



Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano

Ma. del Pilar Meza-Rodríguez,* Javier Mancilla-Ramírez,[†] Francisco Morales-Carmona,[§] Claudia Sánchez-Bravo,* Diana Pimentel-Nieto,* Jorge Carreño-Meléndez*

* Investigadores.

[†] Director General.

[§] Jefe del Departamento de Psicología.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer)

RESUMEN

Introducción: La infección por virus de papiloma humano (VPH) ha adquirido una peculiar relevancia por su alto nivel de incidencia y su relación con el cáncer cervicouterino, lo que ha demandado un estudio integral del fenómeno abarcando no sólo el área física sino también el área psicológica que innegablemente se ve afectada, que facilitará el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por VPH.

Objetivo: Conocer si los estilos de afrontamiento, rasgos de depresión y ansiedad empleados por las mujeres con infección por virus de papiloma humano influyen sobre la adaptación a la enfermedad. **Material y métodos:** El estudio se realizó en 70 mujeres con diagnóstico de infección por VPH. La muestra se dividió en dos grupos, uno de mujeres con malestar psicológico y otro sin malestar psicológico. Se empleó la prueba de correlación de Pearson y tabla de frecuencias. **Resultados:** La muestra total empleó predominantemente el estilo reevaluación positiva (37.1%). De las mujeres con malestar psicológico, 84.6% presentó ansiedad rasgo, 80.8% ansiedad estado y 88.5% depresión. **Conclusiones:** Los estilos de afrontamiento focalizados en solucionar el problema movilizan recursos de personalidad al servicio del sujeto.

Palabras clave: Infección por virus del papiloma humano, estilos de afrontamiento, malestar psicológico, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Introduction: The human papilloma virus (HPV) has acquired a peculiar importance, for its high incidence and relation with cervical cancer, which demands an integral study of the phenomenon, that includes not only the physical area but also the psychological area which is affected as well, allowing the possibility of developing knowledge about the emotional consequences secondary to the human papilloma virus (HPV).

Objective: To know of the coping styles, depression and anxiety features, used by the women with the infection of human papilloma virus (HPV), have an influence over the adaption to the illness. **Methods:** Coping styles, anxiety, depression and psychological discomfort were evaluated in 70 women with diagnosis of the infection of HPV. The sample was divided in two groups, one was conformed by women with psychological discomfort and the other one without it. Pearson correlation test and frequencies tables were used. **Results:** The total sample used mainly the positive reevaluation style (37.1%). In the group of women with discomfort 84.6% showed up anxiety features, 80.8% anxiety state, 88.5% depression. **Conclusions:** The coping styles focused on solving the problem mobilize personality resources at the service of the individual.

Key words: Infection of human papilloma virus, coping styles, psychological discomfort, depression, anxiety.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

La infección por virus de papiloma humano (VPH) es de transmisión sexual (ITS), generada por un virus de ADN pequeño que induce desde la formación de

verrugas cutáneas (papilomas) hasta cáncer genital,¹ la infección se considera necesaria para el desarrollo del cáncer cervicouterino.^{2,3}

La principal vía de transmisión es sexual; se ha referido que la prevalencia aumenta a medida que las mujeres inician su vida sexual a edades más tempranas.

nas⁴ y si tienen antecedente de cualquier otro tipo de enfermedad de transmisión sexual.⁵

Esta patología afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece sino también las esferas psicológica y social, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, encontrando sentimientos de decepción, preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el temor a ser infectadas nuevamente, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta idea una fuente generadora de ansiedad.⁶ Se ha mencionado que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes como enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa.⁷ De manera específica, el estado de ansiedad ha sido referido como una reacción emocional compleja empleada por estas mujeres al interpretar esta situación como amenazante y por la preocupación de su estado de salud.⁸

Los objetivos de la investigación consideran a la infección por VPH como una condición que al presentarse induce la respuesta de la mujer que la padece, misma que usualmente resulta insuficiente, dirigiéndose hacia un estado de alteración emocional.

Ante la crisis por tal evento, la mujer infectada debe realizar una evaluación respecto de su salud y el grado de funcionamiento para realizar sus actividades cotidianas, lo que incluye la percepción general de la salud propia y el bienestar emocional.⁹

Esta valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno puede diferir entre individuos, aun cuando se encuentren en las mismas circunstancias, lo que constituye el afrontamiento. Teóricamente existen varias estrategias de afrontamiento a las que se puede recurrir para responder ante una situación estresante; sin embargo, cada individuo posee una propensión a emplear una determinada serie de estrategias; esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento.¹⁰

A partir del estudio de diversos pensamientos y conductas que se llevan a cabo en el manejo de una situación estresante se han establecido ocho estilos de afrontamiento: confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social; de éstos, los dos primeros son estilos focalizados en la solución del problema

(confrontación y resolución de problemas), los cinco siguientes están focalizados en la emoción (distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva) y, el último (soporte social), está focalizado en ambas áreas.¹¹

La identificación de la respuesta emocional en este tipo de pacientes se logra a partir del reconocimiento del estilo de afrontamiento al que recurre cada mujer, la presencia o ausencia de depresión, ansiedad o ambas. Además, es necesario señalar que se considera que la adaptación a la enfermedad va ligada a una situación reactiva conocida como malestar psicológico, esto es, el conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no pueden ser agrupados en una situación sintomática por no reunir los criterios propuestos.¹²

La depresión se ha definido como un trastorno emocional con una distorsión cognitiva que se manifiesta con pesimismo, tristeza profunda, insatisfacción, falta de concentración, alteración del peso y del sueño, ideas de muerte recurrentes e ideas o intento de suicidio. La ansiedad es un trastorno emocional que se manifiesta por falta de aliento, mareo, sensación de inestabilidad, pérdida de conciencia, palpitaciones, temblor, sudoración, parestesias, escalofríos y miedo a morir o perder el control.¹³

El estilo de afrontamiento a que recurre cada mujer en particular, la presencia o ausencia de manifestaciones de depresión, ansiedad o ambas son los factores que permitirán la identificación de la respuesta emocional en estas mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de campo, transversal correlacional, multivariado, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 70 pacientes del INPer diagnosticadas por médicos de la Coordinación de Oncología con infección por VPH.

La variable de desenlace estudiada fue la presencia o ausencia de malestar psicológico, contemplando como variables independientes estilo de afrontamiento, depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado. Las variables sociodemográficas que se tomaron en cuenta fueron: edad, estado civil, número de parejas sexuales, edad de inicio de la vida sexual, escolaridad, ocupación actual, condición socioeconómica, religión, toxicomanías y alcoholismo.

El malestar psicológico fue medido a través del Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS), conformado por treinta reactivos y estableciendo como punto de corte 7/8, lo que clasifica a un puntaje por debajo de 7 como ausencia de malestar psicológico y por arriba presencia de malestar psicológico.¹⁴

Ansiedad rasgo y ansiedad estado fueron evaluadas mediante el inventario ansiedad rasgo-estado (IDARE), con un punto de corte de 47 para ansiedad rasgo y 43 para ansiedad estado.¹⁵

Se empleó la escala para la automedición de depresión de Zung (EAMD), destinada a medir cuantitativamente la depresión; un puntaje total de 40 o más es indicador de depresión.¹⁶

Los estilos de afrontamiento se determinaron a partir del instrumento de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman. Esta prueba proporciona ocho estilos de afrontamiento: confrontativo, distanciamiento, autocontrol, soporte social, responsabilidad, escape-avoidancia, resolución de problemas y reevaluación positiva.¹¹

Para la descripción de la muestra se emplearon medidas de tendencia central; se determinaron a partir de una tabla de frecuencias los estilos de afrontamiento empleados por la muestra y se correlacionaron con las variables ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión mediante la prueba de correlación de Pearson y para la comparación de ambos grupos se utilizó prueba χ^2 .

Los procedimientos se realizaron utilizando el Programa Estadístico SPSS para Windows versión 14.

RESULTADOS

La muestra total quedó conformada por 70 mujeres con infección por VPH cuyo promedio de edad fue 28.79 (\pm 7.58) años. El 52.9% de la muestra fueron mujeres casadas; en referencia al número de parejas sexuales, 34.3% señaló haber tenido dos parejas sexuales; el inicio de la vida sexual fue la edad media de 18.70 (\pm 3.88) años con un intervalo de 14 a 30 años; en cuanto a la escolaridad, la media de años escolares cursados fue de 11.19 (\pm 2.89), lo que equivale a segundo año de bachillerato; respecto a la ocupación actual, 55.7% comentó dedicarse al hogar, 14.3% ser estudiantes, 7.1% empleadas de iniciativa privada, 5.7% desempleadas, 4.3% profesionistas, 4.3% burócratas, 2.9% actividad empresarial, 2.9% comerciantes y 2.9% empleadas domésticas. Para la clasificación socioeconómica se tomaron los parámetros establecidos por el Departamento de Trabajo Social, mismos que poseen un rango de uno a seis; acorde a ello, al 55.7% se le adjudicó un nivel tres o superior, 84.3% señaló pertenecer a la religión católica; en cuanto a toxicomanías y alcoholismo, 7.1% comentó haber abusado del alcohol en algún momento de su vida y sólo una paciente señaló consumirlo actualmente. Ninguna paciente reconoció haber hecho uso de algún tóxico en su vida.

La muestra se dividió en dos grupos por la presencia de malestar psicológico (grupo 1) o ausencia de malestar psicológico (grupo 2) de acuerdo al punto

Cuadro I. Distribución de los estilos de afrontamiento en la muestra total, en el grupo con malestar psicológico y en el grupo sin malestar psicológico.

Estilo de afrontamiento	Muestra total n (%)	Grupo 1 con malestar psicológico n (%)	Grupo 2 sin malestar psicológico n (%)
Soporte social	15 (21.4)	4 (15.4)	11 (25)
Reevaluación positiva	26 (37.1)	12 (46.2)	14 (31.8)
Confrontativo	8 (11.4)	1 (3.8)	7 (15.9)
Responsabilidad	13 (18.6)	8 (30.8)	5 (11.4)
Resolución problemas	4 (5.7)	1 (3.8)	3 (6.8)
Escape-avoidancia	2 (2.9)	----	2 (4.5)
Autocontrol	2 (2.9)	----	2 (4.5)
Distanciamiento	----	----	----

de corte establecido para el cuestionario general de salud (CGS), encontrando que del total de la muestra 26 mujeres presentaron malestar psicológico (37.1%) y 44 mujeres no lo presentaron (62.9%).

La distribución de los estilos de afrontamiento que con mayor frecuencia se emplearon en la muestra total en los grupos con y sin malestar psicológico se presenta en el *cuadro I*.

Las variables ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en los grupos 1 y 2 se muestran en el *cuadro II*.

La correlación de las variables depresión, ansiedad rasgo, ansiedad estado y malestar psicológico con estilos de afrontamiento arrojó una correlación negativa con el estilo de afrontamiento soporte social, lo que permite inferir que la utilización de este estilo disminuye la posibilidad de presentar depresión, ansiedad rasgo, ansiedad estado y malestar psicológico. El estilo resolución de problemas presenta una correlación negativa con las variables depresión, ansiedad rasgo y

ansiedad estado, por lo que el uso del estilo resolución de problemas disminuye la probabilidad de presentar depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado.

El estilo escape-evitación tuvo una correlación positiva con las variables asociadas, por lo que su empleo aumentó la posibilidad de tener malestar psicológico, depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado (*Cuadro III*).

Respecto de la focalización de los estilos de afrontamiento entre mujeres con malestar psicológico y mujeres sin malestar se observaron diferencias significativas en cuanto a la utilización de estilos de afrontamiento focalizados a la emoción (excepto distanciamiento que no fue empleado por la muestra), lo que sugiere que el empleo de estos estilos incide en la presencia de malestar psicológico, existiendo una asociación inversa entre las mujeres que no utilizaron estos estilos de afrontamiento y la presencia de malestar psicológico (*Cuadro IV*).

No se encontraron diferencias significativas entre la presencia o ausencia de malestar psicológico y la utilización de estilos de afrontamiento focalizados en el problema (confrontación y resolución de problemas); lo mismo ocurrió en la utilización del estilo de afrontamiento focalizado en problema y emoción (búsqueda de apoyo) (*Cuadro V*).

DISCUSIÓN

En el grupo de mujeres sin malestar psicológico se observó el empleo de un número mayor de estilos de afrontamiento, en comparación con el grupo de mujeres con malestar psicológico; el tener una gama amplia de respuestas de afrontamiento representa

Cuadro II. Distribución de las variables ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en los grupos con y sin malestar psicológico.

Variable	Grupo 1 (con malestar psicológico) n (%)	Grupo 2 (sin malestar psicológico) n (%)
Ansiedad rasgo	22 (84.6)	12 (27.3)
Ansiedad estado	21 (80.8)	14 (31.8)
Depresión	23 (88.5)	16 (36.4)

Cuadro III. Correlación entre variables estilo de afrontamiento con malestar psicológico, depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Estilo de Afrontamiento	Malestar psicológico	Depresión	Ansiedad rasgo	Ansiedad estado
Soporte social	-0.243*	-0.400**	-0.268*	-0.358**
Escape evitación	0.259*	0.386**	0.350**	0.283*
Resolución del problema	-0.108 ^{ns}	-0.243*	-0.291*	-0.327**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$ ns = no significativo.

un número mayor de recursos empleados ante una situación crítica, reduciendo la posibilidad de presentar alteraciones emocionales asociadas.

El estilo reevaluación positiva enfoca sus esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal; fue éste el más empleado, tanto en mujeres con malestar psicológico (46.2%) como en aquellas que no lo mostraron (31.8%), por lo que el total de las mujeres estudiadas procura de alguna manera el desarrollo personal, lo que se vincula con la media obtenida en escolaridad (segundo año de bachillerato).

De las pacientes con malestar psicológico, 30.8% emplearon el estilo aceptación de responsabilidad, mismo que está ligado a la propia responsabilidad ante el problema, lo que se asocia con la representación social que viven las mujeres, percibiéndose culpables de lo que les ocurre, siendo la culpa lo que pone en marcha acciones contraproducentes con el cuidado a la salud.

La confrontación es un estilo que activa planes de acción enfocados a disminuir la intensidad de la fuente generadora de estrés, siendo empleado en ma-

yor proporción por mujeres sin malestar psicológico (15.9%). El estilo autocontrol dirige sus esfuerzos hacia la regulación de los propios sentimientos y acciones; este estilo sólo se empleó en el grupo de pacientes sin malestar psicológico.

Conforme a los estilos de afrontamiento, se observó que los estilos focalizados en la solución del problema, específicamente soporte social, disminuyen la probabilidad de asociarse a malestar psicológico, depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado, centrándose en la búsqueda de información, análisis de la situación, evaluación de las vías de solución, establecimiento de un plan de acción, etc. Esto se observó en una muestra de 41 pacientes con insuficiencia renal crónica donde concluyen que el afrontamiento focalizado en la solución del problema correlaciona de manera positiva con la salud mental,⁹ coincidiendo con la propuesta teórica de afrontamiento y con los estudios sobre niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer ginecológico,¹⁷ donde se concluye que el recurrir a esfuerzos cognoscitivos y conductuales contribuye significativamente a reducir el problema y sus consecuencias emocionales.

De los estilos de afrontamiento focalizados en la emoción, el escape-evitación aumenta la probabilidad de presentar malestar psicológico, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión, ya que enfoca sus esfuerzos a escapar del evento generador de estrés evadiendo la modificación de las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, concordando con la propuesta teórica de afrontamiento.¹⁸ Este hallazgo fue evidenciado en un estudio de alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer ginecológico, donde las mujeres que emplean afrontamientos evitativos tienden a presentar desadaptación ante los eventos críticos;¹⁹ esto mismo se

Cuadro IV. Afrontamiento focalizado a la emoción en mujeres con malestar psicológico y mujeres sin malestar psicológico (Grupos 1 y 2).

Afrontamiento focalizado a la emoción	Grupo 1 Con malestar psicológico	Grupo 2 Sin malestar psicológico	χ^2	p
Empleado	20	23	3.215	0.035
No empleado	6	21		

Cuadro V. Afrontamiento focalizado en el problema y focalizado en problema y emoción.

Afrontamiento	Grupo 1 Con malestar psicológico		Grupo 2 Sin malestar psicológico		χ^2	p
Focalizado en el problema	Utilizado	2	Utilizado	10	1.650	0.097
	No utilizado	24	No utilizado	34		
Focalizado en problema y emoción	Utilizado	4	Utilizado	11	0.417	0.263
	No utilizado	22	No utilizado	33		

observó en estudios de pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana donde la estrategia de evitación se asocia con estados afectivos negativos y un menor apoyo social percibido.²⁰

En cuanto al estilo soporte social se detecta que su empleo contribuye a manejar la condición emocional secundaria, ya que los esfuerzos se orientan a controlar las respuestas emocionales, generando la búsqueda y utilización de redes de apoyo familiares, sociales, profesionales, etc., por lo que se empleó con mayor frecuencia en mujeres sin malestar psicológico (25%). En pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, también se observó que el empleo del estilo soporte social favorece la adhesión y adaptación al tratamiento.⁹

Se ha hecho mención sobre el impacto emocional generado por el diagnóstico de la infección, refiriendo manifestaciones emocionales comunes: enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa⁷ y ansiedad,^{6,8} coincidiendo con lo observado en este estudio donde se hace evidente la presencia de ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión.

Dentro de los factores de riesgo para contraer la infección por VPH, se ha identificado el haber tenido múltiples parejas sexuales;^{1,2,4,5} sin embargo, en las mujeres estudiadas se obtuvo una media de 2.57 en relación al número de parejas sexuales. También se considera como factor de riesgo el inicio temprano de la vida sexual; en relación a esta variable se detectó una media de 18.19 años, por lo que estos criterios han de ser evaluados con mayor cautela. Factores como alcoholismo y toxicomanía han sido considerados como factor de riesgo como factor de riesgo, conductas que no se evidenciaron significativamente en la muestra estudiada.

REFERENCIAS

- Conzuelo A. Nuevas alternativas en el tratamiento de papilomavirus. México: Prado; 2002.
- Aranda C, Márquez G, Arteaga A. Virus de papiloma humano. En: Casanova G, Ortiz F, Reyna J. Infecciones de transmisión sexual. México: Ed. Alfil; 2004.
- Dexeus S, Sas A, Surís JC. VPH: Una nueva epidemia que afecta a la mujer. En Asociación Española de patología cervical y colposcopia. 12 Reunión Asociación Española de patología cervical y colposcopia y HPV Clinical Workshop. 2000: 42-3.
- Apgar B, Brotzman G, Spitzer M. Colposcopia, principios y práctica. México: McGraw Hill Interamericana; 2003.
- Dell D, Chen H, Ahmad F, Stewart D. E. Knowledge about human papilloma virus among adolescents. Obstet Gynecol 2000; 96: 653-6.
- Da Silva Marques M, Giménez GMT. Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. Ginecol Obstet Méx 2005; 73: 531-6.
- Steben MD. Counselling persons with HPV infections. 12 Reunión Asociación Española de patología cervical y colposcopia y HPV Clinical Workshop 2000: 46-7.
- Meza P, Carreño J, Morales F, Aranda C, Sánchez C, Espíndola G. Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 168-3.
- Contreras F, Esquerre J, Espinosa J, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Act Colomb Psicol 2007; 10: 169-79.
- Vázquez VC, Crespo LM, Ring JM. 2000; Recuperado el 23 de marzo de 2010, de http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf
- Folkman S, Lazarus R. Manual del cuestionario de modos de afrontamiento. Palo Alto California: Ed. Mind Garden; 1988.
- Morales-Carmona F, Díaz E, Espíndola G, Henales C, Meza P, Mota C y cols. Concepto de salud Psicológica. En: Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. México: Ed. Manual Moderno, 2005; 1: 49-62.
- American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Ed. Barcelona, España: Masson; 1994.
- García-Viniegras C, González B. La categoría de bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16: 586-92.
- Morales F, González C. Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. Rev Mex Psicol 1990; 7: 75-80.
- Zung W, Dhuram C. Self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1991; 13: 508.
- Carbellido S. Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y niveles de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM México 1992.
- Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. México: Ed. Roca; 1984.
- Pimentel D. Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Perinatología. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México, 1998.
- Carrobes J, Remor E, Rodríguez-Alzamora. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Psicothema 2003; 15: 420-6.

Correspondencia:

Dr. Jorge Carreño Meléndez
Instituto Nacional de Perinatología Isidro
Espinosa de los Reyes (INPer)
Montes Urales Núm. 800,
Col. Lomas de Virreyes,
11000 México, D.F.
Tel. 5520 9900, Ext. 147
Correo electrónico: jcame2003@yahoo.com