionario que se usa en el ámbito hospitalario, para evaluar los síntomas cognitivos y conductuales en la población medicamente enferma. La ventaja del HADS en relación con otros test es que evalúa la sintomatología psicológica sin incluir síntomas somáticos. (Orozco, Terán, Casarrubias, García & Madero, 2013). La versión original del HADS ha sido traducida a varios idiomas y utilizada en diversos países y culturas, al ser un instrumento breve y de cómoda aplicación es confiable para el estudio clínico, puede ser usado en pacientes oncológicos, pacientes diagnosticados con SIDA, fibromialgia, entre otros. (Vasquez, Benjet, Juarez, Castillo, Riveros & Ponce, 2015). En un estudio realizado con el uso del cuestionario HADS, en una población de pacientes oncológicos mexicanos en la cual participaron 400 pacientes de los cuales 226 eran mujeres y 174 hombres, se obtuvo como resultado que 48% obtuvieron ansiedad y 56% de la población tuvo depresión, obteniendo resultados significativos para intervenir y proporcionar terapia a los pacientes (Vasquez et al., 2015). En otro experimento realizado para probar las complicaciones psiquiátricas del cáncer con el HADS, se hicieron 50 análisis en el que el resultado fue que el

HADS tiene fortalezas y limitaciones que varían entre el 50% de ansiedad y 80 % de depresión, por lo que se puede ver que los resultados son altos ya que en la población normal se identificó de un 30 a 50% de estados ansiosos y depresivos. (Mitchell, Meader & Symonds, 2010).

Existe evidencia previa que muestra que el sistema inmunitario tiene una relación con las emociones, la cual puede influenciar en el progreso del cáncer, en pacientes con cáncer de mama, a los que se les dio una intervención de psicoterapia, y terapia grupal, se pudo obtener resultados de supervivencia en un periodo de 18 meses, en el cual se normalizo las funciones del sistema inmune, y tuvieron menos recaídas que pacientes que no se les suministro ningún tipo de terapia, demostrando que el apoyo social puede aumentar significativamente la supervivencia de la persona. (Orozco et al., 2013).

Limitaciones del Estudio

Se requiere de mucho estudio para obtener respuestas acerca de la investigación. Es un tema de investigación que tiene muy poca evidencia científica, por lo que han surgido algunas limitaciones en el estudio. Si bien es cierto la muestra de 80 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino se la realiza en SOLCA, pero no muchas mujeres pueden querer ser parte de la investigación por lo que se sugiere buscar en otros centros de salud, en caso de que no se logre contar con la muestra deseada.

Es posible que los resultados obtenidos mediante el test sean carentes de honestidad, ya que las preguntas del test pueden provocar en las pacientes cierta incomodidad al decir la verdad y se muestren sesgos en los resultados acerca de los síntomas psicológicos, de ser este el caso, se podría aplicar otros tests y comparar con los resultados que se obtengan.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Es necesario seguir investigando sobre los factores psicológicos prevalentes de cáncer de cuello uterino, ya que existe muy poca investigación sobre el tema. En el caso del cáncer de cuello uterino se estima que cuando se emplean métodos de análisis de prevención se pueden advertir al menos 40% de casos. (WHO 2013).

Los pacientes con cáncer tienen muy poca orientación psicológica de manera que su adaptación a la enfermedad no es fácil. Las secuelas físicas, sociales y emocionales son muy graves, por lo que es necesario que se investigue más acerca de la promoción de salud oncológica para que puedan haber cambios que influyan en la percepción de la enfermedad y en el concepto de vida y de muerte, que pueden ser manejados de una mejor manera sin alterar la calidad de vida de la persona.

REFERENCIAS

- Anderson, B., & Lutgendorf, S. (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 12, 21-6.
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Kutz, L. A., MacCallum, R., Courtney, M. E., & Glaser, R. (1998). Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *National Cancer Institute*, 90, 30-6.
- Baseman, J., & Koutsky, L. (2005). The epidemiology of human Papillomavirus infections. *J Clin Virol*, 23, 16-24.
- Benia, W., & Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. *Rev Med Uruguay*, 16, 103-13.
- Burnet, F. M. (1973). Implications of cancer immunity. *Google Scholar*, 1, 71.
- Castillego, M., Pequero, P., & Cura González, T. (2005). Prevención y tratamiento del cáncer de cerviz. *Aten Primaria*, 36, 328-33.
- Castresana, A., Garcia, J. I., & Gonzalez, R. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale y Psicopatología Afectiva. *Anales de psiquiatría*, 11, 126-130.
- Denis, F., Hanz, S., & Alain, S. (2008). Clearance, persistence and recurrence of HPV infection. *Gynecol Obstet Fertil*, 36, 430-40.
- Espinosa, V. (2017). Plan Nacional de salud sexual y salud reproductiva. *Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública*, 1, 200-274.

- Farley, M., Goding, J. M., & Minkoff, J. R. (2002). Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *The Journal of Family Practice*, *51*, 827- 840.
- Fernandez, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el síndrome del intestino irritable, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*, *20*, 169-185.
- Figuroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L., & Sorensen, R. (2011). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Rev Med Chile*, *144*, 643-655.
- Gallar, M. (2006). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. *Thomson Paraninfo*.
- Holland, J. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 206-221.
- Hernández, M., & Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica de la salud*, *24*, 68-80.
- Hooper, L., Krupnick, J. L., Stockton, P., & Green, B. (2011). Development, use and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, *16*. 258-283.
- Hotopf, M., Chidgey, J., & Addington Hall, J. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review. *Prevalence and case finding*, *16*, 81-97.
- Howley, P., Ganer, D.& Kieff E. (2005). Etiology of cancer: viruses. *Principles and practice of oncology*, *2*, 20-30.

- Irving, G. & Lloyd Williams, M. (2010). Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 395-399.
- Kawase, E., Karasawa, K., Shimotsu, S., Imasato, S., et al. (2006). Evaluation of a one-question interview for depression in a radiation oncology department in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*, 28, 321-322.
- La Raja, M. C., Virno, F., Mechella, M., D'Andrea, M. D'Alessio, A. Ranieri, E. & Pagni, P. (1997). Depression secondary to tumors in patients who underwent surgery for mammary carcinoma: psycho-pharmaceutical and psychotherapeutic care. *Clinical Cancer Res* 16, 209-16.
- Maté, J., Hollenstein, M., Gil, F., (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1, 211-30.
- Mitchell, A. (2008). Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? *A Bayesian meta-analysis*, 98, 34-43.
- Mitchell, A., Kaar, S., Coggan, C., Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psychooncology*, 17, 226-236.
- Monjan, A. A., & Collector, M. I. (1977). Stress-induced modulation of the immune response. *Science* 196, 8-14.
- Münger K. (2002). The role of human papillomaviruses in human cancers. *Front Biosci*, 2, 641-9.
- Noguera, A., Centeno, C., Carvajal, A., Tejedor, M. et al. (2009). Spanish “fine tuning” of language to describe depression and anxiety. *J Palliat Med*, 12, 707-12.

- Olivares, M, E. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latino Americana* 22, 29-48.
- Patsy, R., Cope, D., Sherner, T., Walker, D. (2014). Update on research-based interventions for anxiety in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 5, 16-9.
- Payne, A., Barry, S., Creedon, B., Stone, C., et al. (2007). Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. *Palliat Med*, 21, 193-198.
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, B. (2013). Psycho-oncology: A psychosocial support and intervention model. *Unidad de Psicooncología*, 2, 677-684.
- Rojas, O., Fuentes, C., & Robert, V. (2017). Psicooncología en el hospital general alcances en depresión y cáncer. *Revista Médica Clínica las Condes*, 28, 450-459.
- Sandín, B. (2001). Estrés, Hormonas y Psicopatología. Madrid: *Klinik*, 14. 65-75.
- Saslow, D., Castle, P., & Cox, J. (2000). American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV). *Vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. CA Cancer J Clin*, 57, 7-28.

ANEXOS

ANEXO A: Formulario de Consentimiento Informado

Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: “Caracterización de factores de riesgo detonantes de cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas con el Virus del Papiloma humano”

Organización del investigador Universidad San Francisco De Quito

Nombre del investigador principal Nicole Palacios Campaña y Boris Andrés Bastidas Basantes.

Datos de localización del investigador principal Estudiante de Psicología, Universidad San Francisco de Quito, nicole.palacios@estud.usfq.edu.ec Número de celular: 0998306263; Estudiante de Ing. en Procesos Biotecnológicos, Universidad San Francisco de Quito, bbastidas@usfq.edu.ec Número de celular: 0995287365

Co-investigadores (nombres completos)

Sonia Elizabeth Zapata Mena, Profesor a tiempo completo, Universidad San Francisco de Quito, szapata@usfq.edu.ec

Ana Francisca Trueba Yépez, Profesor tiempo completo, Universidad San Francisco de Quito, atrueba@usfq.edu.ec

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas necesarias para entender claramente su participación. Para participar, puede tomarse el tiempo necesario para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre los factores detonantes del cáncer de cuello uterino.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Este estudio busca determinar los factores de riesgo que detonan el cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas por el virus del Papilloma humano. Se busca identificar si el genotipo del virus es un factor detonante del cáncer. Además de evaluar si factores psicológicos como depresión, ansiedad e historial de trauma, se incluyen dentro de los factores de riesgo. Los criterios de inclusión para este estudio son: presentar lesiones cancerosas o precancerosas de cuello uterino. Los criterios de exclusión son: no estar infectada por el virus del Papiloma humano.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Para empezar, revisaremos el consentimiento informado, una vez que todo esté claro y tengamos su consentimiento, seguimos con la extracción de muestras y las entrevistas. Le asignaremos un kit, en este kit están las evaluaciones psicológicas y el medio de transporte para muestras biológicas. La muestra biológica es tomada por un médico especialista en ginecología, el cual le hará una biopsia de lesiones cancerosas o precancerosas, parte del tejido extraído será analizado para determinar el genotipo del virus de HPV. Luego, le realizaremos las evaluaciones psicológicas para determinar si padece de depresión, ansiedad o trauma, el grado y el tiempo del padecimiento. Las evaluaciones psicológicas toman entre 30 minutos a 1 hora. Usted puede conocer los resultados del análisis clínico de sus muestras biológicas (genotipo de HPV) y de las evaluaciones psicológicas.

Una vez que se tengan los resultados de los análisis clínicos y las evaluaciones psicológicas, analizaremos los resultados y buscaremos prevalencia de los genotipos de los virus y características psicológicas.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Riesgos

Usted podría sentir que su intimidad está siendo vulnerada, debido a que las muestras provienen del área genital. Además, indagar los sentimientos y emociones generados en este tipo de enfermedades, podría generar rechazo o dolor emocional. Para minimizar los riesgos le explicaremos, de manera muy amplia, todas las implicaciones del estudio y las medidas utilizadas para garantizar el anonimato. Es importante mencionarle la naturaleza de la investigación, con el fin de no generar falsas expectativas. Este estudio no busca una cura para el cáncer de cuello uterino, busca los factores detonantes del cáncer.

Beneficios

- Evaluación psicológica para depresión, ansiedad y trauma gratuita.
- Análisis clínico que determina el genotipo del virus del Papiloma humano gratuitos.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Es muy importante mantener su privacidad, por lo cual tomaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad, ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que se proporcione se identificará con un código, el cual reemplazará su nombre. Todos los datos serán guardados en un lugar seguro, donde sólo los investigadores y los asistentes de investigación capacitados tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Antes o durante la investigación, usted puede decidir no participar. Si este es el caso, debe decírselo a los investigadores. Se garantiza que todos los datos serán eliminados, en caso de que lo solicite.

En esta investigación usted no recibirá ninguna remuneración.

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieron el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | |
|---|-------|
| Firma del participante | Fecha |
| Firma del testigo <i>(si aplica)</i> | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado | |
| Firma del investigador | Fecha |

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995287365 que pertenece a Boris Bastidas, o envíe un correo electrónico a: bbastidas@usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waers, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieron el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

ANEXO B: Cuestionario de Ansiedad y Depresión

1. Me siento tenso o nervioso.
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Sólo un poco
 - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - Definitivamente y es muy fuerte
 - Sí, pero no es muy fuerte
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
 - Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 - Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
 - El Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
 - Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 - Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 - Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
 - Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
 - A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez