



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

*ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES
PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE
GINECO-PEDIATRIA 3A DEL IMSS.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSETE HERNANDEZ MARIBEL

TUTORA:

DRA. SILVIA ANGELICA GORDILLO RODRIGUEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ASESOR CLÍNICO:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

GENERACIÓN 2009-2012

MÉXICO D.F.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA:

**DRA. SILVIA ANGELICA GORDILLO RODRIGUEZ
ESPECIALISTA EN GINECOOBTETRICIA
INSTRUCTORA CLINICA EN COLPOSCOPIA EN
EL HOSPITAL GINECO PEDIATRIA 3A**

ASESOR METODOLÓGICO:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO.20**

ASESOR CLÍNICO:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 20**

Vo. Bo.

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 20**

A Dios por su inmensa sabiduría, por guiar con su luz cada uno de mis pasos y darme el mejor regalo que he recibido: Mis Padres.

Papi y Mami: Gracias por cuidarme toda mi vida, incluso hasta el día de hoy, por procurar que nunca nos faltara nada ni a mis hermanos ni a mí, por estar siempre para nosotros, si el día de hoy termino este proyecto, es Gracias a Ustedes dos.

ii Los Quiero Mucho !!

A mi abuelita Brígida: Gracias por tu cariño y por tenerme siempre presente en tus oraciones.

Ángel: Gracias por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas. Acompañándome, escuchándome, ayudándome, animándome, pero sobre todo Queriéndome.

Te Amo. Gracias por estar conmigo

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
HIPÓTESIS DE TRABAJO	14
MATERIAL Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS	49
ANEXOS	53

**ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE
LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL
POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO- PEDIATRIA 3A DEL
IMSS.**

ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITALES POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO – PEDIATRIA 3-A DEL IMSS

ROSETE HERNANDEZ M¹ , VEGA MENDOZA S² , AGUIRRE GARCIA MC ³ GORDILLO RODRIGUEZ SA ⁴

1. Residente del Tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Médico Familiar. Profesora Adjunta del curso de especialización en medicina familiar UMF20
3. Médico Familiar. Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF20
4. Médico Ginecólogo Instructora Clínica en Colposcopia en el HGP 3-A.

Introducción: las mujeres con condilomatosis por virus del papiloma humano (VPH) pueden tener impacto negativo social y familiar, hasta llegar a sentir temor, discriminación y rechazo por su pareja, cayendo en ansiedad y minusvalía.

Objetivo: Identificar aspectos psicológicos, sexuales, familiares y sociales de mujeres portadoras de condilomatosis genital del Hospital Gineco-Pediatría 3-A del IMSS.

Material y Métodos: Estudio descriptivo en 225 pacientes, diagnosticadas clínicamente por lesiones de condilomatosis por VPH, en consulta externa de displasias durante 2010-2011, previo consentimiento informado, se interrogó factores sociodemográficos, conductas sexuales de riesgo, se evaluó Área psicológica (Escala de Zung/ Escala de Rosenberg), Sexual y de pareja (Funcionalidad Conyugal de Chávez y Velazco) Familiar (Faces III) y apoyo social(Cuestionario de Duke- UND). Utilizamos estadística descriptiva.

Resultados: mujeres con edad de 18 a 60 años X= 36.03, predominio de 31-40 años, casadas 64%(144), empleadas 53.3%(120), con secundaria 26.7%(60) y bachillerato 25.3%(57), IVSA 16 años, dos o más parejas 66.7%(150), lesión visible en genitales de la pareja 13%(30), lesión acetoblanca en cérvix 49.3%(111), autoestima normal 73.8%(166), con depresión leve a moderada 95.6%(215), pareja funcional 70.2%(158), sexualmente moderadamente disfuncionales 54.7%(123), familias semirelacionadas 34.7%(78) y flexibles 32.4%(73) con apoyo social 50.2%(113)

Conclusiones: la condilomatosis genital afecta profundamente la psique de la mujer llevándola a depresión y/o disfunción sexual, generando conflictos de pareja. Orientar a la mujer sobre historia natural de la enfermedad, disminuirá la carga emocional. Brindando asesoría y apoyo psicológico, sexual, familiar y social a la pareja infectada por VPH, se lograra el verdadero impacto sobre la enfermedad

Palabras Clave: Condilomatosis Genital, VPH, Aspecto psicosexual, Aspecto Familiar, Aspecto Social.

ASPECTS PSYCHOSEXUAL, FAMILY AND SOCIAL WOMEN LIVING WITH GENITAL HPV CONDYLOMATOSIS IN GYNECOLOGY AND PEDIATRICS HOSPITAL 3-A OF THE IMSS

ROSETE HERNANDEZ M¹ , VEGA MENDOZA S² , AGUIRRE GARCIA MC³ GORDILLO RODRIGUEZ SA⁴

1. Resident Physician of the Course in Specialization Family Medicine
2. Family Physician, Family Medicine Unit No. 20, IMSS
3. Family Physician, Family Medicine Unit No. 20, IMSS
4. Gynecologist Medical, Clinical Instructor in colposcopy in the HGP 3-A

Introduction: Women with condylomatosis human papillomavirus (HPV) can have negative social and family to come to feel fear, discrimination and rejection by their partner, falling in anxiety and disability.

Objective: To identify psychological, sexual, family and community of women with genital condylomatosis Gynecology and Pediatrics Hospital 3-A of the IMSS.

Material and Methods: Descriptive study in 225 patients, diagnosed clinically by condylomatosis HPV lesions in dysplasias outpatient clinic of during 2010 to 2011, prior informed consent were interviewed for sociodemographic factors, sexual risk conducts, was assessed psychological Area (Scale Zung / Scale Rosenberg), Sexual and relationship (marital functionality Chavez and Velasco), Family (Faces III) and social support (Duke-UND Questionnaire). We used descriptive statistics

Results: Women aged 18 to 60 years $X = 36.03$, predominant of 31-40 years, married 64% (144), employed 53.3% (120), with secondary 26.7% (60) and 25.3% high school (57), IVSA 16 years, two or more partners 66.7% (150), visible lesion on the genitals of a partner 13% (30), cervical lesion in 49.3% acetowhite (111), normal self-esteem 73.8% (166) with mild to moderate depression 95.6% (215), 70.2% functional pair (158), moderately sexually dysfunctional 54.7% (123), families semi-related 34.7% (78) and flexible 32.4% (73) social support 50.2% (113)

Conclusions: Genital condilomatosis profoundly affects the psyche of women leads to depression and / or sexual dysfunction, producing conflicts of couple. Advise women about the natural history of disease, decrease the emotional burden. Providing advice and counseling, sexual, familial and social partner infected with HPV, it achieved the true impact of the disease.

Keywords: condylomatosis Genital, HPV, Psychosexual Aspect, Family Social Aspect.

I.- ANTECEDENTES:

El Virus del Papiloma Humano (VPH) pertenece a una familia de más de 100 subtipos, de estos cerca de 30 son transmitidos sexualmente e infectan al aparato genital masculino y femenino, produce infecciones en la piel, pudiendo afectar las mucosas del tracto anogenital, oral y respiratorio ¹

Es una infección con alta prevalencia en el mundo entero, en especial en mujeres jóvenes sexualmente activas. Es la infección de transmisión sexual más frecuente, debida quizás a los cambios en la conducta sexual.

En un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública se demostró que la prevalencia de VPH en la población masculina es del 40%, tres veces más que en la mujer que es del 14%, sin embargo a pesar de la elevada prevalencia del virus en el varón, solo se presenta clínicamente en el 5% de los infectados. ²

La principal forma de transmisión es la sexual, aunque se han identificado otras formas menos frecuentes como transplacentaria, por fómites, o vertical.

En los años 70 se comienza a relacionar el VPH con el cáncer de cuello de útero, ya se conocía desde una década antes su relación con verrugas genitales. En función de las secuencias de ADN se puede diferenciar tipos de riesgo alto de transformación celular que pueden llevar a un cáncer genital y tipos de bajo riesgo. De ellos los más comunes son el 16 y el 18 relacionados con el 70% de los cánceres de cuello y los 6-11 relacionados con las verrugas genitales.

Los de bajo riesgo son: 1, 6, 11, 42, 43, 44. Los de riesgo intermedio son 31, 33, 35, 51, 52, 58. Y los de alto riesgo con alto potencial carcinógeno 16 y 18⁴, que son los responsables del 70% de casos de cuello uterino a nivel mundial.

Una vez adquirido el virus el riesgo de desarrollar la lesión se relaciona con la persistencia del virus, que es de una media de 12-16 meses en las infecciones por virus de alto riesgo y de 5-8 meses para los de bajo riesgo, en esto influyen tanto en la adquisición como en la duración de la infección los siguientes cofactores.

Adquisición:

- Edad del primer coito
- Numero de compañeros sexuales.
- Relaciones con hombres con múltiples compañeras sexuales.

Persistencia:

- Tabaquismo
- Paridad
- Anticoncepción hormonal
- Infección por Clamydias
- Portadora de VIH

Toda estas situaciones de riesgo para la adquisición del virus del papiloma humano se da entre nuestros jóvenes que inician coitos cada vez en edades más tempranas, tienen una media de 4 parejas distintas por año y manifiestan que aunque habitualmente utilizan preservativo el 32% no lo usa en todos los coitos, el alto índice de tabaquismo entre los jóvenes y el aumento de ITS crean la situación ideal para que la incidencia de infección por HPV sea alta:

- 20-25% de prevalencia en la década de los 20 años.
- A los 35 años la prevalencia es de un 7%.
- En el mundo se calcula que unos 300 millones de mujeres afectadas por HPV que se traducen en 490.000 cánceres de cuello y unos 68.400 cánceres de vulva y vagina al año.
- La tasa de infección por HPV en Dinamarca tras inicio de coito es de un 35,4% y en EEUU de un 41%.³

Conducta Sexual

La promiscuidad, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales, entre ellos la edad del comienzo de las relaciones sexuales y la transmisión de agentes infecciosos (*Trichomonas*, *Gardnerella*, *Herpes* y *Virus tipo II (HSV-2)*).

La infección por VPH de las células del epitelio cervicouterino es considerada, en términos biológicos, como una enfermedad de transmisión sexual a través del contacto con el epitelio anogenital infestado, poco después de iniciada la relación sexual. El número de parejas sexuales, no es más que el reflejo de la probabilidad de exposición al VPH y demás agentes infecciosos, así la vida sexual incrementa la frecuencia del padecimiento de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que la inician antes de los 16 años de edad.

En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérvix. En este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanco es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer.

Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa, pero declinan después de la menopausia.⁵

El contagio con VPH se produce por pequeños fragmentos de tejido infectados que penetran a través de micro abrasiones producidas como consecuencia del traumatismo durante el coito, penetra inicialmente en las células del extracto basal, los viriones pierden su involucro proteico y el genoma viral llega al núcleo de la célula.

Histológicamente se reporta hiperplasia del estrato basal, acantosis, y alteraciones histopatológicas como presencia de halo coloitico, picnosis o aumento y homogenización de la cromatina nuclear.²

La infección por VPH se clasifica en⁶:

- a) LATENTES: o asintomáticas, no hay lesiones visibles, solo son detectadas por pruebas de biología molecular, los pacientes tienen tejido clínico e histológicamente normal
- b) SUBCLINICAS: Son lesiones acetoblancas, visibles a la colposcopia posterior a la aplicación de ácido acético, o bien al realizar penoscopia. La única diferencia entre estas y las lesiones clínicas es la magnitud macroscópica, ya que histológicamente son iguales

- c) CLINICAS: Se manifiestan como condilomas acuminados.⁷ Las zonas de mayor frecuencia son en mujeres: labios menores y vestíbulo. En el hombre: glande, prepucio, y surco balanoprepucial ⁶

HISTORIA:

Los condilomas acuminados de los genitales externos, eran conocidos desde los tiempos antiguos, ya descritos con precisión por griegos y romanos.

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos de Celso (25 D.d.C), en los textos del siglo XV los consideran signos de sífilis pero fue hasta 1793 que Bell reconoció que no tenía relación con la sífilis, el origen viral de las verrugas lo postulo Ciuffo en 1907 y Strauss en 1949 identifico al virus.

La transmisión sexual de las verrugas fue a firmada por Barret y Colaboradores en 1954. En 1956 fue acuñado el término de “atipia coilocitica” por Hoss y Durffe.

Papanicolaou fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas con el término de “halo perinuclear” en 1960.

En 1969 Almeida señalo la heterogeneidad de los tipos de VPH y Meisels postulo al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de VPH en 1976, en ese mismo año Della Torre con el advenimiento de la biología molecular se permitió superar la imposibilidad de cultivar este virus y condujo al establecimiento de la heterogeneidad genética de los papilomas, lo que condujo a Gissman, Pfiter y Zur Hausen a identificar 4 tipos diferentes de VPH en el periodo de 1981-1984; el 6 y 11 que están asociados a neoplasias benignas (condilomas acuminados) y los tipos 16 y 18 asociados a cáncer de cuello uterino.

Fue en 1983 se relaciono al VPH con cáncer, cuando Durst identifico Acido Desoxirribonucleico de VPH en Cáncer cervical⁷

Actualmente se tienen identificados más de 100 tipos de virus. Los tipos 6,11, son los más comunes en condilomas acuminados y están asociados a lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado. Los tipos 16,18, 31, 33 y 45 son de alto riesgo, prevalecen en

lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y cáncer cervicouterino invasor. El virus 16 es de alto riesgo y se ha encontrado en el 50% de los casos de cáncer cervicouterino.⁶

Se considera que entre el 5% y 20% de todas las mujeres en edad fértil (15-49 años) tienen VPH⁸ y que 30% de ellas con actividad sexual están infectadas, del 25% al 65% de las personas que han tenido contacto sexual con una persona infectada la adquieren.⁷

Los hombres pueden contraer el VPH a través del contacto directo genital; esta familia de virus rara vez causa problemas de salud severos en pacientes hombres inmunocompetentes; aunque existe correlación con el carcinoma escamocelular este es de observación infrecuente en pene, en cambio adquiere importancia significativa en la mujer. Es difícil estimar la incidencia de la infección por VPH en hombres, ya que no se han hecho estudios a gran escala. Esta infección puede prevenirse, una vez instalada no es curable y es contagiosa.

Con la colaboración de la penescopía como método de cribado, se pueden detectar lesiones subclínicas, imperceptibles a la observación simple y permite avanzar en métodos de diagnóstico más complejos (estudios histopatológicos y/o de biología molecular) e implementar prevención para evitar la diseminación a sus parejas sexuales. Considerando que la infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, es necesario informar sobre sus riesgos y prevenirla evitando la promiscuidad y promoviendo el uso de métodos de barrera, preservativo, esenciales para su control.⁹

La relevancia de esta infección radica en el impacto que tiene en el sistema de salud, la elevada tasa de morbilidad por cáncer cervicouterino, pero sobre todo es una infección que puede causar a la paciente un importante sufrimiento, físico, psicológico y sexual, que probablemente le va a generar rechazo a su pareja o de su pareja, ocasionando crisis en el holon conyugal, que llevara a una disfunción en la dinámica familiar.

Es por esto la importancia de estudiar el sentir, el pensar, el vivir de las mujeres infectadas, y como esto repercute en la relación con su pareja; porque esta infección de transmisión sexual es de las más frecuentes en el mundo e imposible de erradicar, y a pesar de todo esto no hay estudios que se enfoquen o se hayan enfocado a estudiar a las pacientes con Condilomatosis genital desde el punto de vista biopsicosexual.

La falta de información adecuada sobre el VPH puede fomentar el desarrollo de las concepciones erróneas que, a su vez, pueden tener un impacto negativo en el comportamiento de la portadora del VPH, así como las personas que forman parte de su entorno social y familiar. Estas ideas erróneas en la mayoría de los casos se basan en elementos culturales tales como creencias, mitos y tabúes que tienen gran significad para el individuo. Y estos pueden representar un obstáculo importante para los profesionales de la salud¹⁰

En el 2008 en Sau Paulo Brasil se realizo un estudio: **Ser Mujer Portadora de VPH: enfoque cultural**, que revelo que durante las entrevistas a las pacientes se identifico un gran temor por parte las pacientes a ser discriminadas y rechazadas, sienten vergüenza de que crean que son promiscuas, temor de ser rechazadas por su pareja, sentimiento de decepción a la pareja, tristeza de no ser considerada digna la familia, sufren miedo a la muerte, y al rechazo afectivo y social. Es por eso que algunas pacientes recurren a no hablar del tema por temor a ser rechazados o discriminados por la familia y amigos, este comportamiento representa el sentimiento de tabú vinculado al VPH, que surge como resultado de una falta de información acerca de la enfermedad y por los valores culturales de la paciente y/o de la comunidad a la que pertenecen¹⁰.

Es por todo esto que es de suma importancia la educación sexual que tiene como objetivo no solo la prevención de enfermedades de Transmisión sexual, si no la promoción de la concientización en las mujeres acerca de lo que es Verdadero o Falso respecto a la infección por VPH.

El camino que tiene que recorrer la paciente con condilomatosis es difícil ya que pueden cursar con cuadros de remisión y exacerbación, es por eso que las pacientes merecen ser atendidas no solo físicamente sino psicosexualmente para que puedan a pesar de la enfermedad retomar su vida.

MARCO TEORICO:

En los últimos 3 años se cuentan con 3 estudios: **Frecuencia de Apoyo y Disfunción Conyugal en pacientes infectadas por Virus del Papiloma Humano del Hospital de Gineco- Pediatría 3-A del IMSS** ¹¹ realizado en el año 2008 que abarco 318 pacientes todas con datos de infección por VPH por clínica y corroborado por biopsia, cuyas conclusiones fueron:

La funcionalidad conyugal se percibió en un 70.4% como funcional, moderadamente funcional en el 24.2%% y disfuncional en el 5.3%. Dentro de la funcionalidad se detectó que el área más afectada era la sexual con un 58.49%. La percepción de apoyo por parte de la pareja solo lo perciben el 60.3%% de las pacientes, el resto del 39.3% refiere que no tiene ningún tipo de apoyo.

Por lo que sí existe afectación de la funcionalidad conyugal y la percepción de apoyo de la pareja en las mujeres infectadas por el VPH, por lo que es importante continuar evaluando las implicaciones familiares y sobretodo en el ámbito conyugal, para determinar si el proceso infeccioso es el causante directo de la disfunción.

Basándose en dichas conclusiones se realiza el segundo estudio: **Infección por Virus Papiloma humano como factor de riesgo para alteraciones en la funcionalidad y apoyo conyugal** ¹², realizado en el mismo hospital en el periodo comprendido de febrero 2009 a junio del 2009 en una población de 292 pacientes, de las cuales 146 eran los casos: pacientes con VPH y 146 no casos (pacientes con otras patologías ginecológicas) se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a la funcionalidad conyugal se encontró en un 69% en las pacientes con VHP y en un 91.1%% en las pacientes sin VPH.

El apoyo conyugal se encontró en el 65.1% en las pacientes portadoras de VPH y de 91.8% en las pacientes sin VPH, por lo que se concluyó que el padecer infección por VPH afecta la funcionalidad y el apoyo conyugal cinco veces más que en mujeres que padecen otras patologías ginecológicas, ya que el modo de transmisión de esta enfermedad, pone en conflicto a las parejas, porque la mayoría de estas relaciona el modo de infección a la infidelidad de alguno de ellos, esto trae consigo problemas de comunicación, confianza y

problemas en cuanto a la expresión de la sexualidad, creando un distanciamiento entre ellos y por ende disfunción de la pareja.

El tercer estudio denominado: **Aspectos Psicológicos de la Mujer con Infección por Virus de Papiloma Humano**¹³ realizado en dicho hospital de diciembre del 2007 a abril del 2008 con una muestra de 75 pacientes portadoras de VPH, empleando los indicadores de ansiedad, función sexual y adherencia terapéutica, se obtuvieron los siguientes resultados: el 68% presento miedo-angustia, el 18.7% manifestó miedo al cáncer cervicouterino, solo el 4% coraje contra su pareja y el 5.3% culpa por haber tenido más de una pareja sexual. Respecto al apoyo de la pareja el 18.7% sufrieron rechazo de su pareja e incluso las culparon de haber adquirido la infección por haber tenido otra/s pareja/s sexual/es, el 80% de las pacientes tuvieron el apoyo de su pareja.

En cuanto a las relaciones sexuales el 44% continuaron con relaciones sexuales de manera normal, el 26.7% se redujo en la frecuencia, el 28% las suspendieron y el 1.3% no tiene relaciones sexuales (por ser viuda). Respecto a la relación laboral el 40% no laboraba, y el 60% que si laboraba el 42.7% no mencionaron tener VPH en su trabajo, el 14.7% que si lo menciono recibió apoyo y el 2.7% que lo menciono sufrió rechazo en su ambiente laboral.

Dentro de las conclusiones del estudio se menciona que con el estilo de vida de hoy: liberal, dinámico y cambiante, también tiene cabida el amor, para disfrutarlo plenamente, debemos entender el amor como una experiencia personal que comparten 2 seres que se respetan y protegen su individualidad como el más preciado de sus atributos.

A nivel internacional, también contamos con estudios realizados sobre este importante problema de salud pública; en el año 2004 en Sao Paulo Brasil se realizó un estudio:

La infección por VPH: Inseguridad y Desafíos¹⁴ en donde se detectó 2 problemáticas en torno a las mujeres infectadas:

1.- Reacciones Emocionales

2.- Repercusiones en la Relación

Ya que detrás de un diagnóstico clínico hay toda una serie de repercusiones para la mujer portadora de VHP así como para su pareja, es por eso que el aspecto sexual también se ve afectado. La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social.

1.- Reacciones Emocionales: las detectadas fueron:

- a) **Miedo y preocupación:** Para muchas pacientes el miedo es la emoción negativa más común; el temor a no ser curada se manifiesta en la fase del diagnóstico, y durante el tratamiento. El saber que el VPH tiene implicación para la génesis de cáncer cervicouterino, se revela como una fuerza destructiva, una enfermedad invasiva y en silencio, lo que crea dificultades para compartir el sufrimiento con la familia y amigos. Al ser una enfermedad de transmisión sexual se plantea la cuestión de la fidelidad, y la conducta sexual. Si la mujer ha tenido otras parejas anteriores pueden ver a la enfermedad como un castigo o sanción por haber cometido adulterio.
- b) **Tristeza e impotencia ante la cura:** La tristeza se manifiesta ante la posibilidad de recurrencia, ya que no se puede dar un pronóstico preciso de la enfermedad.
- c) **Sorpresa:** Se manifiesta como una forma de ignorancia de la existencia de la enfermedad y como una demostración de la impotencia ante la misma, lo cual hace más vulnerables psicológicamente a las mujeres afectadas.
- d) **Sentirse traicionadas, con culpa, e ira:** Cuando se diagnostica la infección una de las primeras reacciones es el enojo, ya que se ve implicada la fidelidad de su pareja. La ira se expresa a través del rechazo, ya que su pareja le recuerda la infidelidad, el sufrimiento y la decepción. La infección por VPH interfiere en la relación de los 2, porque se produce un conflicto que deriva a la pregunta ¿Quién infectó a quién?, lo que los puede llevar a depresión, a sentimientos de impotencia, vergüenza y culpa.
- e) **Indiferencia ante el diagnóstico :** se puede atribuir a una forma de ignorancia de la enfermedad, o a una inadecuada asimilación de la importancia de esta infección al momento del diagnóstico.

2.- Repercusiones en la Relación: Se observó que la relación marital se ha modificado después del diagnóstico en:

- A. **Cambio de la Actitud en la Relación de Pareja:** La mujer se siente como la víctima de la conducta de su marido. La relación de pareja se basa en la confianza mutua, al verse la infidelidad como posibilidad se establece la desconfianza, lo cual nos lleva a cambios de comportamiento de ambos. Otra situación que surge es la disminución de la actividad sexual, para la cual el hombre se sentirá muy molesto ya que esto repercute en su autoestima. Al saberse la pareja infectada por el VPH puede ocasionar disfunción sexual, y sufrimiento emocional por la sospecha de haber sido traicionados por la pareja.
- B. **Separación:** la infidelidad puede ser inquietante, desconcertante y capaz de destruir la relación, no necesariamente por motivos sexuales, pero si por las mentiras que lo rodean
- C. **Sin interferencia en la Relación:** a pesar de la incertidumbre y la tensión, las parejas pueden tomar la situación con madurez sin que nadie acuse a nadie.
- D. **Negación:** Puede ser que la pareja decida vivir con el estigma de la enfermedad, sin exponer las heridas causadas por la enfermedad y así evitar cualquier comentario, crítica, opinión, etc.

Actualmente EL vph provoca reacciones emocionales de las pacientes afectadas van desde la sorpresa al saber que esta infección es un precursor de cáncer, lo cual justifica el temor y preocupación con la que viven, hasta la ira, la culpa y el sentirse traicionadas. La presencia del VPH en la vida marital provoca cambios de actitud, disfunción sexual que nos puede llevar a la ruptura de la relación de pareja y a la no aceptación de la enfermedad.¹⁴

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El presente estudio se realizó por el incremento notable de infección de VPH así como sus repercusiones psicológicas, sexuales, familiares y sociales en la mujer portadora de condilomatosis.

Tomando en cuenta que el Ser humano es un ente biopsicosocial, se analizara en este estudio la implicación psicológica, sexual, familiar y social de las mujeres con diagnóstico de Condilomatosis por VPH, y cuál de estos 4 aspectos es el más afectado.

Es por esto que es necesario conocer de qué manera repercute de forma individual, de pareja, familiar y social el diagnostico de Condilomas acuminados, para así poder ofrecer estrategias para tratar no solo a la mujer desde el ámbito clínico, si no también orientarla y apoyarla desde el punto de vista psicológico, sexual, familiar social, ya que el ser humano es holístico y como médicos familiares nos debe de interesar todo el entorno del paciente.

Pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES QUE AFECTAN A LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO- PEDIATRIA 3A DEL IMSS?

III.- JUSTIFICACION:

Se estima que el VPH es el responsable de aproximadamente 500,000 casos de cáncer cervicouterino y 275,000 de estos casos mueren en todo el mundo cada año¹⁵

El VPH es una de las infecciones más comunes en las mujeres, el cuadro clínico es variable, periodos en los que la infección es latente y otros en los cuales se exacerban las lesiones, con los avances de la biología molecular ha cambiado el diagnóstico y la tipificación han modificado su tratamiento⁷

A pesar de todos los avances científicos aún no se cuentan con técnicas exactas para detectar la infección en los varones y en su pareja sexual, ya que la mujer no solo lleva un riesgo más para el desarrollo de lesiones premalignas y cáncer de cérvix, sino que también soporta, por desgracia, la suma de temores por la desinformación que se tiene al respecto de la enfermedad.⁶

La Condilomatosis Genital es una forma clínica de la infección por VPH, visible, tangible, que puede ser causa de depresión, de rechazo a sí misma, de discriminación por parte de la pareja, conflictos conyugales en el que la Infidelidad juega un papel muy importante.

El Ser humano es biopsicosocial, es por eso cuando está ante una crisis paranormativa, que en este caso es la Infección por VPH, todo su entorno se ve afectado, es por esto que el objetivo de este estudio es determinar cuál es el área más afectada en las mujeres portadoras de condilomatosis si su entorno familiar (mediante la determinación de su funcionalidad familiar y satisfacción conyugal) sexual (abordando por medio de un instrumento la satisfacción sexual), el psicológico (evaluando si presentan alteración en su autoestima o depresión) y el Social, en base a los resultados poder ofrecer estrategias para poder abordar estas repercusiones que tanto marcan y/o cambian el sentir, el pensar, el actuar de las mujeres portadoras de VPH

IV.- OBJETIVOS:

Objetivo General:

Identificar los aspectos psicológicos, sexuales, familiares y sociales de las mujeres portadoras de condilomatosis genital por VPH en el hospital de Gineco-Pediatría 3-A del IMSS

Objetivos Específicos:

- a.- Identificar la presencia de Baja Autoestima y/o Depresión como principales repercusiones psicológicas en la mujer con diagnóstico de condilomatosis
- b.- Investigar el porcentaje de mujeres Insatisfechas Sexualmente a consecuencia de la infección
- c.- Determinar el grado de Funcionalidad Conyugal de las pacientes afectadas
- d.- Evaluar el grado de Funcionalidad Familiar en las pacientes portadoras de la infección.
- e.- Determinar el grado de apoyo social percibido por las pacientes.
- f.- Determinar cuál de los 4 aspectos a investigar (psicológico, sexual, familiar y social) es el más afectado.
- g.- Identificar en que grupo etareo es más frecuente en la infección por Condilomatosis
- h.- Identificar en cuantas mujeres su pareja actual o alguna de sus parejas previas tenían condilomas genitales visibles.
- i.- Determinar el porcentaje de mujeres que además de la Condilomatosis en genitales externos también presentaban lesión acetoblanca por VPH en Cérvix al momento del diagnóstico inicial

V.- HIPOTESIS DE TRABAJO

EL ASPECTO PSICOSEXUAL ES EL MAS AFECTADO EN LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH

VI.- SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:

1.- CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO: El estudio se realizó en la Zona Norte de la Ciudad de México, en un hospital que corresponde a 2do nivel de atención que es el Hospital de Gineco - Pediatría 3-A, del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional y Avenida Colector 15 s. /n. Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, D. F.

Conmutador: 57 47 35 00

En el área de la Consulta Externa del Servicio de Displasias, en el turno matutino y vespertino. Las pacientes son enviadas de sus UMF las cuales son de acuerdo a su área de influencia, procedentes de las Unidades de Medicina Familiar: 2, 3, 5, 6, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 23, 29, 33, 37, 40, 41, 44, 49, y 94.

2.- DISEÑO:

2.1.- TIPO DE ESTUDIO:

- **POR EL CONTROL DE LA MANIOBRA A EXPERIMENTAR: OBSERVACIONAL**
- **POR LA MEDICION DEL FENOMENO: TRANSVERSAL**
- **POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL: DESCRIPTIVO**

2.2.- GRUPOS DE ESTUDIO:

- El grupo de estudio lo integraron, mujeres derechohabientes del IMSS con diagnostico de Condilomatosis Genital.

Características del grupo de estudio: Fueron todas las mujeres con diagnóstico de Condilomatosis genital, que cumplieron con los criterios de inclusión

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todas las pacientes con diagnóstico de Condilomatosis genital
- Edad entre 18 y 60 años
- Que no tengan enfermedades crónico degenerativas agregadas
- Que su estado civil sea Casada o en Unión libre
- Que sean derechohabientes del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que tenga diagnóstico y tratamiento previo por VPH
- Que la paciente no acepte participar en el estudio
- Paciente sin pareja Estable

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- ✓ Paciente que no conteste al 100% el cuestionario.

2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra fue determinado por un grupo de mujeres con diagnóstico clínico de condilomatosis genital por VPH, que queda acentuada en el expediente, por medio de EPINFO 6.

Tamaño poblacional: 12 225

Prevalencia esperada: 14.5%

Nivel de confianza: 95%

Peor Resultado: 18

Total de tamaño de muestra: 225

2.4.- VARIABLES:

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escalas de Medición	Pruebas Estadística
Tiempo de evolución	Lapso en meses o años con presencia de verrugas en genitales externos causados por VPH	Se obtendrá del interrogatorio directo	Cuantitativa continua	Media y moda
	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escalas de Medición	Pruebas Estadísticas
Funcionalidad Conyugal	Es el estado de satisfacción y/o acercamiento emocional en la vida de pareja	Se valorara por medio del instrumento: FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE CHAVEZ Y VELAZCO ¹⁶ . Que de acuerdo a su puntaje obtenido clasifica a las parejas en 1.- Parejas Funcionales 2.-Parejas Moderadamente Disfuncionales 3.- Parejas Gravemente disfuncionales.	Cualitativa ordinal	Frecuencia Porcentajes
Funcionalidad Sexual	Una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las relaciones	Se retomara el cuestionario de FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE CHAVEZ Y VELAZCO ¹⁶ . Pero solo los ítems relacionados con la satisfacción sexual los cuales nos determinara:	Cualitativa ordinal	Frecuencia porcentaje

	sexuales.	1.Gravemente Disfuncional 2.- Moderadamente Disfuncional 3.- Funcional		
Funcionamiento Familiar	Grado de satisfacción respecto a las funciones familiares.	Se valorara por medio del instrumento de FACES III ¹⁷ que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar	Cualitativa Nominal	Frecuencia y Porcentajes.
Apoyo Social Percibido	Es la conexión social que tiene el individuo con otros seres significativos de su entorno social. El individuo se siente conectado de manera fiable con otros	Se valorara por medio del Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Duke-UND ¹⁸ Y nos determina si la paciente cursa con: 1.- Apoyo 2.- Apoyo Regular 3.- Sin Apoyo	Cualitativa	Porcentaje
Aspecto Psicológico				
+ Depresión	El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el estado ánimo, y la manera de pensar del entorno, y de uno mismo.	Se valorara por medio de la Escala de Depresión de Zung ¹⁹ cuyos resultados se interpretan como: Ausencia de Depresión, Depresión leve, moderada y severa. Dependiendo del puntaje obtenido.	Cualitativa ordinal	Frecuencia Porcentaje
+ Autoestima	Es la percepción emocional	Se valorara por medio de la Escala de Autoestima de Rosenberg ²⁰ , cuyos resultados se evalúan como baja autoestima,	Cualitativa ordinal	frecuencia Porcentaje

	profunda que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo.	autoestima estable y alta autoestima.		
--	---	---------------------------------------	--	--

SOCIODEMOGRAFICAS

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escalas de Medición	Pruebas Estadísticas:
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se medirá en años cumplidos, al aplicar el cuestionario. Y se Agruparan en intervalos: a) Menor 20 años b) 21 – 30 años c) 31 – 40 años d) 41 – 50 años e) 51 – 60 años	Cuantitativa numérica continua	Media y Desviación estándar
Estado civil	Condición de un individuo respecto a sus relaciones con la sociedad	Se obtendrá mediante el Cuestionario y se clasificara en: a) Casada b) Unión Libre c) Soltera	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje
Ocupación	Condición de un individuo que presta un servicio, actividad o función dentro de una empresa o institución para recibir a cambio un pago monetario	Se obtendrá del Cuestionario, se clasificara en: a) Profesional b) Empleada c) Ama de casa	Cualitativa Nominal	Frecuencia Porcentaje
Escolaridad	Nivel de estudios	Se obtendrá mediante	Cualitativa	Frecuencia

	alcanzados	la pregunta directa en el cuestionario y se clasificara: 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Carrera Técnica 4.- Bachillerato 5.- Profesional	ordinal	Porcentaje
--	------------	--	---------	------------

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escalas de Medición	Pruebas Estadísticas:
IVSA	Edad a la cual la paciente comienza con su actividad sexual	Se obtendrá de preguntar a las pacientes a qué edad tuvieron su primera relación sexual	Cuantitativa	Media y Desviación Estándar
NPS	Numero de compañeros sexuales que han tenido desde que inicia su vida sexual activa hasta la fecha del estudio	Se obtiene de preguntar a la paciente cuantos compañeros sexuales ha tenido hasta la fecha del estudio	Cuantitativa	Media y Desviación Estándar
Tiempo de Aparición de las lesiones	Tiempo que ha transcurrido desde que noto la salida de la primera lesión hasta su corroboración por biopsia	Se preguntara a la paciente el tiempo transcurrido desde que apareció la primera lesión hasta la fecha del estudio en meses	Cuantitativa Continua	Media y Desviación Estándar.

2.5 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital de Gineco- Pediatría 3-A, En el área de la Consulta Externa del Servicio de Displasias, en el turno matutino y vespertino en el periodo comprendido entre Abril a mayo del 2011. Con pacientes con diagnóstico clínico de Condilomatosis Genital, que acudieron referidas de su UMF y que cumplieron los criterios de inclusión.

Se realizó con el apoyo de la Dra. Silvia Angélica Gordillo Rodríguez que es especialista en Ginecoobstetricia e Instructora Clínica en Colposcopia de dicho Hospital.

El estudio está determinado por un grupo de mujeres portadoras de Condilomatosis Genital secundaria a la infección por Virus del Papiloma Humano con alteración en el ámbito psicológico determinado por autoestima y depresión, en el área sexual y apoyo conyugal evaluada con la escala de funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco, el apoyo social determinada con la escala de apoyo social percibido de Duke y Funcionalidad Familiar evaluada con FACES III.

Una vez captada a la paciente con el diagnóstico clínico de Condilomatosis por VHP:

1. Se le explico a la paciente en qué consiste el estudio y si desea participar
2. Después de aceptar se le dio a firmar el consentimiento Informado, explicando la importancia de este documento
3. Previo Consentimiento informado, se aplicaron las encuestas que evaluaron: Funcionalidad conyugal, satisfacción sexual, Funcionamiento familiar, Presencia de depresión y/o baja autoestima y Apoyo social percibido para lo cual se emplearon los siguientes instrumentos.

INSTRUMENTOS DE APLICACION:

a) FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE CHAVEZ Y VELAZCO:

Es un instrumento que valora a través de una escala cuali-cuantitativa la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, dando un valor numérico de 0, 5 y 10 según el grado de satisfacción

para cada pregunta, realizando la sumatoria de puntos y comparándola con una escala preestablecida en la que un valor de 0 a 40 puntos hablaba de parejas gravemente disfuncionales, valores entre 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncionales y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales¹⁶

b) FACES III

Es un instrumento creado por Olson y cols evalúa la manera en que se encuentra la cohesión y la adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento y clasifica a las familias en 3 categorías: balanceada, en rango medio y extremas, se ha establecido que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción¹⁷

Se realiza un cuestionario de 20 preguntas la cual recibe un puntaje de 5 a 1, las cuales se suman y dan como resultado el grado de cohesión y adaptabilidad.

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
NO RELACIONADA	10 A 34
SEMIRELACIONADA	35 A 40
RELACIONADA	41 A 45
AGLUTINADA	46 A 50

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
RIGIDA	10 A 19
ESTRUCTURADA	20 A 24
FLEXIBLE	25 A 28
CAOTICA	29 A 50

c) CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE DUKE-UNC¹⁸

Consta de 11 ítems, es un reflejo del apoyo social recibido a menor puntuación menor apoyo

d) ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG¹⁹

La Escala de Depresión de Zung es un cuestionario autoaplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Interpretación del Resultado:

Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

Puntos de corte	
≤ 28	Ausencia de depresión
entre 28 y 41	Depresión leve
entre 42 y 53	Depresión moderada
≥ 53	Depresión grave

d) ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG ²⁰

Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Se considera como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos, con una desviación estándar determinada de acuerdo al sexo. Los valores superiores nos indican una autoestima muy alta y los valores por debajo una autoestima baja.

4. Se recabara la información obtenida
5. Se calificaran los instrumentos de acuerdo a cada uno de ellos
6. Se arrojaran los resultados

2.6.- ANALISIS ESTADISTICO.

Se utilizara estadística descriptiva:

- 1.- Para el análisis de las variables cuantitativas se emplearan medidas de Tendencia Central como son media, moda, promedio, desviación estándar.
- 2.- Para el análisis de las variables cualitativas se utilizara frecuencia y porcentaje.

La relación de variables será con OR e IC al 95%.

VII.- RESULTADOS

Se realizó el estudio en 225 mujeres portadoras de condilomatosis genital por VHP obteniendo los siguientes resultados:

Edad mínima de 18 años y una máxima de 60 años media de 36.06, con una $DE\pm$ de 9.827 el rango de edad que predominó fue 31-40 años con un 40% (n=90), **el estado civil** que predominó en las mujeres fue Casada con un 64% (n=144), una **ocupación** de empleadas con un 53.3% (n=120), el grado de **escolaridad** fue secundaria con un 26.7% (n=60) y bachillerato con un 25.3% (n=57).

Los **antecedentes Ginecológicos** de las mujeres reportaron: El Inicio de Vida sexual activa fue una edad mínima 12 años y máxima de 37 años, una media de 19.15, con una $DE\pm$ 3.703 y el grupo de edad con mayor porcentaje fue el de 16 a 20 años con un 65.3% (n=147), el 66.7% (n=150) ha tenido 2 o más parejas sexuales durante toda su vida, el 56% (n=126) considera que ha tenido solo 1 pareja sexual confiable. Respecto al tiempo de aparición de las lesiones el 32.9% (n=74) fue entre 7 y 12 meses y fue lo más frecuente, al 37.8% (n=85) se le realizó el diagnóstico entre los primeros 6 meses de aparición de las lesiones. A todas las pacientes se les realizó colposcopia en su consulta de primera vez, en la cual se reportó en el 50.7% (n=114) sin lesión acetoblanca a nivel de cérvix. Solo el 13% (n=30) de las parejas de las pacientes presentaban lesión visible en genitales.

El **perfil psicológico** arrojó los siguientes resultados: el 73.8% (n=166) presentó Autoestima Normal, el 95.6% (n=215) tienen algún grado de Depresión, el 48% (n=108) depresión leve y el 47.6% (n=107) depresión moderada.

La **funcionalidad de la pareja** fue funcional en el 70.2% (n=158), la **funcionalidad sexual** está moderadamente disfuncional en el 54.7% (n=123), respecto a la **funcionalidad familiar** el grado de cohesión fue semirelacionada con un 34.7% (n=78), en la adaptabilidad de Flexibilidad en un 32.4% (n=73) y estructurada en el 32% (n=72).

El **perfil Social** de la población reportó que el 50.2% (n=113) cuenta con apoyo social.

Se relacionaron variables en forma descriptiva principalmente para encontrar las **características de la funcionalidad conyugal**. Las mujeres con una relación de pareja **gravemente disfuncional** son las siguientes : el 57.1% (n=8) pertenecía al grupo de edad entre 31 a 40 años, el 64.3% (n=9) su estado civil fue Unión libre, el 85.7% (n=12) eran empleadas, la escolaridad fue bachillerato con el 42.9% (n=6), con inicio de su vida sexual entre los 16 a 20 años en un 71.4% (n=10), el 78.6% (n=11) había tenido 2 o más parejas sexuales, el 50% (n=7) considero tener 1 pareja sexual confiable, respecto al tiempo de aparición de las lesiones se presentaron entre los 7 y 12 meses en el 35.7% (n=5), el diagnóstico de la enfermedad se realizó dentro de los primeros 6 meses en el 35.7% (n=5), el 64.3% (n=9) presentaron lesión acetoblanca en el cérvix, y solo el 7.1% (n=1) de las parejas de las pacientes presentaba lesión visible en genitales. En cuanto a los factores psicológicos el 64.3% (n=9) tenían autoestima normal, el 42.9% (n=6) presento depresión moderada. La Funcionalidad Familiar fueron familias No Relacionadas en el 57.1% (n=8) y Estructuradas en el 50% (n=7). El 42.9% (n=6) se percibieron sin apoyo social.

Las pacientes con relación de pareja **Moderadamente Disfuncional** reportaron los siguientes características: el 39.6% (n=21) pertenecía al grupo de edad entre 31 a 40 años, el 67.9% (n=36) su estado civil es casada, el 58.5% (n=31) son empleadas, la escolaridad más frecuente fue bachillerato con el 35.8% (n=19), el inicio de su vida sexual fue en el grupo entre 16 a 20 años en un 71.7% (n=38), el 56.6% (n=30) había tenido 2 o más parejas sexuales, el 64% (n=34) considero tener 1 pareja sexual confiable, respecto al tiempo de aparición de las lesiones se presentaron entre los 7 y 12 meses en el 35.8% (n=19), el diagnóstico de la enfermedad se realizó dentro de los primeros 6 meses en el 34% (n=18), el 50.9% (n=27) no presentaron lesión acetoblanca en el cérvix, y solo el 5.7% (n=3) de las parejas de las pacientes presentaba lesión visible en genitales. En cuanto a los factores psicológicos el 79.2% (n=42) tenían autoestima normal, el 54% (n=29) presento depresión leve. La Funcionalidad Familiar fueron familias No Relacionadas en el 62.3% (n=33) y Flexibles en el 39.6% (n=21). Y el 54.7% (n=29) se percibieron con apoyo social regular.

Las pacientes con relación de **pareja Funcional** reportaron los siguientes características: el 38.6% (n=61) pertenecía al grupo de edad entre 31 a 40 años, el 65.2% (n=103) su estado civil es casada, el 48.7% (n=77) son empleadas, la escolaridad más frecuente fue secundaria con el 27.8% (n=44), el inicio de su vida sexual fue en el grupo

entre 16 a 20 años en un 62.7% (n=99), el 69% (n=109) había tenido 2 o más parejas sexuales, el 53.8% (n=85) considero tener 1 pareja sexual confiable, respecto al tiempo de aparición de las lesiones se presentaron entre los 7 y 12 meses en el 31.6% (n=50), el diagnóstico de la enfermedad se realizó dentro de los primeros 6 meses en el 39.2% (n=62), el 51.9% (n=82) no presentaron lesión acetoblanca en el cérvix, el 16.5% (n=26) de las parejas de las pacientes presentaba lesión visible en genitales. En cuanto a los factores psicológicos el 72.8% (n=115) tenían autoestima normal, el 50.6% (n=80) presento depresión moderada. La Funcionalidad Familiar fueron familias No Relacionadas en el 39.2% (n=62), y caóticas en el 31% (n=49). Y el 61.4% (n=97) se percibieron con apoyo social.

**CUADRO 1.- PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LAS MUJERES CON
CONDILOMATOSIS POR VPH**

VARIABLE	N: 225	%
Edad:		
Menor 20 años	6	2.7%
21 a 30 años	67	29.8%
31 a 40 años	90	40.0%
41 a 50 años	40	17.8%
51 a 60 años	22	9.8%
Media: 36.03 DE: 9.827	Mínima: 18	Máxima: 60
Estado Civil:		
Casada	144	64%
Unión Libre	81	36%
Soltera	0	0%
Ocupación:		
Ama de Casa	78	34.7%
Empleada	120	53.3%
Profesional	27	12%
Escolaridad:		
Primaria	23	10.2%
Secundaria	60	26.7%
Bachillerato	57	25.3%
Carrera Técnica	46	20.4%
Licenciatura	39	17.3%

Gráfico 1. Edad de mujeres con condilomatosis

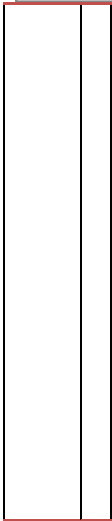
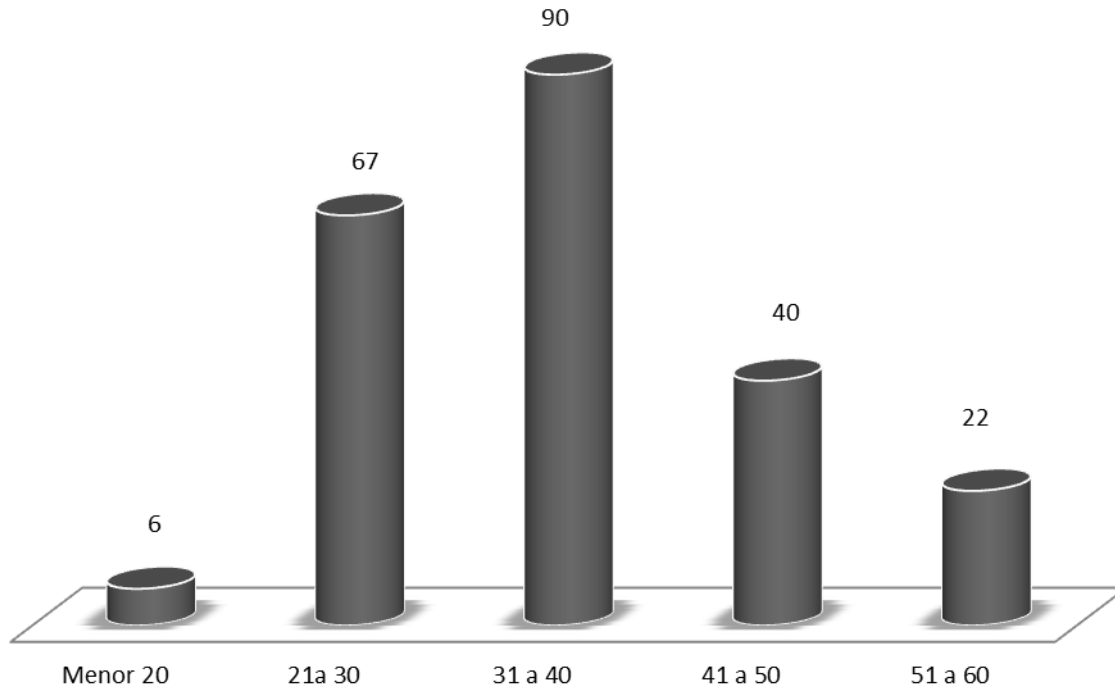


Gráfico 2. Estado Civil

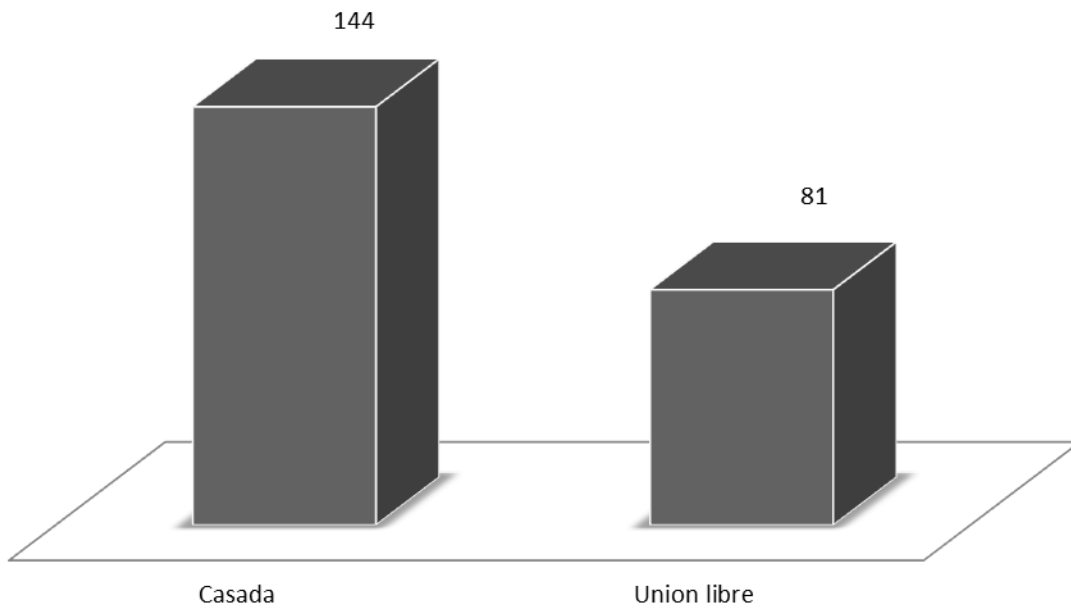


Gráfico 3. Ocupación de las mujeres con condilomatosis

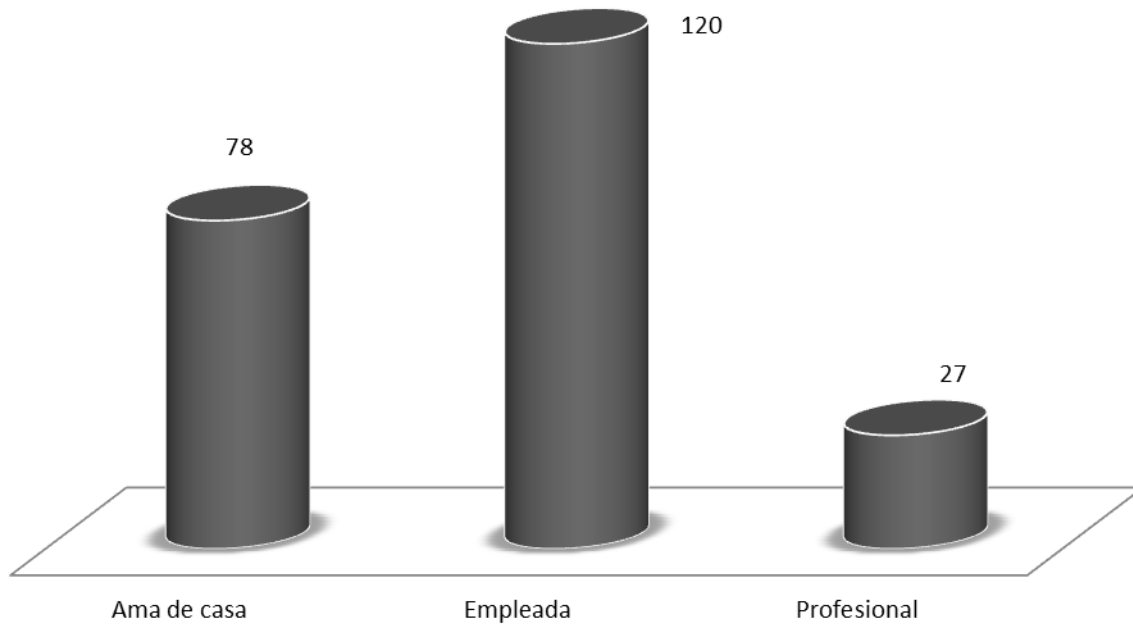
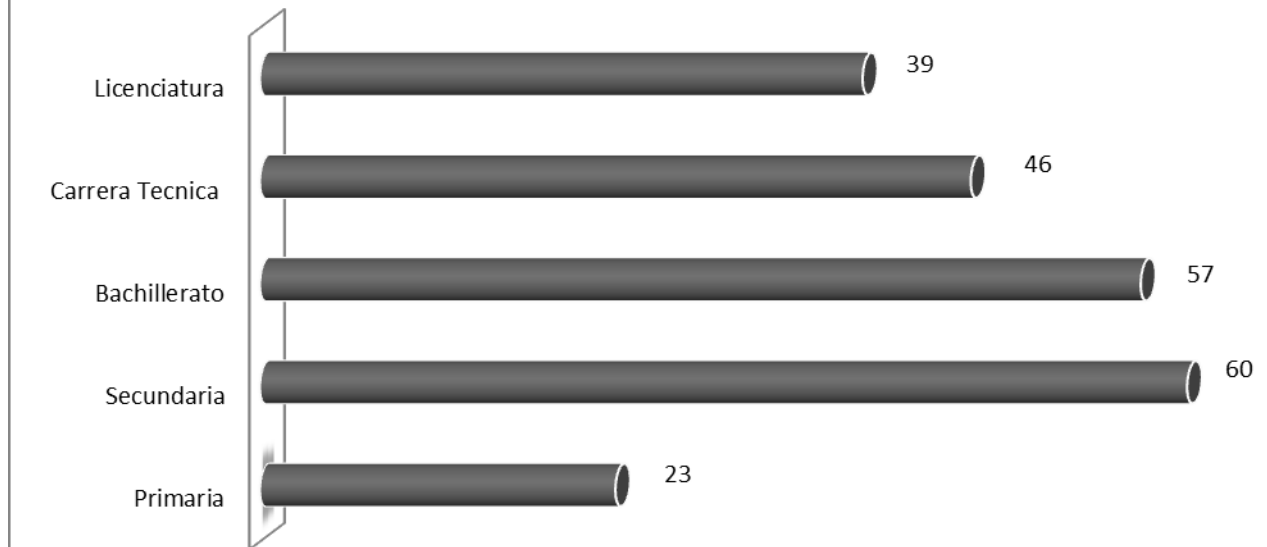


Grafico 4. Escolaridad



CUADRO 2.- ANTECEDENTES GINECOLOGICOS DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS

VARIABLE	N: 225	%
Inicio de Vida Sexual Activa		
< 15	22	9.8%
16 a 20	147	65.3%
21 a 25	40	17.8%
26 a 30	14	6.2%
31 a 35	1	0.4%
36 y mas	1	0.4%
Número de Parejas Sexuales		
1 pareja	75	33.3%
2 o mas	150	66.7%
Número de Parejas Sexuales Confiables:		
Ninguna	2	0.9 %
Una	126	56 %
Más de Una	97	43.1%
Tiempo de Aparición de la Lesión (meses)		
1 a 6	42	18.7%
7 a 12	74	32.9%

13 a 18	45	20 %
19 a 24	29	12.9%
25 a 30	13	5.8%
31 a 36	19	8.4%
37 y mas	3	1.3%
Tiempo de Haberse realizado El Diagnostico (meses)		
1 a 6	85	37.8%
7 a 12	68	30.2%
13 a 18	24	10.7%
19 a 24	21	9.3%
25 a 30	21	9.3%
31 a 36	6	2.7%
Lesión Visible en la pareja:		
SI	30	13%
NO	195	86.7%
Lesión Acetoblanca en Cérvix Al diagnóstico inicial:		
SI	111	49.3%
NO	114	50.7%

Grafico 5.Inicio de vida sexual

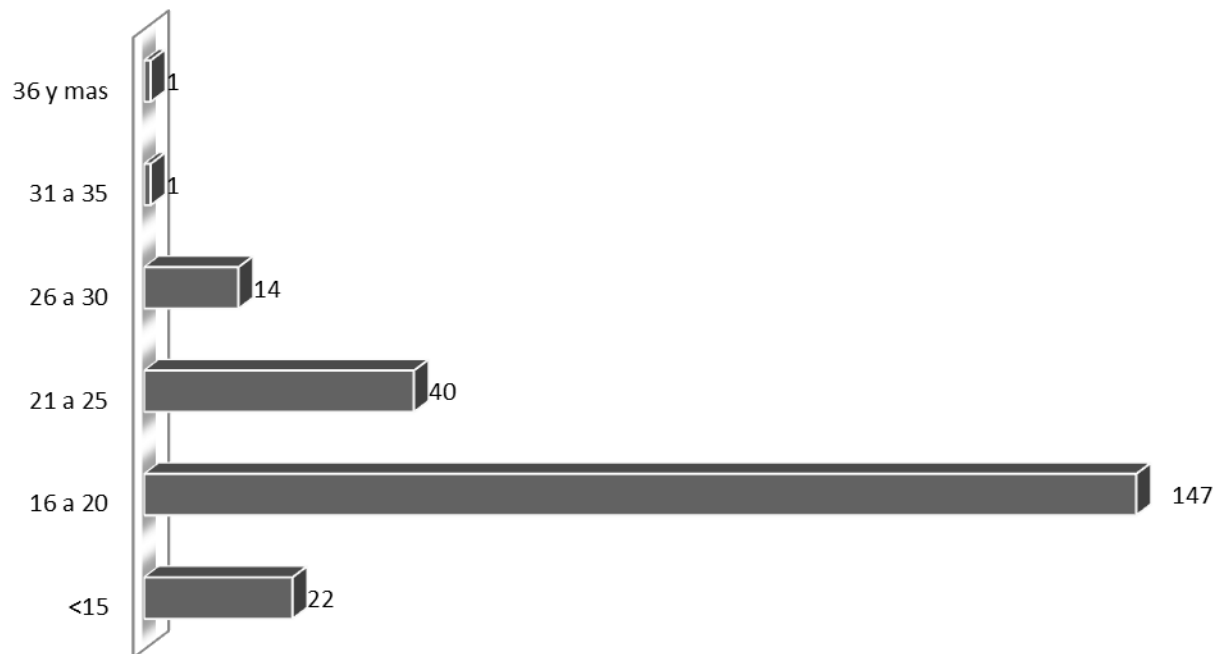


Grafico 6. Lesion Visible en genitales de la pareja

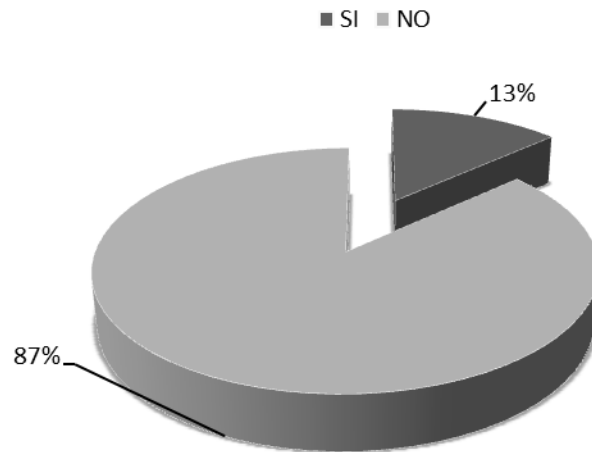
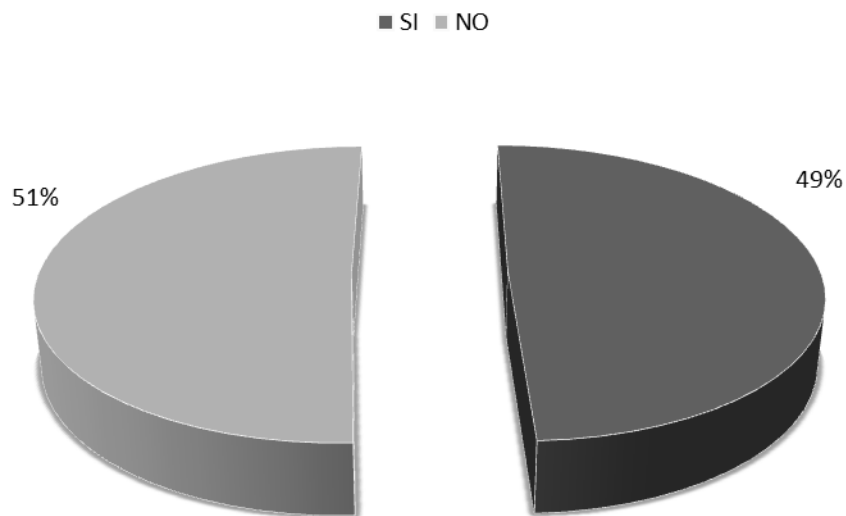


Grafico 7. Lesion Acetoblanca en Cervix



CUADRO 3.- PERFIL PSICOLOGICO DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS POR VPH

VARIABLE	N: 225	%
AUTOESTIMA:		
BAJA	58	25.8%
NORMAL	166	73.8%
ELEVADA	1	0.4%
GRADO DE DEPRESION:		
SIN DEPRESION	2	0.9%
DEPRESION LEVE	108	48%
DEPRESION MODERADA	107	47.6%
DEPRESION GRAVE	8	3.6%

Grafico 8.Autoestima

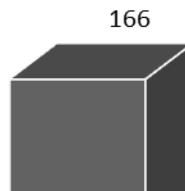
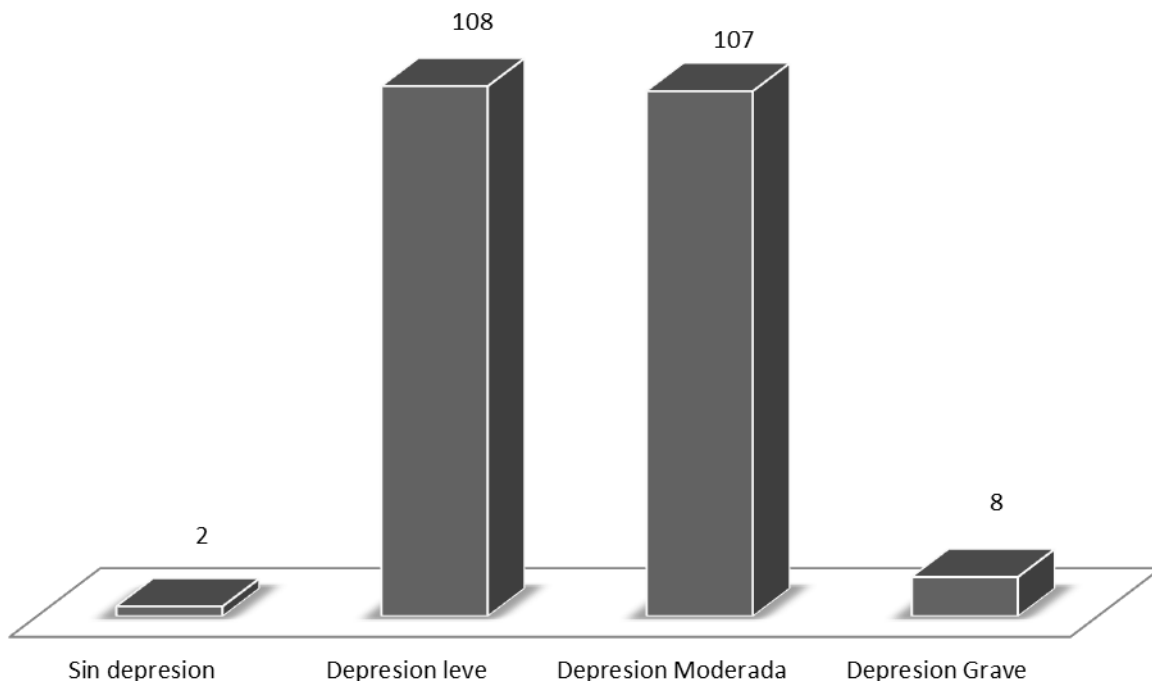


Grafico 9.Depresion



CUADRO 4.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SEXUAL DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS

VARIABLE	N: 225	%
FUNCIONALIDAD PAREJA:		
Gravemente Disfuncional	14	6.2%
Moderadamente Disfuncional	53	23.6%
Funcional	158	70.2%
FUNCIONALIDAD SEXUAL:		
Gravemente Disfuncional	16	7.1%
Moderadamente Disfuncional	123	54.7%
Funcional	86	38.2%
FUNCIONALIDAD		

FAMILIAR:

COHESION:

NO RELACIONADA	69	30.7%
SEMIRELACIONADA	78	34.7%
RELACIONADA	56	24.9%
AGLUTINADA	22	9.8%

ADAPTACION:

RIGIDA	18	8%
ESTRUCTURADA	72	32%
FLEXIBLE	73	32.4%
CAOTICA:	62	27.6%

Grafico 10. Funcionalidad de Pareja

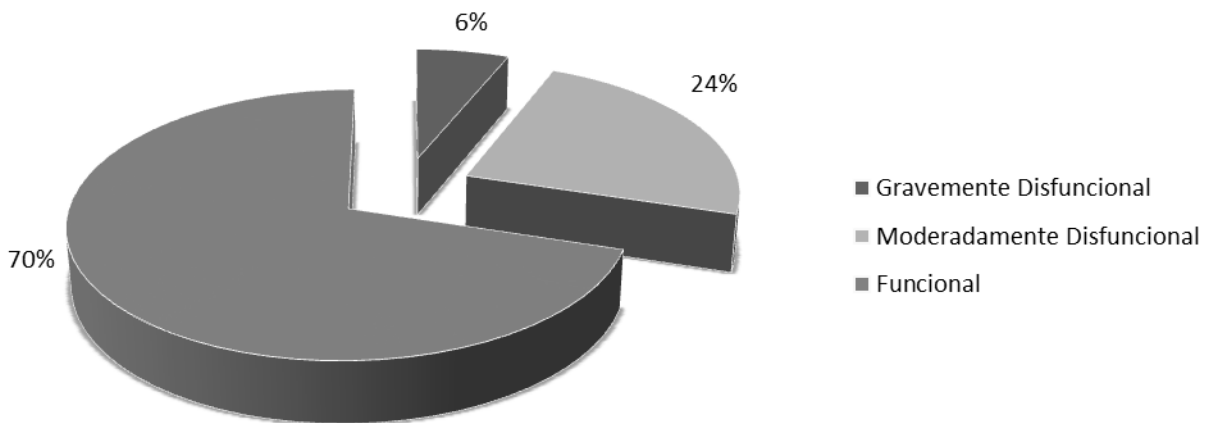


Grafico 11. Funcionalidad Sexual

■ Gravemente Disfuncional ■ Moderadamente Disfuncional ■ Funcional

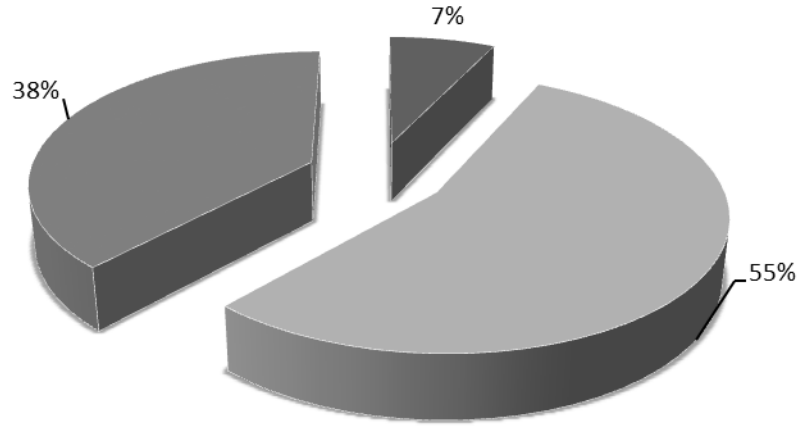


Grafico 12. Cohesion familiar

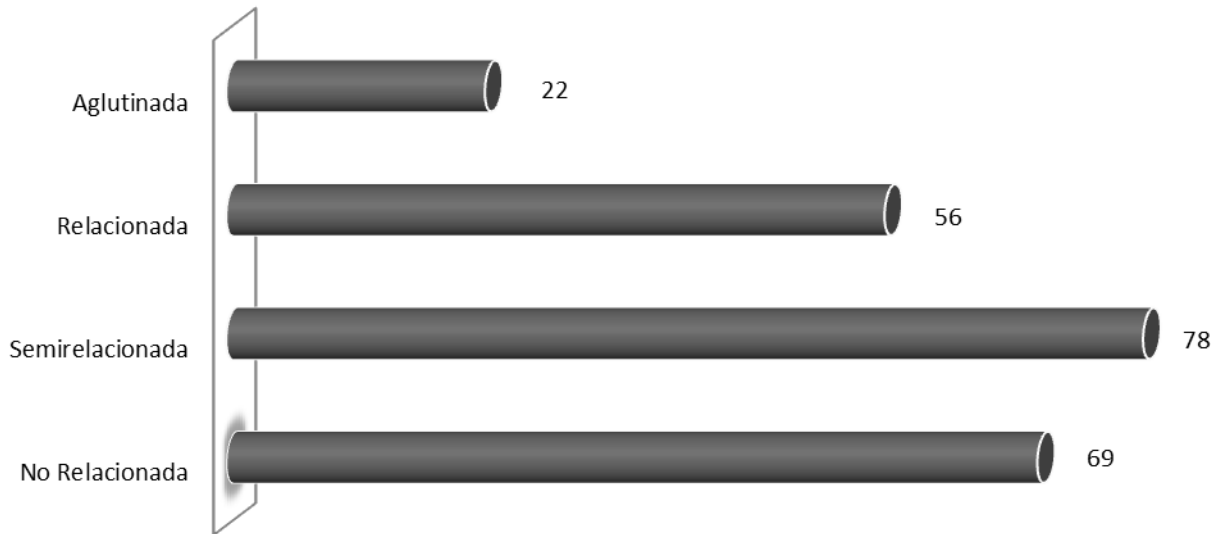
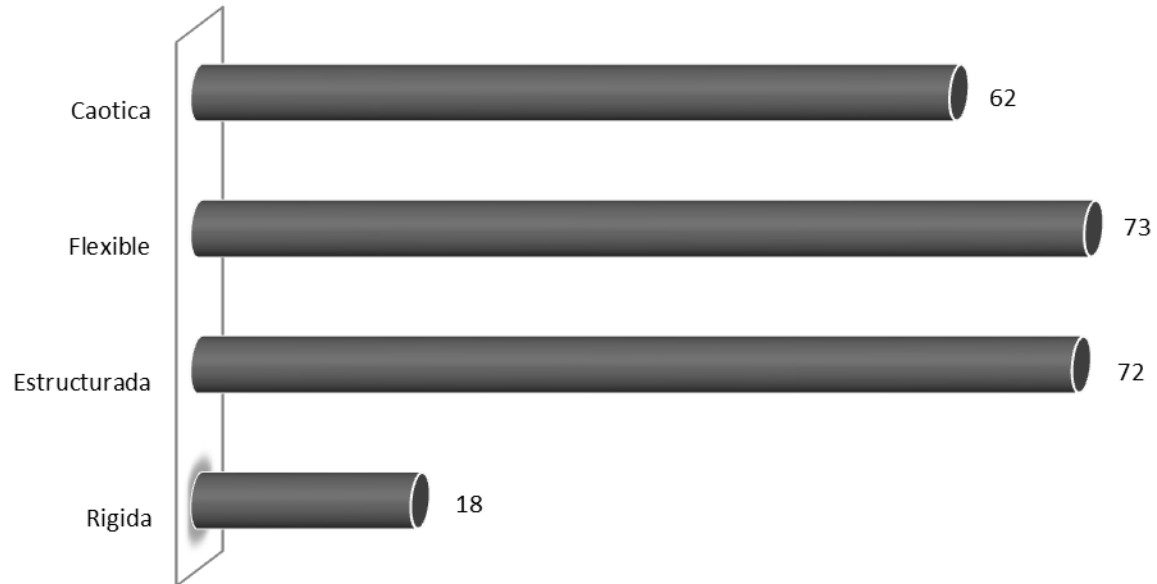


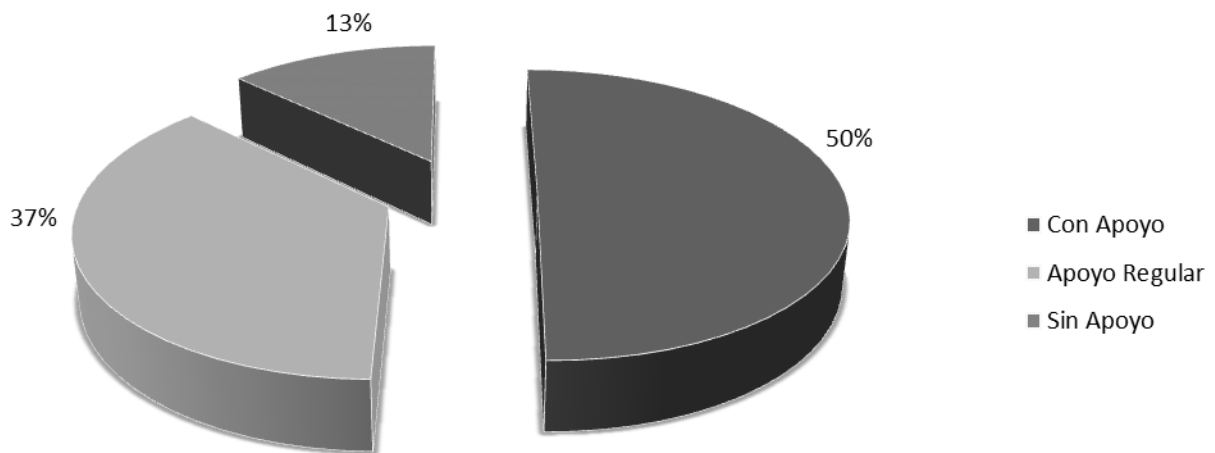
Grafico 13.Adaptacion familiar



CUADRO 5.- PERFIL SOCIAL DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS

VARIABLE	N=225	%
APOYO SOCIAL		
CON APOYO	113	50.2%
APOYO REGULAR	83	36.9%
SIN APOYO	29	12.9%

Grafico 14.Apoyo social



CUADRO 6.- RELACION DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS POR VPH

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	FUNCIONALIDAD CONYUGAL					
	GRAVEMENTE DISFUNCIONAL		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL		FUNCIONAL	
	N=14	%	N=53	%	N=158	%
Edad:						
Menor 20 años	1	0.4%	0	0%	5	3.2%
21 a 30 años	4	28.6%	14	26.4%	49	31%
31 a 40 años	8	57.1%	21	39.6%	61	38.6%
41 a 50 años	1	7.1%	13	24.5%	26	16.5%
51 a 60 años	0	0%	5	9.4%	17	10.8%

Estado Civil:

Casada	5	35.7%	36	67.9%	103	65.2%
Unión Libre	9	64.3%	17	32.1%	55	34.8%
Soltera	0	0%	0	0%	0	0%
Ocupación:						
Ama de Casa	2	14.3%	16	30.2%	60	38%
Empleada	12	85.7%	31	58.5%	77	48.7%
Profesional	0	0%	6	11.3%	21	13.3%
Escolaridad:						
Primaria	2	8.7%	6	11.3%	15	9.5%
Secundaria	2	14.3%	14	26.4%	44	27.8%
Bachillerato	6	42.9%	19	35.8%	32	20.3%
Carrera Técnica	3	21.4%	8	15.1%	35	22.2%
Licenciatura	1	7.1%	6	11.3%	32	20.3%

CUADRO 7.- RELACION DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL CON LOS ASPECTOS GINECOLOGICOS DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS POR VPH

ASPECTOS GINECOLOGICOS	FUNCIONALIDAD CONYUGAL					
	GRAVEMENTE DISFUNCIONAL N=14		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL N=53		FUNCIONAL N=158	
		%		%		%
Inicio de Vida Sexual Activa						
< 15	3	21.4%	3	5.7%	16	10.1%
16 a 20	10	71.4%	38	71.7%	99	62.7%
21 a 25	1	7.1%	7	13.2%	32	20.3%
26 a 30	0	0%	5	9.4%	9	5.7%
31 a 35	0	0%	0	0%	1	0.6%
36 y mas	0	0%	0	0%	1	0.6%
Número de Parejas Sexuales						
1 pareja	3	21.4%	23	43.4%	49	31%

2 o mas	11	78.6%	30	56.6%	109	69%
Número de Parejas Sexuales Confiables:						
Ninguna	0	0 %	0	0 %	2	1.3
Una	7	50 %	34	64 %	%	
Mas de Una	7	50 %	19	35.8%	85	53.8
					71	44.9
					%	

Tiempo de Aparición de la Lesión (meses)

1 a 6	2	14.3%	9	17 %	31	19.6%
7 a 12	5	35.7%	19	35.8%	50	31.6%
13 a 18	3	21.4%	9	17 %	33	20.9%
19 a 24	3	21.4%	7	13.2%	19	12 %
25 a 30	1	7.1%	5	9.4%	7	4.4%
31 a 36	0	0%	4	7.5%	15	9.5%
37 y mas	0	0%	0	0 %	3	1.9%

Tiempo de Haberse realizado El Diagnostico (meses)

1 a 6	5	35.7%	18	34 %	62	39.2%
a 12	4	28.6%	17	32.1%	47	29.7%
13 a 18	1	7.1%	5	9.4%	18	11.4%
19 a 24	3	21.4%	9	17 %	9	5.7%
25 a 30	1	7.1%	4	7.5%	16	10.1%
31 a 36	0	0%	0	0%	6	3.8%

FUNCIONALIDAD CONYUGAL

ASPECTOS GINECOLOGICOS	GRAVEMENTE DISFUNCIONAL		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL		FUNCIONAL	
	N=14	%	N=53	%	N=158	%

Lesión Visible en la pareja:

SI	1	7.1%	3	5.7%	26	16.5%
NO	13	92.9%	50	94.3%	132	83.5%

Lesión Acetoblanca en Cérnix Al diagnóstico inicial:

SI	9	64.3%	26	49.1%	76	48.1%
NO	5	35.7%	27	50.9%	82	51.9%

CUADRO 8.- RELACION DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL CON LOS FACTORES PSICOLOGICOS DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS POR VPH

FACTOR PSICOLOGICO	FUNCIONALIDAD CONYUGAL					
	GRAVEMENTE DISFUNCIONAL N=14		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL N=53		FUNCIONAL N=158	
	N	%	N	%	N	%
AUTOESTIMA:						
BAJA	4	28.6 %	11	20.8 %	43	27.2%
NORMAL	9	64.3 %	42	79.2 %	115	72.8%
ELEVADA	1	7.1 %	0	0 %	0	0%
GRADO DE DEPRESION:						
SIN DEPRESION	0	0 %	0	0%	2	1.3%
DEPRESION LEVE	5	35.7 %	29	54 %	74	46.8%
DEPRESION MODERADA	6	42.9 %	21	39.6 %	80	50.6%
DEPRESION GRAVE	3	21.4 %	3	5.7 %	2	1.3%

CUADRO 9.- RELACION DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS POR VPH

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FUNCIONALIDAD CONYUGAL					
	GRAVEMENTE DISFUNCIONAL N=14		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL N=53		FUNCIONAL N=158	
	N	%	N	%	N	%
COHESION:						
NO RELACIONADA	8	57.1%	33	62.3%	28	17.7%
SEMIRELACIONADA	3	21.4%	13	24.5%	62	39.2%
RELACIONADA	3	21.4%	5	9.4%	48	30.4%
AGLUTINADA	0	0 %	2	3.8%	20	12,7%
ADAPTACION:						
RIGIDA	1	7.1%	4	7.5%	13	8.2%
ESTRUCTURADA	7	50 %	17	32.1%	48	30.4%
FLEXIBLE	4	28.6%	21	39.6%	48	30.4%

CAOTICA:	2	14.3%	11	20.8%	49	31 %
-----------------	---	-------	----	-------	----	------

CUADRO 10.- RELACION DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL CON EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE LAS MUJERES CON CONDILOMATOSIS POR VPH

APOYO SOCIAL	FUNCIONALIDAD CONYUGAL					
	GRAVEMENTE DISFUNCIONAL		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL		FUNCIONAL	
	N=14	%	N=53	%	N=158	%
CON APOYO	4	28.6 %	12	22.6 %	97	61.4 %
APOYO REGULAR	4	28.6 %	29	54.7 %	50	31.6 %
SIN APOYO	6	42.9 %	12	22.6 %	11	7 %

VIII.- DISCUSIÓN:

En los resultados obtenidos de mujeres con condilomatosis observamos que solo una cuarta parte de las mujeres estudiadas tienen baja autoestima, casi el cien por ciento tiene algún grado de depresión, una tercera parte tiene disfunción conyugal, el 60% con disfunción sexual, la mitad no tiene apoyo social, en esta patología predominan familias semirrelacionadas flexibles y estructuradas, la edad de mayor afección es de 31 a 40 años en mujeres trabajadoras, casadas con secundaria y bachillerato además de haber tenido más de una pareja sexual.

Wiesner, Acosta, Díaz, Tovar, Salcedo²⁴, en su estudio cualitativo de efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano, detectaron que ante la posibilidad de tener VPH las mujeres presentan ansiedad, que puede llegar hasta

limitar la vida diaria. Despierta en ellas rabia y dolor, cuando emergen en los recuerdos situaciones en las que se buscan o se confirman posibles culpables. La asociación del virus con cáncer produce miedo, la sola palabra desencadena un conjunto de emociones y pensamientos de variada intensidad, un sentimiento de vergüenza que influye en la manera como se maneja la información con otros, en las decisiones sobre cómo comunicarla y en cómo se construye la red de apoyo. Por su parte Barbosa de Sousa, Bezerra, Teixeira¹⁰ en su análisis de ser Mujer portadora de VPH: enfoque cultural, observaron que las pacientes que son portadoras de VPH sufren la pena de ser consideradas promiscuas, la tristeza de sentirse no merecedoras de la dignidad de la familia y amigos, y temor a la muerte social y afectiva. Teixeira; Pessoa; Alves de Sousa¹⁴, en su estudio cualitativo: infección por el virus del papiloma humano (VPH): inseguridad y desafíos; concluyeron que las reacciones emocionales que se presentan en las mujeres con VPH son en primer lugar preocupación que dificulta compartir el sufrimiento con la familia y los amigos. Al tratarse de una Infección de Transmisión Sexual se plantea la cuestión de la fidelidad, convirtiéndose en el diálogo indispensable y cuestionamiento de la conducta sexual. En segundo lugar impotencia ante la cura por un pronóstico incierto, la mujer es vulnerable, por la posibilidad de recurrencia. Y finalmente la traición y la ira si la mujer ya desconfiaba de la fidelidad del marido ve que su sospecha se confirma. La ira se expresa a través del rechazo. En el estudio cualitativo realizado por Da Silva Márquez; Gimenez²⁵ denominado: percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. Identificaron que el sentimiento más predominante era la decepción y mayor estado de ansiedad. Como nos damos cuenta son un sin fin de emociones negativas por las que atraviesa la mujer infectada y aunque no las detectamos de manera directa, si podemos relacionar todo ese sentir con la prevalencia casi del cien por ciento de algún grado de depresión que al ser evaluada con la escala de depresión de Zung, identifico que lo más predominante es la depresión leve y moderada; en la evaluación de la autoestima, aspecto no valorado con anterioridad, cabe destacar que esta no se vio afectada, esa percepción del "YO" de las pacientes estaba intacta en tres cuartas partes de la población. Por lo que no hay una relación directa entre ser portadoras de condilomatosis por VPH y tener baja autoestima. Como lo menciona Meza R., Carreño M., Morales C., Aranda F., Sánchez B., Espínola H.²⁶, en la condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano refieren que si son determinantes estos aspectos de tipo emocional ya que están ligados a la infección por VPH,

específicamente al estado Ansioso-Depresivo, como una reacción emocional compleja, que es evocada en aquellas mujeres que interpretan situaciones concretas como amenazantes. La intensidad y duración de tal estado, están determinadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa.

Teixeira y cols¹⁴, explican que una relación de pareja se basa en la confianza mutua, con la infección se establece la desconfianza. El haber adquirido la enfermedad hace que la paciente pueda reconsiderar sus actitudes hacia los hechos, y exige un cambio de comportamiento. Este cambio requiere un acuerdo entre la pareja. La mujer tiene que poner a un tercer elemento en su vida sexual: el condón; el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales produce grandes conflictos en la pareja. La incertidumbre, la inseguridad, la infidelidad, genera un sufrimiento tan grande en la mujer que afecta tanto la relación de pareja que los puede llevar a la separación, si no se supera esta crisis paranormativa. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardlw J²⁷. En su análisis de impacto psicológico y social de la prueba de VPH en el tamizaje cervical encontraron que entre las mujeres con historia de infidelidad de la pareja detonaba mayor rabia, acusaciones y culpas, comparativamente con la reacción encontrada entre mujeres con relaciones estables, pero con historia de más de un compañero sexual. Entre éstas, la infección del VPH era más fácilmente atribuida a una experiencia del pasado. Wiesner y cols²⁴, encontraron que el impacto cambia de intensidad en relación con las siguientes variables: es mayor cuando hay historia de un único compañero sexual o el antecedente de infidelidad en la pareja y es menor entre las mujeres que han tenido más de un compañero sexual. Situación que corroboramos en nuestro estudio ya que las parejas con funcionalidad conyugal en un 69% fueron aquellas con antecedentes de 2 o más parejas sexuales de la mujer, lo que nos demuestra que ellas canalizan de manera diferente esa rabia y coraje al tener el antecedente de más de una pareja sexual en su vida. Queda evidente que la disfunción conyugal está dada principalmente por la desconfianza en la pareja, por la incertidumbre de una posible infidelidad, por el sentirse traicionadas; lo que se vio reflejado en una tercera parte de las pacientes de nuestro estudio repercutiendo con algún grado de disfunción de pareja.

Retomando nuevamente a Wiesner y cols²⁴ mencionan que ser portadora de VPH tiene implicaciones en la vida sexual, desencadena temor hacia las relaciones sexuales. La reinfección aparece como una preocupación por la incertidumbre frente a la manera de

prevenirla, o a la posibilidad de que el virus aparezca de un momento a otro. Barbosa y cols¹⁰, determinaron que la disminución de la actividad sexual es otra de las consecuencias de vivir con el VPH. El hombre se siente molesto por este hecho que afectará profundamente a la autoestima. Las reacciones emocionales que viven las mujeres infectadas pueden producir disfunción sexual, causada por la sospecha de haber sido traicionada o engañada por la persona infectada. Kitchener; Fletcher; Roberts; Wheeler; Maguire²⁸; en su estudio: El impacto psicosocial de las pruebas del vph en el tamizaje primario del cuello uterino reporto que las pacientes a quienes se informó sobre el resultado de infección por VPH presentaron alteración de la escala de desempeño sexual en comparación con las que tenían citología normal. Celis-Amórtegui, Aldas-Gracia, Toro-Moreno²⁹, en: Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical e infección por virus de papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá evaluó la función sexual femenina mediante el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual y sus resultados fueron: alteración en los 4 primeros dominios (que correspondían a: 1.- Placer, 2.- Deseo-Frecuencia, 3.- Deseo-Interés, 4.- Excitación) en un porcentaje cercano o superior al 80% de las mujeres con VPH; el dominio 5 (orgasmo) también se encontró comprometido en un 69%. El dominio más alterado fue el de placer, en un 95,8% de las pacientes con VPH. En nuestro estudio encontramos que el más de la mitad de las mujeres infectadas tenía algún grado de disfunción sexual, dato que corresponde a las estadísticas reportadas por Celis-Amortegui y Cols. Lo cual nos indica que la infección por VPH se identifica como factor de riesgo para disfunción sexual femenina. En el estudio realizado por Da Silva Marques y cols²⁵, explican que las mujeres vinculaban la actividad sexual con la vida promiscua de sus parejas. Las mujeres creen que la fidelidad a la pareja del momento, así sea por un periodo corto, las protege de la infección. Dejan de usar el preservativo cuando se involucran emocionalmente con la pareja, aunque la relación sea breve. Con nuestro estudio se detectó que el 99.1% de las mujeres consideraron tener una o más de una pareja sexual confiable, lo cual guarda estrecha relación con lo reportado por Da Silva Marques: las Mujeres Confían en la fidelidad de su pareja, es por esto que cuando se da la infección por VPH al sentirse traicionadas atraviesan por una crisis que afecta el estado de ánimo, la funcionalidad conyugal y su desempeño sexual

Por su parte Barbosa y cols¹⁰, reportan que algunas de las mujeres de este estudio mencionaron que al hablar sobre el VPH, temían ser rechazadas y discriminadas por su

familia y amigos. Este comportamiento representa el tabú y los sentimientos de auto-prejuicios, vinculados al VPH, como el creer que solo las personas promiscuas pueden adquirir VPH. Creencias, mitos y tabúes aparecen como resultados de la interacción entre la falta de información y los valores culturales de los individuos o la comunidad a la que pertenecen. En nuestro estudio encontramos que la mitad de las mujeres estudiadas se perciben con apoyo social, esto es por ese temor latente a ser rechazadas y discriminadas por las personas de su alrededor, porque a pesar de vivir en una época vanguardista, siguen persistiendo creencias y mitos respecto al VPH, que contribuyen aún más a la crisis que está viviendo la mujer infectada.

Respecto a las características sociodemográficas en el estudio de Celis-Amórtegui y cols²⁸, reporto que las mujeres más afectadas estaban entre los 31 a 45 años de edad; y Meza y cols²⁹ encontraron que el promedio de edad era de 29.3 años; edades similares a la encontrada por nosotros como la mayor afección que fue entre 31 a 40 años. A diferencia de lo reportado por Barbosa y cols¹⁰ la población más afectada estaba entre 22 -28 años, lo cual se debe probablemente a que en algunos países como Brasil la edad de inicio de vida sexual es más temprana y por lo tanto la infección por VPH se presenta en mujeres más jóvenes. En nuestro estudio la escolaridad máxima fue de secundaria lo que concuerda con Barbosa y cols¹⁰ y por Da Silva Marques y cols²⁵ La principal diferencia la observamos en lo reportado por Wiesner y cols²⁴ su población tenía escolaridad máxima de posgrado en un 50%, esta diferencia de escolaridad se debe probablemente a que mientras mayor sea la escolaridad de una mujer, mayor capacitación sobre el cuidado de su salud tiene.

El estado civil predominaron las mujeres casadas en un 64%, lo que concuerda con lo reportado por Meza y cols²⁹: el 44.4% eran casadas, a diferencia de lo reportado por Barbosa y cols¹⁰ 60% vivían en unión libre y Celis-Amórtegui y cols²⁸, en el que 47.9% vivía en unión libre. Esta diferencia en el estado civil de las pacientes se debe principalmente a cuestiones sociales y culturales ya que nuestro estudio y el de Meza R y cols son realizados en población mexicana en donde el compromiso del matrimonio está aún muy arraigado a diferencia de la población Brasileña y Colombiana donde se realizaron los otros estudios respectivamente. Otro aspecto importante es el número de parejas sexuales de la mujer, en nuestro estudio dos terceras partes de la población tenían antecedente de 2 o más parejas sexuales, lo que corresponde a lo encontrado por Da Silva Marques y cols²⁵ reporto que

más de la mitad de su población tenía antecedente de más de una pareja. Y con los resultados de Meza y cols²⁹ en el que 54.2% tenía el antecedente de 2 o más parejas sexuales, considerando este aspecto como el principal factor de riesgo para esta enfermedad. Barbosa y cols¹⁰ mencionan que el 13.33% de las parejas de las mujeres infectadas tenían lesión visible en genitales, siendo similar a nuestra población, lo cual nos habla del mínimo impacto clínico y social que tiene la infección en la población masculina.

Como nos damos cuenta aunque han sido poblaciones de otros países, esta infección de transmisión sexual afecta a grupos etarios similares de población, repercutiendo en las mismas áreas psicológicas y creando conflicto de pareja que las llevan a tener disfunción biopsicosocial.

Podemos concluir que la condilomatosis genital por VPH afecta profundamente la psique de la mujer llevándola a la depresión y a la disfunción sexual como principales repercusiones, genera conflictos en la pareja cuando saben que es una infección de transmisión sexual ya que pone en tela de juicio la Confianza, la fidelidad de la pareja y la funcionalidad conyugal. Es necesario que se oriente más a la mujer sobre la historia natural de la enfermedad, para que pueda entender las circunstancias bajo las cuales pudo haber sido infectada, al tener esta información se disminuiría en forma importante todos los sentimientos negativos y por ende será menos probable que caiga en depresión y en disfunción sexual y quizá podrá junto con su pareja superar esta crisis paranormativa, tomando una mejor actitud ante el seguimiento y tratamiento de las lesiones. El personal de salud tiene una ardua tarea no solo en la atención médica de las pacientes sino en la atención psicológica, sexual, familiar y social de la pareja infectada por VPH, solo brindando la asesoría y el apoyo adecuado a las pacientes y a su pareja, se lograra el verdadero impacto sobre la enfermedad.

IX.- CONCLUSIONES.

- a. El Perfil Psicológico identificado fue que el 73.8% (n=166) de las mujeres tenían una autoestima normal, el 99.2% (n=223) presentaron Depresión de Leve a grave, siendo las más significativas con un 48% la Depresión Leve y la depresión moderada con un 47.6%.
- b. Respecto a la Funcionalidad Sexual, se identificó que el 61.8% (n=139) tienen algún grado de Disfunción Sexual
- c. La funcionalidad Conyugal se identificó como Funcional en el 70.2% (n=158)
- d. En la funcionalidad Familiar respecto a la Cohesión refirieron ser semirelacionadas con un 34.7% (n=78), y en la Adaptación tener flexibilidad en 32.4% (n=73)
- e. El 50.2% (n=113) de las mujeres percibieron tener apoyo social

- f. El Aspecto más afectado en las mujeres estudiadas fue el Psicológico, ya que el 95.6% tuvo algún grado de depresión. El segundo aspecto más afectado fue la Funcionalidad Sexual ya que el 61.8% (n=139) tenía algún grado de disfunción sexual.
- g. El grupo etario más afectado fue el entre la edad de 31 a 40 años ya que esa población abarco el 40% (n=90) de la población total
- h. Solo el 13% (n=30) de las parejas de las mujeres del estudio habían presentado lesión visible en genitales.
- i. Al momento del diagnóstico inicial el 49.3% (n=111) tuvo lesión acetoblanca en cérvix

X.- RECOMENDACIONES:

Actualmente la infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, por los cambios en la conducta sexual, cada vez es más joven la población que se ve afectada, repercutiendo en la morbi-mortalidad del cáncer cervicouterino por la estrecha relación que guarda esta infección con la génesis del cáncer.

Por eso es necesario orientar a la población vulnerable acerca de este virus, de la manera como se adquiere, del periodo de latencia y de sus manifestaciones clínicas. Ya que es poca la información que se tiene acerca de estos aspectos que son de vital importancia para entender la historia natural de la enfermedad.

Ya que por falta de información cuando la mujer recibe el diagnóstico se enfrenta con una crisis que la envuelve no solo en el área física, sino sexual, familiar y social, por eso es necesario que la paciente reciba atención emocional para ayudarla a sobrellevar y asimilar la infección.

Se necesita crear estrategias educativas por medio de talleres grupales donde se incluya a la pareja, ya que informando y dando apoyo emocional podremos realmente impactar en la población infectada, y se podrá evitar tener todas las repercusiones psicosexuales, familiares y sociales por las que atraviesan las familias portadoras de VPH.

Como Médicos Familiares debemos promocionar la aplicación de la vacuna contra VPH a las niñas que son el grupo blanco; insistir en la toma de papanicolaou en todas las mujeres con vida sexual activa, para que se lleve a cabo un diagnóstico oportuno y continuar con la vigilancia estrecha de aquellas pacientes que ya han recibido tratamiento y se encuentran en periodo de latencia.

La prevención es lo primordial en los grupos vulnerables, el diagnóstico y tratamiento oportuno la mejor alternativa para la paciente infectada, por lo que debemos darle una atención integral a cada una de las mujeres y sus parejas no solo de sus lesiones físicas, sino sobre todo ayudarlas con las lesiones que deja el virus en su pensar, en su sentir, en su vivir día a día con su familia, ese sería nuestro verdadero reto y solo así se podrá dar a la paciente una verdadera atención biopsicosocial y clínica.

XI.- REFERENCIAS:

1.-Vargas Hernández Víctor Manuel. Virus del Papiloma Humano: Aspectos Epidemiológicos, Carcinogénicos, Diagnósticos y Terapéuticos. Rev. De Ginecología y Obstetricia de México, 1996; 64: 411-417.

2.- Lama-González E, Godoy-Montañez C, Aguilar-Ayala F, Rejón-Peraza M, Gutiérrez-Solís A. Nivel de Conocimientos de los estudiantes, con respecto a la transmisión del VPH. Rev. Odontológica Latinoamericana, 2008; 1: 5-8

- 3.- León Cruz Grettell, Bosques Diego Omar de Jesús. Infección por el Virus del Papiloma Humano y Factores Relacionados con la Actividad Sexual en la Génesis del Cáncer de cuello Uterino. Rev. Cubana de Ginecología y Obstetricia, 2005; 31.
- 4.- Guzmán Esquivel José, Baltasar R, Luz, Molina Jorge. Virus del Papiloma Humano en el hombre, Responsabilidad Compartida. Rev. Mexicana de Urología, 2005; 5:431-438.
- 5.- Zamudio Andrade Arístides, Zepeda Zaragoza Jorge, Rodríguez Blanco Benigno Tenorio Marañón Rafael. Evaluación del Papanicolao y la Colposcopia en el diagnóstico de la Infección por Virus del Papiloma Humano. Rev. De la Facultad de Medicina de la UNAM, 2001; 44
- 6.-Donoval Conde José Luis. Porque Debemos Vacunar para evitar la Infección de VPH. Cadena de Atención Primaria, 2008; 15: 79-80.
- 7.- Viveros Contreras Carlos, Lugo García Juan A., Moreno Romero Rubén, De la Cruz Trejo Juan, Hernández Valenzo Luis, Baylón Revelin Jorge. Experiencia en el Manejo del Virus del Papiloma Humano en el Hospital Juárez de México. Rev. Hospital Juárez de México, 2007; 74: 5-10.
- 8.- Gallegos Hernández José Francisco, Minauro Muñoz Gabriel, Apresa Teresa, Arias Ceballos Héctor, Hernández Sanjuán Martin, Flores Díaz Rutilio, Reséndiz Colosia Jaime, Hernández Hernández Dulce María. Cáncer de Lengua y Virus del Papiloma Humano. Acta Medica Grupo Ángeles, 2007; 5 (3).
- 9.- R del Pazo, B Lukaszuk, M Leite y J L Iribas. Detección de la infección por virus papiloma humano en hombres: Penescopía como método de cribado. Rev. Argent. dermatol. 2008; 89 (3)
- 10.- Barbosa de Sousa Leilane, Bezerra Pinheiro Ana Karina,Teixeira Barroso Grisiela María. Ser Mujer Portadora de VPH: Enfoque Cultural. Rev. Esc. Enferm., 2008; 42 (4)
- 11.- Guaneros López María del Roció, Aguirre García María del Carmen, Vega Mendoza Santa, Gordillo Rodríguez Silvia Angélica. "Frecuencia de Apoyo y Disfunción Conyugal en pacientes infectadas por Virus del Papiloma Humano del Hospital de Gineco-Pediatría 3-A

del IMSS” Tesis, UNAM Facultad de Medicina, División de Estudios de Postgrado. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 20. Volumen 148.

12.- Lara Ruiz Sandra Alicia, Aguirre García María del Carmen, Vega Mendoza Santa, Gordillo Rodríguez Silvia Angélica. Infección por Virus Papiloma humano como factor de riesgo para alteraciones en la funcionalidad y apoyo conyugal. Tesis, UNAM Facultad de Medicina, División de Estudios de Postgrado. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 20. Volumen 153.

13.- Schiaffini Barranco Donaji, Rosano Estrada María del Carmen, Gordillo Rodríguez Silvia Angélica. Aspectos Psicológicos de la Mujer con Infección por Virus del Papiloma Humano. Proyecto de investigación. Delegación Norte del Distrito Federal. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Gineco - Pediatría 3-A.

14.- Danielle Teixeira Queiroz; Fraxe María Sara Pessoa; Rosile Alves de Sousa. Infección Por El Virus del Papiloma Humano (VPH): Inseguridad y desafíos. Acta paul. enferm. vol.18 no.2 São Paulo, abril y junio de 2005

15.- Ralph P Insinga, Erik J Dasbach, and Elamin H Elbasha. Epidemiologic Natural History and Clinical Management of Human Papillomavirus Disease: A Critical and Systematic Review of the Literature in the Development of an HPV Dynamic Transmission Model. BMC Infect Dis. 2009; 9: 119.

16.- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza- Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2006. Vol. 8 (1) 27-32.

17.- Gómez- Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria AE FACES III alcances y limitaciones. Atención Familiar 2005; 12 (1): 10-11.

18.- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_innovacion5

19.- Duch Campodarbe, F. R.; Ruiz de Porras Rosselló, L.; Gimeno Ruiz de Porras, D.; Allué Torra, B.; Palou Vall, I.: Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen* 1999; 25(3):209–225.

20.- Albo, J. Martin ; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F.: [The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students](#). *The Spanish Journal of Psychology* 2007; 10(2):458–467. <http://espectroautista.info/tests/emotividad/bienestar-emocional/rse>

21.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

22.- Código de Nüremberg. <http://www.muerte.bioetica.org/legis/nuremberg.htm>

23.- Declaración de Helsinki: http://www.cei.fmed.edu.uy/archivos/05%20-%20Declaracion_de_Helsinki_2008_ESPANOL.pdf

24.- Carolina Wiesner Ceballos, Jesús Acosta Peñaloza, Adriana Díaz del Castillo, Sandra Tovar Murillo, Hernando Salcedo Fidalgo. Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Rev Colomb Cancerol* 2009;13(3):145-156

25.- María de Lourdes da Silva Marques Ferreira, Marli Teresina Gimenez Galvão, Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:531-6.

26.- María del Pilar Meza Rodríguez, Jorge Carreño Meléndez, Francisco Morales Carmona, Carlos Aranda Flores, Claudia Sánchez Bravo, José Gabriel Espíndola Hernández. Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 168-173

27.- McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardlw J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2006;82(2):169-74.

28.-. Kitchener, H.C; Fletcher, I.; Roberts, C.; Wheeler, P; Maguire, P.; The psychosocial impact of human papillomavirus testing in primary cervical screening-a study within a randomized trial. Int J Gynecol Cancer, 2007; 18(4):743-8

29.- Marcela Celis-Amórtegui, Jorge Aldas-Gracia, Félix Andrés Toro-Moreno, Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical e infección por virus de papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol 2010; 61:303-309

XII.- ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lugar y fecha: MEXICO, DF a _____ de _____ del 2011.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado **ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A DEL IMSS.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número:

El objetivo del estudio es: **IDENTIFICAR LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS, SEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3-A DEL IMSS**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **RESPONDER EL CUESTIONARIO QUE SE ME APLIQUE CON INFORMACION VERAZ**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **NO HAY NINGUN RIESGO PARA LA SALUD, EL BENEFICIO ES DETERMINAR CUAL ES EL IMPACTO DE LA INFECCION EN LAS PACIENTES** El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de la paciente

Dra. Rosete Hernández Maribel MAT: 99354859

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas acerca del estudio: teléfono: 53331100 Ext, 15320 y 15368.

TESTIGO

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

“ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3-A DEL IMSS”

Instrucciones: La veracidad de sus respuestas es muy importante para este estudio, por lo que Marque con una “X” de manera veraz las siguientes preguntas, toda la información será CONFIDENCIAL.

1.- EDAD: _____ años cumplidos

Estado Civil	Casada	Unión libre	Soltera
Ocupación	Ama de casa	Empleada	Profesional
Escolaridad Terminada	Primaria	Secundaria	Bachillerato
	Carrera Técnica	Licenciatura	

- A) Edad que inicio vida sexual: _____ (años cumplidos)
- B) Número Total de Parejas Sexuales durante toda su vida: _____
- C) Número de Parejas Sexuales Confiables: _____
- D) Tiempo de aparición de la primera lesión (verruga) hasta el día de hoy: _____ meses
- E) Tiempo de que se estableció el Diagnostico de Condilomatosis hasta el día de hoy _____ meses
- F) ¿Su pareja Actual o alguna de sus parejas anteriores tenían lesiones visibles en genitales? _____

Lea cuidadosamente y Marque con una "X" la respuesta más adecuada para usted

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general estoy satisfecha conmigo misma				
2	A veces pienso que no soy buena en nada				
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas				
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las cuales sentirme orgullosa				
6	A veces me siento realmente inútil				
7	Tengo la sensación de que soy una persona apreciada, al menos igual que la mayoría de la gente				
8	Ojala me respetara más a mí misma				
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada				
10	Tengo una actitud positiva, hacia mí misma				

“ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3-A DEL IMSS”

Responda con una "X" lo que vaya más acorde con usted y su relación de pareja:

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I.- COMUNICACIÓN:			
+ Me comunico directamente con mi pareja			
+ Mi pareja me expresa claramente lo que me quiere decir			
+ Existe congruencia entre lo que mi pareja expresa y hace.			

II.- ADJUDICACION DE ROLES:			
+ Mi pareja cumple con las tareas que se le asignan			
+ Son satisfactorias las tareas que asumimos cada uno			
+ Se propicia el intercambio de tareas entre mi pareja y yo			
III.- SATISFACCION SEXUAL:			
+ Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales			
+ Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual con mi pareja			
IV.- AFECTO:			
+ Existen manifestaciones de afecto entre mi pareja y yo			
+ El tiempo que me dedica mi pareja es gratificante			
+ Me intereso por el desarrollo y superación de mi pareja.			
+Me siento querida por mi pareja			
V.- TOMA DE DECISIONES			
+ Las decisiones importantes para mi pareja y para mí, se toman en conjunto.			

“ASPECTOS PSICOSEXUALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS MUJERES PORTADORAS DE CONDILOMATOSIS GENITAL POR VPH EN EL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3-A DEL IMSS”

INSTRUCCIONES: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotras o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					

2.- Recibo ayuda en cosas relacionadas con mi casa					
3.- Recibo elogios y/o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACION TOTAL					

Responda los siguientes reactivos calificando 1. NUNCA 2.CASI NUNCA 3.ALGUNAS VECES 4.CASI SIEMPRE 5.SIEMPRE, como ocurren en su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí. _____
2. En nuestras familias se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. _____
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia. _____
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina. _____
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos _____
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad. _____
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia_
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas _____
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia _____
10. Padre e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos _____
11. Nos sentimos muy unidos _____
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones _____
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente _____
14. En nuestra familia las reglas cambian _____

15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia _____
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros _____
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones _____
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad _____
19. La unión familiar es muy importante _____
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar _____

Lea cuidadosamente y Marque con una “X” la respuesta más adecuada para usted

		Muy pocas veces	Alguna veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Me siento triste y deprimida				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3	Frecuentemente siento ganas de llorar y a veces lloro				
4	Me cuenta mucho dormir o duermo mal por las noches				
5	Tengo más apetito que el de costumbre				
6	Aun me siento atraída por el sexo opuesto				
7	Creo que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñida				
9	Tengo palpitaciones				
10	Me siento cansada por cualquier cosa				
11	Mi cabeza esta tan despejada como siempre				
12	Hago las cosas con la misma facilidad de siempre				
13	Me siento agitada e intranquila y no puedo estar quieta				
14	Tengo esperanza y confié en el futuro				
15	Me siento más irritable que habitualmente				
16	Me es fácil tomar decisiones				
17	Me creo útil y necesaria para la gente				
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera				
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme				