

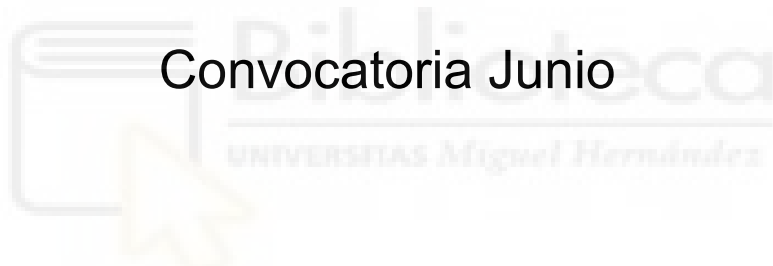


Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2023/2024

Convocatoria Junio



Modalidad: Investigación empírica

Título: Evaluación de Estrés y Estigma Social en Mujeres con Prueba Positiva del Virus del Papiloma Humano (VPH). Un estudio transversal.

Autor: Gloria López Leiva

Tutora: Mercedes Guilabert Mora

Elche, a 31 de mayo de 2024

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Método.....	8
Participantes.....	8
Variables e Instrumentos.....	9
Procedimiento.....	10
Análisis de datos.....	10
Resultados.....	11
Discusión y conclusiones.....	16
Referencias bibliográficas.....	20
Anexos.....	24
Figura 1. Línea temporal del paso por los servicios de salud hasta la unidad de colposcopia.....	6
Tabla 1. Análisis descriptivo de variables independientes.....	9
Figura 2. Gráfica de puntuaciones en la Escala de Estrés Percibido (PSS).....	12
Tabla 2. Frecuencias de las preguntas relativas al estigma.....	13
Tabla 3. Prueba t-Student, estrés en función de las variables independientes.....	14
Tabla 4. Prueba t-Student, estigma en función de las variables independientes.....	15
Anexo I. Dictamen Favorable Definitivo otorgado por el CEim.....	24
Anexo II. Cuestionario entregado a las pacientes, hoja de recogida de datos.....	25
Anexo III. Hoja de información al paciente.....	27
Anexo IV. Consentimiento informado.....	30

Resumen

Antecedentes: El cribado del cáncer de cuello uterino se basa en la detección de lesiones causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Cuando el cribado es positivo, se remiten a una unidad de colposcopia para el diagnóstico y tratamiento de lesiones mayores. El objetivo de este estudio es identificar si estas mujeres presentan estrés y estigmatización hacia el VPH. **Método:** Muestra de 52 mujeres, media de edad 41,8 años. Se utilizó la *PSS-14* para el estrés y una escala generada *ad hoc* para el estigma. Se llevaron a cabo análisis estadísticos en el programa Jamovi 2.3.28. **Resultados:** La media de estrés fue 26,1, situada en el rango moderado. Las preguntas con más respuestas indicadoras de estigma fueron las relativas culpa y vergüenza, y las que menos, las relativas a comunicar los resultados de la prueba a la pareja y recibir comentarios despectivos. Se observaron diferencias significativas de estrés en función del conocimiento sobre VPH ($t=2,63$, $p<0,05$), y en estigma en función de las variables primera visita ($t=-2,06$, $p<0,05$) y pareja estable en el último año ($t=2,51$, $p<0,05$). **Conclusiones:** La mayoría de mujeres presentó niveles moderados de estrés, y era menor cuanto más conocimiento tenían sobre el virus. La mayoría presentaban estigma en al menos una de las preguntas de la escala, tener pareja y el paso del tiempo favorecían la disminución de estigma significativamente. Estos hallazgos sugieren la necesidad de incorporar actividades psicoeducativas en las consultas ginecológicas dando un soporte adicional a las mujeres en el proceso, una vez tienen un diagnóstico de VPH+.

Palabras clave: VPH, estigma, estrés, ITS, Programa de Cribado

Introducción

Virología y epidemiología del VPH

Los Virus del Papiloma Humano (VPH) son un grupo de virus con más de 200 genotipos diferentes, con diferentes formas de manifestación clínica y grados de riesgo, que se transmiten por vía sexual (Sendagorta-Cudós, Burgos y Rodríguez-Iglesias, 2019). Esta infección es considerada la más frecuente dentro de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pues se estima que más del 80% de la población sexualmente activa contraerá VPH en algún momento de la vida (De Sanjosé, 2016). Este virus no genera manifestaciones sintomáticas en la mayoría de los casos, pues el sistema inmunitario suele controlar la infección y la elimina sin que cause ninguna lesión aparente, si bien se puede contagiar a otras personas si presentar síntomas (De Sanjosé, 2016).

Sin embargo, en ocasiones el VPH puede presentar manifestaciones, y es entonces cuando se considera una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). En este sentido, el cáncer de cuello uterino (CCU), también llamado de cérvix o cervicouterino, es la que causa mayor preocupación entre las mujeres (Bennett, Waller, Bailey y Marlow, 2023). Esta enfermedad se produce cuando el VPH permanece en el útero durante un tiempo, empeorando y reproduciéndose (Sendagorta-Cudós et al., 2019). De acuerdo con Pérez (2020), el CCU es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres a nivel mundial, y en lo que respecta a España, se diagnostican aproximadamente 2500 casos de CCU al año y, en 2020, se supo que fueron 673 las mujeres fallecidas por este diagnóstico. Aunque estas cifras pueden considerarse reducidas, varios países, incluido España, cuentan con un Programa de Cribado Cervical, cuyo objetivo es detectar la posible presencia de VPH y los cambios precancerosos en las células en una etapa temprana, antes de que se vuelvan cancerosos, para así evitar su desarrollo en el futuro (De Sanjosé, 2016).

Programa de cribado cervical (España)

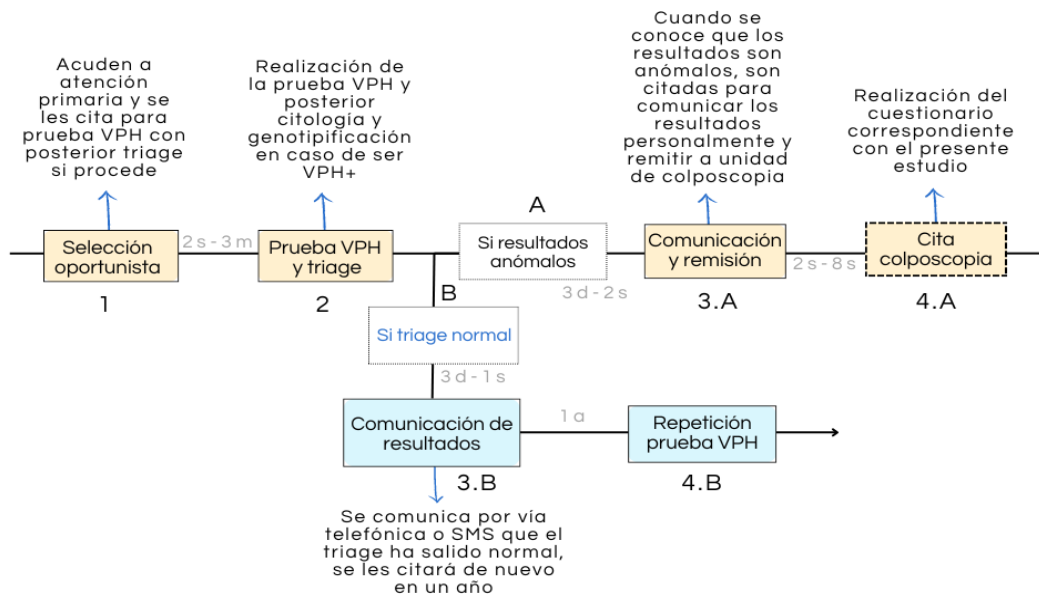
De acuerdo con la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) (2022), el objetivo principal de las pruebas de cribado para el cáncer de cuello uterino se basa en la prevención de la aparición de lesiones mayores que puedan desarrollar cáncer en el futuro. Respecto a la población diana, los programas de cribado españoles son de carácter oportunista, y la mayoría de ellos se inician a partir de los 25 años y finalizan entre los 65 y los 70 años (Díaz y De Sanjosé, 2016).

De acuerdo con la guía anteriormente mencionada, las pruebas de cribado pueden ser una citología cervical o una prueba de VPH. Actualmente, se utiliza mayormente la prueba de VPH en un primer momento para el cribado, y la citología posteriormente para

el *triage*. Para las menores de 30-35 años, sin embargo, se emplea directamente la citología, dada la alta incidencia de falsos positivos que proporciona la prueba VPH a esas edades (AEPCC, 2022). Cuando se realiza la prueba VPH y el resultado es positivo, se llevan a cabo una citología y una genotipificación del virus, consideradas en este punto pruebas de *triage* (Torné et al., 2014). En caso de encontrarse anomalías en la citología o de dar positivo para los genotipos 16 o 18 (de riesgo), se lleva a cabo la llamada colposcopia, un procedimiento que identifica la localización de lesiones, su extensión y características, para posteriormente llevar a cabo una biopsia y confirmar o descartar las lesiones (Torné et al., 2014). Las pruebas de cribado y *triage* se llevan a cabo en atención primaria, y la colposcopia en atención secundaria (AEPCC, 2022).

Cabe destacar que la persistencia del virus, aunque los resultados no resulten preocupantes o no se encuentren anomalías significativas, también es considerada como factor de riesgo (AEPCC, 2022). De este modo, de acuerdo con la guía AEPCC, deberá procederse a la colposcopia en los siguientes casos: presencia de VPH genotipos 16 o 18, presencia de VPH y alteración de alto grado en la citología, persistencia de VPH positivo más de un año y persistencia de VPH con alteración de bajo grado en citología más de un año. Cuando se detecta la presencia de alguna de estas cuatro alteraciones, se cita por SMS o vía telefónica para la comunicación de resultados y remisión a la unidad de colposcopia, a las mujeres que no presentan complicaciones se les comunica por vía telefónica o SMS el resultado (Díaz y De Sanjosé, 2016). La Figura 1 muestra una línea temporal del paso por los servicios de salud de las pacientes hasta llegar a la unidad de colposcopia, incluyendo plazos de tiempo aproximados.

Cabe destacar que las mujeres que dan positivo en la prueba VPH pero no presentan anomalías en el *triage*, serán citadas en el período de un año para realizar de nuevo la prueba VPH, del mismo modo que las mujeres que presenten colposcopia con resultados normales (AEPCC, 2022).



Nota. d= días; s= semanas; m= meses; a= años.

Figura 1

Línea temporal del paso por los servicios de salud hasta la unidad de colposcopia

Impacto emocional del diagnóstico

Más allá de los síntomas fisiológicos, varios estudios recientes demostraron que, a nivel psicológico, obtener un primer diagnóstico de VPH causó desajustes emocionales, como respuestas de estrés y ansiedad (Alay et al., 2019; Chadwick, Bennett, McCaffery, Brotherton y Dodd, 2022; O'Connor et al., 2014). De acuerdo con estas investigaciones, las mujeres con resultado positivo experimentaron más ansiedad de forma significativa que aquellas con resultados negativos. Además, investigaciones recientes (Alay et al., 2019; Aker, Ağar, Tinelli, Hatirnaz y Ortaç, 2023), señalaron que los genotipos 16 y 18, así como resultados anormales en la citología, generaron en las mujeres mayores niveles de ansiedad. Diversas investigaciones señalaron que estas reacciones se deben principalmente a la preocupación por el CCU y al hecho de haberse contagiado por vía sexual, pues les preocupaba la posible repercusión que pudiera tener en el entorno social (McCaffery, Waller, Nazroo y Wardle, 2006; Bennett et al., 2023).

En este sentido, McCaffery et. al. (2006) destacaron que tratarse de una ITS favorece la aparición de vergüenza y culpa, pues, en su investigación, fueron emociones muy observables entre las mujeres que sabían que el VPH se transmite por vía sexual, y no entre aquellas que desconocían este dato. Asimismo, observaron como muchas mujeres dudaban en si compartir los resultados de la prueba con su pareja y su familia (McCaffery et al., 2006). Relativo a esto, Castro y Arellano (2014) señalaron que tratarse

de una ITS interfirió en la búsqueda de apoyo por temor a la condena social, a pesar de que la mayoría de mujeres no había vivido ningún tipo de discriminación abiertamente, pues el estigma se observó de manera autocrítica hacia ellas mismas.

En lo que respecta a la influencia de factores en la reacción emocional ante ser VPH+, Kwan et al. (2011) indicaron en sus resultados que, las mujeres que se habían sentido estresadas en un primer momento tras saber que eran VPH+ y la realización de la colposcopia, presentaron una disminución de estrés a los seis meses, aunque siguieran siendo VPH+. Sin embargo, Alay et. al. (2019) señalaron que, a los dos meses de obtener VPH+ 16/18, la ansiedad fue significativamente mayor. En lo que respecta al estigma, Castro y Arellano (2014) observaron como conocer los resultados de la prueba generó situaciones de rechazo y vergüenza en las mujeres en un primer momento, si bien Kwan et al. (2011) observaron que, con el tiempo, la carga psicosocial de las mujeres disminuyó.

Pese a la influencia de la cultura y las normas sociales en la percepción de diferentes aspectos de la sociedad, la estigmatización hacia las enfermedades de transmisión sexual y el temor a las mismas es un problema generalizado a nivel internacional (Acosta y García, 2023). En el contexto español, la literatura científica relativa al impacto emocional por VPH+ y el estigma asociado es escasa. Relativo al estrés, se encontró una investigación llevada a cabo en Donostia (Aguinaga et al., 2023) centrada en VPH, donde observaron como la mejora de la información sobre el VPH aportada a las pacientes tras comunicar los resultados causó una disminución en los niveles de ansiedad. Del mismo modo, Freijomil (2020) observó como muchas mujeres solicitaban disponer de más información en atención primaria, pues solo les proporcionaron más información en la atención especializada, y porque preguntaban dudas.

Relativo al estigma, no se han encontrado investigaciones centradas en analizar la estigmatización hacia el VPH, si bien existen estudios centrados en el estigma social hacia las ETS, en especial hacia el VIH/SIDA (Trujillo y Rodríguez, 2019; Capella, Navarro y Fajardo, 2018), así como políticas y programas preventivos (Koerting, Nuño, Peralta, Gómez y Del Amo, 2024).

Por tanto, y de acuerdo con la literatura científica, el objetivo principal de la presente investigación fue evaluar el nivel de estrés y estigma de las mujeres que acudieron a la Unidad de Colposcopia del Hospital General de Alicante para llevar a cabo una colposcopia por presentar resultados anómalos o de riesgo en las pruebas de cribado así como identificar las diferencias en estas variables en función de otros factores. De

este modo, cabría esperar que las mujeres participantes en este estudio presentasen estrés y estigma, y que se encontrasen diferencias significativas según diversos factores o variables independientes para los cuales existe respaldo en la literatura científica. También se analizarán otros factores para comprobar si existe relación con las puntuaciones en las variables de interés.

Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal en el Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, en la Unidad de Colposcopia. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEim) del Departamento de Salud del Hospital anteriormente mencionado, lo cual permitió el procedimiento de la investigación (Anexo 1).

Participantes

La población de interés para el presente estudio fueron mujeres adultas de entre 25 y 69 años remitidas a la Unidad de Colposcopia del Hospital General de Alicante por prueba de cribado positivo para cáncer de cérvix. Se estableció el rango de edad atendiendo a la población objeto del Programa de Cribado en la actualidad. El cribado es de carácter oportunista. Según datos históricos y registros internos, se estimó que mensualmente acudían entre 40 y 60 mujeres por prueba positiva de VPH en un mes, ya sea por primera visita o revisión. Por ello, se estimó un tamaño muestral de 40 mujeres. Se establecieron como criterios de exclusión encontrarse en tratamiento oncológico en el momento de la realización del estudio.

Se obtuvo una muestra de 57 mujeres, pero se procedió a la eliminación de las respuestas de 5 de estas mujeres por diversos motivos; una de ellas por ser menor de 25 años, y cuatro de ellas por no haber contestado a todas las preguntas del cuestionario, quedando finalmente una muestra de 52 mujeres. La edad osciló entre los 26 y los 65 años, siendo la media de edad de 41,8 años (DT=8,66) y la mediana 41. Todas ellas habían dado positivo en VPH. En la Tabla 1 se muestran los resultados de los ítems relativos a variables sociodemográficas, clínicas y de conocimiento sobre VPH obtenido en la población de estudio.

Tabla 1*Análisis descriptivo de variables independientes*

Variables	Respuestas	%(n)
Hijos	No	28,8% (15)
	Sí	71,2% (37)
Primera visita	No	48,1% (25)
	Sí	51,9% (27)
Hábito tabáquico	No	71,2% (37)
	Sí	28,8% (15)
Pareja estable último año	No	40,4% (21)
	Sí	59,6% (31)
Nivel de estudios	Secundaria	15,4% (8)
	Bachillerato	13,5% (7)
	Formación Profesional	34,6% (18)
	Grado/licenciatura	38,5% (20)
ETS previa	No	67,3% (35)
	Si	32,7% (17)
Conocimiento sobre VPH	Nada	15,4% (8)
	Poco	40,4% (21)
	Mucho	44,2% (23)

Variables e Instrumentosa. Variables independientes

En primer lugar, se recogió información sobre variables sociodemográficas (edad, hijos si/no, nivel de estudios, pareja estable en el último año), clínicas (hábito tabáquico y n.º de cigarrillos en su caso, si ha padecido alguna ETS previamente, si es la primera vez que acude a esa consulta) y una pregunta relativa al conocimiento sobre VPH, con escala de respuesta ordinal (nada, poco, mucho). El cuestionario utilizado se encuentra en el Anexo 2.

b. Variables dependientes

Para evaluar la variable psicológica *estrés* se utilizó la *Perceived Stress Scale (PSS)* (Cohen, Lamarck y Mermelstein, 1983), en concreto la Versión Española 2.0 adaptada (Remor, 2006). La traducción adecuada es *Escala de Estrés Percibido*, y mide “El grado en que las personas valoran las situaciones de sus vidas como estresantes” (Cohen et al., 1983). Es unidimensional y está compuesta por 14 ítems con escala de respuesta tipo Likert, siendo 0-Nunca y 4-Muy a menudo. En cuanto a la interpretación de resultados, a mayor puntuación, mayor nivel de estrés, siendo necesaria la inversión de

7 de los ítems previamente a la interpretación y 56 el número máximo de puntos a obtener. La escala cuenta con una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,84$) y una correlación test-retest de Pearson de 0,73 en un período de 2 semanas. El cuestionario utilizado se encuentra en el Anexo II.

Para evaluar el nivel de estigma hacia el VPH se elaboraron siete preguntas *ad hoc* basadas en la literatura científica, particularmente en la *HIV Stigma Scale* (Berger, Estwing y Lashley, 2001). De estos siete ítems, cinco de ellos se crearon con opciones de respuesta dicotómica “sí” y “no” (1, 3-6), uno de ellos con respuesta dicotómica y una opción de respuesta alternativa (2), y una de respuesta ordinal (6.1.), siendo las opciones Nada, Poco y Mucho. El cuestionario utilizado se encuentra en el Anexo 2.

Procedimiento

Tras el diseño de la investigación, se procedió a la elaboración y posterior envío de la solicitud de registro de la investigación al Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEim) del Departamento de Salud del Hospital General Universitario Dr. Balmis, de Alicante. El 26 de abril de 2024 se obtuvo el Favorable Definitivo (Anexo 1) por parte de este Comité, autorizando la realización del proyecto. Seguidamente, se contactó con la Oficina de Investigación Responsable de la UMH para solicitar el Código de Investigación Responsable y, en el momento en que se recibió la aprobación con el código: TFG.GPS.MGM.GLL.240427, se procedió a realizar el trabajo de campo.

Los cuestionarios fueron administrados presencialmente al inicio de cada consulta por ginecólogos que trabajaban en la Unidad de Colposcopia en ese momento, también encargados de la previa entrega de la Hoja de Información al Paciente (Anexo 3) y el Consentimiento Informado (Anexo 4). Una vez explicado el proyecto y obtenido el consentimiento, se comenzó con la recogida de información. La sección correspondiente a las variables independientes se realizó a modo de entrevista, y la correspondiente a las dependientes se rellenó de forma autoadministrada. Los datos se recogieron desde las 8:00h del 27 de abril hasta las 13:00h del 24 de mayo. Conforme se fueron recogiendo los datos, se creó una base de datos en Excel anonimizado en la que se codificaron los resultados de los cuestionarios para su posterior análisis.

Análisis de datos

Una vez recogida la muestra y pasada toda la información a la base de datos en Excel, esta se volcó al programa informático Jamovi 2.3.28, donde se codificaron y analizaron los resultados. En primera instancia, se procedió al cálculo de las puntuaciones de cada paciente en la escala PSS, y se establecieron tres niveles de acuerdo con Murugiah et

al., 2022: de 0 a 18 no estrés/estrés bajo, de 19 a 37 estrés moderado, y de 38 a 46 estrés elevado. Se realizaron los correspondientes análisis descriptivos.

Se calcularon las frecuencias de la escala de estigma. Para la interpretación de los resultados, se estableció que marcar la respuesta indicadora de estigma en cada ítem sumaba un punto, y en el 6.1 marcar *poco* sumaba uno y *mucho* dos, siendo ocho el máximo de puntos obtenible en la escala. Se establecieron 3 niveles de estigma: de 0 a 1 no estigma/poco estigma, de 2 a 4 estigma moderado y de 5 a 8 estigma elevado. Se realizaron los correspondientes análisis descriptivos.

A continuación, se utilizó la prueba t-Student para analizar las diferencias en las puntuaciones en función de las variables independientes niveles de estrés y de estigma, y realizar una comprobación de hipótesis. Se calcularon los estadísticos descriptivos, el valor estadístico de contraste (T) junto con su probabilidad asociada y el tamaño del efecto. Para esto último se utilizó el índice *d* de Cohen y se interpretó en base a los puntos de corte establecidos según los criterios de Cohen (1988), siendo tamaño de efecto pequeño de $\delta = 0,2$ ($\approx r = 0,10$); tamaño medio del efecto de $\delta = 0,5$ ($\approx r = 0,24$); y tamaño grande de $\delta = 0,8$ ($\approx r = 0,37$). Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Resultados en las escalas de estrés y estigma

Una vez obtenidas las puntuaciones directas de cada paciente en la *Escala de Estrés Percibido*, se observó una media de 26,1 (DT=8,03), siendo 9 la mínima puntuación y 46 la máxima. La máxima puntuación obtenible en esta escala es 56, y la mínima 0. De la muestra obtenida, un 17,3% (n=9) puntuó no estrés/estrés bajo, un 73,1% (n=38) puntuó estrés moderado, y un 9,6% (n=5) puntuó estrés elevado. En la Figura 2, que representa la distribución de las puntuaciones, se observa como la mayor densidad de pacientes se encuentra dentro del rango moderado.

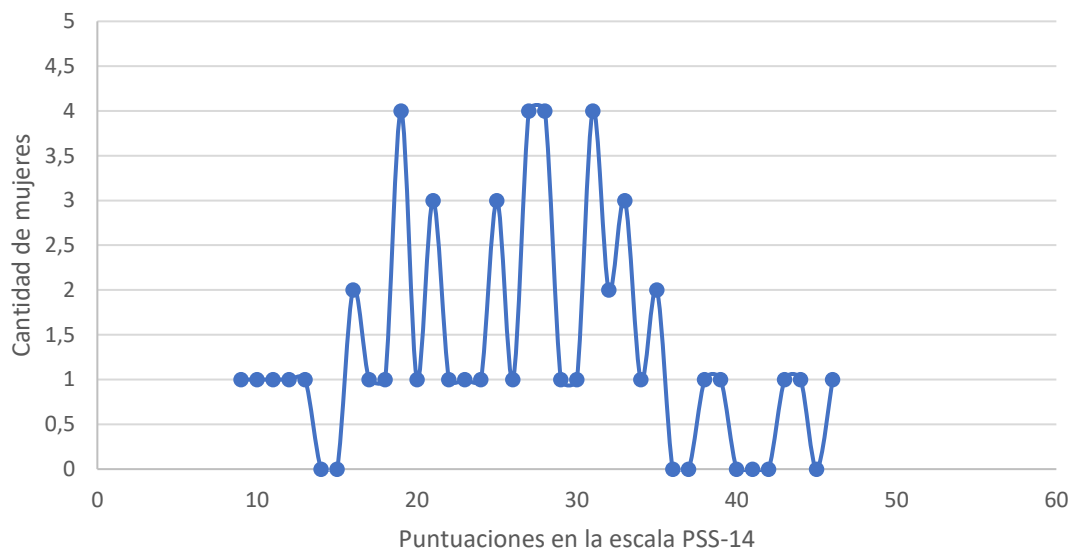


Figura 2

Gráfica de puntuaciones en la Escala de Estrés Percibido (PSS)

En cuanto a las preguntas respectivas al estigma, la Tabla 2 muestra las frecuencias de los resultados obtenidos por cada uno de los ítems. El ítem en el que más mujeres marcaron la respuesta indicadora de estigma fue el 5 ($n=33$, 63,5%) relativo a la vergüenza, seguido del ítem 4 ($n=29$, 55,8%) relativo a la culpa. Asimismo, el ítem que menos mujeres marcaron la respuesta indicadora de estigma fue el ítem 2, pues solo una persona (1,9%) señalaba no haberle contado a su pareja los resultados de la prueba, si bien 17 mujeres (32,7%) indicaron no tener pareja.

Por lo que respecta a las puntuaciones totales, los resultados indicaron que un 40,4% ($n=21$) puntuaba no estigma/poco estigma, un 34,6% ($n=18$) estigma moderado, y un 25% ($n=13$) estigma elevado. La media de estigma fue de 2,63 ($DT=2,21$). Cabe destacar que 11 mujeres (21,15%) sumaron cero puntos, indicando no estigma, y que 41 mujeres de 52 (78,85%) contestaron la respuesta indicadora de estigma en al menos uno de los ítems.

Tabla 2*Frecuencias de las preguntas relativas al estigma*

Ítems Ad Hoc	Respuestas	% (n)
1. <i>Ha experimentado comentarios despectivos o rechazo</i>	No	84,6% (44)
	Sí	15,4% (8)
2. <i>Ha contado a su pareja los resultados</i>	No pareja	32,7% (17)
	Sí	65,4% (34)
	No	1,9% (1)
3. <i>Ha contado a sus amigos/familiares los resultados</i>	No	17,3% (9)
	Sí	82,7% (43)
4. <i>Ha sentido culpabilidad</i>	No	44,2% (23)
	Sí	55,8% (29)
5. <i>Ha sentido vergüenza</i>	No	36,5% (19)
	Sí	63,5% (33)
6. <i>Le preocupa que las personas de su entorno social puedan tratarle de manera diferente</i>	No	55,8% (29)
	Sí	44,2% (23)
6.1. <i>Grado de preocupación</i>	Poco	52,2% (12)
	Mucho	47,8% (11)

Diferencias en estrés y estigma en función de diversos factores**Estrés**

Se comenzó con la división en dos grupos de las variables edad, nivel de estudios y conocimiento sobre VPH. Para la primera de ellas, dado que la mediana fue 41, se dividió a las mujeres en menores o mayores de 41 años. El nivel de estudios se dividió en graduadas por la universidad sí o no, y para el conocimiento sobre VPH, se creó un grupo para las que habían marcado “nada” y “poco”, y otros para las que habían marcado “mucho”. El resto de las variables independientes ya estaban divididas en dos grupos. Se empleó la prueba t-Student para analizar las puntuaciones totales de estrés en función de las variables independientes.

Los resultados obtenidos en la prueba t-Student aparecen en la Tabla 3. La hipótesis nula (H_0) estableció que las medias de ambos grupos no presentarían diferencias estadísticamente significativas. Para aceptar esta hipótesis y rechazar la alternativa (H_1 : las medias de ambos grupos presentan diferencias estadísticamente significativas), la probabilidad asociada debía ser menor que el alfa establecida ($\alpha=0,05$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas para la variable conocimiento sobre VPH

($t=2,63$, $p=0,011$), dado que, a mayor conocimiento, menor nivel de estrés. Por tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la alternativa. Se calculó el valor de delta de Cohen ($d=0,733$) y, de acuerdo con la interpretación del tamaño del efecto de Cohen (1988), la magnitud del efecto entre las diferencias de los dos grupos fue media. Para el resto de las variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3), por tanto, se aceptó la H_0 .

Tabla 3

Prueba t-Student para estrés en función de las variables independientes

Estrés					
Variables	Grupos	Medias	t	p	d
Edad	26 - 41	26,7	0,56	0,57	-
	42 - 65	25,4			
Hijos	No	27,1	0,55	0,58	-
	Sí	25,7			
Primera visita	No	24,6	-1,19	0,24	-
	Sí	27,4			
Hábito tabáquico	No	25,0	-1,47	0,14	-
	Sí	28,8			
ETS previa	No	26,5	0,433	0,66	-
	Sí	25,4			
Pareja estable último año	No	26,3	-0,19	0,84	-
	Sí	25,8			
Conocimiento sobre VPH	Alto	22,8	2,63	0,01	0,73
	Bajo	28,7			
Nivel de estudios	Graduada	25,9	0,16	0,87	-
	No graduadas	26,3			

Nota. t=valor de T-Student; p=probabilidad asociada; d=delta de Cohen; dm=diferencia de medias

Estigma

Se utilizaron las divisiones en dos grupos para las variables edad, nivel de estudios y conocimiento sobre VPH utilizadas anteriormente, el resto de factores ya estaban divididas en dos grupos. Se utilizó de nuevo la prueba t-Student para analizar las puntuaciones totales de estigma en función de las variables independientes.

Se estableció como H_0 que las medias de ambos grupos no presentarían diferencias estadísticamente significativas, y como H_1 que sí presentarían diferencias estadísticamente significativas. Tras el análisis, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable pareja estable en el último año ($t=2,51$, $p<0,05$), por tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la alternativa. Para conocer la magnitud del tamaño del efecto, se calculó el valor de delta de Cohen ($d=0,709$) y, de acuerdo con la interpretación del tamaño del efecto de Cohen (1988), la magnitud del efecto entre las diferencias de los dos grupos es media.

En la comprobación de la variable primera visita también se observaron diferencias estadísticamente significativas ($t=-2,06$, $p<0,05$), por ello se rechazó la H_0 y se aceptó la H_1 . Se calculó el valor de delta de Cohen y se observó que la magnitud del tamaño del efecto es media. Para el resto de las variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas, tal y como se observa en la Tabla 3. Además, en la Tabla 4 se observan las medias de los diferentes grupos de cada variable independiente.

Tabla 4

Prueba t-Student para estigma en función de las variables independientes

Estigma					
Variables	Grupos	Medias	t	p	d
Edad	26 - 41	2,96	1,30	0,19	-
	42 – 65	2,28			
Hijos	No	3,47	1,87	0,06	-
	Sí	2,3			
Primera Visita	No	2,00	-2,06	0,04	-0,57
	Sí	3,22			
Hábito tabáquico	No	2,62	-0,06	0,94	-
	Sí	2,67			

Nota. t=valor de T-Student; p=probabilidad asociada; d=delta de Cohen; dm=diferencia de medias

Tabla 4 (Continuación)*Prueba t-Student para estigma en función de las variables independientes*

Variables	Grupos	Estigma			
		Medias	t	p	d
ETS Previa	No	2,40	-1,10	0,27	-
	Sí	3,12			
Pareja estable último año	No	3,48	2,36	0,022	0,66
	Sí	2,06			
Conocimiento sobre VPH	Alto	2,45	-0,68	0,49	-
	Bajo	2,87			
Nivel de estudios	Graduada	2,50	-0,55	0,58	-
	No graduadas	2,85			

Nota. t=valor de T-Student; p=probabilidad asociada; d=delta de Cohen; dm=diferencia de medias

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se examinaron los niveles de estrés en mujeres diagnosticadas de VPH que habían sido citadas para colposcopia tras presentar resultados anómalos o de riesgo en las pruebas de cribado. También se examinó el nivel de estigma hacia dicha patología y las posibles diferencias en las puntuaciones de estigma y estrés en función de las variables independientes o factores. Para ello, se elaboró un cuestionario administrado posteriormente en la Unidad de Colposcopia del Hospital General Universitario de Alicante, y se obtuvo una muestra de 52 mujeres.

Tras la realización de los análisis pertinentes, los resultados indicaron que la media de la muestra se situaba en un nivel moderado de estrés. En el análisis bibliográfico, se encontró evidencia en la relación entre ser VPH+ con resultados anormales en la citología o genotipificación del virus y los niveles de estrés o ansiedad. Concretamente, Aker et al. (2023) y O'Connor et al. (2014) demostraron como las mujeres con estas condiciones presentaban aumentos significativos en los niveles de ansiedad. Dado que las pacientes participantes acudieron a consulta por resultados anormales o de riesgo, se esperaban niveles más preocupantes de estrés y, a diferencia de la evidencia

encontrada, las puntuaciones sugieren que el nivel de estrés no se considera preocupante en la mayoría de mujeres.

En lo que respecta a la variable estigma, es relevante señalar que, aunque la media se situó en estigma moderado, 41 mujeres (78,85%) manifestaron la presencia de estigmatización en al menos uno de los ítems, lo cual indica su existencia, incluso si es leve. Asimismo, de acuerdo con los hallazgos de un estudio cualitativo realizado por McCaffery et. al (2006), de entre las emociones que destacaron en las mujeres al obtener los resultados fueron shock, vergüenza y culpa. Los resultados concuerdan con los obtenidos en el presente estudio, pues las preguntas relacionadas con sentimientos de culpa y vergüenza fueron las más seleccionadas por las mujeres. Además, Arellano y Castro (2014) señalan en su investigación que el estigma de las mujeres era mayormente hacia ellas mismas, pues pocas mujeres habían sufrido directamente comentarios despectivos por otras personas. En el presente estudio, las respuestas sugieren lo mismo, pues 8 mujeres (15,4%) habían experimentado comentarios despectivos, frente a frente a 44 (84,6%) que no.

Siguiendo el constructo de estigma, los resultados sugieren que la mayoría de las mujeres habían contado a sus parejas los resultados de la prueba a excepción del 1,9% (n=1), del mismo modo que a sus familiares o amigos, pero en menor medida (17,3%, n=9). Estos resultados son respaldados por Arellano y Castro (2014), pues en su investigación descubrieron como la mayoría de mujeres contaba los resultados a su pareja aunque presentara dudas en primera instancia sobre ello, al igual que a su entorno social más cercano.

En cuanto al análisis de las diferencias en el estrés en función de las variables independientes, se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el conocimiento sobre VPH, pues a mayor conocimiento, menor nivel de estrés. Este resultado va en la misma línea que las conclusiones de McCaffery e Irwig (2005), que indicaron que la incertidumbre sobre aspectos del VPH, entre otras cosas, influyen en la respuesta psicológica de las mujeres. Cabe señalar que se encontraron diferencias entre el grupo de mujeres que acudían a la Unidad de Colposcopia por primera vez y el grupo que no, pues las que acudían por primera vez presentaban mayor nivel de estrés, pero no fueron diferencias estadísticamente significativas. Esto difiere con los resultados obtenidos por Marlow et. al. (2022), pues las mujeres disminuyeron los niveles de ansiedad a los seis meses y a los doce tras la obtención de los resultados anómalos en pruebas, hasta el punto de igualarse a los del grupo control, si bien se trató de un estudio longitudinal con la misma muestra, a diferencia del presente estudio.

En lo que respecta a las diferencias de estigma en función de las variables independientes, se encontraron diferencias significativas con la variable pareja estable en el último año. Específicamente, las mujeres con pareja estable durante al menos un año presentaron menores puntuaciones en estigma que aquellas sin pareja estable. De acuerdo con los resultados obtenidos por Bennett et al. (2023), este resultado podría deberse al sentimiento de vergüenza por la posibilidad de ser asociadas con la promiscuidad al haber contraído una ITS, o la culpabilidad por haber sido activas sexualmente o haber podido transmitir la infección. Asimismo, la presente investigación señaló diferencias significativas con la variable primera visita, pues las mujeres que acudían por primera vez presentaban mayor estigmatización. Algunas investigaciones (Bennett et al., 2023; Kwan et. al. 2011) demuestran que con el tiempo las mujeres se sintieron más tranquilas y la carga psicosocial disminuyó, principalmente debido a la adquisición de nuevos conocimientos sobre el virus, en especial comprender la alta prevalencia y que podría desaparecer por sí solo.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones encontradas en la realización de la presente investigación, en primer lugar, cabe destacar que el tamaño de la muestra quedó limitado por el tiempo del que se disponía para realizar la investigación, pues se recogió el máximo número de respuestas posibles en el período de 27 días, siendo una muestra no ajustada al tamaño de la población real. Para futuras investigaciones, convendría ajustar el período de recogida de datos tanto como sea necesario hasta obtener una muestra más amplia y representativa.

Otra limitación identificada la falta de concordancia entre las respuestas de algunas participantes, pues veintiuna mujeres indicaron no tener pareja estable en el último año, pero solo diecisiete seleccionaron esta opción al preguntarles si habían compartido los resultados con su pareja en la escala de estigma. Se estableció como hipótesis que podía deberse a que el enunciado de la pregunta relativa a tener pareja no estaba debidamente clarificado. En el contexto de investigaciones posteriores, sería recomendable clarificar de forma más detallada la información solicitada.

Respecto a la escala generada *ad hoc* para estigma hacia el VPH, se considera una limitación que no ha sido sometida a un proceso de validación, y no ha podido realizarse debido a que el objetivo de la investigación era otro. Se han encontrado estudios recientes (Freijomil, 2020; Chadwick et al., 2022; Bennett et al., 2023) que estudian el impacto psicosocial de esta patología, entre otras dimensiones. Esto indica que, en la actualidad, se están llevando a cabo nuevas investigaciones relativas a esta infección.

Sería interesante que, de cara a futuras investigaciones, además de estudios cualitativos, se trabajara en la posibilidad de desarrollar instrumentos que evalúen cuantitativamente el impacto psicosocial de ser VPH+, así como de calidad de vida y otros aspectos como impacto psicosexual.

Conclusiones

Los resultados indicaron que las mujeres VPH+ con riesgo de lesiones mayores presentaron niveles moderados de estrés, y el mayor conocimiento sobre el virus se asoció con una reducción significativa de este estrés. Asimismo, el estigma fue moderado, y fue menor en las mujeres que habían acudido previamente a la consulta (ya se habían sometido a colposcopia) y en las que tenían pareja estable.

Si bien este estudio ofrece una medida inicial del impacto del diagnóstico, aporta una valiosa información sobre lo compleja que puede llegar a ser la situación que afrontan estas mujeres. En particular, los hallazgos respecto al estrés sugieren que factores como la educación y la información adecuada sobre el virus podrían ser herramientas efectivas para mitigar el impacto emocional. Asimismo, los resultados en estigma destacan la importancia del apoyo social y el seguimiento médico.

De este modo, desde la Psicología, se debería intervenir para proporcionar una comunicación directa y personalizada con las pacientes para conocer sus preocupaciones y necesidades, y que así se sientan acompañadas en el proceso, fomentando además el apoyo social mediante programas psicoeducativos. Considerando que no todas las mujeres acudirán personalmente a sistemas de salud mental, es importante garantizar la mejor atención médica posible. En este sentido, los profesionales en Psicología deben proporcionar la formación y los recursos necesarios a profesionales en Medicina sobre aspectos relativos a la comunicación de resultados y el acompañamiento en procesos que pueden ser difíciles de asumir para el paciente.

En resumen, aunque se necesitan más investigaciones sobre estos resultados, el presente estudio subraya la importancia de una correcta educación sobre VPH junto con acompañamiento profesional adecuado y apoyo social a las mujeres con este diagnóstico. Lograr la mayor tranquilidad posible de las pacientes, junto con una población sensibilizada, para así reducir el estrés y el estigma, y que las mujeres no se sientan juzgadas ni solas en el proceso, recordando siempre la importancia de acudir a sistemas de salud mental en casos de malestar significativo.

Referencias bibliográficas

- Acosta, M. y García, A. (2023). Mirada sociocultural con perspectiva de género de dos trayectorias de atención médica en mujeres que viven con VPH. *Caleidoscopio - Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 27(49). <https://doi.org/10.33064/49crscsh3808>
- Aguinaga, M., Epelde, C., Saravia, F., del Valle, C., Murillo, A. y Sáenz, I. (23-25 de noviembre, 2023) *Impacto del canal de comunicación audiovisual en la reducción de la ansiedad de las participantes del screening de cáncer de cervix*. [Comunicación en congreso]. XXXV Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, Alicante, España. <https://congreso2023.aepcc.org/formulario-comunicaciones/posters/9aa890d28d66233b2593de9a868c5dc7.pdf>
- Aker, S. Ş., Ağar, E., Tinelli, A., Hatirnaz, S., y Ortaç, F. (2023). The impact of HPV diagnosis and abnormal cervical cytology results on sexual dysfunction and anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). [10.3390/ijerph20043630](https://doi.org/10.3390/ijerph20043630)
- Alay, I., Kaya, C., Karaca, I., Yildiz, S., Baghaki, S., Cengiz, H., Ekin, M., y Yasar, L. (2019). The effect of being diagnosed with human papillomavirus infection on women's sexual lives. *Journal of Medical Virology*, 92(8), 1290-1297. [10.1002/jmv.25623](https://doi.org/10.1002/jmv.25623)
- Arellano, M.C. y Castro, M.C. (2014). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(39), 261-278. [Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino \(scielo.org.mx\)](https://doi.org/10.1016/j.lav.2014.05.001)
- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (2022). *Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas*. [Guía de Actuación]. <https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/11/Guia-Prevencion-cancer-cervix-2022.pdf>
- Barnack-Tavlaris, J., Serpico, J. R., Ahluwalia, M. y Ports, K. (2016). "I have humanpapillomavirus": An analysis of illness narratives from the Experience Project. *Applied Nursing Research*, 30(4), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.003>

- Bennett, K., Waller, J., Bailey, J., y Marlow, L. A. (2023). Exploring the psychosexual impact and disclosure experiences of women testing positive for high-risk cervical human papillomavirus. *British Journal of Health Psychology*, 28(1), 62-79. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12612>
- Capella, S., Navarro, J. J., y Fajardo i Franch, M. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (7), 15-23. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/322341>
- Chadwick, V., Bennett, K. F., McCaffery, K., Brotherton, J. y Dodd, R. (2022). Psychosocial impact of testing human papillomavirus positive in Australia's human papillomavirus-based cervical screening program: A cross-sectional survey. *Psycho-Oncology*, 31(7), 1110-1119. <https://doi.org/10.1002/pon.5897>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, J. (2009). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- De Sanjosé, S. (2016). Cambios en el cribado del cáncer de cuello uterino. *Atención Primaria*, 48(9), 563-564. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.001>
- Díaz, M., De Sanjosé, S. (2016) *Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud: Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sistema Nacional de Salud* (Informe nº1) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. https://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2016/documents/eficiencia_cribado_cancer_cervix_RED_aguas2016.pdf
- Freijomil, C. (2020). *Barreras y facilitadores para el afrontamiento de las mujeres con Virus del Papiloma Humano*. [Tesis doctoral, Universidade da Coruña]. Repositorio Universidade Coruña.
- Gray, N. M., Sharp, L., Cotton, S., Masson, L., Little, J., Walker, L. G., Avis, M., Philips, Z., Russell, I., Whynes, D., Cruickshank, M., Woolley, C. M. y grupo TOMBOLA.

(2006). Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. *British Journal of Cancer*, 94(9), 1253–1262. [10.1038/sj.bjc.6603086](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603086)

Koerting, A., Nuño, N., Peralta, C., Gómez, J., y Del Amo, J. (2024). VIH y derechos humanos: acción política para alcanzar CERO estigma. *Revista Española de Salud Pública*, 98(1), 1-4.

<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/244>

Kwan, T., Cheung, A., Lo, S., Lee, P., Tam, K., Chan, K., y Ngan, H. Y. (2011). Psychological burden of testing positive for high-risk human papillomavirus on women with atypical cervical cytology: A prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(5), 445-451. [10.1111/j.1600-0412.2011.01092.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01092.x)

Marlow, L., McBride, E., Ridout, D., Forster, A. S., Kitchener, H. y Waller, J. (2022) Patterns of anxiety and distress over 12 months following participation in HPV primary screening. *Sexually Transmitted Infections*, 98(4), 255-261. [10.1136/sextrans-2020-054780](https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054780)

McCaffery, K., Waller, J., Nazroo, J., y Wardle, J. (2006). Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: A qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2), 169-174. [10.1136/sti.2005.016436](https://doi.org/10.1136/sti.2005.016436)

McCaffery K e Irwig L. (2005). Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *Journal of Medical Screening*, 12(3), 134-41. [10.1258/0969141054855238](https://doi.org/10.1258/0969141054855238)

Murugiah, K., Chen, L., Dreyer, R. P., Bouras, G., Safdar, B., Lu, Y., Spatz, E. S., Gupta, A., Khera, R., Vivian, G., Bueno, H., Tweet, M. S., Spertus, J. A., Hayes, S. N., Lansky, A. y Krumholz, H. M. (2022). Depression and Perceived Stress After Spontaneous Coronary Artery Dissection and Comparison With Other Acute Myocardial Infarction (the VIRGO Experience). *American Journal of Cardiology*, 173(15), 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2022.03.005>

O'Connor, M., Costello, L., Murphy, J., Prendiville, W., Martin, C. M., O'Leary, J. J., Sharp, L., e Irish Screening Research Consortium (CERVIVA). (2014). "I don't care whether it's HPV or ABC, I just want to know if I have cancer." Factors influencing women's emotional responses to undergoing human papillomavirus testing in routine management in cervical screening: A qualitative study. *BJOG: An*

International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 121(11), 1421-1429.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12741>

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
[10.1017/s1138741600006004](https://doi.org/10.1017/s1138741600006004)

Sendagorta-Cudós, E., Burgos, J., y Rodríguez-Iglesias, M. (2019). Infecciones genitales por el virus del papiloma humano. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(5), 324-334.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2019.01.010>

Torné, A., del Pino, M., Cusidó, M., Alameda, F., Andia, D., Castellsagué, X., Cortés, J., Granados, R., Guarch, R. M., Lloveras, B., Lubrano, A., Martínez-Escoriza, J. C., Ordi, J., Puig-Tintoré, L. M., Ramírez, M., de Sanjosé, S., Torrejón, R., Bosch, X., Piris, M. Á., Rodríguez, J., Comino, R., Laila, J. M., y Ponce, J. (2014). Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 57(1), 1-53.
<file:///C:/Users/qlori/Downloads/S0304501314730687.pdf>

Trujillo, T. I. y Rodríguez, C. (2019). *La Percepción y Estigma de la Sociedad Canaria hacia la Enfermedad del VIH/SIDA*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la Laguna]. RIULL – Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/2183/26356>

Anexos

Anexo I

Dictamen Favorable Definitivo otorgado por el CEIm



COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

C/. Pintor Baeza, 12 - 03010 Alicante
<http://www.dep19.san.gva.es>
Teléfono: 965-913-921
Correo electrónico: ceim_hgua@gva.es

Ref. CEIm: PE2024-047 - Ref. ISABIAL: 2024-0062

INFORME DEL COMITE DE ETICA PARA LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS

Reunidos los miembros del Comité de Ética para la Investigación con medicamentos del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General, en su sesión del día 28 de febrero de 2024 (Acta 2024-02), y una vez estudiada la documentación presentada por **D. José Antonio López Fernández** del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Dr. Balmis, tiene bien a informar que el proyecto de investigación titulado **"Evaluación de Estrés y Estigma Social en Mujeres con Prueba Positiva del Virus del Papiloma Humano (VPH). Un estudio transversal."** V.1 06 de febrero 2024 e HIP y CI v.1 febrero 2024, se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Alicante.

Firmado por Luis Manuel Hernandez Blasco -
21424371D, e1 26/04/2024 09:31:56



Fdo. Dr. Luis Manuel Hernández Blasco
Secretario Técnico CEIm Departamento de
Salud de Alicante – Hospital General

Anexo II

Cuestionario entregado a las pacientes, hoja de recogida de datos

N.º de cuestionario:

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Código:

Título del proyecto	Evaluación de Estrés y Estigma Social en Mujeres con Prueba Positiva del Virus del Papiloma Humano (VPH). Un estudio transversal	
Investigador Principal	José Antonio López Fernández	
Servicio/Hospital	Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario Dr. Balmis	
Versión/fecha HIP-CI	Versión: 1.0	Fecha:

- Edad _____
- N° hijos:
- ¿Es la primera visita a esta consulta?
- ¿Es fumador/a? Sí No. N° cig/día:
- ¿Pareja estable último año? Sí No
- ¿Alguna vez ha padecido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS)? Sí No
- ¿Cómo clasificaría su conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano?
 - Nada
 - Poco
 - Mucho
- Estudios: Secundaria, Formación profesional, Bachillerato, Grado/licenciatura

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor haga un círculo en el número atendiendo a cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

A continuación, se presentan una serie de cuestiones para evaluar el estigma asociado al Virus del Papiloma Humano (VPH).

1. ¿Ha experimentado comentarios despectivos o rechazo por tener una prueba positiva de VPH?
 - Sí
 - No
 2. ¿Le ha contado a su pareja los resultados de la prueba?
 - Sí
 - No
 - No tengo pareja
 3. ¿Le ha contado a sus amigos/familiares los resultados de la prueba?
 - Sí
 - No
 4. ¿Se ha sentido culpable por tener una prueba positiva de VPH?
 - Sí
 - No
 5. ¿Ha sentido vergüenza por tener una prueba positiva de VPH?
 - Sí
 - No
 6. ¿Le preocupa que las personas de su entorno social puedan tratarle de manera diferente por tener una prueba positiva de VPH?
 - Sí
 - No
- Si la respuesta es Sí, indica el grado de preocupación
- Nada
 - Poco
 - Mucho

Anexo III

Hoja de información al paciente



Título del proyecto	Evaluación de Estrés y Estigma Social en Mujeres con Prueba Positiva del Virus del Papiloma Humano (VPH). Un estudio transversal	
Investigador Principal	José Antonio López Fernández	
Servicio/Hospital	Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario Dr. Balmis	
Versión/fecha HIP-CI	Versión: 1.0	Fecha: Febrero 2024.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con medicamentos (CEIm) del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General, el cual contribuye a aumentar la calidad de la investigación biomédica desarrollada en Alicante. El proyecto se llevará a cabo de acuerdo con las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General Universitario de Alicante.

También puede solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con el investigador principal del proyecto, José Antonio López Fernández, en el teléfono 965913524.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Lea esta hoja de información con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

1. Participación voluntaria

Le invitamos a participar en el estudio porque su perfil encaja con los requerimientos poblacionales de dicho estudio. Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que **puede decidir NO participar**. Si decide participar, puede cambiar su decisión o retirar el consentimiento en cualquier momento. La decisión de no participar o retirarse, no alterará la relación con los profesionales sanitarios que le atienden habitualmente ni producirá perjuicio alguno a su atención sanitaria. Si finalmente desea abandonar su participación en este estudio, por favor, indíquelo al médico responsable del estudio en su centro sanitario.

2. Justificación y objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de estrés en mujeres con resultado positivo en la prueba de VPH (Virus de Papiloma Humano) que acuden a consulta y los posibles factores influyentes en el mismo, para medir la influencia de la recepción de estos resultados en aspectos emocionales, conductuales y sociales de la persona.

3. Descripción general del estudio

En este estudio se busca conseguir la participación de mujeres que han dado positivo en la prueba de VPH voluntarias entre los 25 y los 69 años. Si usted da su consentimiento, sus datos se incluirán en la investigación. Como participante, se le solicitará que responda a un cuestionario. Dicho cuestionario consta de unas primeras preguntas sociodemográficas, clínicas y relativas al conocimiento sobre VPH. Posteriormente, encontrará preguntas relativas al estrés padecido en el último mes y, por último, algunas preguntas de carácter personal respecto a usted y a su entorno social, relativas al VPH. Todo ello va debidamente explicado en dicho cuestionario. El tiempo estimado de cumplimentación del cuestionario es de 5 minutos.

Este cuestionario es completamente anónimo y no constarán elementos que permitan conocer su identidad (ni su nombre ni otros datos personales que la identifiquen).

Al firmar este documento, usted acepta que se utilicen sus respuestas para las finalidades del presente estudio, de forma anónima. Las respuestas se utilizarán, junto con las del resto de la población que acepte participar en la investigación, para la elaboración de una base de datos y su posterior análisis. Así, se obtendrán resultados y conclusiones sobre el tema a evaluar.

Completará el cuestionario cuando acuda a la consulta y no necesitará acudir a ninguna consulta extra fuera de las que van a realizarse para su asistencia habitual.

4. Actividades del estudio

La recogida de los cuestionarios del estudio tendrá una duración de 30 días.

5. Riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio

Los riesgos y molestias asociados con su participación son mínimos y consisten principalmente en la posible incomodidad en relación a las preguntas y cuestiones que se plantean en el formulario.

6. Posibles beneficios.

No se espera un beneficio directo por la participación en el estudio. No obstante, los conocimientos obtenidos gracias a los estudios llevados a cabo a partir de sus respuestas pueden ayudar al avance científico y psicológico. No percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

8. Protección de datos personales

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y los órganos de asesoramiento del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El Investigador, cuando procese y trate sus datos, tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Usted puede ejercer los derechos de acceso (pedir información sobre la información suya que hay guardada en la base de datos), de oposición (negarse a dar los datos), de cancelación (solicitar que se destruyan los datos) y rectificación (si con el tiempo se modifica algún dato o se detecta algún error). Puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al investigador.

Además de estos derechos, y de acuerdo al RGPD, usted también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, dirijase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir, si fuera el caso, con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Tanto el Centro como el Promotor son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en casos de urgencia médica. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección y el personal autorizado por el Promotor, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 25 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

Si realizáramos transferencia de sus datos codificados fuera de la UE a las entidades de nuestro grupo, a prestadores de servicios o a investigadores científicos que colaboren con nosotros, los datos del participante quedarán protegidos con salvaguardas tales como contratos u otros mecanismos por las autoridades de protección de datos. Si Usted precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con el Dr. José Antonio López Fernández, Teléfono: 965913524.

Muchas gracias por su colaboración.



Anexo IV

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número Expediente:	
Título del proyecto:	Evaluación de Estrés y Estigma Social en Mujeres con Prueba Positiva del Virus del Papiloma Humano (VPH). Un estudio transversal
Investigador principal:	José Antonio López Fernández
Versión / Fecha	Versión 1.0 Febrero 2024.

Yo.....
(Nombre y apellidos manuscritos por la participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión. Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

FIRMA DE LA PACIENTE:	FIRMA DEL INVESTIGADOR:
 NOMBRE: FECHA:	 NOMBRE: FECHA:



Fundación ISABIAL. Planta 5ª. Centro de Diagnóstico. Hospital General Universitario de Alicante. Avda. Pintor Baeza, 12. 03010, Alicante. CIP: G42641308

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Dña _____ revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar participando en el estudio "Evaluación de Estrés y Estigma Social en Mujeres con Prueba Positiva del Virus del Papiloma Humano (VPH). Un estudio transversal".

FIRMA DEL PACIENTE:	FIRMA DEL INVESTIGADOR:
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

