



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE  
MEXICO Y MUNICIPIOS  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL**

**APOYO CONYUGAL A MUJERES DE 25 - 45 AÑOS  
CON VPH EN EL HOSPITAL REGIONAL ECATEPEC ISSEMYM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. RODRIGUEZ OLGA VERONICA**

Ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México

2017



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.

**APOYO CONYUGAL A MUJERES DE 25 - 45 AÑOS  
CON VPH EN EL HOSPITAL REGIONAL ECATEPEC ISSEMYM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. RODRIGUEZ OLGA VERONICA**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**APOYO CONYUGAL A MUJERES DE 25 - 45 AÑOS  
CON VPH EN EL HOSPITAL REGIONAL ECATEPEC ISSEMYM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. EFRÉN OJEDA PÉREZ**

**A U T O R I Z A C I O N E S :**

**DR. BARNAD ROMERO CARLOS LIBRADO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE NEZA ISSEMYM

**DR. BARRERA TENAHUA OSCAR**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
MEDICO FAMILIAR Y PROFESOR ADJUNTO  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL NEZA ISSEMYM

**LIC. MEJIA MARQUEZ MARTHA**  
*DIRECCION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA*

**DR. BREA EDUARDO**  
*JEFATURA DE INVESTIGACIÓN MÉDICA*

Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de Mexico .2017

## INDICE.

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1.1.</b>	<b>Antecedentes Historicas</b>	<b>8</b>
<b>1.2.</b>	<b>Concepto de Virus Papiloma Humano</b>	<b>12</b>
<b>1.3.</b>	<b>Marco Epidemiologico</b>	<b>14</b>
<b>1.4.</b>	<b>Situacion Demografica</b>	<b>16</b>
<b>1.5.</b>	<b>VPH y Cancer</b>	<b>18</b>
<b>1.6.</b>	<b>Cancer cervical y Factores de riesgo</b>	<b>20</b>
<b>1.7.</b>	<b>Estadificacion de Cancer cervicouterino</b>	<b>26</b>
<b>1.8.</b>	<b>Historia Natural de la Enfermedad</b>	<b>27</b>
<b>1.9.</b>	<b>Factores del Hospedero</b>	<b>31</b>
<b>1.10.</b>	<b>Factores de Riesgo para VPH.</b>	<b>33</b>
<b>1.11.</b>	<b>Prevalencia, Regresion y Persistencia</b>	<b>34</b>
<b>1.12.</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>35</b>
<b>1.13.</b>	<b>Nuevas técnicas de diagnostico de la infección viral</b>	<b>39</b>
<b>1.14.</b>	<b>Pruebas de Deteccion de anticuerpos</b>	<b>40</b>
<b>1.15.</b>	<b>Vacunas frente a VPH</b>	<b>41</b>
<b>1.16.</b>	<b>Familiar</b>	<b>42</b>

<b>1.16.1</b>	<b>Funciones de la Familia</b>	<b>42</b>
<b>1.17</b>	<b>Apoyo conyugal</b>	<b>44</b>
<b>1.18.</b>	<b>El brindar apoyo</b>	<b>46</b>
<b>2.</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	<b>55</b>
<b>3.</b>	<b>Justifiacion</b>	<b>56</b>
<b>4.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>57</b>
<b>4.1.</b>	<b>Generales</b>	<b>57</b>
<b>4.2.</b>	<b>Especificos</b>	<b>57</b>
<b>5.</b>	<b>Metodologia</b>	<b>58</b>
<b>5.1.</b>	<b>Tipo de Estudio</b>	<b>58</b>
<b>5.2.</b>	<b>Poblacion, lugar y tiempo de estudio</b>	<b>58</b>
<b>5.3.</b>	<b>Muestra</b>	<b>58</b>
<b>5.4.</b>	<b>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</b>	<b>58</b>
<b>5.5.</b>	<b>Definición y conceptualización de Variables</b>	<b>59</b>
<b>5.6.</b>	<b>Instrumento recolector de datos</b>	<b>61</b>
<b>5.7.</b>	<b>Análisis de la informacion</b>	<b>62</b>
<b>5.8.</b>	<b>Recursos humanos y materiales</b>	<b>62</b>
<b>5.9.</b>	<b>Recursos financieros</b>	<b>62</b>
<b>6.</b>	<b>Consideraciones éticas</b>	<b>63</b>
<b>7.</b>	<b>Resultados</b>	<b>67</b>

<b>8.</b>	<b>Discusión</b>	<b>74</b>
<b>9.</b>	<b>Conclusión</b>	<b>75</b>
<b>10.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>78</b>
<b>11.</b>	<b>Anexos</b>	<b>84</b>

## 1.- INTRODUCCION

Los trastornos ginecológicos de la infancia y la adolescencia eran ignorados en el pasado; en gran parte porque no se conocían, pero sobre todo por el pudor de las madres a llevar a sus hijas a un examen ginecológico. Este pudor ha sido y es aun en nuestros tiempos una barrera para la atención de la mujer.

Estadísticamente hablando es el Cáncer cervicouterino es una de las principales causas de mortalidad en la mujer y esta comprobado como factor detonante la participación del papiloma virus. La infección por papiloma virus humano es uno de los motivos de mayor frecuencia de consulta de nuestros jóvenes hoy día; esta entidad tiene doble característica: constituye simultáneamente un proceso infeccioso y un problema neoplásico. La comprensión de este fenómeno biológico no puede ser simplista. Incide sobre una parte sensible de la vida humana que es su actividad sexual, así como sobre su integridad física y estabilidad conyugal, familiar y social. Aproximadamente el 50 % de las lesiones de alto grado y los carcinomas están asociados a infección por el papiloma virus humano 16 y al papiloma virus humano 18; un 10% y este último está asociado con mayor frecuencia al cáncer invasor que a las lesiones precursoras.

La actividad sexual parece estar positivamente correlacionada con la enfermedad, y el coito a una edad temprana constituye un factor de riesgo según algunos autores. Se afirma que el cáncer del cérvix es 4 veces más frecuente entre las prostitutas que entre las otras mujeres, y es excepcional entre las solteras; de modo que la existencia de múltiples compañeros sexuales parece estar relacionada con la aparición de la enfermedad. Esto sugiere la existencia de un agente infeccioso de transmisión sexual como causa principal: los virus, particularmente el virus del herpes simple tipo 2, al que se le atribuye con mayor firmeza una acción oncogénica por acción mutagénica viral.



## 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde el principio de la humanidad, muchos microbios y gérmenes encontraron en nuestros organismos las condiciones ideales para vivir, unos lo hacen de forma amistosa, sin causar ningún daño, otros nos colaboran de diferentes maneras llegando inclusive a ser indispensables en nuestras vidas. Sin embargo, existen otros que son agresivos y provocan molestias que en algunos casos atentan contra nuestras vidas, varios de esos microbios tienen preferencia por las mucosas y regiones genitales, siendo imposible en algunos casos que puedan sobrevivir fuera de esos ambientes.

El conjunto de esas enfermedades que afectan los órganos sexuales son conocidas popularmente como "**Enfermedades venéreas**" y están con el ser humano acompañando su propia historia.

Dentro de estos se sospecho de una etiología infecciosa para las verrugas, esto se demostró al fin en el siglo XIX. Unos de los primeros reportes de transmisión de verrugas en humanos fue por un accidente ocurrido en 1845 a un fabricante de velas de cera, que mientras estaba removiendo un condiloma fascicular con su instrumento se lastimo debajo de la uña. Tiempo después apareció en el lugar de la lesión una verruga, que luego de destruirla varias veces repetía su apariencia.

En otro experimento, el investigador Ullmann inoculo extractos de papilomas laríngeos en heridas hechas por el mismo en su brazo, después de 9 meses broto una verruga en el sitio de inoculación.

En una publicación de 1917. Al usar un extracto de condiloma de pene, obtenido de un joven estudiante de medicina que no presentaba síntomas de enfermedad venereas alguna posterior se inoculo el brazo y mucosa genital de una mujer y a los 2 meses y medio, desarrollo condiloma genital. Esto concluye que las verrugas genitales pueden ser causadas por agente transmisibles.

El concepto de que algunas verrugas pueden progresar a la malignidad fue establecida por los estudios de Shope, Rous con colas de conejos. Por Richarde Shope en 1933. El doctor Harald Hausen fue el primero en demostrar por medios experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, Contienen genomas del virus del papiloma humano.

El papiloma virus humano está considerado actualmente como la enfermedad de transmisión sexual más importante. Los virus del papiloma, del grupo papovirus, afectan los genes húmedos del aparato genital femenino. Se han caracterizado 77 cepas de serotipos, de ellas sólo 34 van a afectar el aparato genital; hoy se sabe que está relacionado con el cáncer del cuello uterino. Dentro de los factores que según se piensa estimulan el desarrollo y proliferación de la enfermedad están las vaginitis, la higiene personal, el embarazo, las píldoras anticonceptivas, tabaquismo, las alteraciones de la cavidad celular, aberraciones de la mucosa y lesiones en la capa previa basal celular. En un 90% se relacionan con los NIC I y NIC II y en 85% con los NIC III y el cáncer cervical, de aquí la importancia de tratar la infección por Papiloma virus humano, tratar la pareja por igual. Que podemos decir de todo esto, estudios clínicos prospectivos han demostrado que las displasias que evolucionan espontáneamente se transforman en carcinoma in situ en un 30 a 36 % de los casos, y aunque la causa de este cáncer se desconoce, se invocan algunos factores predisponentes.

Sin embargo debido a los estadios preinvasivos hasta los de cáncer invasor posibilita su detección precoz y por lo tanto un tratamiento eficaz. Ha sido demostrado mediante estudios epidemiológicos la efectividad de la citología orgánica practicada a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervicouterino reduciéndose hasta en un 60% la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

Los precursores de cáncer cervicouterino, se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a

cáncer invasor (William 1888). . El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Brodeskis, 1932).

En 1941, George Papanicolaou descubrió la fórmula de teñir las células que son despedidas desde el epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales, esta no es un examen de diagnóstico, sino más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero.

George Papanicolaou introdujo la recolección de las células cérvico-uterinas del fondo de saco vaginal posterior como método de hallazgo de cáncer cervicouterino temprano. Ayer introdujo el muestreo directo del cuello uterino con una espátula que aun lleva su nombre de forma significativa el número de células obtenidas. Actualmente este proceder sigue teniendo extraordinaria importancia y su utilización se ha convertido en uno de los aspectos esenciales del programa de detección precoz del cáncer cervicouterino.

Richard y sus colaboradores identificaron el componente invasor del cáncer cervicouterino plano o escamoso, que se logró en parte el uso del colposcopio para definir la zona de transformación del cuello uterino.

El concepto de precursores del cáncer cervicouterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores (William, 1888). El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal (Broders, 1932). Ulteriormente se comunicó la asociación entre CIS y cáncer invasor del cuello uterino. El término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia epitelial cervical

intermedia entre el epitelio normal y el CIS (Reagan et al., 1953). La displasia se categorizó en tres grupos —leve, moderada y pronunciada— según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas. Posteriormente, por largos años, las lesiones precancerosas cervicales se notificaron usando las categorías de displasia y CIS, todavía ampliamente empleadas en muchos países en desarrollo

Papanicolaou y Traut fueron los primeros en proponer en el decenio de 1940, la evolución citológica de las células obtenidas del cuello uterino y la vagina como método para detectar el cáncer cervical y sus precursores. Desde entonces la citología cervical ha demostrado ser el método más eficaz y de costo más justificado para la detección del cáncer de cuello uterino. Al aumentar la detección de la enfermedad pre invasiva e invasiva temprana, el frotis de Papanicolaou redujo la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en comunidades con programas activos de detección. Un solo resultado negativo en el frotis disminuye el riesgo de cáncer hasta en 45% y nueve frotis negativos a lo largo de la vida reducen el riesgo en un 99%. La mitad de las mujeres con carcinoma cervical invasivo reciente nunca se practicó una prueba de Papanicolaou y otro 10% no lo había hecho en los 5 años anteriores al diagnóstico. La mujer de más de 65 años debería continuar practicándose el muestreo, ya que es en ese grupo donde se producen hasta 25% de los casos de cáncer cervicouterino y 41% de las muertes por esa enfermedad.

Se acuñó la denominación de neoplasia intraepitelial cervical y se reflejó la participación creciente de la capa epitelial en los grados: en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado I cuando menos de la mitad de las células del epitelio era anormal; en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II había casi 66% de afección y en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) III estaba afectado todo el grosor.

Los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades preinvasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de

displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN, según sus siglas en inglés) antes de progresar a carcinoma invasor. Un buen conocimiento de la etiología, la fisiopatología y la evolución natural de la NIC proporciona una buena base para la inspección visual y el diagnóstico colposcópico, y para comprender los principios del tratamiento de estas lesiones. La evolución de los sistemas de clasificación de los precursores del cáncer de células escamosas cervicales, las bases citológica e histológica de su diagnóstico y su evolución natural en cuanto a las tasas de regresión, persistencia y progresión. También se describen las lesiones precancerosas del epitelio cilíndrico cervical, comúnmente denominadas lesiones glandulares.

## 1.2 CONCEPTO DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

(VPH o HPV del inglés *human papillomavirus*)

Son un grupo diverso de virus ADN que infectan la piel y membranas mucosas del hombre así como de variedad de animales. El Virus del Papiloma humano (VPH) es un virus ADN de doble cadena incluido en la familia Papovaviridae. Se han descrito más de 150 tipos genéticos relacionados, de los cuales más de 85 han sido completamente secuenciados. El genoma está cubierto por una cápside icosaédrica de naturaleza proteica y no tiene membrana de envuelta.

El VPH es un virus pequeño (55-60 nm de diámetro), de forma icosaédrica y sin envuelta, tal como puede verse por microscopía electrónica (figura 1). La cápside presenta 72 subunidades o pentámeros formados por cinco unidades proteicas (figura 2).



Ilustración 1: Viriones del VPH vista microscopio electronico.

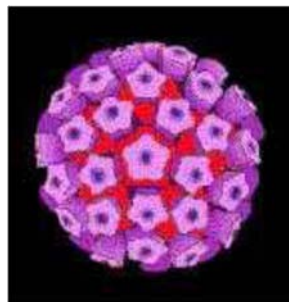
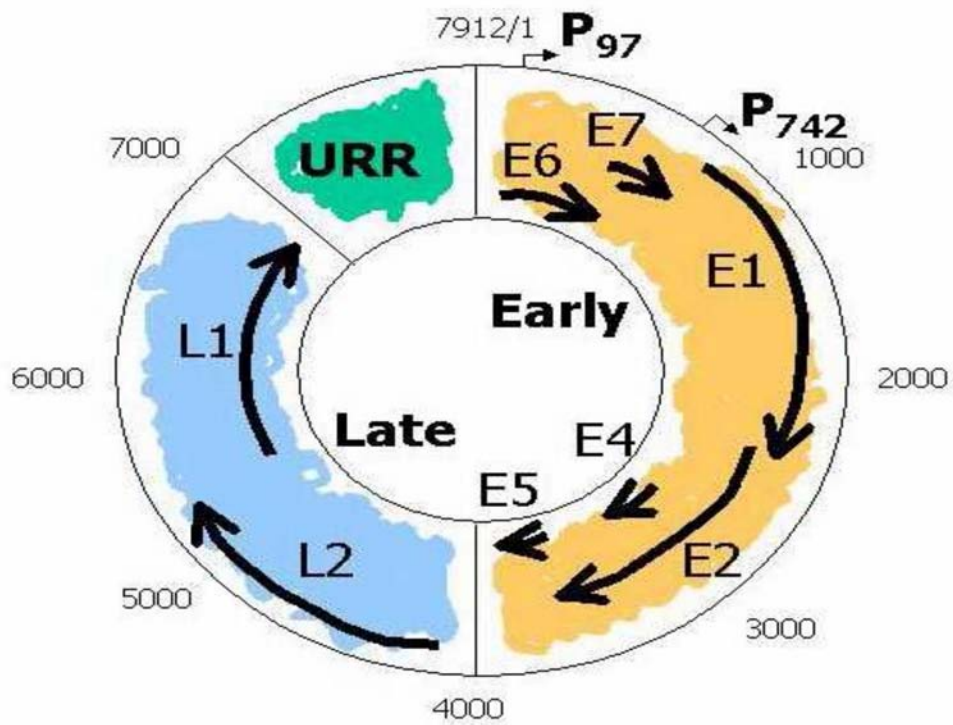


Ilustración 2: Dibujo del aspecto de la capsida icosaedrica de un V



observandose las unidades pentamericas.

PH

Ilustración 3: Esquema del genoma de VPH en su forma episomica.

### 1.3 MARCO EPIDEMIOLOGICO

El VPH, es un problema de gran magnitud en el ámbito de la salud pública por representar la principal causa de neoplasias epiteliales de tipo escamosa de origen viral. Ocupando el segundo lugar entre los tipos más frecuentes y la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

En los países subdesarrollados este virus representa 30% de los tumores malignos y la segunda causa de muerte en mujeres en edad fértil. En México se estima que 60% de la población tiene el virus. Entre los métodos diagnósticos más utilizados en ginecología, para el despistaje de cáncer de cuello uterino, la citología representa uno de los más comúnmente empleados por su aplicación a grandes masas para el despistaje del mismo; representando un diagnóstico poco sensible para la detección del Virus Papiloma Humano (VPH), observado a través de los resultados preliminares del presente estudio donde 30% de las mismas resultaron negativas al virus.

Según la OMS para los próximos años el número de defunciones por cáncer puede aumentar en un 50 % llegando a alcanzar aproximadamente cifras de 200 000 defunciones anuales.

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cervicouterino es la segunda causa mayor de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con mas de 300,00 muertes al año. El 80% de los casos es en países en vías de desarrollo.

En México, en el 2002, se presentaron 12 512 nuevos casos de cáncer cervicouterino de loas cuales el 46% de los casos de muerte entre las mujeres mexicanas ocupando 16.6% de los canceres. La mayoría de las mujeres tienen

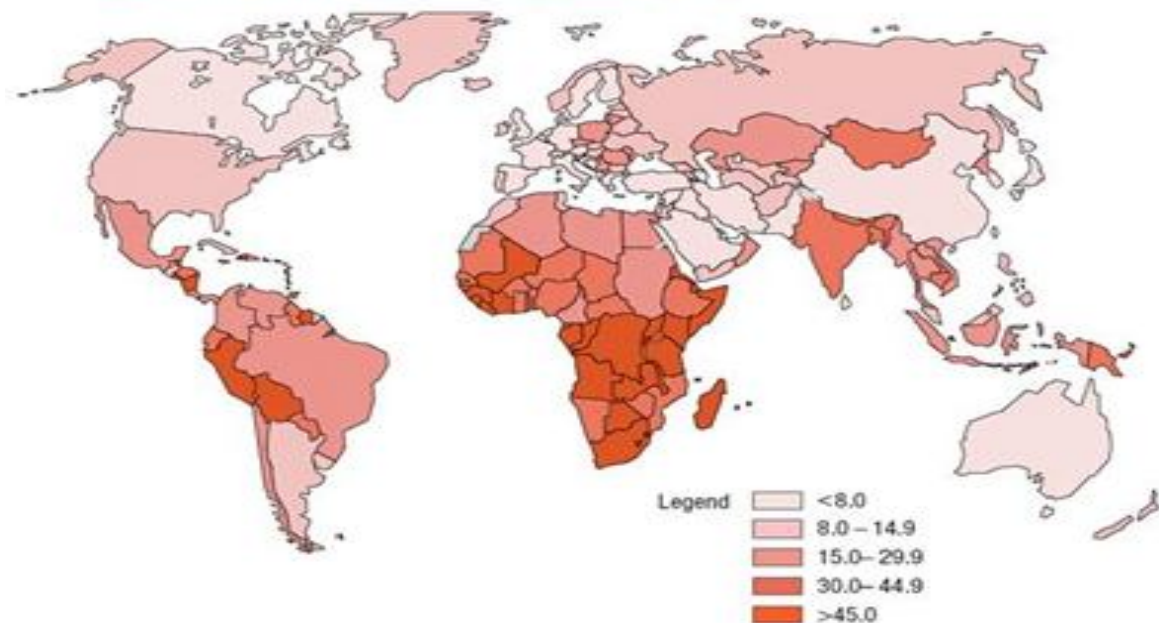
entre 40 y 50 años de edad, aunque es cada vez mas común ver casos de mujeres jóvenes infectadas, entre 20 y 30 años de edad se les diagnostica.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en 2005 hubo más de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical, de los cuales más de 90% se reportaron en países en vías de desarrollo. Ese año, al menos 260,000 mujeres murieron por esta causa; 95% de estas muertes ocurrieron en la misma región.

El cáncer cervical es común en mujeres mayores de 40 años. Usualmente el mayor número de muertes ocurren en mujeres entre 50 y 60 años de edad.

Se ha estimado a nivel mundial que más de 1 millón de mujeres desarrollan cáncer cervical, pero las altas tasas de incidencia se reportan en América del Sur y Central, este de África, sur y sur-este de Asia y Malasia.

Figure 1.3 Worldwide incidence rates of cervical cancer per 100,000 females (all ages), age-standardised to the WHO standard population (2005)





“México es uno de los lugares con mayor incidencia de cáncer cervical con una tasa de 40 por cada 100 000 mujeres, la cual desafortunadamente se ha ido incrementando lentamente en estos últimos años.”.

“México ocupa una de las altas tasas de mortalidad. Las muertes son comparables con ciertos países de Sudáfrica. La mortalidad es mucho mayor en estados de menor desarrollo social y en zonas sur comparados con los de la zona norte. Además, la vulnerabilidad social de las mujeres es un factor que las predispone al cáncer.”

#### **1.4 SITUACION DEMOGRAFICA**

La población femenina de 25 años y más en México se encuentra en un momento demográfico de expansión. Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2000 el volumen de este grupo poblacional ascendió a cerca de 23.9 millones y alcanzará los 38.8 millones para el año 2020, lo que representará casi un tercio de la población total en ese año. Tan sólo durante el período 2000-2006 este grupo crecerá en 4.48 millones de mujeres. El Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino enfoca sus acciones de detección oportuna, particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, que representa casi el 90% del total de mujeres de 25 años o más de edad. La población potencialmente usuaria de servicios de detección de cáncer cérvico uterino orienta la definición de coberturas de acuerdo a criterios epidemiológicos.

### Población femenina de 25 años o más, Según grupos de edad, en el año 2000

GRUPO DE EDAD	POBLACION FEMENINA
25 A 34	8 631 609
35 A 44	6 225 834
45 A 54	3 928 700
55 A 64	2 496 112
65 Y MAS	2 563 717
<b>TOTAL</b>	<b>23 845 972</b>

Fuente: Estimaciones del CONAPO.

#### PORCENTAJES DE PACIENTES EN LA CLINICA DE DISPLASIAS DEL HRE

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009
<b>DIAGNOSTICO</b>	PACIENTES	PACIENTES	PACIENTES	PACIENTES	PACIENTES
<b>INFECCION POR VPH</b>	203	213	166	221	258
<b>NEOPLASIA INTRACERVICAL GRADO 1</b>	26	54	73	62	94
<b>NEOPLASIA INTRACERVICAL GRADO 2</b>	4	17	3	15	17
<b>NEOPLASIAS INTRACERVICAL GRADO 3</b>	4	7	4	8	8
<b>CANCER CERVICOUTERINO</b>	9	17	7	4	1
<b>TOTAL</b>	246	308	253	310	378

FUENTE: BITACORA DEL COLPOSCOPIAS H.R.E. CLINICA DE COLPOSCOPIAS.

## 1.5 VPH Y CANCER

El virus del papiloma humano se transmite por contacto (no por los fluidos sexuales), durante las relaciones sexuales. El uso del preservativo disminuye el contagio sexual, pero no lo elimina. Algunos tipos de virus del papiloma humano tienen capacidad oncogénica, y provocan mitosis sin control, displasia, carcinoma in situ, y cáncer de cuello de útero. El virus es causa necesaria, pero no suficiente. La pobreza, el tabaquismo, y otros factores desconocidos son clave para el desarrollo de la enfermedad.

Las mujeres se contagian al comienzo de sus relaciones sexuales coitales, pero en la mayoría de los casos la infección se elimina por medios naturales, espontáneamente. Importa la infección que se mantiene por más de dos décadas. La infección permanente es lenta, pues lleva hasta diez años para producir lesiones precancerosas, y otros diez años para producir carcinoma in situ.

El cáncer constituye una de las primeras causas de muerte en la población mundial y en la mujer de forma específica el de mama y cervico uterino cobran la vida de miles de ellas cada año tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Las cifras nos indican que todos nos veremos afectados, ya sea como pacientes, familiares o amigos. De estos dos tipos de cáncer el cervico uterino cobra miles de víctimas cada año por lo que se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, el cual representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres de los cuales casi el 50% mueren por esta causa según cifras de organizaciones internacionales de salud.

Ante esta problemática los servicios de salud han tomado diversas estrategias con una perspectiva dirigida a reducir la morbimortalidad por esta enfermedad que más que todo se ha convertido en un cruel azote de nuestros países subdesarrollado. El fortalecimiento de los servicios de atención primarias de salud, el pesquizaje activo, el trabajo comunitario y el libre acceso a la realización de pruebas citológicas ha

sido unos de los caminos tomados con el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico precoz a partir de la identificación de factores de riesgo y la consecuente realización de actividades preventivas que incrementen la calidad del diagnóstico y la toma de las medidas de tipo curativas pertinentes en el enfrentamiento a dicho problema de salud.

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer en México.

Actualmente se puede diagnosticar por medio de citología y la histopatología para su tratamiento oportunos. Hay una relación entre el cáncer cervicouterino y el virus del papiloma virus, hay diferentes estudios donde se han identificado nuevas funciones biológicas del virus y se su papel en la carcinogénesis hay funciones biológicas de las proteínas del virus que pueden afectar el ciclo viral, la respuesta celular que influyen en el desarrollo de lesiones cervical.

Es por ello que se hace necesario determinar cuáles son algunos de los factores epidemiológicos presentes en las mujeres de nuestra comunidad que tuvieron citologías alteradas, con el propósito de incorporar al programa de prevención de la enfermedad la educación de las mujeres en particular y de la población en general, en relación a la prevención del cáncer de cuello uterino, no solo a través de la realización de la Citología, sino también en la prevención de sus factores de riesgo.

En el año 2000, según cifras de la Organización Mundial de la Salud, 470 000 mujeres padecieron de cáncer de útero, 233 000 de ellas murieron por esta causa. La enfermedad es considerada como un problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo, donde se presentan el 80% de los casos diagnosticados y de las muertes a nivel mundial.

## **1.6 CANCER CERVICAL Y FACTORES DE RIESGO**

El cáncer cervicouterino es uno de los problemas más grandes de la salud pública a pesar de contarse con una técnica eficaz de prevención. Es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Se asocia además con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales, el tabaquismo, uso de anticonceptivos y la infección de algunos tipos de virus del papiloma humano. Factores inmunológicos y otros como la dieta. También, se ha discutido la mayor frecuencia de la aparición del carcinoma adenoescamoso de cérvix en pacientes que utilizan o han utilizado por largos períodos hormonas, como los anticonceptivos orales.

## **1.7. ESTADIFICACION DEL CANCER CERVICOUTERINO**

En el año 2001, la tercera conferencia de Bethesda tuvo como resultado cambios más sutiles e importantes. Un tema primordial fue la categoría CEASI. Los resultados restantes del frotis de Papanicolaou atípicos debían designarse como células escamosas atípicas de significado intermedio (CEASI).

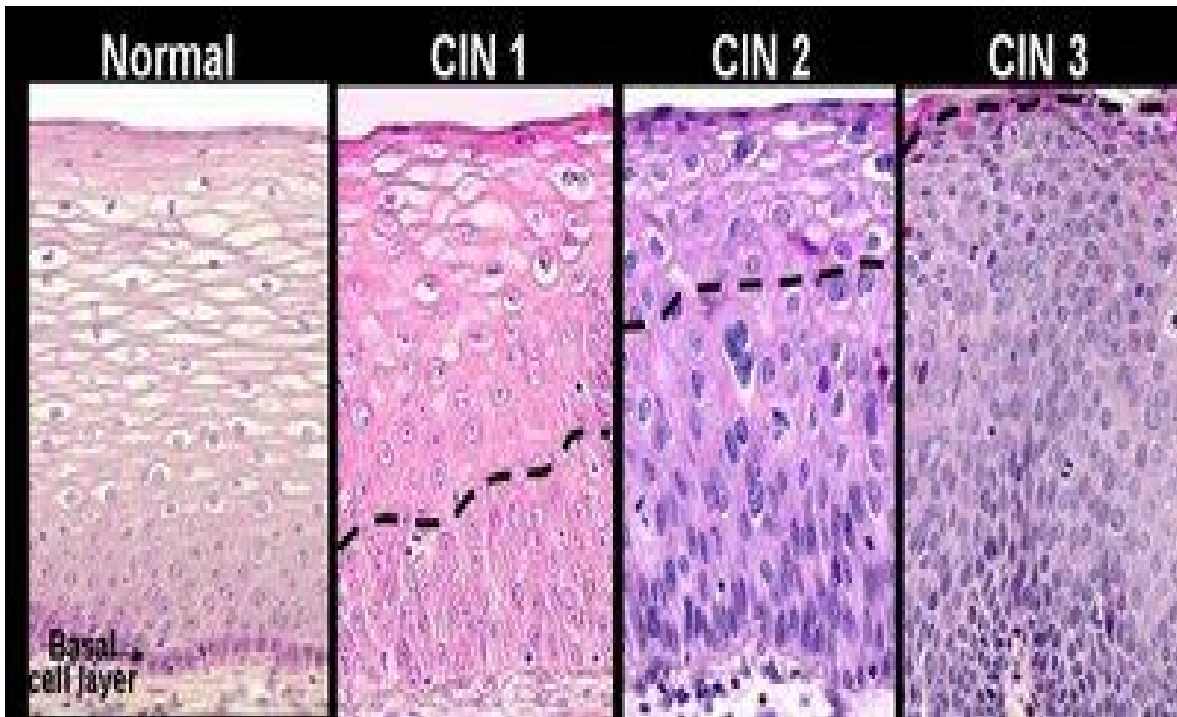
En el sistema Bethesda (1990) se utilizan las categorías siguientes:

Sin datos de células malignas.

Con células escamosas atípicas de significado intermedio (CEASI) que representan alguna variedad de cambios hallados en las células precancerosas; pero que no son diagnósticos.

Lesión intraepitelial plana de bajo grado (LIBG) para células con hallazgos consistentes con los efectos del virus del papiloma humano (HPV) o cambios de tipo neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I.

Lesión intraepitelial plana o escamosa de alto grado o mayor (LIAG) para células con hallazgos consistentes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II-III o carcinoma in situ. La capacidad de discernir entre esas categorías era limitada; pero los cambios citológicos eran diferentes a los del efecto del virus del papiloma humano (VPH) en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I.

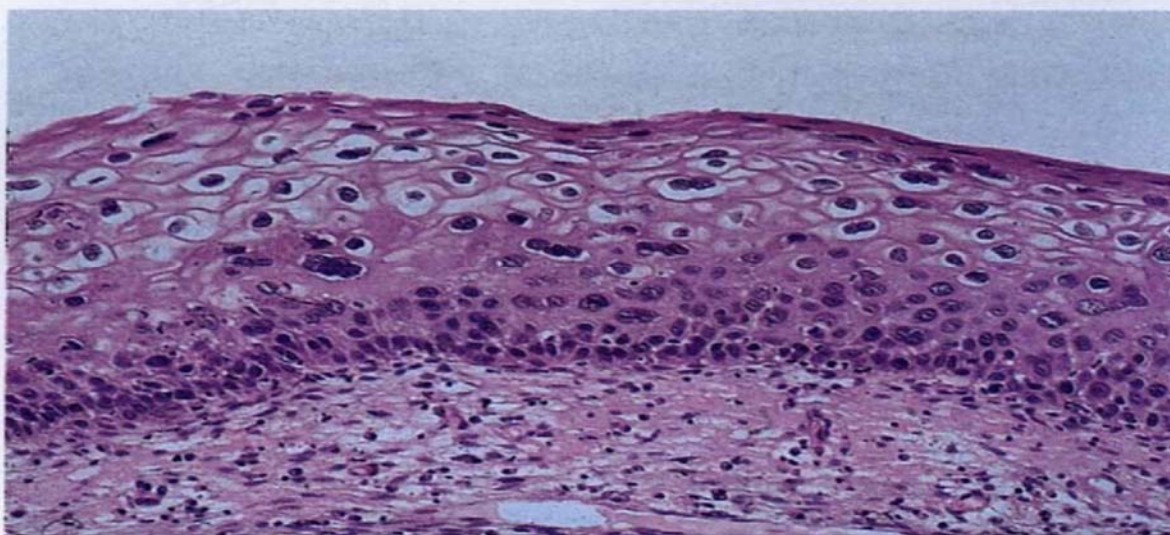


De las categorías preinvasoras glandulares, las células glandulares atípicas (CGA) también tienen significado indeterminado (CAG-SI) y sugieren neoplasia. También se tomaron en cuenta datos del atypical/low grade triage study (ALTS) debido a la mejor forma global de identificar lesiones histopatológicas precancerosas de alto grado en las categorías citológicas CEASI y LIBG. (10) Los propósitos de la conferencia de Bethesda 2001 eran estudiar la citología con resultado CEASI-SI mediante pruebas de DNA para tipos de HPV de alto riesgo y referir a colposcopia a aquellas pacientes con frotis de pap (CEASI) cuando el resultado era positivo.

## ✚ NIC I

Las modificaciones que caracterizan estas lesiones son de cuatro tipos.

- El primero, que es el más frecuente, corresponde a células epiteliales intermedias y/o superficiales cuyos núcleos están aumentados de tamaño (de dos a tres veces el diámetro de las células epiteliales intermedias o superficiales normales) y cuya densidad cromatínica está acentuada.
  - La forma de estos núcleos es generalmente regular, redonda u ovalada; en estas lesiones las pequeñas irregularidades de los contornos o de la forma de los núcleos no son relevantes.
  - El aumento de la densidad cromatínica se presenta en forma de una cromatina finamente granulosa o en forma de un aumento uniforme y difuso de esta densidad con una cromatina de aspecto más opaco.
- Habitualmente, en estas lesiones, no se observan los nucléolos. Las células que presentan estas modificaciones a veces son binucleadas o plurinucleadas.



- El segundo tipo corresponde al koilocito, término creado por Koss y Durfee (del griego koilos, que significa vacío, hueco), quienes describieron esta modificación particular; ésta, menos frecuente que la precedente, es patognomónica de una infección por VPH.

- El koilocito corresponde a una célula superficial cuyo núcleo atípico (siempre hipercromático, a veces aumentado de tamaño y ocasionalmente múltiple) está rodeado por un amplio halo citoplasmático bordeado por un margen de citoplasma de color normal o ligeramente más acidófilo de lo normal.
- Acentuación lineal en la interfaz entre la lámina citoplasmática y el halo.
- El diagnóstico de koilocito sólo puede ser considerado cuando el núcleo de esta célula es hipercromático, es decir, atípico.

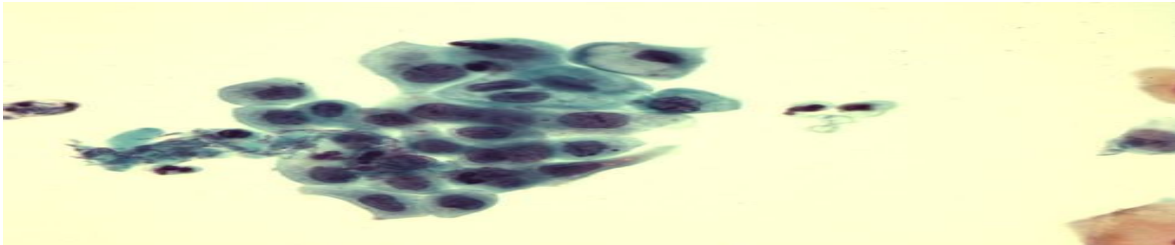


- El tercer tipo corresponde a la presencia de células en miniatura, queratinizadas y nucleadas, pero cuyos núcleos son atípicos, es decir, hipercromáticos, de forma y tamaño a veces variables.
- Estas células paraqueratósicas con atipia excepcionalmente son binucleadas
- No son características de una lesión intraepitelial de grado bajo, pero son muy sugestivas de la existencia de una lesión intraepitelial (independientemente de su grado) o invasiva.
- El cuarto tipo, probablemente presente con poca frecuencia en un frotis de detección precoz y excepcionalmente identificado: Células epiteliales parabasales cuyos núcleos están ligeramente aumentados de tamaño y son discretamente hipercromáticos en algunas formas de lesión intraepitelial de grado bajo.



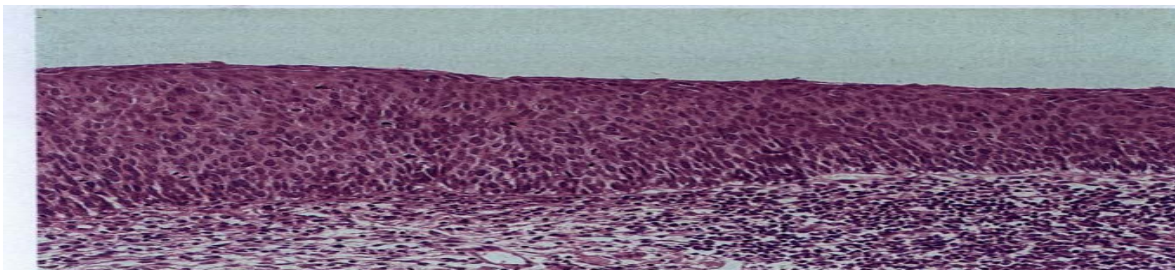
### **NIC II**

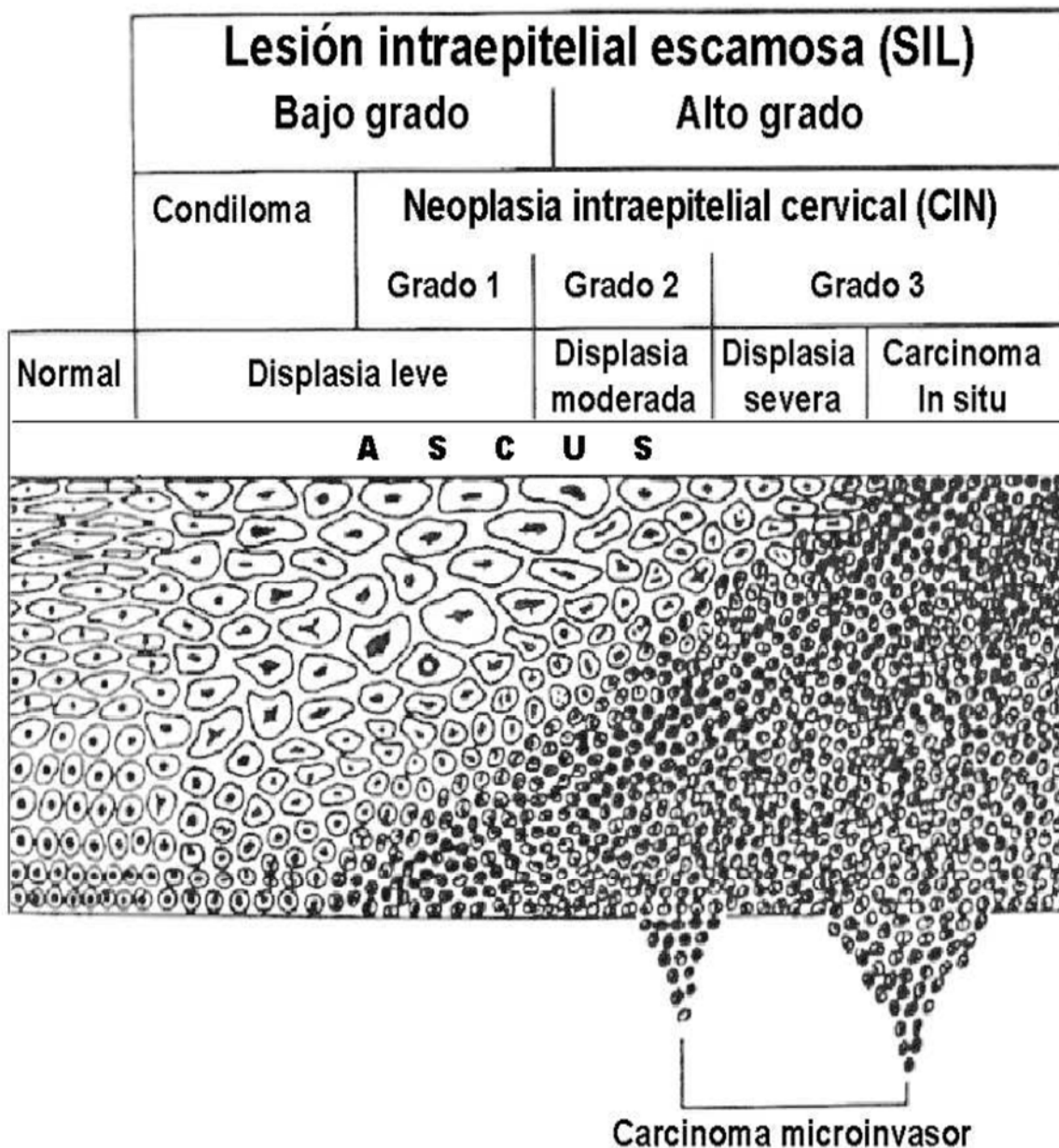
- Se caracteriza por alteraciones citológicas encontrándose células de la capa superficial e intermedia junto con células parabasales discarióticas.
- Estas por lo general aisladas rara vez agrupadas, presentan un núcleo de dos a tres veces más grande de lo normal, con cromatina granular.
- Desde el punto de vista histológico se encuentra aumento del agrupamiento nuclear, con disminución de los puentes intercelulares y del volumen citoplasmático.
- En el estrato parabasal el tejido pierde el aspecto empalizada mientras que los núcleos presentan anomalías.



### **NIC III**

- Las células tienen dimensiones que varían desde las de una célula de reserva a las de una célula parabasal.
- La relación núcleo-citoplasma está siempre a favor del primero.
- El epitelio aparece alterado en todo su espesor con mitosis típicas y atípicas aun a nivel de los estratos superficiales, con pérdida de la polaridad de los elementos.





**Representación esquemática de los precursores del carcinoma epidermoide cervical y de las diferentes terminologías utilizadas.**

Aunque la infección es provocada por los mismos tipos de virus en el varón y la mujer, las lesiones difieren clínica e histológicamente:

Mujer: Blandas. De color gris o rosa, pedunculadas y suelen encontrarse en racimos. Las zonas más afectadas son la vulva, la pared vaginal, el cuello uterino (son causantes de cáncer), la piel de alrededor de la zona genital (periné) y el ano  
 Varón: Blandas. Las presentes en el pene suelen ser lisas y papulares. Mientras

que las del perineo asemejan a una coliflor. A menudo, aparecen primero en el prepucio (tejido que cubre el pene) y el glande, y luego en el escroto (piel externa de los testículos) y la región perianal. En la boca y en la garganta, el VPH produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. También puede haber el papiloma de la conjuntiva del ojo y el papiloma nasal.

IIIIIIII

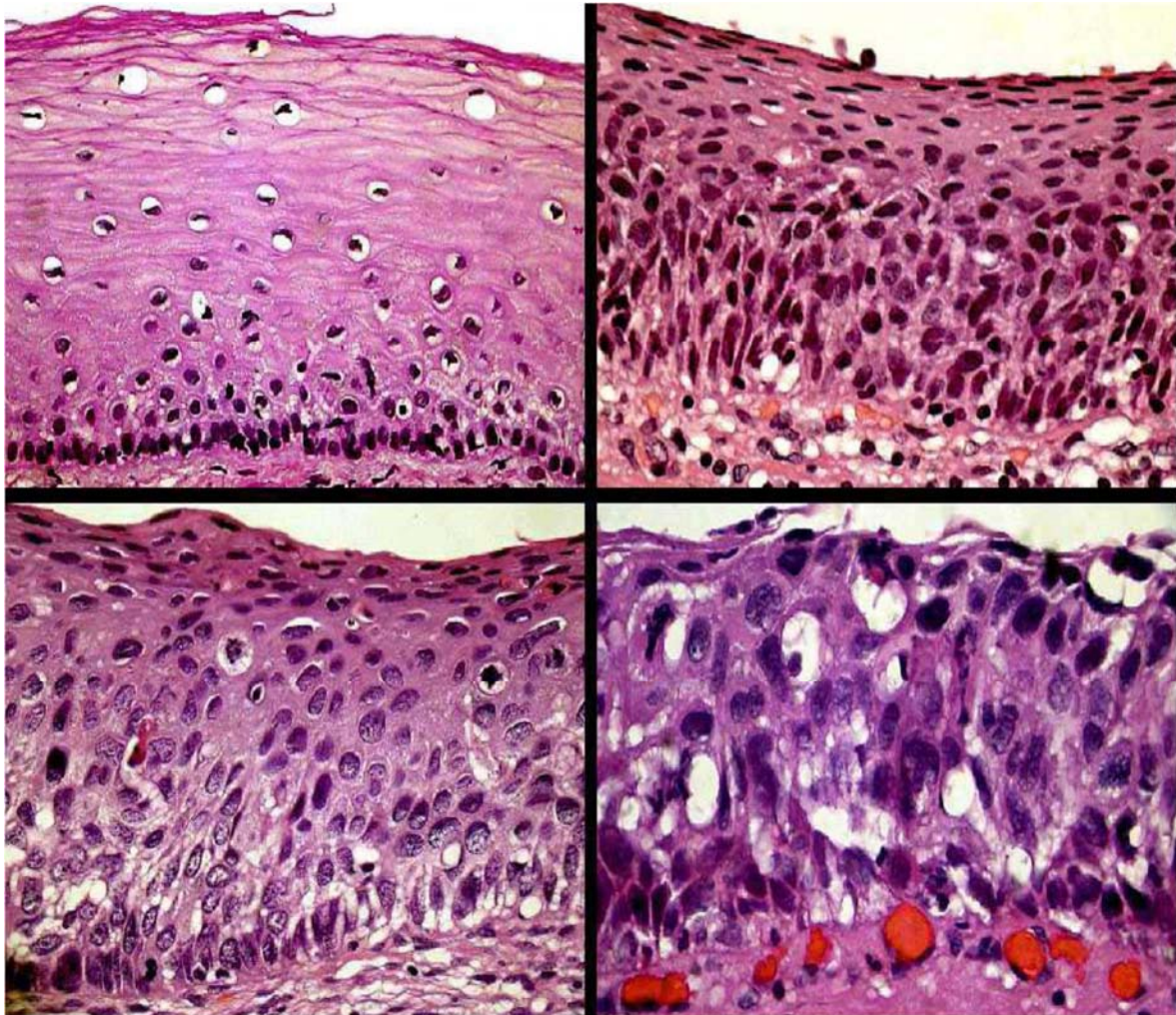
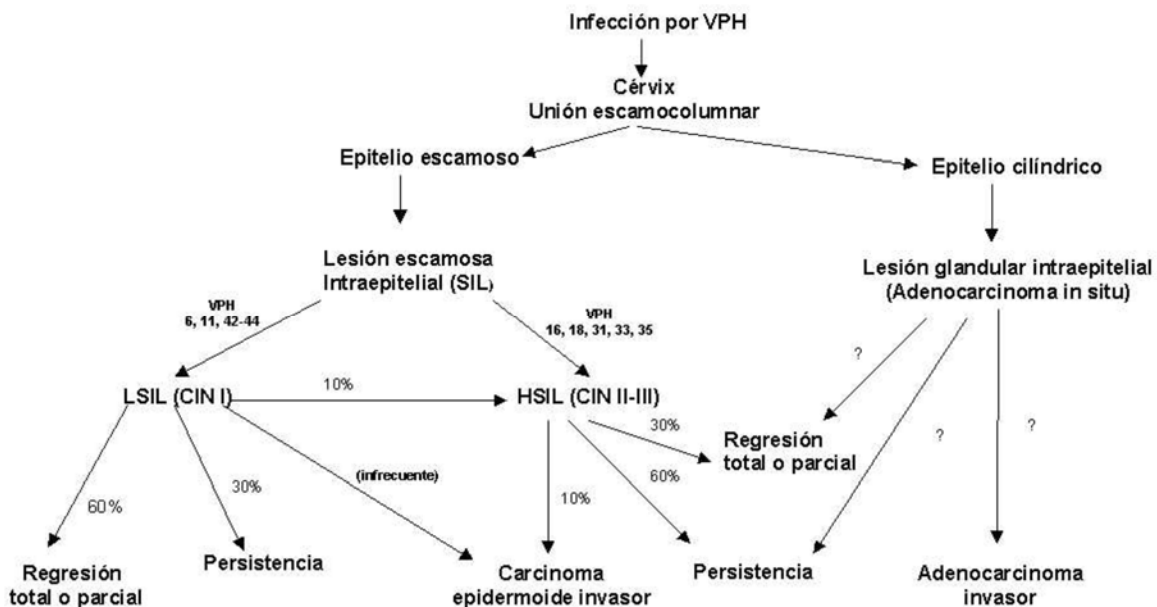


Ilustración 4: aspecto de la NIC en cuello uterino.

1. Epitelio escamoso normal.
2. CIN I con atipia y pérdida de la maduración, sobre todo en el tercio más profundo del epitelio escamoso.
3. CIN II. La atipia celular y pérdida de la maduración sólo respeta al tercio más superficial del epitelio
4. CIN III con atipia difusa en todo el espesor del epitelio y pérdida de la maduración



**Patogénesis del carcinoma ecto y endocervical. Los tipos de virus, junto con otros factores que influyen en la progresión neoplásica, aparecen representados en el esquema. También se representa la posible regresión del proceso. Los porcentajes atribuidos a las posibilidades evolutivas se aproximan a la media de las estimaciones de VPH.**

### 1.8 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El cáncer cérvicouterino es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino y su progresión natural conlleva a la muerte.

El cérvix es una zona de especial interés e importancia para los ginecobstetras; ningún órgano es tan accesible en términos de diagnóstico y de tratamiento, para el gineco-oncólogo debido a que representa un foco común de desarrollo de tejido maligno. Esta accesibilidad tan peculiar del cérvix para el estudio celular y tisular, así como para su revisión directa exhaustiva, ha permitido una intensa investigación de la naturaleza de sus lesiones malignas y ha generado grandes avances en la citología cervical y la colposcopia, lo que ha propiciado una reversión completa del pronóstico del cáncer en éste órgano.

Aun cuando el conocimiento actual es incompleto, los estudios realizados han mostrado que la mayoría de estos tumores tiene inicio gradual y sus precursores preinvasores pueden mantenerse en una fase reversible o *in situ* por varios años, al menos en algunas pacientes.

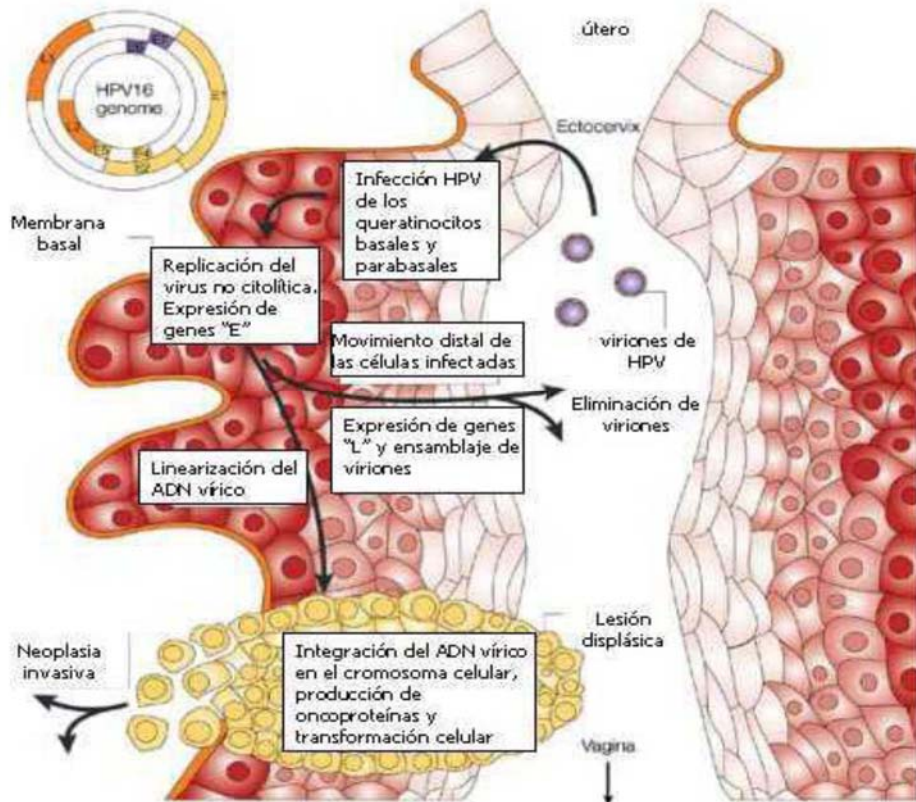


Ilustración 5: Dinámica de la infección VPH en el cuello uterino.

La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples al cérvix. Los factores de riesgo descritos en los diferentes estudios realizados a nivel mundial y en el país son la edad (30-50 años), edad al primer coito (15-17 años), cuadros frecuentes de infecciones de transmisión sexual, paridad (mayor de 5 partos), edad temprana al primer embarazo (menor de 15 años), cervicitis crónica, antecedentes de manipulación cervical, multiplicidad de parejas sexuales (5-6) y tabaquismo, los cuales están primordialmente vinculados a un bajo nivel socioeconómico y cultural, aunado a factores infecciosos locales, en particular el virus del papiloma humano (vph), la tricomoniasis, el virus del herpes tipo II.

GEN	FUNCION
E1	Iniciación de la replicación del ADN.
E2	Regulación transcripción al y replica del ADN.
E4	Ruptura del citoesqueleto.
E5	Proteína transformante que interactúa con receptores de factores de crecimiento.
E6	Proteína transformante, se une a p53, e induce su degradación.
E7	Proteína transformante, se une a p105RB y libera el factor de transcripción EF2.
L1	Proteína mayor de la capsida.
L2	Proteína menor de la capsida.

**Funciones principales de las proteínas codificadas por los genes de VPH**

La participación de la infección por el vph es motivo de extensa investigación en la actualidad y aunque no se ha encontrado una relación causal, la asociación de los tipos virales de bajo riesgo, 6 y 11, con lesiones premalignas, y de los tipos virales de alto riesgo, 16 y 18, con el cáncer invasor, sugieren una participación activa en la transformación celular maligna. Sin embargo, una extensa revisión de la literatura concluye que en México la edad temprana al primer coito, la infección por vph, las múltiples parejas sexuales y el hecho de nunca haberse sometido a un estudio de citología cervical son los factores más importantes relacionados con el desarrollo de este cáncer.

El cuadro clínico en las pacientes con enfermedad premaligna del cérvix involucra síntomas generales y poco específicos, pero el sangrado postcoito, la dispareunia y la secreción vaginal anormal son los más referidos. En el cáncer invasor el sangrado genital, el dolor pélvico crónico, la obstrucción urinaria y la pérdida ponderal son los más señalados. Las complicaciones vinculadas con el cáncer invasor pueden involucrar diversos niveles de la economía, aun cuando el sistema urinario es el más afectado con manifestaciones graves de insuficiencia renal y las alteraciones ureterales y uretrales deterioran el estado general de la paciente y su calidad de vida.

El término **neoplasia intraepitelial cervical (nic)** es utilizado para agrupar las anomalías epiteliales del cérvix. La nic I denota que los cambios celulares involucran solamente un tercio del epitelio; la nic II involucra dos tercios del epitelio y en la nic III participa la totalidad del epitelio; las células epiteliales son de características malignas, pero confinadas al epitelio.

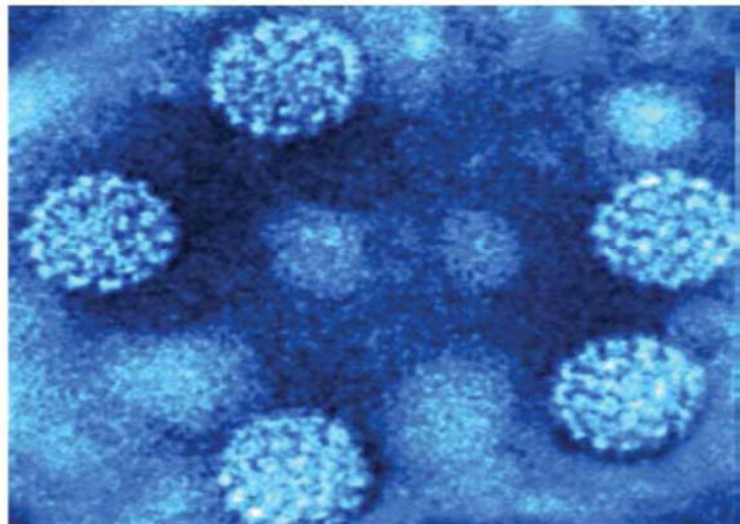
La Clasificación Histológica Internacional de Tumores, que es descriptiva, utiliza el término **displasia**, que connota lo mismo que nic en sus distintos grados de leve (I), moderada (II) y severa (iii). Cuando ha sido producida una ligera invasión a través de la membrana basal del epitelio, el término empleado es el de **cáncer microinvasor**.

El término **cáncer invasor** denota una franca participación del tejido subyacente al epitelio y su progresión ulterior es muy similar a otros cánceres ginecológicos, con base en la invasión de tejidos y órganos subyacentes, que culmina con metástasis a distancia.

#### PARTÍCULAS VIRALES DE VPH

Las partículas de VPH consisten de 72 cápsómeros (60 hexámeros y 12 pentámeros), con un diámetro aproximado de 55 nm. Los capsómeros están hechos de dos proteínas estructurales: L1 en mayor proporción y L2.

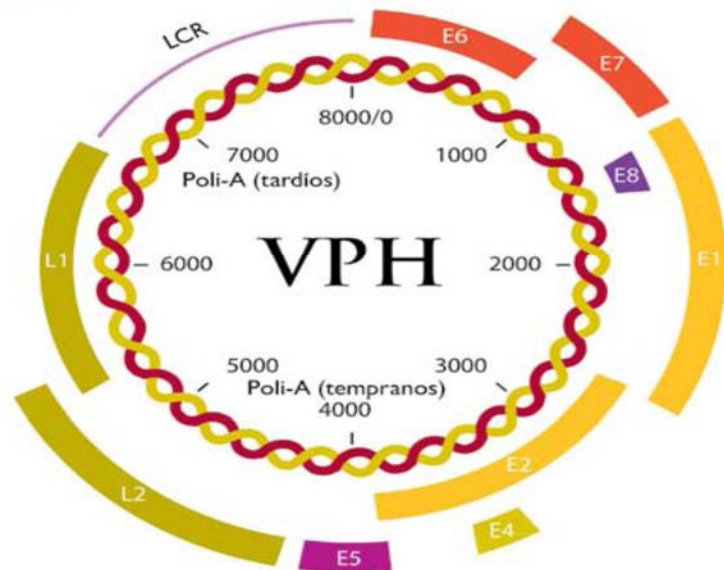
Fuente:  
<http://images.search.yahoo.com/search/images?ei=UTF-8&fr=sfp&p=human+papillomavirus>



**FIGURA 3\***  
ORGANIZACIÓN DEL GENOMA DE VPH

El genoma del VPH es una molécula de ADN circular de doble cadena. Se divide en tres regiones: la región larga de control, LCR, que no contiene marco de lectura alguno; la región temprana, que contiene a los genes E1 a E8; y la región tardía que contiene a los genes L1 y L2, los cuales constituyen la cápside. Con el permiso de impresión y modificación por parte de Taylor & Francis Books (UK).

**Fuente:**  
The Health's Professional's HPV HAND-BOOK, 1: Human papillomavirus and cervical cancer, 2004. The European Consortium for Cervical Cancer education. Taylor & Francis Group



## 1.9 FACTORES DEL HOSPEDERO

### ETIOLOGIA

Papiloma o Condiloma significa protuberancia crónica y son conocidos como verrugas genitales. El virus del papiloma humano (VPH) se llama vulgarmente “virus de las verrugas”. Se trata de una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y, paradójicamente, una de las menos conocidas. Y es que el VPH puede alojarse en el organismo sin mayor ruido y cuando llega es para quedarse de por vida.

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. El virus del Papiloma Humano produce infecciones de piel y afecta también las mucosas del tracto anogenital, oral (boca y garganta) y respiratorio.



En la piel, las lesiones más frecuentes son las verrugas cutáneas, también llamadas verrugas vulgares y las verrugas plantares que son lesiones en las plantas de los pies a menudo dolorosas.

Las lesiones anogenitales incluyen verrugas que aparecen en o alrededor de los genitales y el ano, tanto de los hombres como de las mujeres. Las verrugas genitales son técnicamente conocidas como **condilomas acuminados** o verrugas venéreas y están generalmente asociadas con dos tipos de virus de papiloma humano, el número 16 y número 11. El virus de papiloma humano también puede causar crecimientos planos anormales en el área genital (vagina, uretra y ano) y en el cuello del útero (la parte más baja del útero que se extiende a la vagina). La evolución de las lesiones es imprevisible: pueden desaparecer, crecer o permanecer estables.

Estas verrugas varían en apariencia en el varón y mujer. Un estudio científico demuestra que en las mujeres con la infección por VPH, el 69 % de los varones con los que tienen relaciones sexuales presentan lesiones asintomáticas en el pene que pueden detectarse mediante colposcopia del pene. Por tanto, el varón es un reservorio que disemina la enfermedad ya que es un portador sin lesiones visibles.

El virus de papiloma humano ahora se conoce como la causa mayor de cáncer del cuello del útero. Algunos tipos de virus de papiloma humano se conocen como virus de "bajo riesgo" porque raramente se convierten en cáncer; pero hay otros que pueden llevar al desarrollo de cáncer y estos se conocen como de "alto riesgo" o "asociados con el cáncer".

Ambos tipos de virus de papiloma humano, los asociados con el cáncer y los de bajo riesgo, pueden causar el crecimiento de células anormales en el cuello del útero, pero generalmente sólo los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer pueden llevar al desarrollo del cáncer del cuello del útero.

Las células cervicales anormales pueden detectarse cuando se realiza la prueba Pap, o Papanicolaou, durante un examen ginecológico.

## 1. 10. FACTORES DE RIESGO

Se denomina factor de riesgo a aquél factor asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero que no es suficiente para causarla. Es necesaria la presencia de otros factores asociados para causar la enfermedad.

En el caso del VPH, los factores de riesgo pueden ser:

- a) Inicio de vida sexual activa a temprana edad (antes de los 20 años).
- b) Adolescentes con vida sexual activa
- c) Gran número de compañeros sexuales
- d) Enfermedades de transmisión sexual o inflamación del cuello del útero persistente o recurrente.
- e) Virus de inmunodeficiencia (VIH Sida) el cual se asocia tanto a que prevalezca la infección por VPH como a que ésta progrese a lesiones malignas.

Es un hecho que, solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan a cáncer del cuello uterino. Se han encontrado algunos factores de riesgo que son determinantes para que se dé esta evolución:

- 1) Conducta sexual: se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de las relaciones sexuales y el número de compañeros sexuales, aumentan el riesgo.
- 2) Consumo de tabaco: las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Se ha demostrado que en el moco cervical hay una concentración elevada de sustancias provenientes del tabaco.
- 3) Mujeres con alto número de embarazos: los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones de VPH.

- 4) Sistema inmunológico deprimido: factores genéticos, enfermedades como el SIDA, medicamentos, drogas, etc. que provocan una disminución en el sistema inmunológico de la persona, predispone al desarrollo de cáncer ante la presencia de la infección por VPH en cuello uterino y anogenitales.
- 5) Uso prolongado de anticonceptivos: se ha vinculado con la persistencia de infecciones por VPH. Se estima que las mujeres que utilizan anticonceptivos por más de cinco años, duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.
- 6) Mala o deficiente nutrición: se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección por VPH y la evolución de las lesiones a cáncer cervicouterino.

## **1. 11. PREVALENCIA, REGRESIÓN Y PERSISTENCIA**

La prevalencia de infección por VPH alrededor del mundo en mujeres va de un 2% a un 44%<sup>16</sup>, más alta entre mujeres jóvenes, decayendo conforme la edad aumenta<sup>17</sup>. Además, la incidencia de infección con tipos virales oncogénicos parece ser más alta que aquella con tipos virales no oncogénicos.

La mayoría de las lesiones leves o moderadas revierten espontáneamente en individuos inmunocompetentes. Se sabe que más del 70% de las adolescentes sexualmente activas y mujeres jóvenes adquieren una infección por VPH. Sin embargo, la mayoría son transitorias y solo cerca del 25% desarrollan una lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL por las siglas en inglés bajo el sistema Bethesda de clasificación de células displásicas cervicales). Después, solo del 20 a 40% de estas LSIL progresarán a lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL). Esto significa que aquellas mujeres que en alguna ocasión adquieren un VPH, solo el 5 o 10% de ellas desarrollarán una HSIL, mientras que cerca del 90% de las mujeres infectadas no mostrarán evidencia alguna del tipo viral adquirido después de 12 a 36 meses.

Sin embargo, en aquellos con una deficiencia inmune, heredada o inducida farmacológicamente, hay una fuerte tendencia para que la infección persista y malignice en caso de infección con VPH de alto riesgo oncogénico. Si el virus permanece en forma latente, una mujer que parece haber tenido una regresión de su infección entre sus visitas de seguimiento estaría aún en riesgo de desarrollar alguna lesión asociada al VPH.

Se ha encontrado que la infección con múltiples tipos virales de VPH está asociada con persistencia. Los estudios de Bachtary y van der Graaf sugieren que la infección múltiple está asociada con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad. No está claro si esto es debido a la susceptibilidad del hospedero, la interacción entre los virus o la probabilidad de progresión independiente en cada tipo viral.

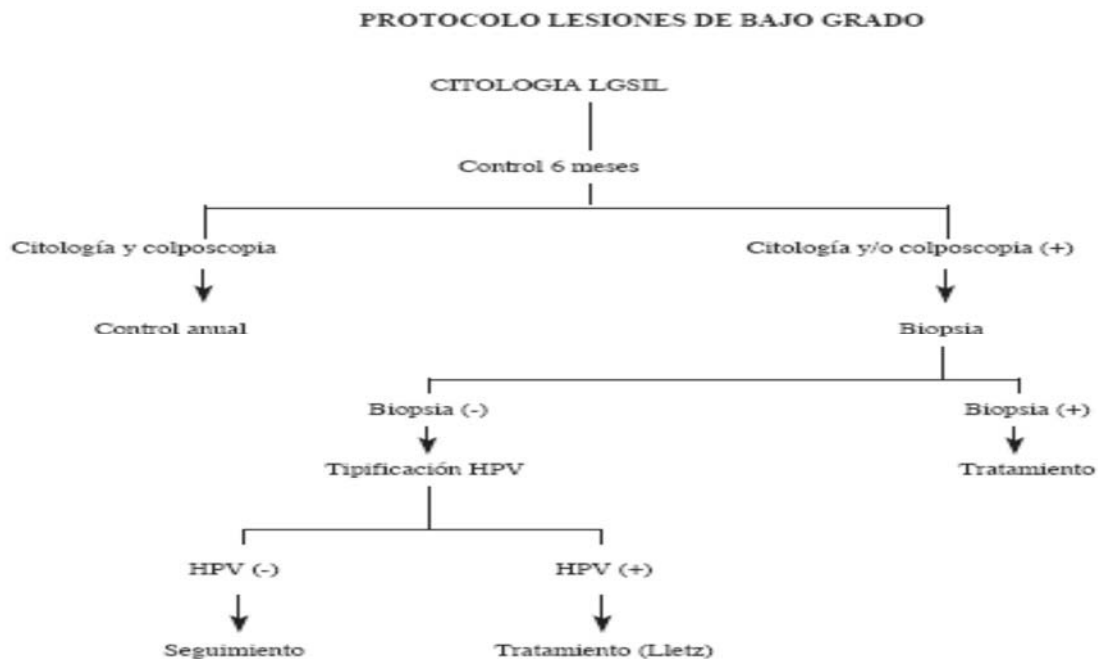
## **1. 12. DIAGNOSTICO**

El diagnóstico clínico de esta infección viral se basa en la inspección ocular directa, que permitirá identificar las lesiones clínicas, y en la visión magnificada mediante lupa o, a ser preferible, mediante colposcopia, un procedimiento diagnóstico más minucioso y completo, que permite identificar las lesiones subclínicas.

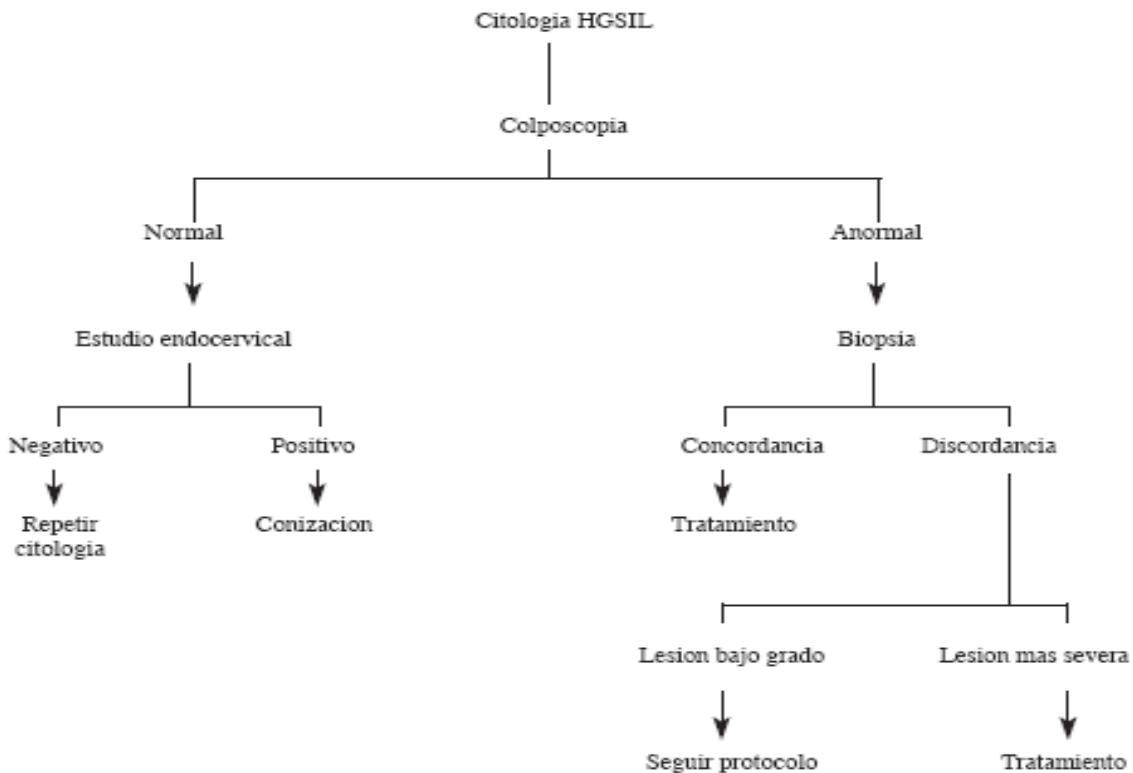
El examen colposcópico tiene como objetivo detectar las lesiones subclínicas, que se expresan como epitelios blancos tras la aplicación de ácido acético al 5%. Deberá igualmente practicarse una exploración colposcópica integral del tracto genital inferior (TGI), siguiendo los siguientes tiempos:

1. Observación de las imágenes vasculares, que pueden orientar sobre una posible lesión intraepitelial acompañante.
2. Aplicación de acético al 5%, que produce una vasoconstricción y una coagulación de las citoqueratinas celulares, aumentadas en los epitelios afectados, lo que permite evidenciar las lesiones subclínicas como epitelios blancos y las formas de expresión mínima como espículas blancas sobre una mucosa normal.

3. Test de Schiller, que consiste en la aplicación de una solución de lugol, a la que reaccionan las mucosas genitales, productoras de glucógeno, tiñéndose de color caoba, mientras que las lesiones VPH subclínicas aparecerán yodonegativas o con una captación parcial de límites netos. Tras la aplicación del acético en cuello y vagina, deberá esperarse 30-45 segundos antes de realizar la observación colposcópica, pues ése es el tiempo que tardan en evidenciarse los epitelios acetoblanco. En vulva la aplicación se hará con una gasa empapada, que se mantendrá durante más tiempo, dado que su reactividad al acético es menor, debiendo hacer la observación pasados varios minutos.



PROTOCOLO LESIONES DE ALTO GRADO



Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3 (Richart, 1968). NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia grave y al CIS. En los años ochenta fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas como la atipia coilocítica o condilomatosa

asociada con la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los coilocitos son células atípicas con una cavitación o halo perinuclear en el citoplasma, que indica cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH. Esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados. En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC 1, y NIC de alto grado que comprendía NIC 2 y NIC 3. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor (Richart, 1990).

Las diferencias genotípicas entre los tipos de papiloma virus vienen marcadas por los diferentes aminoácidos que constituyen la proteína L1 (proteína estructural del virus que posee además efecto antigénico). Son las características de esta proteína las que hacen que el virus pueda ser tratado como de "bajo o alto riesgo" y por ello su genotipo específico es el que se usa para poder clasificar a estos virus.

Según el genotipo de la proteína L1 podremos clasificar los virus como: L1 tipo 16, L1 tipo 18... o como VPH tipo 16, VPH tipo 18...

Los cánceres cervicouterinos invasores de células escamosas vienen precedidos por una larga fase de enfermedades preinvasoras, denominadas colectivamente neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

La NIC se clasifica en grados 1, 2 y 3 según la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas.

En los grados más avanzados de NIC (2 y 3), la proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas es mayor.

La infección persistente por uno o más de los subtipos oncógenos de papilomavirus humanos (VPH) causa irremediablemente neoplasia cervical.

La mayoría de las anomalías cervicales causadas por la infección por VPH tienen escasa probabilidad de progresar a NIC o a cáncer cervicouterino de alto grado.

La NIC de más bajo grado vuelve a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresa a formas de alto grado.

### **1. 13. NUEVAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN VIRAL**

Los programas que se realizan para la prevención primaria del cáncer de cérvix. Es importante la prevención, la frecuencia de falsos negativos en la citología sigue siendo una de las limitaciones de los programas y una de las mayores causas de mal diagnóstico médico. Aproximadamente un tercio de los casos no diagnosticados, por mala interpretación y se atribuyen por igual a la toma y preparación de los frotis y al seguimiento inadecuado de los casos identificados. El test de Papanicolaou, basado en citología exfoliativa, ha sido decisivo en reducir la mortalidad por cáncer cervical en los países que lo han aplicado masivamente.

En la mayor parte de los países en desarrollo, la cobertura poblacional es muy baja y el impacto de los programas en reducción de mortalidad por cáncer de cérvix ha sido muy escaso.

De entre las alternativas y complementos propuestos, en diferentes fases de evaluación, caben

citar:

- 1) Citología en fase líquida: preparación de suspensiones celulares en medio líquido y obtención de laminas monocelulares limpias de residuo y de grumos celulares.
- 2) Lectura computarizada de los frotis con selección de campos con imágenes sospechosas para revisión profesional.
- 3) Asociaciones de citología, convencional o líquida, con pruebas de detección del ADN del VPH.



4) Cervicografía, que consiste en la toma de fotografías magnificadas del cuello uterino tras aplicación del acético, realizadas sistemáticamente e interpretadas a distancia por lectores especializados.

5) Sonda polar, basada en un emisor/receptor de ondas ópticas y eléctricas capaces de diferenciar tejido normal y neoplásico.

La tecnología de detección de ADN viral esta estandarizada, altamente automatizada y disponible en versión adecuada para la utilización clínica. Las principales ventajas del sistema podrían resumirse en:

- Menor dependencia de la calidad de la muestra recogida.
- Lectura objetiva y cuantitativa de resultados.
- Facilidad de adaptación al laboratorio clínico.
- Automatización del proceso.
- Elevado rendimiento por unidad de persona/tiempo.
- Alta reproducibilidad entre laboratorios.

## **1. 14 PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS**

La serología de VPH ha progresado, aunque su aplicación clínica es no muy funcional todavía. La infección por VPH es capaz de inducir anticuerpos circulantes y respuesta inmunitaria a nivel celular.

En términos generales, se han publicado estudios utilizando tres generaciones de pruebas serológicas:

1) Pruebas basadas en la detección de anticuerpos frente a péptidos de las proteínas del VPH. En especial, se han estudiado péptidos basados en las regiones de E2, E4, L1, L2, E6 y E7 de los VPH tipos 16 y 18. Estos estudios han evaluado la presencia de anticuerpos en series de casos y controles con relación a la detección de ADN viral en la citología.

2) Pruebas basadas en la detección de anticuerpos frente a las proteínas transformantes E6 y E7 expresadas *in vitro* por transcripción y transducción.

3) Pruebas basadas en estructuras proteicas constituyentes de la cápside viral L1 y L2 desprovistas de ADN (Virus Like Particles). Este mismo procedimiento de síntesis es el que ha inspirado algunas de las preparaciones vacunales en experimentación.

### **1. 15. VACUNAS FRENTE AL VPH**

La vacunación contra las infecciones por VPH por los tipos virales más comunes tiene el potencial teórico de prevenir la mayoría de cánceres cervicales en cualquier parte del mundo y, quizás, una fracción indeterminada de otros tumores. Las experiencias en animales indican que vacunas de tipo profiláctico o terapéutico son posibles y efectivas para el virus del papiloma bovino (BPV), canino (CPV), y la papilomatosis del conejo (CRPV) y del ratón. Esta protección sería operativa, tanto frente a la infección provocada como frente a la espontánea, en el modelo canino y bovino. Las experiencias en fase I y II en humanos están avanzadas y los grandes estudios en fase III (protección frente a la infección a escala poblacional) deberían empezar en el año 2001. A largo término, la profilaxis o la profilaxis asociada a la inmunoterapia deberían ofrecer posibilidades de prevención real para las mujeres de los 80 países poco desarrollados.

“La familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad Patología”

Estrada 1975

## **1. 16. FAMILIA**

Para poder hablar de Apoyo conyugal, tenemos que enfocarnos en primera instancia la familia, donde se satisfacen necesidades biológicas, afectivas, educativas y económicas; entre otras.

“La familia es un elemento de la estructura social de la sociedad, que en su condición de comunidad social establece, desempeña un papel rector en la actividad vital de los hombres, a través de la organización común de la vida, conyugales y sus descendientes, sobre la base de un sistema único de relaciones familiares cotidianas, en cuyo seno tiene la producción de la vida ajena mediante la preocupación, y el proceso inicial fundamental de la socialización del individuo”.

### **1. 16. 1. FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Para reafirmar este criterio queremos apoyarnos en el concepto brindado por la OMS donde se concibe esta no solo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primaria denominado “Familia”, y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: económica, biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente este uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la

familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Las funciones de la familia permiten que sus miembros desarrollen su autonomía y la identidad sexual: busca el encuentro afectivo de la pareja y la reproducción de la especie.

 Económicas:

La familia debe desarrollar sus habilidades para procurarse su manutención y satisfacer sus necesidades materiales.

 Social:

La familia transmite valores, tradiciones y principios que le permiten a los individuos insertarse en la sociedad.

 Afectiva:

Es el clima afectivo que transmite la familia y está expresada en la calidad de sus lazos de amor, lealtad, apoyo y reconocimiento. Esta función es la única que la familia no puede delegar al sistema social.

Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es la que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

El soporte y apoyo mutuo: ayuda en crisis. Función fundamental, que se pierde peligrosamente en el momento de duelo.

## 1. 17. APOYO CONYUGAL

Primero tenemos que conocer el concepto de Salud, siendo como el bienestar físico, psicológico y social, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

El bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismo, a través de nuestra historia, hemos provocado (San Martín, 1982).

“cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental – emocional, consciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental – emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico”.

Constituimos como una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, siendo parte de un ambiente físico y social, el planeta, el universo el comportamiento interactúa con el entorno, este cambio está en función tanto de variables personales como ambientales.

Según el modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson (1986), se pueden distinguir 3 variables:

### 1) Las situaciones:

Tales como el apoyo social que se recibe de otros, modelos sociales a los cuales el individuo está expuesto, evaluaciones externas, etc, son factores que ayudan a acrecentar o suprimir conductas saludables.

### 2) Las personales:

Como creencias, percepciones, expectativas, motivaciones, etc., que en última instancia, son las que juegan el papel decisivo en la adopción y mantenimiento de pautas saludables.

- 3) Las consecuencias anticipadas de las cuales las conductas saludables con relación a los costos y beneficios percibidos también son elementos importantes, diferentes de las contingencias de refuerzo o castigo del momento presente.

Relación mente-cuerpo:

Platon decía: “Asi como no se debería intentar curar los ojos sin la cabeza, o la cabeza sin el cuerpo, no se debería intentar curar el cuerpo sin el alma... la parte nunca estará bien a menos que la totalidad este bien”.

Hay diferentes modelos en los que podemos ver que a nuestra paciente la tenemos que ver en totalidad, y que los factores biopsicosociales influyen para la asimilación de la enfermedad.

El modelo biomédico tiene dos ideas básicas (Ergel, 1977)

- 1.- El dualismo mente-cuerpo, que implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual, cada uno constituye una dimensión diferente y separada.

- 2.- El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por la cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como ajenos a el.

(Alexander, 1965), comenta que hay que abordar a los paciente en forma psicobiologico.

- 1.- estudiar los factores psicológicos, biológicos y sociales en la momeostasis del ser humano.

- 2.- una aproximación holística a la practica de la medicina.

- 3.- una relación con la practica psiquiátrica de consulta-apoyo.

Las familias enfrentan con mayor facilidad las situaciones de estrés cuando poseen una amplia red de apoyo y tienen la seguridad de que pueden llegar a recurrir a ella para manejar las situaciones problemáticas.

La familia es un sistema compuesto por subsistemas, también se puede considerar como un sistema abierto, ya que se encuentra ligada a varias unidades ligadas entre sí.

La pareja cubre funciones biológicas, psicológicas y sociales sin las cuales la posibilidad de existencia de la especie humana no podría ser posible. Este vínculo es una estructura la cual está conformada por dos personas, un yo y otro.

También este subsistema conyugal ha tenido cambios que se han dado paulatinamente en lo afectivo y económico, donde con anterioridad las parejas eran tradicionales, y surge un neoliberalismo dando como resultado la familia moderna. Dando esta última a la guerra de roles.

Al conocerse enferma de VPH la mujer presenta un estrés psíquico, la cual se puede manifestar como un síndrome de ansiedad/depresión, siendo las principales causas:

- 1.-idea de una muerte próxima.
- 2.-la incertidumbre.
- 3.-falta de control a nivel personal.

## **1. 18. EI BRINDAR APOYO**

Los métodos que utilice la familia para cuidar al enfermo dependerán de su historia, organización y estructura.

Cuando la familia se involucra en el cuidado la paciente con VPH no sufrirá tanto desgaste físico y emocional y el proceso de duelo no sería tan doloroso al reflexionar sobre el trabajo realizado.

Posibles formas de apoyo:

✚ Apoyo emocional:

Es la principal fuente de estrategias de afrontamiento para el paciente

De todas las formas de apoyo es el mas importante de decisiones.

✚ Responsabilidad compartida en la toma de dicisiones:

El diagnostico de enfermedad por “VPH” produce complejas tomas de decisiones en las pacientes, por lo que las familias pueden colaborar comprometinedose y en ocasiones siendo el punto de enlace para explorar toda la información que esta llegando.

✚ Disposición de cuidados concretos:

Esto confirma la importancia de la familia como miembro activo del equipo de tratamiento, desde el punto de vista de que la asistencia domiciliaria y la muerte en casa no son perpectivas irreales, aunque hoy en dia esta situación es mas difícil y costosa en términos económicas y humanos.

✚ Disponer de un marco de continuidad:

Una de las labores mas agotadoras en familia cuando una paciente afronta una enfermedad comp el VPH es suplir todas las actividades que este ser realizaba, afrontar nuevas demandas y satisfacer las necesidades emocionales de los otros miembros.

Aunque no es un cuidado directo del paciente si influye muchísimo para su bienestar.

El apoyo y la colaboración no son eventos únicos, sino mas bien evolutivos, pues una relación en la que existan mutualidad, dedicación, colaboración y apoyo, requiere compartir la confianza y las creencias que mantienen unidades a las personas durante los periodos inevitables de crisis.

## **APOYO**

Se define como todo aquello que sirve para sostener, proteger, auxiliar o favorecer a un individuo.



Comportamiento entre personas que persigue mejorar la competencia adaptativa de quien requiere soporte, para así poder enfrentar y manejar con mayor eficacia crisis, periodos de transición entre las diferentes etapas de la vida, el estrés cotidiano o el que surge a consecuencia de las pruebas que la vida pone a diario.

**EI APOYO SOCIAL**, es importante tanto en el individuo como en la facilidad con la que puede llegar a adaptarse a un padecimiento. Siendo la más importante APOYO CONYUGAL, eficaz para afrontar las vicisitudes de la vida, como enfermedad, cirugía, pérdida del empleo, así como para disminuir el estrés diario generado por la crianza de los hijos y otros eventos difíciles.

El éxito del apoyo es la habilidad, anticipar y responder a las necesidades de quien lo solicita. La calidad del apoyo está en función de las características de la red de personas a quienes va dirigido el mensaje, empatía, la depresión va asociada a tendencia a rechazar ayuda, las conductas neuróticas reflejan mayor sensibilidad a estímulos negativos.

**EI APOYO CONYUGAL** es el más satisfactorio y necesario que el de cualquier otra fuente, aun cuando provenga de amigos muy cercanos, en las parejas donde existe mayor apoyo mutuo la satisfacción marital también es más frecuente, en ocasiones la mujer enfrenta un dilema cuando le quiere dar apoyo a su esposo, cuando cree percibir una necesidad y no un pedido explícito de ayuda, cuando el varón da apoyo o enfrenta un conflicto, lo hace enfatizando su autocontrol y su capacidad para resolver problemas siendo estos protectores proporcionando autonomía y rol protector, las mujeres a menudo buscan apoyo y asistencia de fuentes externas a ellas, o utilizan la expresión de emociones como estrategia primaria para enfrentar situaciones conflictivas, brindando ellas apoyo aumentándole autonomía a esposos, dando apoyo emocional, tomando un rol de confidentes, dándole a su esposo espacio para confiar y aceptar solidaridad y sumisión. Si la esposa no tiene una buena relación de pareja ignora los pedidos implícitos y explícitos de su marido. Se ha demostrado por diferentes autores que la mujer es un mejor recurso para brindar apoyo, siendo este como principal el de tipo afectivo, la mujer es más frecuente que solicite apoyo de todas las redes sociales esto se debe a la cultura

que la hace verse desprotegida, como víctima, siendo mas susceptible de recibir apoyo.

Las crisis familiares se clasifican en dos grandes grupos:

**1. Crisis normativas:**

Siendo estas los acontecimientos normales y esperados en el desarrollo familiar las cuales se presentan a lo largo del ciclo familiar.

**2. Crisis paranormativas:**

Son las relacionadas con acontecimiento de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital.

La dinámica familiar no es lineal y ascendente, produce cambios en estructura y funcionamiento que actúan como fuentes generadoras de estrés, como el divorcio, enfermedades crónicas, fallecimiento de miembros de familia.

Crisis paranormativas por clase:

**1) Familiares:**

Abandono o huida del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, separación y/o divorcio. Rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, incorporación, de otras personas a la familia por adopción o por llegada de un padrastro, hermanastro o miembro de la familia extensa. Expulsión de la escuela.

**2) Enfermedades o accidentes:**

Abortos, esterilidad o infertilidad, complicaciones del embarazo, parto o puerperio, infecciones de transmisión sexual, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales, amputaciones, enfermedades,

hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías, suicidio.

**3) Económicas:**

Cambios bruscos en el nivel socioeconómico, problemas económicos graves, deudas, hipotecas, etc.

**4) Laborales:**

Cambios de puesto y horario de trabajo, huelgas, pérdida del empleo, desempleo prolongado,

**5) Legales:**

Conductas delictivas, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad.

**6) Ambientales:**

Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismos, guerras).

Saber que en la mujer el conocer que tiene una infección por Virus del Papiloma Humano constituye un impacto psíquico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo.

Esto pudiendo dar como resultados con mayor frecuencia ansiedad, depresión y la desesperanza de la paciente. Siendo muy importante acompañar a la paciente para afrontar su depresión ya que esta repercute en su integridad física en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia.

El VPH es la enfermedad asociada a la desesperación, dolor, miedo y muerte. Siempre se acompaña con un estrés psicológico. Los factores psicológicos y psicosociales que interactúan con factores somáticos.

La competencia del sistema inmunitario puede disminuir si no se tiene en cuenta el tratamiento integral tanto físico como psíquico. Provocando una lucha contra la

enfermedad y la depresión, puede verse a si mismas como ineficaces, poco importantes, carentes de significado e incluso indignas de ser amadas.

El enfermo sufre “las 6 Ds”, muerte (death), Dependencia ya sea del conyugue o familia, Desdiguacion y cambios de la apariencia corporal y de la propia imagen, con cambios de la función sexual; incapacidad (disability), interrucion (disruption) de las relaciones personales, (discomfor) o dolor en los estadios mas avanzados de la enfermedad.

Todos estos cambios pueden influir en la pareja produciendo distintas dificultades sexuales, siendo la mas importante su disminución en el deseo de mantener relaciones sexuales, lo que la lleva a disminuir la frecuencia de relaciones con su pareja y a una disminución en su obtención de placer sexual.

Es un impacto socio-familiar-conyugal, siendo de las crisis mas graves y terribles. Teniendo varios factores de impacto:

- 1.- modificación del rol familiar.
- 2.- Problema laboral.
- 3.- problema de comunicacion

Dentro del contexto de imagen y sexualidad encontramos que en algunas ocasiones puede llegar hasta intervenciones o tratamientos sobre los órganos sexuales femeninos, es vivido como un ataque a la base de la femeneidad, repercutiendo en la sexualidad integral de la mujer. Llegando a provocar en las mujeres sensación de deformidad lo que repercute negativamente en el auto concepto y autoestima de la mujer. Toda experiencia traumatica conduce a un proceso de represión psicológica, de inhibición y especialmente de represión sexual. Otro factor pueden ser los celos con la pareja, debido a la inseguridad. La gratificación amorosa se ve afectada en la mujer por un trauma, como una represión sexual produciendo un trauma en forma de culpa, depresión, asi como sentimientos e inseguridad. El hecho de conocerse portadora de VPH dan lugar a una serie de pautas inhibitorias eroticas y extraeroticas que se derivan de una depresión aguda. En ocasiones los tratamientos

pueden provocar un frenado en el impulso sexual, disminución del apetito sexual. La desexualización que ocurre como consecuencia de la intervención quirúrgica o de los distintos tratamientos resultando nueva sexualidad para preservar la identidad del yo. Esto puede provocar una dependencia conyugal, perjudicando a la rehabilitación.

Se ha demostrado que en las mujeres cercanas a la menopausia les tiende a desaparecer el deseo sexual, atribuido a disminución de estrógenos y progesterona, ya que produce estas el deseo sexual asociados con un factor biológico como conocerse con VPH influye para que esto sea más exacerbado.

Los tratamientos que se utilizan pueden provocar cicatrices, quedando en algunas ocasiones fibrosas, resistentes y por esto disminuye la elasticidad, tanto en fase de excitación como en la penetración.

Los estilos de afrontamiento ante el diagnóstico pueden ir desde:

**a) *Espíritu de lucha:***

en el que la persona considera el VPH como un reto al que ha de enfrentarse para obtener los mejores tratamientos y preservar su calidad y mantener sus proyectos vitales.

**b) *La negación:***

Tratar de minimizar la amenaza y evitar la información.

**c) *El fatalismo:***

Considerado que nada puede hacer, que todo depende de la suerte, de la indefensión y desesperanza.

**d) *La preocupación ansiosa***

Marcada por la rumiación persistente y el miedo, el “Síndrome de la espada de Damocles”).

ESQUEMA DE SUPERVIVENCIA

Estrategia de afrontamiento	de Diagnóstico	Control	Pronóstico
-----------------------------	----------------	---------	------------

<b>Espíritu de lucha</b>	desafío	Capacidad de control	Bueno
<b>negacion</b>	Minima amenaza	irrelevante	Bueno
<b>fatalismo</b>	amenaza	Depende de otros	Desconocido
<b>endefension</b>	perdida	No hay control	Malo
<b>Preocupacin ansiosa</b>	Fuerte amenaza	Capacidad control	incierto

Todos los cambios que se mencionaron con anterioridad son los que pueden desarrollar que el apoyo conyugal se encuentre afectado, siendo varios factores los de la mujer que se conoce enferma o portadora VPH, primero el duelo, después buscar probable causas de contagio, esto repercute en la pareja debido principalmente a los tabus dentro del factor social, por la mala comunicación de la enfermedad, después un impacto familiar, y posteriormente con enfrentarse con todo una serie de estudios, biopsias, las cuales siendo en institución son muy retiradas agregándose depresión, impotencia, ansiedad; el apoyo se va asociando también al grupo de edad de la mujer, ya que en edades jóvenes la pareja tiene una mejor comunicación debido a la sexualidad mas activa, sin embargo en mujeres de 40 años o mas el síndrome climatérico con los cambios hormonales provocan que este sea menor.

Se pueden encontrar en distres para definir los cambios por los que atraviesa esta paciente, tiene menos estigmacion que psiquiátrico, psicosocial o emocional. Suena normal y menos penoso, ya que el conocerse con VPH es una herida la cual no cierra aun cuando la paciente se encuentre asintomática, ya que se conoce que por ser un virus ADN se queda la información; la pareja tiene que adaptarse a esta enfermedad teniendo la necesidad/dificultad de adaptarse al estímulo estresante, la duración en el tiempo y el retardo en la recuperación al estado anterior de respuesta, pudiendo llegar al fracaso adaptativo.

Es necesario conocer todas las crisis paranormativas por las que puede pasar la pareja para poder llevar un seguimiento durante todo este proceso.

La paciente tiene que transformarse en agente de salud, mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud manteniendo una actitud de autovigilancia.

El apoyo conyugal se puede clasificar en tres principales:

 APOYO POSITIVO:

La ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando se tiene problemas, mediante proporción de seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación, mutua. Esto puede brindar a la paciente una actitud razonable y optimismo, intentando conocer o recordar casos similares que se curan.

 APOYO EXPRESADO:

Es importante ya que por medio de este la pareja siente el apoyo, ayudándole a asimilar la enfermedad, tanto en información, seguimiento, evitando con este que los factores psicossomáticos influyen en la paciente.

 APOYO NEGATIVO:

Este apoyo es el que va desencadenando todos los trastornos ya que la paciente puede negar la existencia del diagnóstico, siendo un error o un diagnóstico confundido, o en la pareja que no acepte que su esposa es portadora de VPH, esto tiene influencia parejas disfuncionales, con mala comunicación dando como resultado un número mayor de divorcios.

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VPH es el precursor principal para llegar a la muerte a través de las neoplasias malignas, específicamente el Cáncer cervicouterino, con una mayor incidencia en la población mexicana, provocando todo esto alteraciones en la dinámica familiar por múltiples causas y/o factores, entre ellos aspectos psicológicos, ambientales, genéticos, culturales, económicos, sociales entre otros. Hoy en día se reporta que la detección en etapas iniciales aplicada a más del 80% de las mujeres en riesgo favorece un tratamiento exitoso a menor costo y acelera la disminución de la incidencia y mortalidad atribuidas al padecimiento.

Ahora bien durante una etapa crítica de enfermedad o ante un diagnóstico es importante llevar una etapa de acompañamiento, debido a que la pérdida de salud presenta una etapa de duelo, que mejor en el subsistema conyugal el contar con el apoyo de la pareja misma.

Esta ayuda será para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando se tiene problemas, mediante proporción de seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación, mutua. Esto puede brindar a la paciente una actitud razonable y optimismo, aunado a esto si además se da en forma expresada, se vuelve más relevante ya que por este medio la pareja siente el apoyo, ayudándole a asimilar la enfermedad, tanto en información, seguimiento, evitando con este que los factores psicosomáticos influyen en la paciente. Por el contrario si se da un mal apoyo, va desencadenando todos los trastornos ya que la paciente puede negar la existencia del diagnóstico, siendo un error o un diagnóstico confundido, o en la pareja que no acepte que su esposa es portadora de VPH, esto tiene influencia para desarrollar una pareja disfuncional, con mala comunicación dando como resultado un número mayor de divorcios. Por lo en este estudio nos planteamos la siguiente pregunta:

- ❖ ¿Cuál es el tipo de apoyo conyugal en pacientes con diagnóstico de VPH en mujeres de 25 a 45 años en el Hospital Regional Ecatepec?



### 3.-JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Y ya que el interés de la medicina familiar es por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

En base a esto debemos saber que en la mujer al conocer que tiene una infección por Virus del Papiloma Humano constituye un impacto psíquico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo. Esto pudiendo dar como resultados con mayor frecuencia ansiedad, depresión y la desesperanza de la paciente, siendo muy importante acompañar a la paciente para afrontar su depresión ya que esta repercute en su integridad física en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia.

Todo este entorno físico y mental, más el conocimiento del ambiente social, representado por la familia, son necesarios identificarlos para llevar a cabo una adecuada intervención sanitaria, sin embargo se carece del abordaje y aún más del tamizaje correcto para llevar a cabo un diagnóstico integral de la paciente, que permita evaluar el apoyo de pareja que está recibiendo ante un efecto crítico y ofrecerle no solo una intervención individual y biológica, sino una solución familiar y biopsicosocial.

## **4.-OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

- ✚ Determinar el apoyo conyugal en Mujeres con diagnostico de VPH de 25 - 45 años en el Hospital Regional Ecatepec.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar las características sociodemográficas edad, escolaridad, ocupación, religión en mujeres con VPH de 25 – 45 años.
2. Determinar tipos de apoyo conyugal en mujeres con VPH.
3. Identificar las principales crisis conyugales en mujeres con VPH.

## **5.- METODOLOGIA**

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

### **5.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.**

SE LLEVO ACABO EN MUJERES DE 25 – 45 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE VPH QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE ECATEPEC DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2009. UBICADO EN CHIAPAS SIN NUMERO TULPETLAC, ECATEPEC DE MORELOS.

### **5.3. TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA:**

Por censo tomado del archivo clínico del hospital.

### **5.4. CRITERIOS DE INCLUSION, ESCLUSION Y ELIMINACION.**

#### **5.4.1 INCLUSION:**

- MUJERES DE 25 – 45 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE VPH.
- MUJERES CON RANGO DE EDAD DE 25 – 45 AÑOS DERECHOHABIENTES DEL HRE CON VPH.
- MUJERES QUE LLENEN CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- MUJERES QUE TENGAN PAREJA.

#### 5.4.2 EXCLUSION:

- MUJERES QUE NO ACEPTEN CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- MUJERES QUE NO SE ENCUENTREN DENTRO DEL GRUPO DE EDAD.
- MUJERES QUE NO LLENEN ADECUADAMENTE CUESTIONARIO.
- MUJERES QUE NO TENGAN PAREJA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

#### 5.4.3. ELIMINACION

- MUJERES CON VPH MÁS OTRA ENFERMEDAD GINECOLOGICA.
- MUJERES CON VPH MAS CACU.
- MUJERES DE 25-45 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE VPH QUE NO REQUIERAN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.
- MUJERES MENORES DE 25 AÑOS.
- MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS.

### 5.5 DEFINICION Y CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE	ANALISIS/CONTROL
APOYO	DEPENDIENTE	EL APOYO SE PERCIBE DEL OTRO ES UNA VARIABLE QUE TIENE UN ROL POSITIVO EN EL AJUSTE Y SALUD TANTO PERSONAL COMO EN LA VINCULACION CON LOS DEMAS	NOMINAL	1.-NUNCA LO HACE 2.- RARA VEZ 3.- ALGUNAS VECES 4.-MUCHAS VECES 5.-SIEMPRE LO HACE	CUESTIONARIO	TABLAS/ GRAFICAS

APOYO CONYUGAL	DEPENDIENTE	APOYO QUE SE BRINDA A LA PAREJA, APOYO INFORMACIONAL, APOYO INSTRUMENTAL, APOYO DE COMPAÑÍA Y EL APOYO MORAL.	NOMINAL	1.-NUNCA LO HACE 2.- RARA VEZ 3.- ALGUNAS VECES 4.-MUCHAS VECES 5.-SIEMPRE LO HACE	CUESTIONARIO	TABLAS/GRAFICAS
APOYO POSITIVO	INDEPENDIENTE	LA AYUDA PARA BUSCAR SOLUCIONES QUE SE BRINDA A LA PAREJA CUANDO TIENE PROBLEMAS, MEDIANTE PROPORCIONARLE SEGURIDAD, SOPORTE, AFECTO, AMOR, Y MAYOR COMUNICACIÓN MUTUA.	NOMINAL	1.-NUNCA LO HACE 2.- RARA VEZ 3.- ALGUNAS VECES 4.-MUCHAS VECES 5.-SIEMPRE LO HACE	CUESTIONARIO	TABLAS/GRAFICAS
APOYO NEGATIVO	INDEPENDIENTE	SE REFIERE A AQUELLAS CONDUCTAS DESTINADAS A NO APOYAR AL OTRO MIEMBRO DE LA RELACION CERCANA, CUANDO ESTE ULTIMO ATRAVESE POR MOMENTOS DIFICILES, POR MEDIO DE COMUNICARSE CON UNA PAREJA HOSTIL, ENJUICIAMIENTO, CRITICA, DUREZA, EVITACION, RECHAZO Y/O INDIFERENCIA.	NOMINAL	1.-NUNCA LO HACE 2.- RARA VEZ 3.- ALGUNAS VECES 4.-MUCHAS VECES 5.-SIEMPRE LO HACE	CUESTIONARIO	TABLAS/GRAFICAS
APOYO EXPRESADO	INDEPENDIENTE	SON AQUELLAS CONDUCTAS DESTINADAS A AYUDAR AL OTRO MIEMBRO DE LA RELACION CERCANA A BUSCAR SOLUCIONES A SUS CONFLICTOS, EXPRESANDO LE DIRECTAMENTE SU AFECTO, AMOR, SEGURIDAD Y SOPORTE, MEJORANDO CON ESTO LA COMUNICACIÓN ENTRE ELLOS.	NOMINAL	1.-NUNCA LO HACE 2.- RARA VEZ 3.- ALGUNAS VECES 4.-MUCHAS VECES 5.-SIEMPRE LO HACE	CUESTIONARIO	TABLAS/GRAFICAS

## 5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se utiliza cuestionario para inventario de apoyo para la pareja, el cual nos sirve para determinar y clasificar el tipo de apoyo, se construye el concepto de apoyo de una red semántica. Para este fin, se siguió la técnica de reyes (1993) y fueron seleccionados 60 adultos que tuvieron como requisitos ser casados o tener pareja.

Se solicitó a cada sujeto que realizara dos tareas fundamentales.

La primera era que definiera con la mayor claridad y precisión posible la palabra apoyo con un mínimo de cinco palabras sueltas, sin utilizar artículos o preposiciones.

La segunda era jerarquizar estas palabras respecto a cuál era la que más definía el apoyo.

Antes de iniciar la tarea formal, se llevó a cabo un ejemplo para garantizar la comprensión de las instrucciones, en este caso se hizo con el concepto de manzana, por ser lo suficiente universal y neutral para no influir en el resto de la tarea.

Una vez que recabaron la información, fue registrada en una hoja de captura manual, y se encontraron los siguientes puntajes.

El tamaño de la red del constructo de “apoyo” resultante en este estudio fue de 176 palabras definitorias, de las que fueron seleccionadas para compararlas con las 25 encontradas en la literatura, resultado que ocho palabras definidoras de la red semántica coincidieron con las de la literatura; ayuda, amor, comunicación, seguridad, amigos, unión (vinculo) y afecto.

El peso semántico de cada una de las definidoras obtuvo mediante la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada de cada individuo del grupo donde las categorías una (más cercano al estímulo) son multiplicadas por 10, que se multiplica por 1.

Una vez que se tuvieron las definidoras que concordaron con la literatura y las redes semánticas sobre “apoyo”, se procedió a elaborar el instrumento basado en los conceptos de apoyo afectivo (newscobs, 1990), clasificándolas como sigue:

- a) Definidoras de apoyo instrumenta: ayuda, soporte, unión-vinculación.
- b) Definidoras de apoyo afectivo: amor, comunicación, afecto, seguridad y amigos.

## **5.7 ANALISIS DE LA INFORMACION**

El análisis de la información se realizó utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

## **5.8 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

El personal que colaboro para la realización de este protocolo fue el servicio de enfermería que se encuentra adscrita a la clínica de colposcopia, del Hospital Regional de Ecatepec, utilizando los censos del 2005 al 2009 para conocer a la población y poderles realizar cuestionarios, los cuales se realizaron los días jueves y viernes días de clínica de colposcopia, sola a pacientes que fueran portadoras de VPH.

Todo lo anterior con apoyo de la Directora de Hospital Ecatepec, Administrador Subdirector Médico, Médicos ginecólogos de ambos turnos adscritos a la clínica de colposcopia y dentro de las instalaciones del hospital.

El trabajo de vaciamiento de resultados fue con enfermería y médico.

## 5.9 RECURSOS FINANCIEROS

Se utilizaron hojas recicladas obsequiadas de trabajo social para fotocopiar instrumento.

## 6.- CONSIDERACIONES ETICAS:

- ✚ LEY GENERAL DE SALUD
- ✚ DECLARACION DE HELSINKI (VI).

### **Declaracion de Helsinki de la Asociacion Medica Mundial**

**Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989.**

### **Introducción**

Es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Etica Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.



En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son sólo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de su propios países.

## **I. Principios básicos**

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona medicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el

interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional. Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

## **II. Investigación médica combinada con atención profesional(Investigación clínica)**

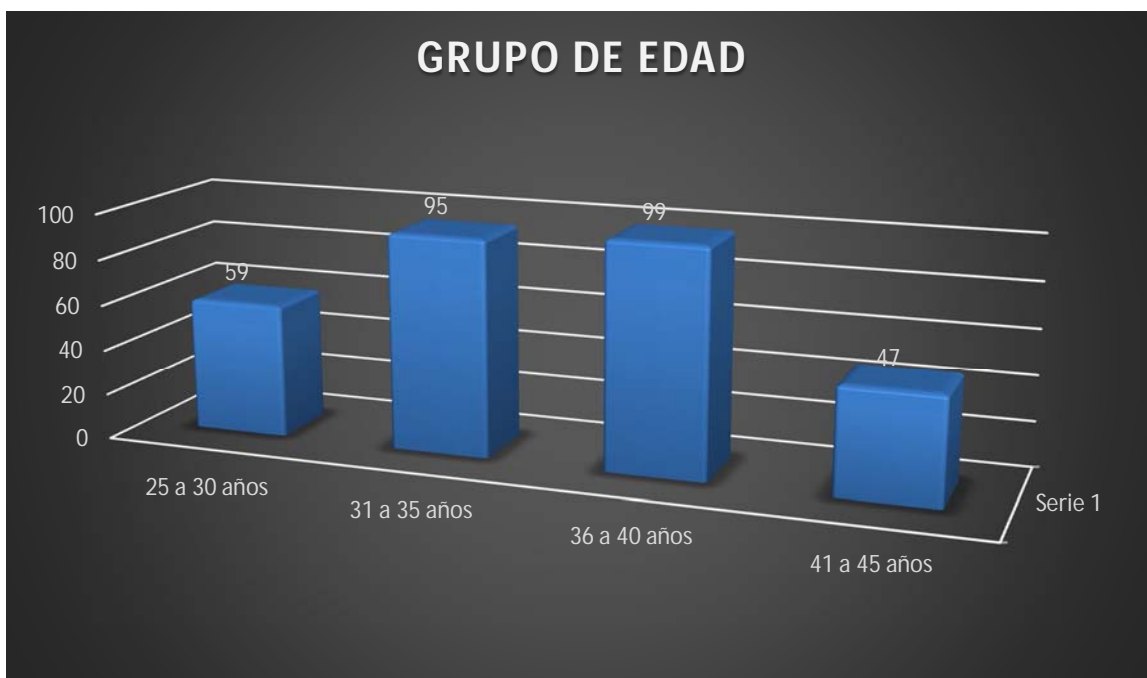
1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes --incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay--se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente (I.2)
6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

## **III. Investigación biomédica no terapéutica en seres humanos (Investigación biomédica no clínica)**

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

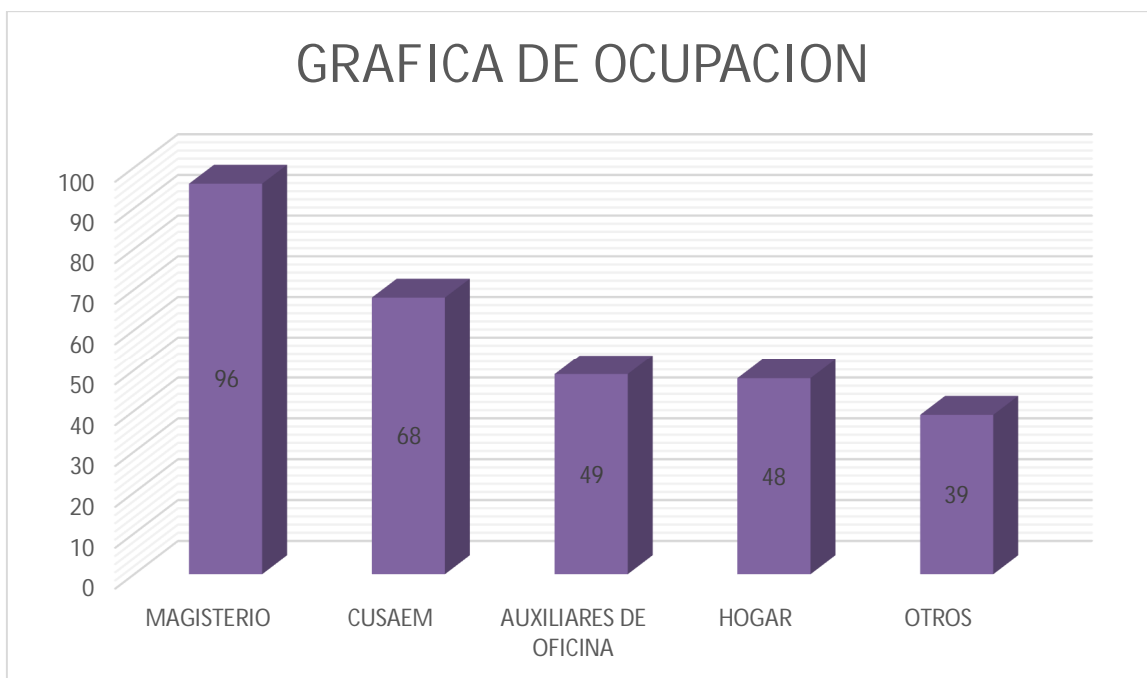
## 7.- RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron de una población de 300 mujeres, el primer grupo que predominó es el de 36 a 40 años con 99 mujeres (33 %), en segundo lugar es el grupo de 31 a 35 años con 95 pacientes que corresponde al 31.6%, en tercer lugar está el grupo de 25 a 30 años con 59 pacientes que corresponde al 19.6% y el grupo menor es de 41 a 45 años con 47 mujeres siendo el 15.6%.



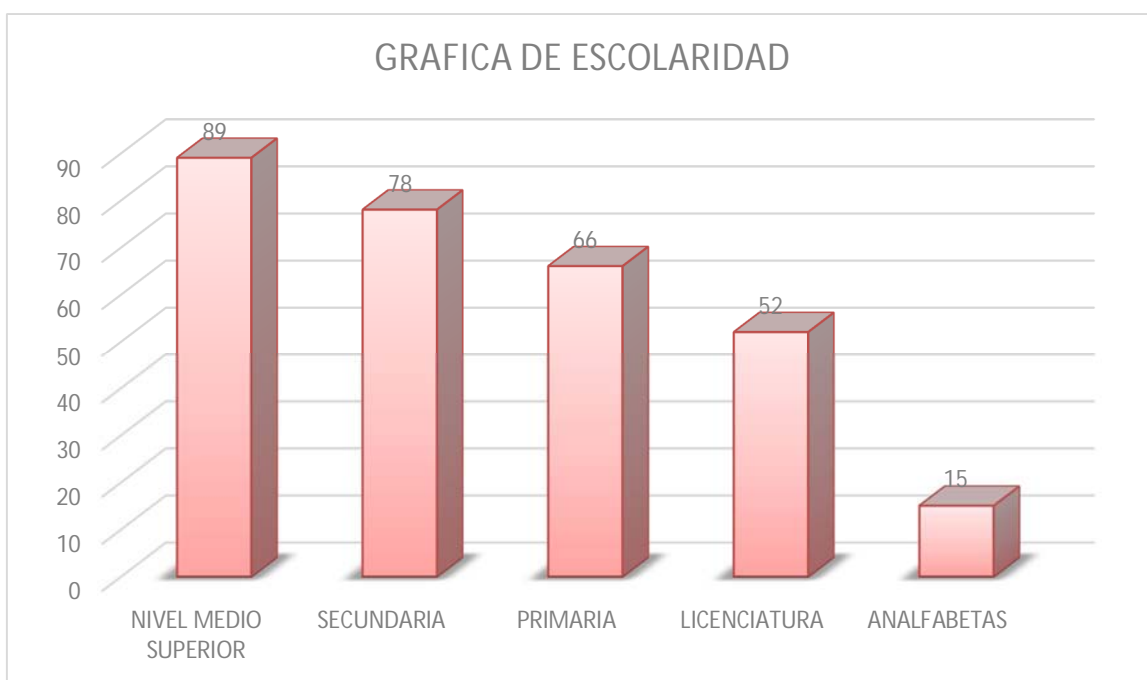
FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.

Los resultados en a grafica de ocupación en primer lugar fue por el grupo de docencia con una frecuencia 96 (32 %), seguida de policías estatales (CUSAEM) con 68 personas (22.6 %), tercer lugar auxiliares de oficina con 49 personas (16.3%), cuarto lugar es el hogar con 48 personas (16%), y por ultimo otros con 38 personas de diferentes actividades (parques y jardines, intendencia), correspondiendo con 13%.



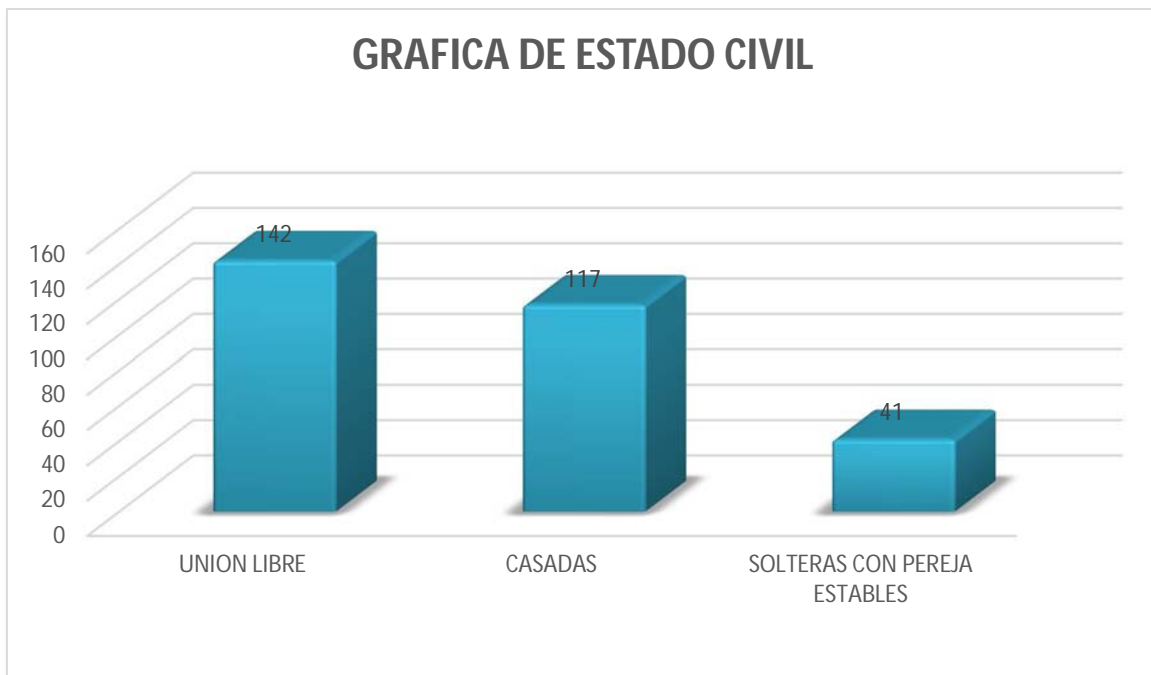
FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.

Los resultados en la gráfica de escolaridad fueron estudios de nivel medio superior con 89 personas (29.6%), secundaria con 78 personas (26%), tercer lugar es nivel primaria con 66 personas (22%) cuarto lugar licenciatura con 52 personas (17.3%), y en último lugar fue analfabetas con 15 pacientes correspondiendo a 5%.



FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.

En la gráfica de estado civil los resultados fueron en primer lugar unión libre es 142 pacientes (47.3%), segundo lugar casadas con 117 siendo 39% y en tercer lugar solteras con pareja estable corresponde al 13:6%.

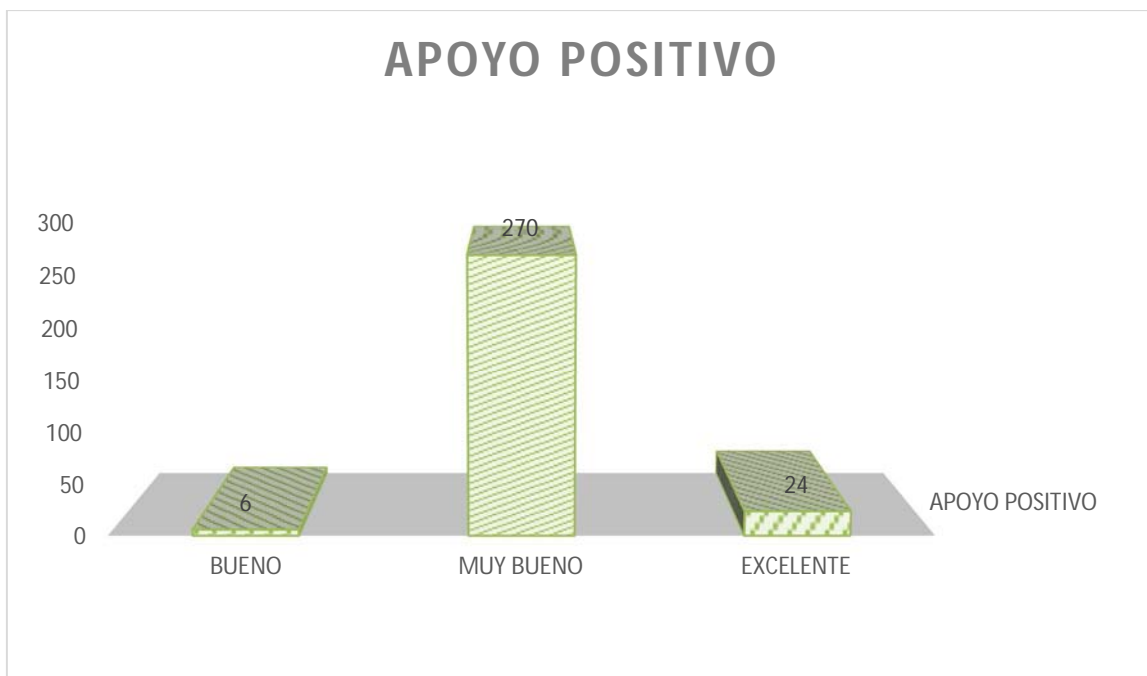


FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.

En los resultados de los cuestionarios obtuvimos que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen un apoyo muy bueno en los diferentes grupos de edades siendo predominante con número de 270, una frecuencia del 90%, los grupos de 25 a 35 años, parejas que van iniciando su formación.

En cuanto apoyo bueno el grupo que predominó es 40 a 45 años.

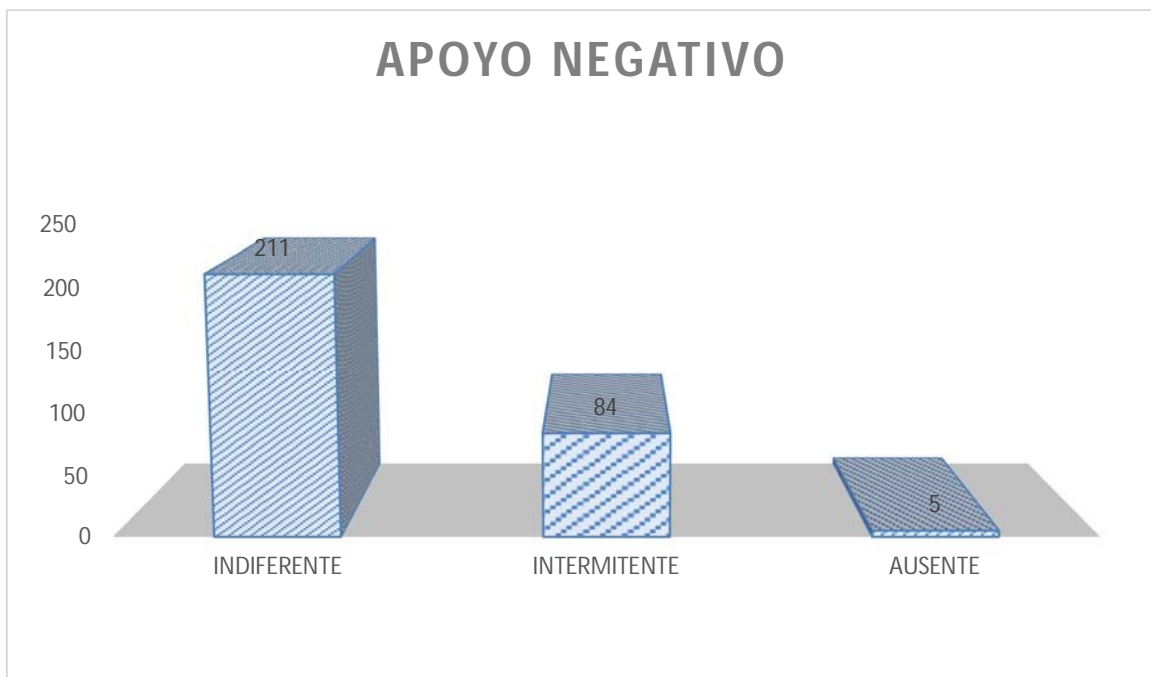
En cuanto a excelente encontramos de los diferentes grupos de edad con 6 personas que equivalen al 2%.



FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.



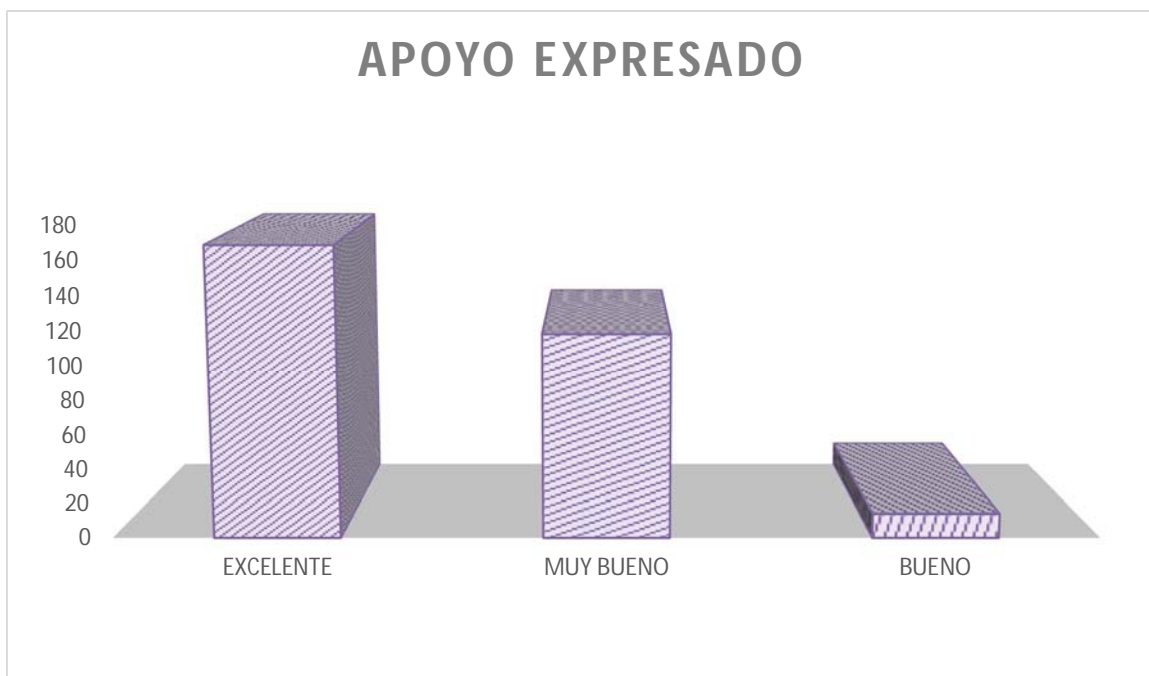
El apoyo negativo en la mayoría es indiferente ya que la mayoría de las parejas el apoyo es más predominantemente positivo, en indiferente encontramos a 211 pacientes con una frecuencia 70.3%, intermitente con 84 pacientes y una frecuencia de 28% y ausente 5 pacientes con un 1%.



FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.

A pesar que para los conyugues es un impacto el conocerse como portadora de VPH, en la mayoría se encuentran con un apoyo expresado.

En cuanto a excelente con una frecuencia de 168 pacientes (56%), en apoyo muy bueno tuvo una frecuencia de 118 pacientes (39.3%) y bueno 14 pacientes (4.6%).



FUENTE: cuestionario de Apoyo de Pareja en pacientes de VPH aplicado a las pacientes de HRE.

## 8.- DISCUSION, CONCLUSIONES.

En este trabajo se encontró que quien tiene mayor apoyo positivo es el grupo de 25 hasta 35 años esto puede deberse a que las mujeres de esta edad van iniciando con su formación de pareja de menos de 5 años y sus redes de apoyo es más estrecha.

Por otro lado el grupo de edad que va de 40 a 45 años predomina el apoyo negativo probablemente por la falta de comunicación ante el impacto que da el conocerse con una enfermedad que es el Virus de Papiloma humano, influyendo para que tenga la mujer una disminución en el deseo sexual, en la frecuencia de relaciones con su pareja y en disminución de la obtención de placer sexual, en primer lugar por el impacto de imagen corporal que el da conocerse portadora de esta enfermedad, y por otro lado la menopausia que se inicia en esta edad.

Una piedra angular, en este proceso es la educación que incluye: uso de vacunas, pláticas informando, como debe ser la prevención para evitar probable infecciones por VPH. (Concientizar a la población en relación a su higiene sexual y educación. Las que deben llevar el uso de preservativos, la comunicación, y tratar de mantener parejas estables).

Dentro del instituto hemos encontrado que es uno de los programas prioritarios, el cual se está fomentando para que la población total se anticuerpos relación anticuerpos híbridos realicen su PAP, para tratar de ir disminuyendo la incidencia de casos, que se presenten o encontrarlos en fases iniciales, esto es para evitar que lleguen hasta lesiones de alta riesgo ya que hay se pueden diagnosticar de manera temprana.

La vacuna de VPH es muy importante para prevenir la propagación, ya que se ha demostrado en diferentes estudios que su aplicación tiene mejor pronóstico a largo plazo, tanto económico como en la calidad de vida, siendo esto un tema importante para el médico familiar puesto que es una de las prioridades el reeducar la población y en forma tardía por la economía, nacional, ya que siempre será mejor la prevención que la rehabilitación y/o la presencia de complicaciones.

Es importante saber que la relación médico paciente, es importar no solo en forma individual, sino también con la pareja ya que influyen varios factores, uno es el lenguaje.

El apoyo negativo para la mayoría fue indiferente siendo lo contrario principalmente positivo; intermitente solo en la tercera parte de las pacientes, esto ausente del grupo de 40 a 45 años, principalmente por falta de comunicación nuevamente con la pareja, aunado con los cambios hormonales que ayudan a ir separando la relación de pareja, esto no comprobado solo en alguna parte de las mujeres, que pueden cursar con depresión durante el síndrome climaterio y/o menopausia.

En cuanto al apoyo expresado la mayoría se encontraba con excelente, ya que si expresan sus emociones he impacto del conocerse con la enfermedad o portadores de VPH; el apoyo fue muy bueno principalmente porque las pacientes por tabús, mala información de la enfermedad no explican la enfermedad a sus conyugues o por el que dirán, con miedo a la estigmatización de la sociedad y solo tuvieron un apoyo bueno un grupo de los diferentes grupos de edad que refieren no importarles padecer la enfermedad y esto no interfiere en nada con su vida cotidiana.

## **9.- CONCLUSIONES**

Las conclusiones obtenidas en este trabajo va encaminado principalmente con lo que puede realizar el Medico Familiar es este tipo de enfermedades; la terapia de apoyo, acompañamiento y/o contención.

Esto debiendo ser en todas las enfermedades ya que podemos ayudar, en varias etapas de la enfermedad sensibilizando desde que se conoce la enfermedad (etapa de Duelo) está en sus diferentes etapas, se puede manejar terapia de apoyo con las necesidades individuales para cada paciente, sabiendo de antemano que pueden influir aquí diferentes factores desde edad cronológica escolaridad, nivel socioeconómico, cultura, estado civil entre otros.

Las mujeres que se encuentran cursando en la etapa de síndrome climatérico y/o menopausia presentan cambios en el estado de ánimo como depresión, ansiedad,

manifestándose en el cambio de conducta, ya que su autoimagen se ve afectada por sus cambios de apariencia, esto puede provocar mecanismos de defensa como ausencia que puede causar dormir en exceso como manera de fugarse de la realidad lo que disminuye su productividad laboral al estar en contacto constante en la consulta médica lo que le provoca ausencia por incapacidad incluso etiquetándolas como malos elementos laborales, dando como resultado más baja de la inmunidad volviéndose un círculo vicioso y aumentando o alargando el duelo.

Esta enfermedad como cualquier crónica provoca impacto en la paciente como en la familia, por lo que el médico familiar debe tratar de ser parte de las redes de apoyo de la paciente, estimulando su valoración personal.

Por otro lado los cambios se pueden dar al enfermedad es principalmente no es por lo que es como tal la enfermedad sino lo que se conoce, en algunas ocasiones con información distorsionada.

También encontramos que aunque no es una enfermedad crónica con el hecho de ser una enfermedad viral (ADN), tienen un gran impacto y a veces puede provocar un cambio en forma individual, conyugal, ya que sabemos que puede influir a nivel del sistema inmune, siendo más susceptible a enfermedades oportunistas o conociendo la Historia Natural de la Enfermedad en sus diferentes manifestaciones, puede acortar el pasar de una etapa a otra, en forma progresiva esto con una influencia tanto emocional como biológico.

Llevando los cambios tanto en una disminución en diferentes ámbitos como laborales (por ausencias por seguimiento de la enfermedad a nivel medico-integral; o en las actividades, llegando hasta ser mal elemento), llevando hasta una depresión en cuestión enfermedad, conyugal, familiar y laboral no menos importante.

Teniendo influencia como parte integral del yo, conociendo esto que fue estudiado, por Freud donde tiene un impacto en el presente.

Reiterando en una enfermedad crónica, el médico familiar tienen que trabajar como acompañante, incluso siendo una red de apoyo durante todo el proceso, en ocasiones refiriendo algunas pacientes a terapia al psicológico y/o psiquiatra.

Al presentar crisis paranormativas tales como una enfermedad que presenta cambios en forma individual, general; un gran número llegan hasta el divorcio por diferentes aspectos como autocompasión, falta a nivel de redes de apoyo, no aceptación (negación), culpabilidad mutua o buscar culpable.

Es importante tratar a las enfermedades en forma integral, desde el personal médico y paramédico (enfermería, médico ginecólogo, psicólogo, médico familiar, etc., todo el personal involucrado para dar este tipo de información.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Calixto Orozco Muñoz, Oncología Medicina Familiar y Atención Primaria, gO. Algunos factores epidemiológicos presentes con citologías cervicouterinas anormales.
2. Parkin DM, Whelan SL Ferlay J: Scientific Publications in five continents vol VII Internacional.
3. Agency for research on Cancer, Scientific Publications number I43. Lyon; IARC, .
4. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM GLOBOCAN; cáncer incidence, mortality and prevalence.
5. Worldwide, jarc cáncer base no. 5 version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004.
6. Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM,: Human papilloma virus is a necessary
7. Magnusson PKE, Lichtenstein P, Gyllenstein U B,: Heritability of cervical tumors. Int. J. cáncer 88:698 a 701.
8. Bosch FX, de Sanjose S: Chapter 1; Human papillomavirus and cervical cancer – burden and assessment of causality. J. Natl. Cancer Inst. Monogr,: 3–13
9. Giuliano AR, Harris R, Sedjo RL: Incidence, prevalence and clearance of type-specific human papillomavirus infections; The Young Women's Health Study. J. Infect Dis. 186 (4): 462–9
10. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S,: Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N. Engl. J. Med. 348 (6): 518–27
11. Bachtiry B, Obermair A, Dreier B: Impact of multiple HPV infection on response to treatment and survival in patients receiving radical radiotherapy for cervical cancer. Int J Cancer. Nov 20.102(3):237-43

12. Rubin MA, Kleter B, Zhou M: Detection and typing of human papillomavirus DNA in penile carcinoma: evidence for multiple independent pathways of penile carcinogenesis. *Am. J. Pathol.* 159 (4) 1211–8
13. Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM: A population-based study of squamous cell vaginal cancer; HPV and cofactors. *Gynecol.oncol.* 84(2): 263–70
14. Clark MA, Hartley A, Geh JL, 2004: Cancer of the anal canal. *Lancet Oncol.* 5(3): 149–57
15. Andersson S, Rylander E, Larsson B, The role of human papillomavirus in adenocarcinoma carcinogenesis. *Eur. J. Cancer* 37: 246-250
16. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM,,: A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *N. Engl. J. Med.* 347 (21): 1645–51
17. de Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, 2004: Classification of papillomaviruses. *Virology*, 324:17–27
18. HPV handbook 1: Human papillomavirus and cervical cancer. Walter Prendiville and Philip Davies. Taylor & Francis Group
19. <http://www.tulane.edu/~dmsander/WWW/335/Papovaviruses.html>
20. Hengstermann A, Linares LK, Ciechanover Complete switch from Mdm2 to human papillomavirus E6-mediated degradation of p53 in cervical cancer cells. *Proc. Natl Acad Sci USA.* 98: 1218–23
21. Mantovani F, Banks L: The human papillomavirus E6 protein and its contribution to malignant progression. *Oncogene.* 20:7874–87
22. Munger K, Basile JR, Duensing S, Actividades biológicas y blancos moleculares de la oncoproteína E7 del virus del papiloma humano. *Oncogen.* 7888–98
23. Benyue Z, Ping L, Exing W, 2003: The E5 protein of human papillomavirus type 16 perturbs MHC class II antigen maturation in human foreskin keratinocytes treated with interferon- $\gamma$ . *Virology* 310, 100 – 108
24. Gillitzer E, Chen G, Stendlund A, Separate domains in E1 and E2 proteins serve architectural and productive roles for cooperative DNA binding. *EMBO J* 19, 3069–3079



25. Van GW, West M, Woytek K, Papillomavirus E1 proteins: Form, function, and features. *Virus genes* 24:3, 275-290
26. Hegde RS, The papillomavirus E2 proteins: Structure, function, and biology. *Annu. Rev. Biomol. Struct.* 31: 343–60
27. Peng YC, Breiding DE, Sverdrup F, AMF-1/Gps2 binds p300 and enhances its interaction with papillomavirus E2 proteins. *Viol J.* 74: 5872–9
28. Deborah E, Jackson J, Doorbar J,: Identification of a G2 Arrest Domain in the E1<sup>^</sup>E4 Protein of Human Papillomavirus Type 16. *Journal of virology.* 76(19): 9806–9818
29. Stubenrauch F, Zobel T, The E8 domain confers a novel long distance transcripcional repression activity on the E8E2C protein of high risk human papillomavirus type 31. *J Virol.* 75: 4139–49
30. Giroglou T, Florin L, Schafer F, Streeck RE, Sapp M, 2001: Human papillomavirus infection requires cell surface heparan sulfates. *J. Virol.* 75, 1565-1570
31. Yoon CS, Kim KD, Park SN and Cheong SW, Alpha (6) Integrin is the main receptor of human papillomavirus type 16 VLP. *Biochem Biophys Res Commun,* 283, 668-673
32. Day PM, Lowy DR, Schiller JT, 2003: Papillomavirus infect cells via a clathrin-dependent pathway. *Virology.* 307: 1- 1
33. Wilson VG, West M, Woytek K, 2002: Papillomavirus E1 proteins: form, function, and features. *Virus Genes.* 24: 275-90
34. Hans-Ulrich B, 2005: The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses. *J. of Clinical Virology* 32S. S1-S6
35. Sichero L, Franco E, Villa LL, 2005: Different P105 promoter activities among natural variants of human papillomavirus type 18. *The J. of Infecious Diseases.* 191: 739–42
36. The health professional's HPV HANDBOOK, 1: Human papillomavirus and cervical cancer. 2004. The European Consortium for Cervical Cancer education. Taylor & Francis Group

37. Calixto Orozco Muñoz, Oncología Medicina familiar y Atención Primaria, cáncer cervicouterino. Una amenaza que acecha.
38. Zuñiga rodriguez maria, Anatomía patología, 2008, caracterización de factores de riesgo en pacientes con citología positiva
39. Gonzalez Martinez Jorge, Ginecología y Obstetricia Oncología .comportamiento del programa de pesquise de cáncer cervicouterino, 2003
40. Himann Richani. Microbiología y parasitología, enf infecciosas, GO, Diagnostico, evaluación y seguimiento epitelial latente del virus papiloma humano VPH.
41. Mayelin Fundora allardo, Medicina Familiar y Atención Primaria. Enfermedades crónicas no transmisibles. Una mirada desde la atención primaria de salud.
42. Gervas Juan, Enfermedades Infecciosas, Medicina Preventiva y Salud Publica, gestión Sanitaria, Medicina Familiar y Atención Primaria, la vacuna contra el virus del papiloma humano desde el punto de vista de la atención primaria en España.
43. Menendea E. “Modelos de Atención de los padecimientos de exclusiones teoricas y articulaciones practicas, Salud Colectiva, 2004.
44. Vargas Pilar: el modelo biosicosocial, un cambio de paradigma. Medicina de Familia: la clave de un modelo. Julio Ceitlin.
45. Reinaldo Badillo Abril, Acta Medica Colombiana, La historia de la Medicina como estrategia, Medicina Preventiva y Salud Publica, medicina Familiar y Atención Primaria. Modificación de los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.
46. Gutierrez Rodriguez Danial, Enfermedades infecciosas. 2007, Papiloma virus, enemigo potencial del cérvix.
47. Orozco Muñoz, Medicina Familiar y Atención Primaria. GO, Algunos factores epidemiológicos presentes en pacientes con citologías cervico uterinas anormales
48. Muñoz Mendoza, revista Biomedica.

49. Mendoza JA, Muñoz M, Vielma S, Noguera ME, López M, Toro M. Infección cervical por el virus del papiloma humano: diagnóstico por citología y por captura de híbridos del ADN viral. *Rev Obstet Ginecol Venez* 60: 103-7.
50. Koss LG. HPV testing as a screening tool for cervical cancer. *JAMA* ; 283: 2525-6.
51. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman ME, Hutchinson M, Morales J, *et al.* Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 464-74.
52. Bergeron C, Jeannel D, Poveda J, Cassonnet P, Orth G. Human papillomavirus testing in women with mild cytologic atypia. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 821-7.
53. Clavel C, Masure M, Bory J-P, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M, Nazeyrollas P, Gabriel R, Quereux C, Birembaut P. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high-grade cervical lesions: a study of 7932 women. *B J Cancer* ; 89: 1616-23.
54. Cabrera marcoj. Albert, ginecología y obstetricia, enfermedades Infecciosas, relación entre la presencia de lesión cervical y variables epidemiológicas seleccionadas.
55. Faulker, Ana. ABC of Palliative care: Communication with patients, families and other professionals. En: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7125/130>
56. Guía de Práctica Clínica: Control de Síntomas del Enfermo con Cáncer Terminal. Recepción del paciente y familia. En: <http://www.gobcan.es/funcis/difusion/csect/csect5-1.html>
57. Guía de Práctica Clínica: Control de Síntomas del Enfermo con Cáncer Terminal. La Familia y el Paciente. En: <http://www.gobcan.es/funcis/difusion/csect/csect5-4.html>
58. Guías EPEC. Communicating Bad News. (Module 2). En: <http://www.epec.net>
59. Guía SECPAL. Atención a la Familia. En: [http://www.secpal.com/guia\\_gral.html](http://www.secpal.com/guia_gral.html)

60. Handbook of mortals. Helping Family and loved ones. En <http://www.abcd-caring.org/educate/index.html>
61. Montoya Carrasquilla, Jorge. La Familia. En: Cuidados Paliativos. Libro inédito. p 297-309.
62. Montoya Carrasquilla, Jorge. Factores de riesgo de duelo complicado. En: Guía para el duelo. Manual de la Funeraria San Vicente, Medellín,
63. Reuniones Asociación Antioqueña de Cuidados Paliativos Asís. (AACPASIS). Puestas en común sobre el tema: La Familia, Enero-Febrero
64. Monografía diagnóstico de la infección genital por VPH, Xavier Bosh, Madrid
65. Atención primaria de salud, clara Perez.. Rev. Cubana Med Gen Ingral 17(2) 164-168.
66. La familia. Una visión necesaria para la Atención Primaria Salud. Juan Carlos Baster Moro, provincia medicina familiar Holguin 2005; 9 (2).
67. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, Rev. Cubana Med Gen Ingral, 2003.
68. Algunos problemas de salud de las familias, grupos y colectivos, Rev. Cubana Med Gen Ingral,
69. Las Crisis familiares, Rev. Cubana Med Gen Integr 16(3):270-6.
70. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. REv. Cubana Med Gen Integr V 13 n. 6
71. Factores familiares de riesgo en el intento suicida, REv. Cubana Med Gen Integr v 16 n 2.
72. Crisis normativas y paranormativas, REv. Cubana Med Gen Integr 2006
73. Las crisis familiares, REv. Cubana Med Gen Integr 16(3):270-6

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1

#### INSTRUMENTO DE APOYO PARA LA PAREJA

Marque con una X el numero que mejor representa la forma como su pareja responde ante problemática suya. Gracias.

- 1.- SIEMPRE LO HACE
- 2.- MUCHAS VECES LO HACE
- 3.- ALGUNAS VECES LO HACE
- 4.- RARA VEZ LO HACE
- 5.- NUNCA LO HACE

1	MI PAREJA, CON SU AMISTAD, ME BRINDA APOYO	1	2	3	4	5
2	ANTE MIS PROBLEMAS, MI PAREJA SE MUESTRA COMPENSIVO(O)	1	2	3	4	5
3	MI PAREJA ESCUCHA MIS PROBLEMAS	1	2	3	4	5
4	ANTE MIS PROBLEMAS PERSONALES, MI PAREJA ME ORIENTA	1	2	3	4	5
5	ANTE UN PROBLEMA MIO, MI PAREJA ME APOYA COOPERANDO EN LO QUE ESTA A SU ALCANCE	1	2	3	4	5
6	MI PAREJA ME APOYA PROTEGIENDOME ANTE CUALQUIER DIFICULTAD	1	2	3	4	5
7	ANTE MIS CONFLICTOS PERSONALES, MI PAREJA ME BRINDA SOSTEN EMOCIONAL	1	2	3	4	5
8	MI PAREJA ES SOLIDARIA(O) ANTE CUALQUIER DECISION QUE TOMO RESPECTO A MIS PROBLEMAS PERSONALES	1	2	3	4	5
9	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA EL O ELLA ME EVITA	1	2	3	4	5
10	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, EL O ELLA SE PREOCUPA	1	2	3	4	5
11	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, EL O ELLA ME HACE VER LOS PROS Y LOS CONTRAS DE AQUELLOS	1	2	3	4	5
12	ANTE MIS PROBLEMAS, MI PAREJA ME DICE QUE ESTOY CONMIGO	1	2	3	4	5
13	MI PAREJA ME AYUDA A SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS	1	2	3	4	5
14	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL ME CONDENA	1	2	3	4	5
15	MI PAREJA ME APOYA DANDOME AMOR	1	2	3	4	5
16	MI PAREJA ME BRINDA TRANQUILIDAD EN MOMENTOS DIFICILES	1	2	3	4	5
17	ANTE UNA DIFICULTAD, MI PAREJA ME DICE QUE "YO PUEDO RESOLVER CUALQUIER PROBLEMA PERSONAL".	1	2	3	4	5
18	ANTE UN PROBLEMA, MI PAREJA ME CONFIRMA QUE ME QUIERE	1	2	3	4	5
19	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL ME JUZGA	1	2	3	4	5
20	MI PAREJA PERMANECE CERCA DE MI CUANDO TENGO PROBLEMAS	1	2	3	4	5
21	ANTE MIS PROBLEMAS, MI PAREJA MUESTRA ENTENDIMIENTO	1	2	3	4	5
22	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, EL O ELLA ME ACONSEJA	1	2	3	4	5
23	ANTE UN PROBLEMA, MI PAREJA ME ORIENTA EN SU SOLUCION	1	2	3	4	5
24	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, EL O ELLA ME DICE QUE DEBO HACER Y QUE NO	1	2	3	4	5
25	MI PAREJA ME DA CONFIANZA PARA RESOLVER CUALQUIER PROBLEMA	1	2	3	4	5
26	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, EL O ELLA ME CREE	1	2	3	4	5
27	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL SE COMPORTA HOSTIL CONMIGO	1	2	3	4	5
28	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL ME ACOMPAÑA EN MI PREOCUPACION	1	2	3	4	5
29	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL ME DIRIGE EN LA SOLUCION DE AQUELLOS	1	2	3	4	5
30	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL ME CRITICA	1	2	3	4	5
31	MI PAREJA ME DA SEGURIDAD PARA RESOLVER CUALQUIER PROBLEMA	1	2	3	4	5
32	ANTE MIS CONFLICTOS, MI PAREJA SE UNE A MIS PREOCUPACIONES	1	2	3	4	5
33	MI PAREJA ME AYUDA CUANDO SE LO PIDO	1	2	3	4	5
34	CUANDO TENGO UN PROBLEMA, MI PAREJA SE UNE A LA TAREA DE BUSCAR LA MEJOR SOLUCION	1	2	3	4	5
35	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL ES DURO(A) CONMIGO	1	2	3	4	5
36	MI PAREJA ME RESPALDA EN MIS DECISIONES	1	2	3	4	5
37	ANTE UN PROBLEMA, MI PAREJA ME DA SOPORTE EMOCIONAL	1	2	3	4	5

38	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL RECHAZA MI OPINION DE SOLUCION	1	2	3	4	5
39	ANTE MIS DIFICULTADES, MI PAREJA PREFERE QUE YO ME RESPONSABILICE EN SOLUCIONARLAS	1	2	3	4	5
40	CUANDO TENGO UN PROBLEMA, MI PAREJA ME CONSUELA	1	2	3	4	5
41	CUANDO LE PLATICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA, ELLA O EL PARTICIPA EN UNA NUEVA REFORMULACION DE SOLUCION AL CONFLICTO	1	2	3	4	5
42	ANTE MIS PROBLEMAS, MI PAREJA RESPETA MIS DECISIONES	1	2	3	4	5
43	ANTE UNA DIFICULTAD, MI PAREJA ME GUIA EN SU SOLUCION	1	2	3	4	5
44	CUANDO TENGO UN PROBLEMA, MI PAREJA ME APOYA A BUSCARLE UNA SOLUCION RESPONSABLE	1	2	3	4	5

EN ESTA SEGUNDA PARTE MARQUE CON UNA X EL NUMERO QUE MEJOR REPRESENTA LA FORMA COMO USTED LE COMUNICA A SU PAREJA LOS CONFLICTOS. POR FAVOR SEA HONESTO(A). GRACIAS

- 5.- TOTALMENTE DE ACUERDO
- 4.- DE ACUERDO
- 3.- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
- 2.- EN DESACUERDO
- 1.- TOTALMENTE EN DESACUERDO

45	A MI PAREJA LE EXPRESO MI FORMA DE PENSAR SOBRE ALGUN PROBLEMA MIO	1	2	3	4	5
46	A MI PAREJA LE HAGO SABER LO BIEN QUE HACEN SUS PALABRAS	1	2	3	4	5
47	COMPARTO MIS PROBLEMAS CON MI PAREJA	1	2	3	4	5
48	SOY CAPAZ DE CONFIARLE MIS PROBLEMAS A MI PAREJA	1	2	3	4	5
49	CUANDO RENGO UN PROBLEMA, DIRECTAMENTE PIDO A MI PAREJA SU OPINION	1	2	3	4	5
50	A MI PAREJA LE EXPRESO MI OPINION SOBRE ALGUN CONFLICTO MIO	1	2	3	4	5
51	COMUNICO MIS PROBLEMAS A MI PAREJA	1	2	3	4	5
52	CONFIO EN MI PAREJA PARA CONTARLE CUALQUIER PREOCUPACION MIA	1	2	3	4	5
53	ME GUSTA ENTERAR A MI PAREJA DE MISPROBLEMAS	1	2	3	4	5
54	ANTE MIS PROBLEMAS, PREFIERO QUE MI PAREJASE MANTENGA AL MARGEN	1	2	3	4	5
55	A MI PAREJA LE AGRADEZCO CUANDO ME ESCUCHA	1	2	3	4	5
56	ANTE UN CONFLICTO PERSONAL, BUSCO EL CONSUELO DE MI PAREJA	1	2	3	4	5
57	PREFIERO RESERVARME MIS PROBLEMAS PERSONALES QUE CONFIARSELOS A MI PAREJA	1	2	3	4	5
58	COMPARTO MIS CONFLICTOS CON MI PAREJA	1	2	3	4	5
59	LE PIDO A MI PAREJA QUE ME AYUDE A RESOLVER MIS CONFLICTOS	1	2	3	4	5

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA ELABORACION DE INSTRUMENTO Y LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO HACERCA DEL APOYO CONYUGAL A MUJERES DE 25-45 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE VPH EN EL HOSPITAL REGIONAL ECATEPEC.

### DATOS PERSONALES:

INICIALES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO(COLONIA) \_\_\_\_\_  
NUMERO DE FOLIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE ELABORACION: \_\_\_\_\_  
TURNO DE DERECHOHABIENTE: \_\_\_\_\_ CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

## AUTORIZO

QUE SE ME REALICE EL INSTRUMENTO Y SE UTILICE PARA FINES DIDACTICOS. \_\_\_\_\_

### PERSONA QUE REALIZA ENCUESTA:

\_\_\_\_\_  
DRA. OLGA VERONICA RODRIGUEZ CARDENAS  
R2MF

**ANEXO 4 Este no se agrega**



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



"2010, AÑO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA DE MEXICO"

**MEMORANDUM**

203F-30206/132/10

ECATEPEC DE MOR., MAYO 24 DEL 2010.

**DRA. OLGA VERONICA RODRIGUEZ CARDENAS  
PRESENTE.**

POR MEDIO DEL PRESENTE INFORMO A USTED QUE SE LE AUTORIZA LA REALIZACION DE ENCUESTAS PARA LLEVAR A CABO EL PROTOCOLO DE ESTUDIO DE APOYO CONYUGAL A MUJERES DE 25 A 45 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE VPH A PACIENTES DERECHOHABIENTES DE ESTA UNIDAD DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

SIN OTRO PARTICULAR, QUEDO DE USTED A SUS ORDENES.

**ATENTAMENTE.**

  
**DRA. VERONICA LIZARRAGA OSUNA  
DIRECTORA  
HOSPITAL REGIONAL ECATEPEC**

C.C.P. EXPEDIENTE.

VL.O/ampe\*



**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS**

HIDALGO PTE. No. 600 COL. LA MERCED  
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 50080  
TELS. (01 722) 215 1080, 215 6115  
[www.edomex.gob.mx/issemym](http://www.edomex.gob.mx/issemym)