



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**“LA INFECCIÓN POR VPH Y SUS REPERCUSIONES
EN LA PAREJA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL.**

PRESENTA

NANCY ORTIZ MONTES

DIRECTOR DE TESIS: GEORGINA VOLKERS GAUSSMAN



MEXICO D. F

2007.



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

A MIS PADRES:

KERINA Y MARTIN

POR HABERME DEBUERTO MIS ALAS
POR IMPULSARME Y BRINDARME SU APOYO INCONDICIONAL
POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO
EN LAS BUENAS Y EN LAS MALAS
SIN IMPORTAR NADA
POR SUS CONSEJOS Y REGAÑOS
¡GRACIAS, POR HABERME PERMITIDO VIVIR ESTE MOMENTO CON
USTEDES!
LOS AMO.

A MIS HERMANOS:

JORGE:

GRACIAS POR HABERME ENSEÑADO A SER TENAZ
POR ENSEÑARME A LUCHAR POR LO QUE QUIERO
Y POR SER TAN BUEN HERMANO
¡TE QUIERO MUCHO COY!

JEANNETTE:

GRACIAS POR ENSEÑARME A ENFRENTAR CON DIGNIDAD LOS
MALOS MOMENTOS DE LA VIDA Y CONTINUAR EN EL CAMINO
¡GRACIAS POR ESA LECCIÓN!
¡TE QUIERO MUCHO JOE!

MARTÍN:

GRACIAS, POR TU TERNURA Y MADUREZ, AL CUAL ME HA SERVIDO EN
MUCHOS MOMENTOS DE LA VIDA.
¡TE QUIERO MUCHO MARTÍN!

A MIS ÁNGELES:

VALE, LUCERIN, MEL, PAOLA Y URIEL.
POR DARLE A MI VIDA UN MOTIVO MAS PARA SER MEJOR PERSONA

SIN OLVIDAR EL ENTUSIASMO DE LA INFANCIA
Y LA SENCILLEZ CON LA QUE USTEDES VEN LA VIDA
¡¡GRACIAS!!

A MIS CUÑAD@:
CINTHYA, ARCE, E ISMAEL.

AL DOCTOR ALMANZA Y ROCIO:
QUE SIN SU APOYO INCONDICIONAL NO HUBIERA REALIZADO
ESTE TRABAJO,
GRACIAS POR CONFIAR EN MI!

AL GREMIO

A LAS PROFESORAS:
GEORGINA VOLKERS, CAROLINA GRAJALES, MARGARITA TERAN,
BETRIZ DEL RAZO Y ANGELICA ABREGO, POR SUS COMENATRIOS Y
OBSERVACIONES HECHAS A ESTA TESIS.
¡GRACIAS!

Y A TODOS AQUELLOS QUE DE UNA U OTRA MANERA COLABORARON
PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO
¡GRACIAS

ÍNDICE

Introducción	Pág. i
Capítulo 1 EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO	
1.1 Características generales del Virus de Papiloma Humano	1
1.2 Vías de contagio	6
1.3 Factores Sociales de Riesgo	9
1.4 Prevalencia e Incidencia	14
Capítulo 2 CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER	
2.1 Antecedentes Históricos	18
2.2 Misión	19
2.3 Visión	19
2.4 Servicios que otorga	19
Capítulo 3 TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD	
3.1 Trabajo Social en el Área de Salud	22
3.2 Sub-Sección de Trabajo Social en la Clínica de Especialidades de la Mujer	23
Capítulo 4 EL SISTEMA FAMILIAR	
4.1 Concepto de Familia	28
4.2 Tipología Familiar	29
4.3 Ciclo Vital de la Familia	31
4.3.1 Etapas del Ciclo Vital de la Familia	33
4.3.2 Funciones de la familia	37
4.4 Conflictos y Desorganización Familiar	40
4.5 La Pareja	42
4.5.1 La Relación de Pareja	45
4.5.2 La Comunicación en la Pareja	50
4.5.3 Sexualidad	54
4.5.4 Problemas en la pareja	57
Capítulo 5 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL	
5.1 Justificación y planteamiento del problema	62
5.2 Objetivos	65
5.3 Hipótesis	66
5.4 Etapas Metodológicas de la Investigación	66
5.5 Instrumentos	67

Capítulo 6 DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

6.1 Descripción Cuantitativa	70
6.2 Descripción Cuantitativa del Estudio Socioeconómico y Psicosocial	79
6.3 Análisis Cuantitativo y Cualitativo de los Resultados	94

CONCLUSIONES	105
---------------------	-----

APORTE DEL TRABAJO SOCIAL	109
----------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Es de gran interés realizar estudios que tengan la intención de promover la salud del individuo mediante la información y prevención de situaciones que pongan en riesgo su integridad física y mental.

Es por esto que el estudio del Virus de Papiloma Humano (VPH) y su Repercusión en la pareja, pretende resaltar la trascendencia que tienen las infecciones de transmisión sexual como es el caso del VPH, en el individuo, la familia y la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que tanto en México como en Latinoamérica, una de cada tres personas con vida sexual activa porta la infección del VPH, alguno de ellos lo ignoran debido a la ausencia de síntomas físicos, lo cual pone en riesgo a la sociedad, ya que el VPH es una de las principales causas de Cáncer Cervicouterino, la cual es considerada la 3er causa de muerte México.

El VPH, ha alcanzado grandes cifras de contagio, alrededor de 25 mil mujeres mexicanas han sido contagiadas con el virus, la mayoría de éstos son detectados cuando ya se desarrolló una lesión grave e incluso un pre-cáncer o cáncer, las estadísticas señalan a las comunidades rurales como los focos rojos, en donde la ignorancia, la pobreza y los pocos servicios de salud facilitan la propagación del virus y el desarrollo del Cáncer Cevicouterino.

Por esta razón, es importante detectar la importancia del virus en sus primeras fases, con el objeto de reducir los números de contagios en nuestra sociedad y no dejarlo sólo como una infección más, ya que tienen agrandes repercusiones tanto a nivel económico como social, principalmente en la pareja y la familia.

Es por esto que el Trabajo Social se ha dado a la tarea de abordar el problema de salud desde un enfoque integral, objetivando en necesidades, problemas tanto emocionales como sociales, con la finalidad de brindar una salud integral al individuo y su entorno, mediante la implementación, diseño y puesta en marcha de programas preventivos en caminados a crear una cultura de la prevención.

El presente trabajo se realizó en la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional, con mujeres derechohabientes de este servicio en su mayoría esposas o madres de militares; en dicha clínica se atienden a mujeres de toda la República Mexicana, de diferentes edades y niveles socio culturales, en las cuales existe una gran prevalencia de contagios por VPH y presentan problemas en su relación de pareja. Es por esto que surge la inquietud de conocer las repercusiones que tiene una infección de transmisión sexual, no solo a nivel físico sino también emocional, y como afecta en sus relaciones sociales, principalmente las de pareja, esta investigación se compone por seis capítulos en los que se aborda a la enfermedad de manera general con la intención de dar un panorama general acerca de esta, así como de la familia y su dinámica, con la finalidad de detectar las principales repercusiones que afectan la relación de pareja de las mujeres contagiadas con este virus.

El primer capítulo abarca de manera breve al virus de papiloma humano, haciendo énfasis en los factores sociales de riesgo para el contagio así como y su prevalencia e incidencia, considerando estadísticas a nivel mundial y nacional.

En el segundo capítulo se hace un breve descripción de la Clínica de Especialidades de la Mujer.

En el tercer capítulo se habla del Trabajo Social en el área de la salud, así como de la labor que desempeñan las trabajadoras y trabajadores sociales en la clínica de especialidades de la mujer.

El capítulo cuarto brinda un análisis del sistema familiar moderno capitalista, el cual va de una definición de familia hasta las etapas del ciclo vital, haciendo énfasis en la pareja la cual es la columna vertebral del trabajo, de este se analiza el impacto del VPH en la misma.

El quinto capítulo comprende el proceso metodológico que se utilizó para el desarrollo de la presente investigación, con la finalidad de determinar cuales son las principales repercusiones que tiene el VPH en la relación de pareja, y de esta manera brindar alternativas viables para abordar esta problemática de manera integral.

En el sexto y último capítulo se realizó la descripción e interpretación de los resultados del estudio. En él se encontrarán las gráficas correspondientes a cada una de las preguntas formuladas en el cuestionario de exploración general de conocimientos del virus de papiloma humano, así como los cuadros y gráficas del estudio socioeconómico y social.

Las conclusiones y el aporte del Trabajo Social ante la problemática estudiada, en las cuales se resalta la importancia que tienen las investigaciones sociales, ya que desde el punto de vista del trabajo social, se debe abordar a las enfermedades desde una perspectiva integral en la que el aspecto social, sea considerado para el tratamiento de cualquier enfermedad, ya que este es determinante en el éxito o fracaso de cualquier tratamiento.

Capítulo 1

VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

1.CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Actualmente nos encontramos con que las infecciones que aquejan a la población son, en su mayoría, consecuencia de un estilo de vida inmerso en el crecimiento urbano que provoca la concentración de la población en las zonas suburbanas, el acelerado ritmo de vida, los cambios de hábitos y costumbres, la deficiente alimentación, así como el debilitamiento de las relaciones sociales, que se consideran factores de riesgo que pueden causar un trastorno en la salud, como son las infecciones de transmisión sexual (ITS) las cuales representan a un grupo de padecimientos por contacto sexual. Algunos de estos son considerados como de notificación obligatoria en la mayoría de los países, y continúan teniendo una frecuencia alta, principalmente entre gente joven en edad reproductiva y con vida sexual activa.

Hoy en día se sabe que el Virus de Papiloma Humano (VPH) juega un papel importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino y que “existen poco más de 100 variantes de este virus de los cuales los tipos 16,18,45 y 31 se han relacionado con lesiones precursoras de alto riesgo y cáncer invasor en más de un 95%”¹

Al paso del tiempo se han analizado una gran cantidad de muestras de este virus obtenidas de diversas partes del mundo, “se han definido las variantes de los tipos virales más frecuentes en particular del tipo 16 y 18.”²

¹ Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14 (2), 2003

² Boletín Informativo PAI, año XXVII abril de 2005.

“El VPH del tipo 18 se ha asociado con tumores muy agresivos, mismos que no tienen relación con Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (NIC), así como con mayor recurrencia tumoral y el desarrollo de nuevos brotes tumorales en los nódulos linfáticos. A pesar de su naturaleza agresiva el VPH 18 es asociado en un 40% con un tipo diferente, el cual es característico de las infecciones por VPH de bajo riesgo (6,11 asociados al desarrollo de condilomas) lo cual indica que esta variante tiene un potencial cancerígeno menor”³.

Ésta podría ser la explicación de que a pesar, de contar con una infección de alto riesgo, muchas lesiones se reviertan espontáneamente y sólo algunas desarrollen lesiones precursoras de pre-cáncer o cáncer invasor; en busca de factores que determinan que una infección por este virus persista y otra progrese, se le ha dado especial importancia a la respuesta inmune de cada persona.

A partir de estas investigaciones, “se ha encontrado que existen más de 100 tipos diferentes de este virus, de los cuales la mayoría no causan ningún signo o síntoma y desaparecen sin tener que someterse a tratamientos lo que corresponde a un 70%, estos virus son denominados transitorios y se eliminan en un periodo de tiempo que va de 4 a 8 meses, según el tipo de virus infectante”.⁴

En especial los tipos que afectan la piel y los tejidos de la mucosa genital son los que están catalogados como de riesgo. Los cuales tienen diferentes manifestaciones y se clasifican en virus de alto y bajo riesgo.

“Los tipos de bajo riesgo (6,11,40,42,53,54 y 57) son los que su posibilidad de desarrollar cáncer es baja”.⁵ Su manifestación se determina por el brote de verrugas en el área genital, a los que se llaman condiloma acuminado o crestas de gallo, se caracterizan por su color, el cual puede ir de un rojo intenso, a un color carne o rosa y por sus formas las cuales se identifican por el engrosamiento de la piel formando placas con proyecciones puntiagudas simulando las crestas de gallo (de ahí su

³Editorial Journal Familia planning and Reproductive Health Care 30 (4) : 213-215, 2004.

⁴ Reunión del Comité de Cooperación Interagencial para la Inmunización, Guatemala 2005.

⁵ Ibidem. Reunión del Comité de Cooperación

nombre) o presentarse como verrugas planas con lesiones leves de color carne, algunas otras se presentan como pápulas (pequeños bultos en la piel) de color rosa con una superficie lisa.

Algunas otras tienden a aparecer en la superficie de la mucosa de la zona genital; en la mayoría de los casos estas verrugas no presentan ningún síntoma y muchas personas no se percatan de ellas. Sin embargo, en ocasiones algunas personas que las tienen se quejan de picor, comezón, dolor y de sangrado. “Las verrugas externas pueden estar acompañadas de infecciones cervicales o uretrales, esta última al no mostrar síntomas o molestias se presenta aproximadamente en el 22% de los hombres con verrugas genitales”⁶

Los condilomas o verrugas genitales en las mujeres se presenta principalmente en la vagina así como en la vulva (labios menores y mayores) y el área perianal.

“Durante el embarazo, las verrugas pueden incrementarse tanto en tamaño como en número; siendo resultado de un efecto estimulante de las hormonas del crecimiento en la infección o por una disminución en la inmunidad de la mujer. La presencia de grandes cantidades de verrugas genitales durante el embarazo puede obstruir el canal del parto, dificultándole el nacimiento al bebe e incrementando considerablemente el riesgo de que éste contraiga la infección, provocándole lesiones en las cuerdas vocales y laringe”⁷.

“En el hombre las verrugas genitales a menudo aparecen como tumores, caracterizados por estar unidos en la superficie externa de la piel además de ser suaves y lisos o tener proyecciones en forma de dedos, las verrugas perianales a menudo tienen una apariencia de coliflor, mientras que las verrugas en el pene regularmente son lisas y elevadas. Las últimas son normalmente de 3 a 5 mm de diámetro y aparecen en grupos de tres o cuatro”⁸, la mayoría de las lesiones relacionadas con el VPH en los hombres han sido detectadas en sitios susceptibles a

⁶ ibden Reunión del Comité de Cooperación

⁷ Secretaría de Salud, Manual para la Clínica de Displasias, 2004

⁸ Brown Dr. FifeKH. Human Papiloma virus Infections Of The Genital Tract. Med. Clinic North Am. 1990;74 1455-1485.

lesiones en la piel durante el coito y con frecuencia aparecen primero en el prepucio y en el glande. También pueden encontrarse en la uretra, en el cuerpo del pene, escroto y en el área perianal.

“Se conoce poco acerca de la relación entre el VPH y el cáncer en el hombre, sin embargo la incidencia de cáncer en el pene va de un 20 a 50% de los casos registrados de cáncer de pene, el cual es mucho menor que la del cáncer cervical y puede no estar fuertemente relacionada con la infección por VPH, sin embargo se han encontrado más casos de los esperados entre las esposas de los hombres con cáncer de pene”.⁹

Por otro lado, “el vínculo entre la infección genital del VPH de alto riesgo, el Cáncer Cervical y la Neoplasia Intraepitelial Cervical o NIC, son muy altos; esta última se refiere a las alteraciones de la forma y estructura del interior del epitelio cervical que se consideran precursoras del Cáncer Cervicouterino Invasor (CáCu). Su clasificación está determinada por el grado de profundidad de la lesión, designado como NIC I NIC II y NIC III, o bien de acuerdo con el diagnóstico del sistema Bethesda, Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI) de bajo y alto grado”¹⁰

Uno de los principales factores que propician el aumento en la población que se contagia con el VPH y desarrollan Cáncer Cervicouterino (CáCu), es la limitada utilización y aceptación del estudio de papanicolaou por el aspecto educativo y las barreras institucionales que existen en nuestro país. De aquí se deriva la importancia que tiene el estudio de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) ya que su detección temprana es de gran trascendencia poblacional, puesto que representa una oportunidad para tomar acciones terapéuticas de éxito y de este modo evitar el desarrollo de cáncer invasor y, por lo tanto, disminuir la tasa de mortalidad por esta causa.

⁹ Gram S, Et.Al, Genital cancer in Wives of Penile Cancer Patients Cancer. 1979; 44:1980-1974.

¹⁰ National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. JAMA 1989;262:931-934.

Sin embargo muchas mujeres mexicanas no se realizan el estudio de papanicolaou, ya que les resulta incómoda la revisión pélvica; sus esposos no se lo permiten, o tuvieron una previa experiencia negativa a la toma del estudio. Otras de las razones por las que las mujeres en nuestro país no acuden a realizarse el estudio de Papanicolaou son:

1) No saben sobre la prueba, es decir no conocen la importancia de ésta en la detección temprana del cáncer cervicouterino y, en casos extremos, no saben de su existencia.

2) El costo del estudio en clínicas particulares y laboratorios es elevado, el cual va de los \$280.00 a los \$466.00. En los hospitales y centros de salud el estudio no tiene ningún costo, sin embargo su número por día es limitado. En cuanto a los costos del estudio de Colposcopia éste varía según el lugar en donde se practica, ya que para su realización se requiere de un aparato especializado que cuenta con un lente de aumento que ayudado por una luz permite observar las lesiones de displasia o cáncer en la vagina y cuello del útero las cuales son descubiertas mediante la aplicación de yodo o de ácido acético, por lo que no en todos los centros de salud, o clínicas se cuenta con este aparato.

3) El tiempo de espera para la realización del estudio varía según el lugar donde se realice, en promedio es de 15 a 45 min según el número de personas atendidas por día; el tiempo de espera para recibir los resultados¹¹ es de aproximadamente 15 días hábiles a un mes, y sólo en caso de que el estudio sea positivo al virus o de alguna otra infección que se considere de riesgo se le comunica inmediatamente a la paciente para que acuda a tratamiento y tenga un seguimiento.

Es por esta razón el Programa Nacional de Salud 2001- 2006 reconoce que la protección de la salud no puede ser considerada como una mercancía, ni un objeto de caridad o privilegio, sino como un derecho social, el cual se debe ejercer mediante un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, con la finalidad de mejorar sus condiciones de salud, es por esto que trabajo social se ha dado a la tarea de resaltar la importancia que tiene la salud y se

¹¹ Lazcano Ponce EC, Et.Al, Barriers to early detection of cervical uterine cáncer in México. J Womens Health 1999;8 (3):399-408

ha encargado del diseño y puesta en marcha de programas, cuyo objetivo principal es la prevención y el cuidado de esta, mediante la información precisa y concisa acerca de las enfermedades transmisibles como el VPH y otras más, con la única finalidad de reducir el alto número de contagios que a diario se presentan en México, principalmente por la renuencia que aun persiste para el uso del condón y la práctica del sexo seguro, los cuales no solo previene los embarazos no deseados, sino también las infecciones de transmisión sexual que pone en riesgo la vida de muchas mujeres y hombres, que por ignorancia, cuestiones culturales y de creencia, aumentan el riesgo de contraer una infección.

1.2 VÍAS DE CONTAGIO.

A pesar de que se sabe que el Virus de Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual existen muchos mitos sobre las vías de contagio de esta.

Sin embargo las evidencias científicas sostienen que “el único modo de transmisión de estos tipos de VPH es el sexual y no a través del uso de baños públicos, intercambio de toallas o estropajos húmedos que tengan contacto con la zona genital”¹², los cuales son sólo mitos, de los que se valen algunos hombres, para no hacerse responsables del contagio de sus parejas, en las entrevistas realizadas a mujeres, esposas de militares con esta infección, en mayo de 2006 para fines de este estudio, mencionaron que sus parejas decían que “los médicos mentían acerca de la forma en que adquirieron el virus, y que posiblemente ellas lo pescaron en los baños de la clínica, ya que hay muchas mujeres cochinas con muchas enfermedades que usas el mismo baño y que de ahí seguro se les pego”, algunas otras mencionaron que “desde niñas presentaron infecciones vaginales y que de ahí, surgió esta otra”, otras más dijeron “es el costo de ser mujer” y las menos mencionaron que “sus esposos fueron los culpables de este contagio, porque en repetidas ocasiones les han sido infieles y se han metido con prostitutas o mujerzuelas”, de esta forma queda claro que la cultura machista en la que estamos inmersos es el principal factor social y

¹² El Universal, entrevista a Ricardo González, Biólogo e investigador del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, marzo de 2006.

cultural que propicia el contagio de las infecciones de transmisión sexual aunado claro a otros elementos, como acceso a la salud, educación, etc.

El rol que juegan los hombres en el contagio del virus es predominante, ya que son considerados potenciales transmisores múltiples, esto basado en los estudios realizados por médicos del Instituto Catalán de Oncología, en donde se dice que los contactos sexuales con mujeres que ejercen el sexo comercial juegan un papel importante, ya que éstas son un reservorio del VPH de alto riesgo.

En México y en mucho otros países la situación es similar, ya que las sexo servidoras siguen jugando un rol muy importante en la transmisión de este virus y otros más, en la ciudad de México como en otras ciudades importantes de este país la prostitución es una constante, así como la migración derivada de la pobreza y falta de oportunidades también, lo cual forma la mancuerna perfecta para la propagación de este virus, por lo que la infecciones de transmisión sexual están a la orden del día, ya que no existe un control médico que garantice la salud de las sexo servidoras y por lo tanto la salud de quien solicita sus servicios, viéndose afectadas principalmente las mujeres amas de casa.

En general parece ser relativamente común la transmisión de este virus durante el coito en el cual pueden ocurrir pequeñas ulceraciones que permiten el acceso del virus en la epidermis o en la mucosa o bien en sitios sensibles del área pélvica en donde la piel pueda romperse con facilidad, “se dice que el 73% de las parejas sexuales de personas con infección genital por VPH con lesiones graves, manifiestan síntomas de infección en su primer examen”¹³.

En tal caso, si hombres y mujeres actúan como portadores y principales transmisores de la infección, los hombres pueden aumentar el riesgo de contagiar el virus y el cáncer de cérvix en sus parejas, ya que se ha detectado Virus de Papiloma Humano (VPH) en el semen de hombres con verrugas genitales y se considera que el ambiente cálido y húmedo del canal vaginal es favorable para que se propague la

¹³ Jaime brumen, col. Epidemiología Molecular de Cánceres de Alta incidencia en México, Gac . Méd Méx Vol 133 suplemento 1

infección; se ha encontrado que algunas mujeres transmiten y contraen el virus después de unos pocos contactos, pero otras no lo han adquirido a pesar de haber tenido varios encuentros sexuales con sus parejas, en esto influye la duración y frecuencia de exposición con el virus, así como los factores relacionados al individuo

En cuanto a las lesiones perianales regularmente éstas son relacionadas con la práctica de sexo anal y las lesiones de la mucosa oral pueden resultar del contacto genital-oral o bien de la práctica del sexo oral.

Existe otra forma de contraer el virus científicamente aceptada, este se presenta en el momento del nacimiento, cuando una madre presenta condilomatosis y el bebe pasa a través del canal de parto, esta es poco frecuente ya que se ha optado por realizar cesáreas a las mujeres que se encuentran en esta situación, para evitar que su hijo adquiera esta infección y así disminuir los casos de condilomatosis juvenil, la cual puede provocar dificultad para hablar y en casos extremos la pérdida de la voz.

Hay un gran trabajo por hacer en cuanto a la prevención de este tipo de enfermedades, como se sabe, en México y otros países en vías de desarrollo, el factor cultural, político y social son los principales obstáculos que existen para erradicar enfermedades como el VPH, y profesiones de corte social principalmente el trabajo social, son las que se preocupan por brindar alternativas útiles para el control y porque no la erradicación de estas enfermedades, basándose en la prevención y búsqueda de opciones viables para la atención y mejor manejo de esta enfermedad, tomando en cuenta los factores sociales, económicos y culturales de los individuos.

1.3 FACTORES SOCIALES Y CULTURALES DE RIESGO.

En un estudio realizado en la Ciudad de México a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2001, cuyo objetivo fue identificar los factores sociales clínicos y reproductivos que se relacionan con el cáncer de cuello uterino se encontró que los principales factores de riesgo fueron:

- Menor tiempo de permanencia en la ciudad de México (migración a otras ciudades o países)
- Menor escolaridad
- Nivel socioeconómico bajo
- Antecedentes positivos a tabaquismo
- Carencia de empleo fijo asalariado

Entre las razones secundarias se encontró que también son factores de riesgo:

- La existencia de algún familiar de primer grado ya sea hermana, madre o hija con cáncer de cérvix relacionado directamente con Neoplasia Intraepitelial cervical o NIC
- La menor edad de inicio de las relaciones sexuales
- El mayor número de parejas sexuales
- Edad temprana del primer embarazo
- Mayor número de embarazos, partos y menor número de cesáreas, también fueron determinantes en las lesiones
- Otros fueron el mayor tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, o locales,
- El antecedente de infecciones de transmisión sexual y la presencia o antecedente de flujo vaginal

Respecto al uso del papanicolaou como prueba de detección temprana del cáncer de cérvix los siguientes factores se asociaron con la Neoplasia Intraepitelial Cervical o NIC:

- Iniciar tardíamente la prueba citológica
- El menor número de citologías realizadas

- Periodo prolongado entre la realización de las pruebas citológicas¹⁴

Si analizamos los datos anteriores encontraremos que el grueso de la población en nuestro país está en estas condiciones. Ya que los índices de migración son cada vez más altos, debido a la falta de empleo y a los carentes programas dedicados a apoyar al campo, razones por las que cada vez más mexicanos tienen que desplazarse a otras ciudades y países en busca de mejores condiciones de vida. Se sabe que durante el periodo de “2001 a 2004, 395 mil mexicanos migraron a Estados Unidos, principalmente en las edades jóvenes y adultas (70% tiene entre 15 y 44 años de edad), y la presencia de los hombres es mayor, de 124 por cada 100 mujeres de estos más de la mitad se encuentran entre los 25 y más años de edad y cuentan con menos de 10 grados de escolaridad, y sólo dos de cada tres mexicanos de entre los 15 y más años de edad tienen trabajo”. Sus condiciones de vida no mejoraron mucho ya que existe un nivel alto de pobreza y poco acceso a los servicios de salud entre los mexicanos radicados en los Estados Unidos, si a esto agregamos que alrededor del “77% son migrantes temporales, es decir que se van por un corto periodo de tiempo a trabajar y regresan, con probabilidades de haber contraído algún tipo de infección de transmisión sexual”, entre ellas el VPH (“se calcula que para el año 2007 se pronostican más de 11,150 nuevos casos de cáncer de cuello derivados del contagio por VPH en mujeres de entre 14 y 55 años de edad en los Estados Unidos de Norte América entre ellas muchas mexicanas”)¹⁵ contagiando a sus parejas, lo que respalda las cifras registradas por la Secretaría de Salud en las que se menciona que las comunidades rurales de menos de quince mil habitantes representan casi el 40% de mortalidad en mujeres por cáncer cervicouterino derivado del VPH.

En cuanto al nivel socioeconómico bajo, encontramos que éste quizá sea el más significativo del estudio ya que según el índice absoluto de marginación 1990 -2000 poco menos de una tercera parte de la población en nuestro país padecía las carencias reflejadas por los nueve indicadores del índice (analfabetismo, primaria

¹⁴ Hernández, Dulce María, et. al., “Cáncer de cuello uterino. Factores sociales clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras” Rev. Med. IMSS 2001;; 39 (4):325-333.

¹⁵ www. Gineconet. Las vacunas contra el VPH

incompleta, no contaban con drenaje ni servicio sanitario exclusivo, así como tampoco con energía eléctrica ni agua entubada, Vivían con algún grado de hacinamiento, y en viviendas con piso de tierra, ubicadas en localidades con menos de 500 mil habitantes, cuya población ocupada percibía menos de dos salarios mínimos); de los 32 estados de la república mexicana, siete presentan un grado de marginación muy elevada (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, y Veracruz), mismos que se caracterizan por presentar las tasas más altas de muertes en mujeres por Cáncer cervicouterino y ser los estados que presentan mayor migración temporal.

Otro de los factores de alto riesgo para las mujeres con el VPH es el fumar, se sabe que en la actualidad el fumar es un acto cotidiano, que ya es un problema de salud pública por las consecuencias que éste tiene en la salud tanto de los fumadores como de la gente que los rodea; el humo del tabaco no sólo afecta los pulmones y la piel del individuo, éste tiene consecuencias más graves en todo el organismo, principalmente en el de las mujeres, ya que se presenta una mayor probabilidad de desarrollar Cáncer cervicouterino cuando se tiene el VPH y se es fumadora, que cuando no se fuma y se es portadora del virus, esto se deriva de la alta concentración de sustancias provenientes del tabaco en el moco vaginal (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero), el cual propicia la oxidación acelerada de las células haciéndolas más susceptibles al cáncer, si a esto le sumamos que algunas de estas mujeres viven en constante estrés por no poseer un empleo fijo y tener que desempeñar jornadas de trabajo de más de ocho horas diarias, una mala alimentación y la falta de ejercicio, la situación se complica ya que su salud se deteriora con mayor facilidad.

En general estos elementos permiten ver que el VPH tiene una gran relación con la calidad de vida, de quienes lo padecen, ya que como cualquier otra enfermedad tiene mayores repercusiones en personas que cuentan con malas condiciones de vida, y que no cuentan con servicios de salud para el cuidado y la atención de su salud.

“Otro de los factores asociados al contagio del VPH en mujeres y hombres es el coito, Debido a que éste es la forma principal de transmisión del VPH”.¹⁶ El iniciar las relaciones sexuales a temprana edad, el tener múltiples parejas sexuales y parejas

¹⁶ Kataja V, Syrjanen S, Yliskoski M, Et Al Risk Factors Associated UIT Cervica Human Papillovavirus Infections: A case Control Study. Am J Epidemiol. 1993:138:735-745.

sexuales que tuvieron compañeros sexuales múltiples, son factores de riesgo importantes para la infección del VPH así como para cualquier otro tipo de infección de transmisión sexual, con esto no se quiere decir que se debe tener solo una pareja sexual, por que esto no garantiza que no se contraiga alguna infección, sino mas bien se quiere hacer énfasis en que se debe practicar el sexo seguro y hacer uso del condón en todos los encuentros sexuales que se tengan, y anteponer nuestra salud y bienestar

“El inicio precoz de relaciones sexuales es decir antes de los 18 años de edad y el número de compañeros sexuales son factores que incrementan el riesgo de contraer el Virus y de desarrollar cáncer cervicouterino a tempranas edades, se sabe que la presencia del VPH cervical o vulvar se presenta entre el 17 y el 21 % en las mujeres con sólo una pareja sexual Se ha demostrado que el factor de riesgo independiente más poderoso es el número de parejas sexuales que se haya tenido en los dos años anteriores a las principales manifestaciones clínicas, presentándose en el 69 a 83% de las mujeres con cinco o más parejas sexuales.”¹⁷ La promiscuidad en los hombres también es uno de los factores de riesgo ya que éstos son los que presentan un mayor número de contactos sexuales a lo largo de su vida, además de tener encuentros sexuales con sexo servidoras en las que la infección se presenta con mayor frecuencia.

En lo que se refiere al número de embarazos, partos y cesáreas realizadas, se debe considerar que por cada embarazo existen cambios hormonales, que favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH, entonces entre más embarazos se haya tenido la infección toma mayor fuerza y el sistema inmunológico se debilita dejando la posibilidad de que el virus desarrolle lesiones o incluso cáncer con mayor rapidez.

“En cuanto a las personas con un sistema inmunológico deprimido ya sea por factores genéticos o infecciones como el VIH-SIDA, presentan mayores tasas de infección por VPH, que el sano y tienden a responder mal al tratamiento. Está descrito que la prevalencia de las lesiones por VPH en personas con síndrome de inmunodeficiencia

¹⁷ Kataja V. idem.

adquirida (SIDA), se incrementa con la inmuno supresión, pero no está claro si esto refleja el deterioro de la función inmune o una interacción directa de los virus”.¹⁸ Las mujeres que son cero positivas al virus del VIH-SIDA y que han tenido alguna infección cervical por VPH tienen una mayor posibilidad de desarrollar lesiones de alto grado o contraer cáncer cervicouterino.

Otro de los factores que se asocian al contagio del VPH es “el uso de anticonceptivos hormonales u orales, ya que al ser el VPH una enfermedad que se transmite por el contacto de piel con piel, el anticonceptivo oral no reduce el contagio sino al contrario, aumenta la posibilidad de adquirirlo, porque no evita el contacto epitelial que es en donde se localiza el virus.”¹⁹ Una situación similar se presenta con el uso del condón ya que éste sólo cubre una pequeña parte de los genitales evitando el contacto con el virus y dejando al descubierto la mayor parte de la zona genital.

Finalmente, el factor relacionado con la práctica del papanicolaou; a pesar de que se han lanzado campañas de salud cuyo objetivo es prevenir y detectar oportunamente el cáncer cervicouterino no se ha tenido mucho éxito, ya que algunas mujeres no se someten a este estudio a pesar de ser gratuito en los centros de salud y en los hospitales del sector salud.

“En un estudio realizado por el IMSS en el 2001, se encontró que el 28% de 356 mujeres se realizó el estudio de papanicolaou por primera vez a los 40 años o más, lo que nos deja ver que existe mucha renuencia por parte de las mujeres mexicanas para la realización de la prueba de papanicolaou”²⁰, por las razones que con anterioridad se mencionaron sin embargo es importante enfatizar que la falta de información es uno de los principales factores que existen para que las mujeres no se realicen el estudio y que gracias a esto en nuestro país cada día van a morir más y más mujeres por causa del VPH y su transición a cáncer cervicouterino.

¹⁸ Mclachlin CM Pathology Of Human Papillomavirus In The Female Genital Trac. Curr Opin Obstet Gynecol .195;7:24-29

¹⁹ Bauer HM, Hildesheim A. Schiffman MH, Et Al. Ddeterminants Of Genital Human Papillomavirus Infection On Low Risk Women In Prtlant, Oregon. Sex. Transm Dis. 1993;20:274-278

²⁰ ibden “Cáncer de cuello uterino. Factores sociales clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras”

Es increíble como las mujeres pueden descuidar su salud a tal grado, se sabe que las barreras culturales, el machismo y los mitos acerca de los estudios ginecológicos son más fuertes que el dolor o el propio temor a la muerte, es por esto que los trabajadores sociales nos hemos preocupado por crear una cultura de la prevención, mediante la realización de diversas actividades que permitan tanto a hombres como a mujeres hacer conciencia acerca de la importancia de acudir al médico ante cualquier situación que consideremos pone en peligro nuestra salud, o la de nuestra familia; además el trabajo social desde su campo de acción se ha preocupado por vigilar que mujeres y hombres reciban una atención oportuna y de calidad que este a su alcance, con la finalidad de reducir el número de contagios y así el número de muertes por causa del cáncer cervicouterino y de otras tantas enfermedades que actualmente aquejan a la sociedad.

1.4 PREVALENCIA E INCIDENCIA.

Si bien es difícil estimar la generalidad de la prevalencia de las infecciones por VPH, actualmente algunos datos sugieren que visiblemente las verrugas genitales se presentan en el 1% de los adultos con vida sexual activa. Los porcentajes más altos por infecciones de VPH se encuentran en adultos entre los 18 y 28 años de edad, lo cual es preocupante ya que se reduce el margen de edad para desarrollar cáncer y se presentan con más frecuencia los casos de muertes en mujeres en edad reproductiva.

Es alarmante cómo el virus está afectando a millones de personas, ya que “cada año 440 mil mujeres son diagnosticadas en el mundo con VPH”. De ellas, “231 mueren a causa de Cáncer Cervicouterino”; “el 80% se presentan en países en vías de desarrollo, como Latinoamérica, el Sureste de Asia y el Sur de África que son las regiones con mayor presencia de VPH e incidencia de cáncer cervicouterino (CáCu) en el mundo”. Esto debido a que el cáncer cervicouterino es una de las consecuencias de las infecciones por algunos tipos de alto riesgo del VPH, la cual es considerada la enfermedad de transmisión sexual con mayor prevalencia, ya que “cada año, a nivel mundial, 300 millones de mujeres se infectan con alguno de los

más de 100 tipos diferentes de VPH (benignos y malignos), 30 millones padecen lesiones leves, 10 millones sufren patologías más graves y 500 mil desarrollan cáncer de cuello de útero”.²¹

Este último es uno de los principales problemas de salud en nuestro país y en otros países en vías de desarrollo, “durante los pasados 25 años la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino permaneció estable con una fluctuación mínima de 16.9 por cada 100 000 mujeres en 1980, hasta de 17.1 por cada 100 000 en 1997”,²² en el año de “1992, México registró la tasa más alta de mortalidad por CáCu en el mundo”²³, y ha ocupado “el primer lugar en muerte por CáCu de América Latina”.²⁴ “Entre 1980 y 1995 aproximadamente 62 000 mujeres murieron por CáCu y cada año mueren más de 4 000 mujeres mexicanas por esta enfermedad.”²⁵

“Para el año 2000, se registraron en América Latina 76 mil casos de CáCu y 30 mil muertes por su causa; de las cuales 6,650 fueron en México”, es decir, más del 20%.

En nuestro país el riesgo de muerte por CáCu es alto ya que de “1990 al 2000, se registraron oficialmente 48,761 muertes con un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, de las cuales, las comunidades rurales de menos de quince mil habitantes representan el 40% de la mortalidad”.²⁶

En el 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que alrededor de “630 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VPH, en el 2002 la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) registró 12,516 nuevos

²¹ www. Gineconet. Com. Efrón ML. Perspectivas sobre la vacuna contra el VPH.

²² Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. (indicadores). Salud pública Méx. 1999;41:138-46.

²³ Lozcano- Ponce EC, Najera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso- de Ruiz P, Kuri P, Cantoral L, The cervical cancer screening program in México: Problems with access and coverage. Cancer causes control. 1997;8:698-704.

²⁴ Dirección general de estadística I y E. Estadísticas sobre tumores malignos en México. Dirección General de Estadística , Informática y Evolución. Salud Pública Méx. 1997;39:388-399.

²⁵ Hernández Ávila M, Lazcano Ponce EC, Alonso de Ruiz P, Romieeu I. Evaluation of the cervical cancer screening program in México : A Population- based case- control study int. J Epidemiol 1998; 27: 1-7

²⁶ www.Equidad.Org.mx VPH enfermedad silenciosa.

casos y 5,777 muertes por ese padecimiento en México, es decir 12 mujeres mueren diariamente por cáncer cervicouterino en nuestro país.”²⁷

Para el 2005 se registraron “510 muertes por Cáncer Cervico Uterino en México, teniendo un mayor número de decesos los estados de Campeche, Colima, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán”²⁸. Estados que se caracterizan por su alto nivel de marginación y pobreza así como el mayor número de población indígena y migración.

Como se ha visto las localidades con mayor marginación son las que son mas fuerte mente golpeadas por enfermedades como el VPH y en general por todas las enfermedades, en donde las condiciones de higiene, alimentación, educación, y servicios de salud son deficientes, existe un gran trabajo por hacer y se torna difícil la situación debido a las políticas publicas, las cuales limitan el actuar profesional de los trabajadores sociales, y en general la de todos los profesionales de la salud, ya que no se contempla a esta parte de la sociedad en donde las principales victimas son las mujeres, en donde su salud no es tomada en cuenta, ya que se dedican ha realizar actividades en pro de la familia, con frecuencia se presentan mujeres en condiciones de salud deplorables, con una gran preocupación por las actividades que dejan de realizar mas que por su estado de salud, en alguna ocasión mientras realizaba mi servicio social, llego una mujer originaria de Oaxaca, de 50 años de edad, difícilmente hablaba español, con un diagnostico de cáncer de vulva en tercera fase, obviamente fue hospitalizada y duro poco más de dos meses, fue intervenida quirúrgicamente y sometida a radiación para combatir el cáncer, y lo curioso de este caso fue que la señora todo el tiempo se preocupaba por su casa, sus animales y su esposo el cual era 20 años menor que ella, en las pocas ocasiones que se comunico con su pareja, el la presionaba de tal forma que la paciente pidió su alta, ya que según refirió, “mi esposo me dijo que si no regresaba pronto, el se buscaría a otra mujer, por que ya le anda por acostarse con migo, y yo le dije que estoy muy mal, y que aunque llegara no parodiarnos, porque el doctor no lo permite, y el contesto pues después no te quejes,

²⁷ www.OMS.com. VPH

²⁸ Salud: México 2001-2005 Información Estratégica por Entidad Federativa 1ª edición, México D.F 2006 Editada por la Secretaria de Salud

para mi que te estas haciendo” la paciente muy preocupada por esto busco la forma de regresar a su pueblo, y complacer a su pareja ya que según ella le estaba muy agradecida por haberla recogido embarazada y con dos hijos más; cuando platicábamos acerca de su enfermedad ella decía que le habían echo un mal es decir que le habían hecho brujería, y que los dolores eran muy fuertes, que durante las noches sentía que un animal le comía la parte, y le daba mucha comezón, y la calentura era cada vez más fuerte, su pareja no hacia caso de esto y cuando quería acostarse con ella, no importaba el dolor o la fiebre, ella tenia que complacerlo, seg. “por que para eso era su mujer, mi hijo mayor, el militar se dio cuenta de que estaba mal y me llevo arrastras al doctor y fue como llegue aquí.” Este es solo uno de los muchos casos que se encuentran día a día en los diferentes servicios de salud, y nos hacen enfrentarnos con una realidad cruel, en la que la mujer es vista como todo menos como persona, y por ende son violadas muchas de sus garantías individuales, es por esta razón por la que algunas instituciones han tomado conciencia de esta situación y se han percatado de que las necesidades de las mujeres son diferente y que viven las enfermedades de forma diferente a los hombres y han creado clínicas especializadas para el cuidado y atención de su salud, con el objetivo de elevar la calidad de vida de estas mujeres garantizando una atención integral de calidad y calidez humana.

Capítulo 2

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER DE LA SEDENA.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM), inició su construcción el 30 de agosto de 1998, siendo terminada el 15 de octubre de 1999 y se inauguró el 7 de diciembre de 1999 e inició sus operaciones el 27 de diciembre del mismo año.

La CEM forma parte del Sistema de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); los mecanismos para el ejercicio de sus actividades están regulados por la Secretaría de Salud.

Esta clínica fue planeada para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres (esposas, hijas y/o madres de militares) y los recién nacidos, su edificación estuvo a cargo de ingenieros militares de diferentes especialidades quienes estuvieron en permanente coordinación con médicos militares, a fin de satisfacer las necesidades desde el punto de vista técnico.¹ Esta clínica es dirigida por médicos militares, enfermeras y personal de sanidad.

Se encuentra ubicada en Av. Industria Militar S/N Esquina General Juan Cabral, Colonia Lomas de Sótelo Delegación, Miguel Hidalgo C.P.11200

¹ Clínica de especialidades de la mujer, Revista del Ejército Mexicano, Marzo de 2003

2.2 MISIÓN

Promover, recuperar y mantener la salud en ginecología, obstetricia y neonatología empleando personal especializado con tecnología de vanguardia, mediante atención médica de calidad y calidez a militares y derechohabientes del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, desarrollando las competencias relacionadas con nuestro modelo de atención en el personal que será destinado en los diferentes escalones del Servicio de Sanidad Militar; así como generar conocimiento médico a través de la investigación.

2.3 VISIÓN

Ser un hospital con un modelo de atención médica en Ginecología, Obstetricia y Neonatología de clase mundial con el capital intelectual óptimo y tecnología de vanguardia.

POLÍTICA DE CALIDAD

Proporcionar atención médica en Gineco-obstetricia y neonatología, con calidad, oportunidad y calidez, respetando los derechos y seguridad de los pacientes, a través de un sistema de mejora continua, en el compromiso de alcanzar y superar sus expectativas, teniendo como eje de sus actividades la total satisfacción de los pacientes y de los grupos de interés en la organización con un desarrollo sustentable.²

2.4 SERVICIOS QUE OTORGA

ÁREA FÍSICA.

La instalación consta de cinco niveles con un total de 26,650 m² de superficie, que alojan los servicios de Asistencia externa y Hospitalización en las especialidades señaladas, cuenta además con Anestesiología, Medicina Preventiva, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Imagenología y Anatomía Patológica.

² Reglamento interno de la Clínica de Especialidades de la Mujer 2006.

En el primer piso se alojan los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Trabajo Social, Psicología, Farmacia, Medicina Preventiva en la cual se realizan diariamente los estudios de papanicolaou y Colposcopia, en el primero las enfermeras son las encargadas de realizar los estudios mismos que son enviados a laboratorio para su estudio, en lo que respecta a la Colposcopia esta es realizada por ginecólogas(a), Banco de sangre, Laboratorio Clínico, y Rayos X, éstos dos últimos cuentan con una red de cómputo que incorpora los resultados de laboratorio y las imágenes de manera automática al expediente clínico, además cuentan con una red de correo neumático que conecta Laboratorio, Banco de Sangre y Farmacia a los diferentes servicios Hospitalarios y Quirófanos.

El segundo piso aloja la Sala de Hospitalización de Ginecología con una capacidad de 50 camas, Gabinetes de Cardiotocografía y Urodinámica, y Central de Hospitalización (lugar donde se reciben a las paciente que serán internadas para su registro de ingreso y asignación de cama, existe una por cada sala) Central de Esterilización General, Aula y Gimnasio de Educación Perinatal, Oficina de Calidad, Departamento de Enseñanza e Investigación, así como las Oficinas de Gobierno.

El tercer piso ubica 100 camas de Alojamiento Conjunto destinado para que las madres cuyo embarazo y parto transcurren sin complicaciones convivan con sus hijos, así como el cunero de apoyo en el cual se tiene en observación algunos recién nacidos que así lo ameriten. La Sala de Embarazo Complicado tiene una capacidad para 40 pacientes con instalaciones para pruebas especiales de evaluación materno-fetal, en esta sala se atienden principalmente a las mujeres cuyo embarazo se cataloga como de alto riesgo ya sea por amenaza de aborto, preclampsia (presión arterial elevada), placenta previa o desprendimiento de placenta, muerte fetal, diabetes gestacional, entre otras.

En el cuarto piso se encuentran 14 cuartos combinados, en este lugar permanecen las mujeres en trabajo de parto y es aquí en donde dan a luz a sus hijos; así como 9 Quirófanos, una sala de Neonatología (la cual se subdivide en tres áreas: Unidad de cuidados intensivos neonatales, Unidad de terapia intermedia y Crecimiento y desarrollo, con una capacidad de 68 recién nacidos).

En el área del semisótano se encuentra el Archivo Clínico, Patología, Orientación Nutricional, Almacén de Material y Medicamentos, Auditorio, Aulas de Educación Continua y Biblioteca; Así como los servicios generales como son: Mantenimiento, Lavandería, Cocina-comedor, Peluquería, Cuarto de máquinas, taller de reparación de equipo médico, vestidores y alojamiento del personal residente.³

En la clínica se atendieron un total de 11,800 personas durante el primer semestre del año 2006, principalmente mujeres a partir de los 15 años de edad, tanto militares en activo y retirados, los cuales van de Generales de División a Soldados, como a sus derechohabientes (hijas, esposas o madres de los militares) siempre con la certeza de que recibirán una atención médica de calidad caracterizada por su calidez y buen trato en todos los servicios que la clínica ofrece para el cuidado y atención de su salud y la de sus derechohabientes destacando áreas como las de psicología, neonatología y trabajo social, las cuales velan por la salud de las pacientes.

³ Entrevista realizada al sargento 1º de Sanidad Marco Antonio Castro, en las instalaciones de la C E M. abril de 2006.

Capítulo 3

TRABAJO SOCIAL

3.1 TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

La salud es considerada un derecho universal de todos los seres humanos, y es reconocida como producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económico y sociales, es por esto que la salud está determinada por un proceso histórico; así mismo la salud se considera como una necesidad prioritaria para realizar todas y cada una de las actividades cotidianas y es uno de los pilares que definen el bienestar de la población y por consiguiente el desarrollo de un país; si ésta falta se afecta el equilibrio personal, familiar y social.

Es justamente por los criterios anteriores una de las razones por las que el Trabajo Social juega un papel importante en el área de salud, ya que esta profesión tiene la destreza para abordar el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria, en donde el Trabajo Social forma parte fundamental de las acciones encaminadas al beneficio de la población, con bases metodológicas que le permiten aportar al equipo de salud, el estudio de variables socioeconómicas y culturales que inciden en los procesos de enfermedad de cada uno de los individuos; por lo que su accionar se orienta a la investigación sociomédica.

La práctica profesional con calidad y calidez, así como los esfuerzos para desarrollar actividades metodológicas que muestren la importancia de la profesión y brinden aportes vanguardistas para mejorar la calidad de vida de los usuarios, son parte de una lucha constante, que se debe librar día a día para erradicar el rezago en el que se encuentra inmerso el Trabajo Social y abrir nuevas brechas que le permitan ampliar su campo de acción, como ejemplo de esto es el Trabajo Social en los servicios de salud derivados de secretarías como la Secretaría de la Defensa y la Secretaría de la Marina, en las que las necesidades son muchas y el trabajo realizado es poco reconocido y limitado solo a actividades administrativas.

3.2 TRABAJO SOCIAL EN LA CÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER

Poco se sabe del papel que desempeña el Trabajo Social en instituciones cuya misión es la protección y salvaguarda de la nación, como es el caso de la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA), se creería que la profesión no tiene cabida dentro de ésta institución, sin embargo considero que es una de las instituciones que requieren de más trabajadores sociales que atiendan los múltiples problemas de corte social que presenta la institución, la cual se caracteriza por ser multicultural ya que recluta hombres y mujeres de toda la República Mexicana con diferentes ideas y costumbres, el trabajo social en esta institución ha ido evolucionando conforme el paso del tiempo, el papel desempeñado por mujeres y hombres trabajadores sociales en las fuerzas armadas es centrada en el campo de la salud principalmente, sin embargo, existen trabajadores sociales en las áreas jurídicas y administrativas, caracterizándose por su disciplina y compromiso con la sociedad.

Retomando un poca la historia del trabajo social en las fuerzas armadas encontré que este surge después de la Revolución Mexicana en donde la participación de la mujer fue de suma importancia y años después en el ejército reconoció su valor, ya que la intervención de las mujeres durante la lucha armada fue más allá de ser sólo las que acercaban las armas y las municiones a los hombres durante las batallas, ellas también combatían al enemigo poniendo en riesgo su propia vida; de esta forma destacaron mujeres como la Ádelita, y la Valentina, entre otras. Las mujeres revolucionarias también se encargaban de alimentar a las tropas, del cuidado de sus hijos y de los huérfanos que dejaban las batallas, así como del cuidado de los heridos en combate, curándolos con plantas y hiervas medicinales y en precarias condiciones de higiene.

A partir de este hecho el ejército mexicano, reconoce a las mujeres, y las invita a participar como voluntarias cuando se forma el primer Hospital Militar, y son reconocidas como las damas voluntarias del hospital central militar, las cuales se encargaban de ayudar a los médicos en el cuidado de los enfermos, y de algunas

otras actividades como en la difusión de información y medidas de prevención para evitar la propagación de infecciones, años mas tarde se crea la primer escuela militar de enfermeras y se integran a la plantilla a las asistentes sociales (trabajadoras sociales), éstas mujeres fueron las iniciadoras de el trabajo social en el ejército y fuerza aérea mexicanos. Las cuales sentaron las bases bajo las cuales se realiza el trabajo de muchas y muchos trabajadores y trabajadoras sociales que laboran en los diferentes hospitales, clínicas, enfermerías y diversas áreas administrativas de la SEDENA. A partir de este suceso el trabajo desempeñado por los y las Trabajadoras Sociales en esta secretaria se ha concretado en realizar funciones administrativas y preventivas principalmente en los servicios de sanidad militar como es el caso de la Clínica de Especialidades de la Mujer. Misma en la que actualmente se encuentran prestando servicio ocho trabajadoras sociales, de las cuales solo una tiene la licenciatura en Trabajo Social y tiene el grado de Capitán 2º Auxiliar Asistente Social; del resto del personal, dos son trabajadoras sociales a nivel técnico, y tienen el grado de Sargento 1º y Cabo, actualmente hay una Sargento 1º Auxiliar Afanadora en funciones de Auxiliar Asistente Social y, finalmente, dos Sargentos 2º Asistentes Sociales, los cuales desde su ingreso al ejército están en este servicio.

La Sub-sección de Trabajo Social dentro de la Clínica, está dividida en tres áreas de trabajo:

- Urgencias
- Consulta externa
- hospitalización

Dentro de estas tres áreas de trabajo se realizan labores de investigación, administración y educación.

En el servicio de urgencias atienden un total de 60 a 70 pacientes por día, se realizan entrevistas estructuradas; existe una cédula de trabajo social, en la que recaban datos como nombre, edad, estado civil, religión, domicilio, tipo de sangre, datos del militar por el que reciben el servicio, unidad a la que éste pertenece y el motivo de ingreso al servicio de urgencias.

En la consulta externa las trabajadoras sociales atienden en promedio 130 personas por día, resolviendo problemas como altas al servicio, elaboración de carnet, canalizaciones a otras instituciones, y al servicio de psicología, brindan orientación a la población de reciente ingreso al servicio y asesoría legal, derivan a pacientes a los servicios de medicina preventiva y planificación familiar, promueven la donación de sangre, y el servicio de ambulancias, controlan el ingreso de familiares en caso de relaciones conflictivas siempre y cuando sea solicitado por el médico tratante y el oficial de cuartel.

Los estudios de caso son usados en situaciones especiales como detección de violencia intrafamiliar, violación, o alguna otra situación que ponga en riesgo la integridad física y emocional de las usuarias, estos estudios se llevan a cabo en urgencias, consulta externa y hospitalización. Al término de cada estudio de caso, se brindan un reporte de la investigación que realizaron, la cual es analizada por los médicos y discutido en conjunto para tomar las medidas pertinentes respecto al caso y de ser necesario llevarlas al ministerio público para que tome conocimiento.

Las Visitas a salas de ginecología, embarazo complicado, cuartos combinados, neonatología y quirófanos son con la finalidad de detectar las necesidades de las pacientes que están encamadas, hacer entrega de las pertenencias de aseo personal a las pacientes, y de confirmar las altas.

Cabe mencionar que tanto en esta clínica como en los demás servicios médicos de la SEDENA no se realiza el estudio socioeconómico ya que sólo se atienden a derechohabientes y militares en activo y retirados, las personas que llegan a la clínica a solicitar servicio de salud en caso de no contar con los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos, son canalizadas a otras instituciones de salud, en donde se les pueda brindar un servicio de calidad al alcance de sus posibilidades, dándole seguimiento al caso.

La sub-sección de Trabajo Social se encarga de difundir el programa permanente de donación de sangre en la CEM así como de mantener un estrecho contacto con medicina preventiva, para coordinar las campañas de vacunación.

En cuanto al área de administración, el Trabajo Social de la CEM cuenta con el plan DN-III cuyo objetivo es brindar protección a la población que se encuentra en peligro ante los desastres naturales, una de las principales labores que realizan los Trabajadores Sociales es brindar información y orientar a las personas que están en situación de desastre, acerca de los servicios que el Ejército les proporciona y de los albergues que están más próximos a su localidad, así como de las medidas de seguridad que deben seguir para evitar un desastre mayor, se encargan de registrar a cada una de las personas que son atendidas en los albergues temporales con la finalidad de llevar un control; los trabajadores sociales brindan información acerca de las medidas de prevención de infecciones gastrointestinales, y otras como el dengue, se encargan coordinar la distribución de las despensas, cobijas y agua a los damnificados, así como de supervisar junto con el servicio de sanidad las condiciones de higiene, alimentación, y fumigación para evitar la propagación de plagas, previniendo así brotes de infecciones contagiosas como el cólera, la hepatitis, entre otras que pongan en riesgo la salud de la población que atienden.¹

En lo que se refiere a los programas específicos de la CEM se cuenta con un programa anual de enseñanza, uno de educación continua y atención al paciente para la ejecución y aplicación de cada uno, con las guías necesarias; la evaluación es responsabilidad de la jefa de Trabajo Social de la CEM conjuntamente con la Dirección General de Sanidad, esta última es la encargada de supervisar el trabajo de todas las sub-secciones de Trabajo Social ubicadas en cada uno de los hospitales, clínicas y enfermerías de la SEDENA, y de poner en marcha el plan DN-III en caso de desastres naturales. Todo ello con la finalidad de garantizar una óptima atención tanto al paciente como a su familia y a la comunidad en general.

Sin embargo existen deficiencias en su intervención, ya que por el poco personal de trabajo social y las grandes necesidades de la población que se atiende se ha olvidado aspectos propios del trabajo social tales como la creación de programas dirigidos a la educación para la salud de la mujer, contemplando aspectos de prevención de enfermedades tanto físicas como psicológicas, así como el ejercicio de

¹Entrevista realizada a la Jefa de la Sub-Sección de Trabajo Social de la CEM, la Capitán 2º Asistente Social Marta Alicia Ramírez, En agosto del 2006.

su sexualidad y la reproducción, enfatizando el valor de estas con la finalidad de crear una cultura de la prevención, y de esta manera colaborar con el bienestar individual y familiar de cada usuaria.

Capítulo 4

EL SISTEMA FAMILIAR

4.1 CONCEPTO DE FAMILIA.

“Entendemos como familia cualquier grupo de personas unidas por el vínculo del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en el que las personas comparten un compromiso en una relación íntima e interpersonal y los miembros consideren su identidad como apego de modo importante al grupo, y el grupo tenga una identidad propia”,¹ esta aproximación a la familia plantea una de las muchas formas de ver a la familia, sin embargo es importante señalar que existen diversos tipos de familias construidos y definidos de diferente manera, los cuales variarían entre sí por su cultura, área geográfica, condición económica, religión, etc.

Es importante resaltar la interacción mutua que existe entre la familia y la sociedad, ya que sin familias no habría sociedad, pero tampoco habría sociedad sin familias. La familia, por tanto, puede ser considerada una institución fundamental que ha ejercido y ejerce influencia en otras áreas sociales como son la economía, educación, trabajo, cultura, la salud; y que, a su vez, depende de lo que acontezca en la sociedad, de la evolución de esta última, sus cambios históricos, sus nuevos rumbos, condicionan a fondo la estructura, la forma, el desarrollo, la importancia o la relevancia y la funcionalidad de la familia. Por lo anterior, es importante analizar a la familia de manera general con la finalidad de que sirva como parte aguas para comprender de mejor manera las repercusiones que una enfermedad pueda acarrear en el subsistema familiar como lo es la pareja.

¹ Papalia y Wendkas, Desarrollo Humano 8ª edición Mc.Graw Hill 1997.

4.2 TIPOLOGÍA FAMILIAR.

Para abordar la organización familiar es indispensable conocer las configuraciones que adoptan las unidades familiares según su composición y evolución a lo largo de su ciclo de desarrollo, esto es importante ya que de aquí deriva el sentido de identidad de los hombres el cual está determinado por el sentido de pertenencia a una familia en particular, donde asume pautas que le permiten trascender a lo largo de su evolución individual.

El conocimiento integral y coherente de la familia considera tanto sus aspectos generales como particulares, respecto a sus tres perspectivas básicas:

“La Estructural, la interaccional y la evolutiva en donde se hace referencia a las formas de unión de la pareja, tamaño, personas incluidas, parentesco, evolución histórica, etc. así como a las formas de relacionarse de hombres y mujeres, su comunicación, distribución de roles, afecto, cohesión, adaptabilidad. Y su ciclo vital o modelo evolutivo.”²

El estudio de la familia es amplio y se han catalogado diferentes Tipologías tradicionales entre las que se encuentran:

La familia nuclear: la cual esta constituida por los padres y los hijos, este tipo de familia ha ido ganando importancia en detrimento de la familia extensa. También se denomina familia moderna. Su estructura y funcionamiento la hacen más propia de las zonas urbanas, planteándose también como la familia nuclear occidental o la perteneciente a la sociedad industrial. En términos antropológicos es llamada familia conyugal o restringida.

La familia extensa o conjunta: Se caracteriza por la convivencia de varias generaciones en su seno (abuelos, padres e hijos), así mismo por la convivencia de otras personas como tíos, primos, etc. también se les denomina familia tradicional.

² Quintero Velásquez, Ángela María, La Familia en Colombia, Medellín Universidad de Antioquia, Departamento de Trabajo social. 1995

Se ubican en las zonas rurales, caracterizadas por el sentido de la explotación y tenencia de la tierra. Mientras que se han intensificado en la familia urbana, en razón a las rupturas conyugales que determina el regreso al hogar, por factores de tipo económico o de atención a los hijos- nietos, pero con gran sentido de solidaridad que las agrupa y da permanencia, sobre todo en las llamadas zonas marginadas de las grandes urbes.

La familia monoparental o uniparental: Es la familia constituida por un sólo progenitor y uno o más hijos menores de 18 años. El término proviene del inglés “*one parent families*” que fue introducido en Francia para dignificar el concepto, desvinculándolo del estigma con el que era conocido “familias rotas, hogares incompletos, desorganizados”.³ Ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven; la relación de pareja varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles.

Este tipo de familia es característica los militares, ya que debido a su trabajo se ven en la necesidad de separarse de sus familias por periodos de tiempo, para hacer más fácil su desplazamiento a los diferentes lugares en donde son comisionados para realizar su trabajo.

“Los cambios que ha sufrido la familia en la actualidad ha logrado que surjan hogares en donde los progenitores solteros del sexo masculino, vaya en ascenso papel, que hasta hace poco tiempo era exclusiva de las mujeres, pero ya tiende a ser asumido por los hombres de manera voluntaria e individual.”⁴

Por tanto, se entiende que la familia es el sistema que permite un desarrollo integrado del individuo y las experiencias iniciales que se asimilan durante los primeros años de vida son determinantes en su evolución. Lo fundamental, recogiendo las

³ Donald Rivera, M , Las Familias Monoparentales ¿El modelo familiar del futuro?. Rev Cuadernos de Realidades Sociales No. 43-44 ed. Instituto de Sociología Aplicada, Madrid España , 1994.

⁴ Quintero Velásquez, Ángela María, La Familia en Colombia, Medellín Universidad de Antioquia, Departamento de Trabajo social. 1995

elaboraciones científicas más modernas es entender todos los elementos bio-psico-sociales que influyen y condicionan a las personas.

Este es un claro ejemplo de que existe un gran número de familias y que estas constituyen un ente vivo que se encuentran en constante cambio, lo cual se puede ver en el ciclo vital de la familia, esto brinda un amplio campo de acción para el trabajo social, ya que para entender la conducta de un individuo es necesario conocer su historia familiar, de esta forma podremos tener una mejor intervención, ya que poseemos elementos importantes para brindar alternativas reales basadas en su historia y necesidades particulares, de acuerdo a la etapa que está viviendo.

4.3 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

Desde la teoría general de sistemas, se propone un modelo de desarrollo familiar que permita entender a la familia como el impacto internacional del individuo en diferentes etapas del ciclo vital y su efecto recíproco unos en otros en el tiempo.

“En este sentido se plantea que las personas crecen y evolucionan en tres ciclos entrecruzados: **individual, familiar y de pareja**. Los cuales tienen características muy propias que abarcan a todo el grupo, en su interrelación generacional entre los miembros consanguíneos y los de afinidad. Así como el desarrollo intrínseco, ineludible, de cada persona, en correspondencia con la forma familiar o de convivencia que elija. Enfatizando la relación de dos personas que se unen y forman una familia con hijos”.⁵

“Estos tres ciclos están relacionados entre sí y se cruzan, puesto que al analizar a una familia, una persona, o una pareja, se hace referencia implícita a esos momentos evolutivos.”⁶

⁵ Quintero V, Conflictos Intrafamiliares Inherentes al Desarrollo Evolutivo de la Familia, en Primer Congreso Latinoamericano de Familia, Medellín, Comité Interinstitucional de Familia _ CIF, Secretaría de Bienestar Social, 1994.

⁶ ibidem Quintero V,

El devenir de la familia esta basado en varios supuestos:

- El crecimiento del sistema familiar ocurre a través de la secuencia de etapas que se influyen mutuamente.
- Las etapas del ciclo vital son inexorables y, supérense o no, el sistema sigue funcionando.
- Las crisis propias de cada una de las etapas son normales y en esa medida previsibles y superables.

Estas etapas han sido determinadas a partir del ingreso y salida de los miembros de la familia, del crecimiento y desarrollo de los hijos y de las fuerzas externas que la presionan para cambiar. Tal proceso va desde el noviazgo y la conformación misma de la pareja, hasta la separación o salida de los hijos y el inicio de un nuevo ciclo a partir de sus propias familias.

4.3.1 Etapas de ciclo vital de la familia.

Formación de la pareja, etapa pre filial. (*Noviazgo,- cortejo- galanteo- compromiso*).

“Es el punto de partida de un nuevo sistema familiar, cuando dos personas (generalmente de diferentes sexos) provenientes de núcleos familiares diferentes, establecen una relación afectiva sólida con perspectivas reales y concientes de consolidarse y crecer hacia el futuro. No todos los intercambios sentimentales pueden catalogarse como antesala a la conformación de nuevos sistemas familiares”.⁷

Matrimonio o formación de la pareja: “en esta etapa, los dos sistemas individuales se unen, aportando cada uno sus experiencias y antecedentes de sus familias de origen, no importando el tipo de vínculo, ceremonia civil, religiosa, unión libre u otros ritos. Presupone el interés por construir la familia con los parámetros universales de pareja con hijos”.⁸

Es el momento donde la díada define su relación y estructura un nuevo sistema familiar, con las dificultades propias de dos personas que representan valores, normas y creencias diferentes. Está asociado, sobre todo en las primeras uniones, con los cambios naturales en la independencia del adulto joven, hacia los 20-35 años el despliegue de la familia de origen y la inserción en el mercado laboral o la definición vocacional.

Nacimiento o llegada de los hijos. Etapa filial: “Cubre desde el nacimiento del primogénito hasta el menor, aún con las diferencias generacionales tan frecuentes en las familias simultáneas, y finaliza al ingresar éste al sistema educativo formal. La pareja o díada se convierte en triada que, de acuerdo con las influencias culturales, puede generar interacciones particulares”.⁹

Las mayores dificultades se centra en crear espacios erótico-afectivos de intimidad y desarrollo de la pareja, pero al mismo tiempo recibir al nuevo hijo, a la vez que no se descuiden las otras áreas: laboral, filial, social, personal, doméstica.

⁷ Ideen. Quintero.V

⁸ Ideen. Quintero.V

⁹ Ideen. Quintero.V

Se resalta que los hijos llegan a una pareja por diversos caminos: biológicamente, adopción y procreación asistida (laboratorios, inseminaciones artificiales), independientemente del tipo de vínculo conyugal. Destacándose además otras figuras existentes en el contexto latinoamericano, como los hijos de crianza o de leche, que responden a otras formas de solidaridad frecuentes todavía en el campo y barrios marginados de las grandes ciudades.

El Ingreso de la familia a la escuela “Coincide con todo el proceso de socialización secundaria. Lo cual Implica cambios en las relaciones familiares, en tanto las normas y reglas ya no provienen solo del sistema familiar; hay que buscar una cierta autonomía en la que se equilibren las relaciones intrafamiliares con las nuevas de otros grupos de pares (vecinos, condiscípulos, deportes, recreación), aprendiendo a reconocer las diferencias con los sistemas externos”.¹⁰

Esto no solo Compromete al hijo que inicia su salida parcial de la familia, sino a ésta en su totalidad, y confronta el proceso de socialización primaria llevando hasta el momento.

Esto último coincide con replanteamientos en la vida de la pareja, acerca de la necesidad de compartir el tiempo que dejan libre los hijos ya que empiezan a independizarse y a redefinir los intereses recíprocos.

Por otro lado la Familia con hijos adolescentes, están en el Intermedio de la vida familiar caracterizada principalmente por ser el “Periodo de máxima confrontación en las relaciones parentofiliales, en tanto se requiere que dejen de ser complementarias. Para construirse en simétricas, donde la autoridad paterna evite el choque generacional tan frecuente y acceda a la autonomía y naciente genitalidad del hijo adolescente. Siendo también básico el grupo de pares, sea el fraterno, el escolar o el social al igual que para las relaciones heterosexuales”.¹¹

¹⁰ Ideen. Quintero.V

¹¹ Ideen. Quintero.V

En esta etapa es frecuente el replanteamiento de la pareja como tal, y cada uno de sus miembros, en la recuperación de su espacio psicoafectivo y en asumir los cambios de la edad madura, en particular este momento es uno de los más críticos, dados los cambios en el ejercicio de la autoridad por parte de los padres y la asunción de la autonomía en los hijos. Se debe pretender que en la familia haya un desarrollo progresivo de la independencia de todos sus miembros: la pareja debe propiciar un reencuentro como tal libre de las funciones de crianza y atención permanente y directa a los niños; fomentando el compañerismo y revitalizando la relación.

Reforzando el subsistema fraterno el cual radica en la capacidad de asumir funciones y responsabilidades específicas, en el proceso de separación e individualización, negociándose las diferencias en el subsistema parental, pues ya los progenitores empiezan a perder su investidura paterna y son confrontados como adultos. Lo que da entrada a otra etapa la cual se conoce como “Plataforma de lanzamientos” o Egreso de los hijos, así llamada porque es la etapa en la que los hijos abandonan el hogar, se independizan afectiva y/o económicamente y pugnan por la creación de nuevos sistemas familiares. Dicha partida debe ser facilitada por los padres, redefiniendo sus funciones, en esta etapa se presentan más rupturas conyugales, en razón de que la pareja que todavía subsiste, tiende a discutir sus funciones maritales para atender los compromisos parento-filiales de las etapas precedentes; coincidiendo también con una confrontación en lo laboral, lo individual, lo ocupacional. Las relaciones deben convertirse en adulto-adulto, renegociando las funciones de cada subsistema”.

Si la relación de pareja es sólida y logra librar con éxito la etapa anterior llega a la siguiente etapa la cual es conocida como “ Nido vacío” retiro, la cual se caracteriza por que el sistema se abre a otros miembros, nueras, yernos, nietos, sobrinos, cuñados, lo que amplía la red relacional, pero al tiempo conlleva dificultades que pueden obstaculizar el desarrollo natural de todos los subsistemas. Se destaca como lo frecuente la interferencia en la nueva familia del hijo (a) y la no asunción de los cambios propios de la jubilación o retiro laboral”.

En esta nueva etapa la pareja busca alternativas de convivencia, donde existan otras ocupaciones extra-familiares e intereses para compartir en el uso del tiempo libre.

Aunque todavía algunos de los hijos vivan con uno o ambos padres, en caso de muerte o separación, manejan una relativa autonomía y se proyectan fundamentalmente a los sistemas externos. En este sentido es una etapa post paterna.

Y finalmente la Familia anciana o Periodo terminal de la familia: “La proyección multi-generacional cumple su ciclo: los padres, creadores de la familia, se vuelven dependientes, y generalmente un miembro de la pareja ya ha muerto, y en este sentido, cambia la estructura familiar con dificultades para la totalidad. En las crisis de desvalimiento o incapacidad del progenitor anciano, los reajustes funcionales van desde atender las demandas físicas y emocionales, hasta los crecientes gastos”.

Las contradicciones y conflictos no resueltos emergen por resistencia de los hijos, nietos, yernos para asumir la dependencia paterna, asociado todo con la negociación del progenitor anciano para aceptar sus renunciaciones vitales.

“ Con todo lo anterior, se puede plantear que el ciclo vital es el desarrollo de la familia de dos generaciones, padres e hijos, hacia tres o más generaciones, creando y sosteniendo los patrones circulares de funcionamiento familiar. En su devenir, la familia se entrecruza con el ciclo de la pareja que origina el sistema, la circularidad de su dinámica asume el crecimiento individual, familiar y social”.¹² Lo cual para el trabajo social es de suma importancia ya que de esto dependerá la intervención que se tenga, puesto que las necesidades y funciones varían de acuerdo a la etapa por la que la familia está atravesando. Conocer más acerca del ciclo familiar nos permite a los trabajadores sociales proporcionar mejores alternativas a las familias y a las parejas, ya que no viven de igual forma los acontecimientos que surgen a lo largo de la vida, durante la etapa intermedia de la familia los problemas son mayores y la desestabilización en la relación de pareja se acentúa ya que existen prioridades, las cuales giran en torno a la crianza y educación de los hijos, descuidando en gran medida la relación de pareja. Los problemas principalmente de salud durante esta etapa aumentan la preocupación y tensión de los progenitores, ya que consideran que

¹² Quintero V, idem.

es la peor etapa para enfermarse, puesto que sus hijos son aun muy jóvenes y dependen de ellos para sobrevivir, las mujeres principalmente reciben la mayor carga de estrés y ansiedad ante la posibilidad de enfermarse o incluso de morir, es curioso como esto puede preocupar más a las madres que su propia salud, cuando se cuestiona acerca de que harían en el caso de que sus hijos estuvieran enfermos y ellas también a quien atenderían primero, la respuesta inmediata es “a mis hijos, yo no importo”, parecería ilógico para muchos, seria más racional decir a mi, ya que si yo estoy bien el también lo estará, porque tengo las fuerzas necesarias para buscar más alternativas y atenderlo, pero para las madres es todo lo contrario ya que volvemos a el aspecto cultural en donde la madre se sacrifica por el bien de su familia y antepone sus salud por los de sus seres queridos.

4.3.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA Y DINAMICA FAMILIAR.

La familia como grupo social primario, tiene una importancia fundamental en los procesos de cambio o desarrollo de una comunidad. Como tal institución primaria desarrolla unas funciones precisas en la sociedad intra y extra familiares, según se relacionen con el crecimiento y maduración de sus miembros de la sociedad que forman parte.

Funciones intrafamiliares: de crea a los individuos que la componen.

- Vinculación íntima y permanente entre los miembros del grupo familiar.
- Crianza y manutención biológica y psicológica de los hijos.
- Socialización según pautas culturales de la familia y de la sociedad
- Asignación de valores
- Producción y consumo como mini unidad domestica
- Preparación de los hijos para la formación de sus propias unidades familiares.

Funciones extrínsecas: son las funciones hacia la sociedad.

- ❖ Representación de los hijos hacia la sociedad
- ❖ La colaboración con el mejoramiento en localidad de vida propia y ajena.
- ❖ Relación ayuda a otras familias de la comunidad.

Una de las principales características de la familia como institución social, son la lealtad familiar y el clima de sentimientos, los cuales permiten al individuo la estabilidad psíquica, el equilibrio y la maduración personal.

Cuando una familia no cumple adecuadamente sus funciones de esta se derivan una serie de problemas, tanto de cara al crecimiento y maduración de sus miembros. (Ausencia de modelos parentales, pautas culturales, hábitos inadecuados, inmadurez emocional y afectiva etc.) Como en su relación con la comunidad (abandono del hijo, malos tratos, desarraigo y marginación)

Las familias con un adecuado funcionamiento tienen una serie de características como:

El Control o modo de mantener el orden e imponer disciplina que ayude a conseguir las metas establecidas, y estos puede lograrse de forma democrática o autoritaria. En cualquier caso cada familia establece sus reglas para el control del grupo.

En cuanto a los Roles, Cada miembro de la familia tiene un papel con el grupo familiar pudiendo ser compartido por diferentes miembros según la circunstancia, existen pues diferentes tipos de roles ya sea el conyugal, parental, y/o fraternal y filial. Los Conflictos como en todo proceso grupal pueden seguir por diferentes actitudes en cuanto a sus tradiciones.

Todo esto es parte del Desarrollo personal de Cada uno de los miembros de la familia ya que les proporciona los elementos necesarios para desarrollarse individualmente, y formar, a su vez su propia familia.

En la actualidad la familia occidental contemporánea ha sufrido cambios drásticos en su estructura y por lo tanto en su dinámica. Uno de ellos son los cambios en las leyes referentes al divorcio, las cuales han permitido que las parejas infelices lo contemplen como una solución factible y que, en consecuencia, el número de familias

monoparentales y reconstituidas hayan aumentado, así como la mayor tolerancia frente a la homosexualidad implica que las parejas gays y lesbianas puedan formar una familia.

En un aspecto más general, el abandono de los estereotipos sexuales altera la estructura familiar tradicional. Hoy en día, es posible que la madre constituya la principal fuente de ingresos de la familia y el padre se encargue del cuidado del hogar. Sin embargo, pese a todos estos cambios experimentados por la unidad familiar, el propósito de ésta sigue siendo el mismo: proporcionar a sus miembros un entorno seguro, tanto desde el punto de vista económico como emocional, en el que puedan crecer y prosperar.

Pese a ser una fuente de gratificación y seguridad la mayor parte del tiempo existen problemas y crisis que afectan a todas las familias. Algunos pueden ser graves, como una enfermedad o la muerte de uno de sus miembros; otros crónicos, como la ruptura del matrimonio, los problemas crónicos erosionan los vínculos familiares durante un periodo más o menos prolongado, durante el cual la vida familiar gira en torno de las discusiones, el resentimiento y la hostilidad.

Algunos de los conflictos que afectan a las familias con mayor frecuencia son las desavenencias en relación a las normas domésticas, la ruptura, la infidelidad, el abuso sexual infantil, la estrechez económica, la pertenencia de algún miembro a una secta, la dependencia del alcohol u otras drogas, así como la violencia ejercida principalmente hacia las mujeres, y la desigualdad de oportunidades, son las principales causas de alteraciones de la dinámica familiar.

4.4 CONFLICTOS Y DESORGANIZACIÓN FAMILIAR.

Los conflictos matrimoniales se deben situar en el contexto de la desorganización familiar, misma que puede ser conceptualizada “como el fraccionamiento de la unidad familiar, la disolución o la quiebra de una estructura de roles cuando uno o varios miembros no desempeñan adecuadamente las obligaciones propias de su rol”¹³

Los principales tipos de desorganización:

- La disolución de la familia por separación, nulidad, abandono o divorcio.
- Las familia vacías
- La ausencia involuntaria por crisis externas.
- Fallas involuntarias en su funcionamiento.

En el primer tipo de desorganización familiar es la disolución de la familia cuando un cónyuge o ambos deciden dejarse mutuamente, y así cesan de desempeñar sus obligaciones funcionales incluye por tanto una variedad de comportamientos: separación, anulación, divorcio, y abandono de familia.

Un segundo tipo de desorganización familiar incluye a la familia vacías, se trata de familias cuyos miembros siguen viviendo juntos sin separarse, pero mantienen mínima comunicación, contacto e interacción mutua faltando el apoyo emocional entre si.

En este tipo de familias es frecuente la violencia abierta o las disputas, pues sus miembros coexisten si compartir su experiencia vital.

No se encuentran signos de afecto y comunicación, aunque la hostilidad sea grande, esta es proyectada hacia otros aspectos y accesorios de la propia relación.

Casi nunca se manifiesta al externar la situación interna en que la pareja vive, por diferentes factores (sociales, religiosos, etc.)

Un tercer tipo de desorganización familiar se denomina ausencia involuntaria de uno de los esposos (hombre o mujer) en estos casos son las circunstancias externas y no la dinámica la que repercuten en el sistema familiar.

¹³ Iglesia de Ussell. La familia, Edit. Grijalva, Barcelona 1997

Las causas que pueden mencionarse son numerosas entre ellas se puede destacar la disolución de la familia por la muerte de uno de los cónyuges; estar en prisión, en el servicio militar, o a la separación de la familia debido a desastres naturales o depresión económica o la migración que en México es un factor común.

Una característica común en este tipo de desorganización familiar es que la circunstancia externa suele presentarse inesperadamente y exige reajustes inmediatos en el seno de la familia y del cónyuge que continua viviendo con los hijos.

Existen algunos fallos involuntarios que consisten en los efectos de crisis internas sobrevenidos dentro de la familia, pero no como alteraciones de la relación de la pareja sino por la repercusión de diferentes hechos, como son las patologías graves de tipo físico, mental o emocional. La presencia de algunos de estas patologías impide desempeñar adecuadamente las obligaciones del rol. Alcanza igualmente a las repercusiones en los cónyuges y en las mismas circunstancias afecta a los hijos.¹⁴ es muy frecuente ver a mujeres con algún problema de estrés o depresión y como sus familias se ven afectadas por esta situación, ya que no se consideran capaces de atender a su familia debido a su estado de salud, los hijos de estas mujeres regularmente, presentan problemas de conducta y sus parejas son sumamente violentas y machistas, dejando como resultado un mal funcionamiento de las familias ya que nadie asume su rol.

¹⁴ Sánchez, Artemio, Intervención Microsocial: Trabajo Social con Individuos y Familias, Edit. Diego 1ª edición 2000

4.5 LA PAREJA.

El ser humano no está preparado para nacer crecer, reproducirse y morir solo necesita de otros en todo el trayecto de su existencia. A partir del nacimiento vida le será siempre un proceso, una sucesión de experiencias, relaciones, vínculos y conexiones que darán cuenta de una historia personal de permanente interacción con el mundo, con los otros.

Las relaciones amorosas son parte de una realidad fundamental de la existencia, su nacimiento y fin son difíciles de comprender y aceptar. Antiguamente los matrimonios eran arreglados con base en los motivos económicos, políticos o sociales y el enamoramiento era considerado la receta ideal para la ruptura, en esos tiempos no existían divorcios. Hoy en día la situación es otra ya que se tiene la libertad de elegir con quien casarse por amor, sin embargo el número de divorcios han ido en aumento y se registran los índices más altos de la historia.

La elección del compañero puede estudiarse desde diferentes ángulos. En años recientes científicos de diversas disciplinas han profundizado en el tema del amor y la elección de pareja y de cada área de investigación se derivan valiosos conocimientos, por ejemplo:

ENFOQUE BIOLÓGICO.

Según el punto de vista evolutivo, se elige instintivamente la pareja que aumentará las posibilidades de supervivencia de la especie. Los varones se sienten atraídos por mujeres de piel tersa, ojos brillantes, cabello reluciente, estructura ósea sólida, labios rojos y mejillas rosadas, no es razón de la moda sino que estas características indican juventud y buena salud, signos de que una mujer se encuentra en la cúspide de su vida para la procreación y la crianza.

Las mujeres eligen a su pareja por razones biológicas ligeramente distintas y de manera instintiva prefieren varones con características la capacidad de dominar a

otros machos y traer a casa más de una ración de la cacería, bajo el supuesto de que la dominancia garantizará la supervivencia del grupo familiar. Guste o no, la juventud y el aspecto físico de la mujer y el nivel socioeconómico del hombre intervienen en la selección de la pareja; pero aunque los factores biológicos son fundamentales el amor tiene que ser mas que eso. (Hendrix, 1991)¹⁵

ENFOQUE SOCIOLÓGICO.

Muchos sociólogos se han interesado por el tema de la selección de pareja. Alain Girard, uno de sus representantes más significativos, dice: “La distribución cambiante de de la población y el crecimiento de las aglomeraciones urbanas, la movilidad geográfica acrecentada, las ocasiones más frecuentes de aproximación entre los jóvenes de uno y otro sexo, y su mayor libertad de relaciones, no hacen que los individuos puedan elegir al azar a su cónyuge”. En realidad, las posibilidades de elección están estrechamente limitadas. Aunque los casamientos ya no son arreglados, siguen sufriendo toda clase de presiones exteriores. Hay un alto grado persistente de homogamia social y cultural entre los cónyuges

Lamaire, agrega que las personas llegan a la edad adulta frecuentemente influidas por su educación y contexto sociocultural y por condiciones económicas y geográficas. Estos aspectos orientan las elecciones fundamentales, especialmente la del compañero, a veces se convierten en una presión que no sólo influye en la elección sino que la determina.

Las presiones no sólo provienen del grupo familiar sino también del medio en general, y rara vez son ejercidas de manera consciente por sus representantes. En el plano psicológico, el joven siente de su interés propio comportarse conforme a las imposiciones de su medio, aún así el comportamiento es contrario a sus proyectos o sentimientos (Lemaire,1995).¹⁶

¹⁵ Dulanto, Gutiérrez E, La Familia un Espacio de Encuentro y Crecimiento para Todos. Hospital Infantil de México. México D.F 2004 Capítulo 3.

¹⁶ Dulanto, Gutiérrez. Ibdem

Basándose en lo antes mencionado la psicología social postula el principio de intercambio de la elección de pareja. La idea básica de esta teoría es que elegimos a la pareja que sea más o menos igual a nosotros, cuando nos encontramos en el proceso de búsqueda, y cuando encontramos a un posible candidato, lo evaluamos con la frialdad de un ejecutivo que contempla una función y nos fijamos mutuamente en el atractivo físico, el nivel económico y el rango social de cada uno, lo mismo que en rasgos de personalidad como la amabilidad, la creatividad y el sentido del humor entre otras.

En una sociedad en plena transición es frecuente que los futuros componentes de una pareja presenten marcadas diferencias en su evolución personal y alteraciones en sus normas, aspectos que ocasionan falta de comprensión si no se han aprendido patrones de comunicación adecuados en el plano de sus necesidades afectivas. Aquellos que no han aprendido a expresar sus necesidades, sus deseos y sus temores estarán mal equipados para tratar de establecer una vida en común y muy probablemente la llevara al fracaso.

Con base en los anterior se puede decir que la elección de pareja depende de muchos factores, entre los cuales se encuentra el hecho de que la persona que se elige pueda complementar su vida, tanto en el plano emocional como en el intelectual y en el social, no existe una guía o un test que indique cuál es la persona ideal para ocupar este puesto y la elección se basa en los patrones que se tienen desde la infancia, los cuales crean un determinado ambiente familiar, es por esta razón por la que existen familias en las que la violencia ha estado presente por muchas generaciones y es difícil romper con esto ya que esta conducta fue aprendida durante su infancia y es lo único que conocen, por lo que lo aceptan y siguen con la repetición de patrones.

4.5.1 LA RELACIÓN EN PAREJA.

La formación de la pareja es uno de los aspectos más complejos y difíciles del ciclo de vida familiar por la enorme trascendencia que tiene esta decisión. En la mayoría de los casos las personas no estaban preparadas para tomar una decisión. Esta situación es vista como la transición al gozo y placer, pero sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades, ni la calidad del compromiso que se echan auestas.

Otras personas lo consideran como una meta, más que un proceso, y una meta a través de la cual se llegara a la felicidad eterna.

El ser humano, especialmente en esta época de grandes tecnologías, se prepara para casi todas las cosas que va a emprender, pero, desafortunadamente, descuida la aventura más importante de su vida: el elegir una pareja y formar con ella una familia.

El aprender el rol de cónyuge no es nada sencillo. Presupone, en cierto sentido, renunciar a algunas de las ganancias anteriores. En la medida en la que el joven adulto ha logrado una mayor madurez ha ganado en una sana independencia respecto de su familia de origen. No obstante, el sintonizar emocionalmente con la pareja requiere de una gran capacidad de adaptación, para limitar las propias necesidades en beneficio de una relación que se inicia.

En este ciclo de la vida la pareja, tiene que lograr en especial dos aspectos:¹⁷

1. Cambiar los mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional.
2. Integrar un sistema de seguridad emocional interno, en el que se incluya no solo a sí mismo, sino al compañero. No se trata solo de vivir una relación YO-TU, sino que se debe preparar el NOSOTROS.

Se habla de cuatro áreas para detectar los problemas inherentes de cada una de las etapas del ciclo de vida familiar:

¹⁷ Rage, Atala Ernesto, La pareja Elección, Problemática y Desarrollo, Edit. Plaza y Valdez México 2000.

a) ÁREA DE IDENTIDAD.

Se refiere a la retroalimentación interpersonal. Que ofrece al medio familiar para fortalecer los aspectos de la personalidad.

Carl Rogers (1961) dice que el individuo como ser está en un continuo proceso de irse haciendo persona. Cada día y ante cada situación significativa el ser humano da un paso hacia su crecimiento de desarrollo individual, de pareja, familiar y social. El cambio es factible. Cada vez que la persona aprende algo, sufre una cierta transformación y emerge, en cierto sentido, un nuevo ser humano.

El sentimiento de ser uno mismo dura toda la vida y requiere de una alimentación continua que modifique a cada paso las actitudes que impidan el crecimiento en el nuevo ciclo o situación de vida. Para lograr esto es necesario que cada uno cumpla con los siguientes requisitos:

1. Adquirir la capacidad de aceptar y tolerar las regresiones o patologías del compañero.
2. Que se presente la seguridad de ofrecer y tener consideración y cuidados del compañero.
3. Que exista la seguridad de poder compartir un amplio espectro de intereses comunes.
4. Analizar juntos los efectos que intervienen en la formación de la nueva pareja:

b) ÁREA DE LA ECONOMÍA.

El dinero es un sistema simbólico para expresar problema de valor, habla de la forma en la que valoramos y somos valorados. El dinero está asociado al poder y, por lo tanto al control; para mucha gente, la lucha por ganarse la vida o mantenerse solvente o para hacer frente a una competencia económica, representa una de las exigencias principales de la vida. Llega a causar estragos y engendrar crisis, a menudo más devastadoras que las del sexo y la de auto identidad

Por lo tanto el área económica es una de las causas más frecuentes de conflicto en la vida de pareja, a tal grado de llevarlos a la separación definitiva. Sin embargo el afrontarla sin pánico sin comparación de si mismo y sin ceder a una conducta defensiva hostil y de autoengaño es una de las mayores pruebas de madurez.

Nadie niega la importancia que tiene el dinero en la vida de la pareja, en especial en una sociedad como la nuestra, sin embargo la importancia de éste radica en el lugar que se le da en la escala de valores.

c) **ÁREA DE LAS FUNCIONES DEL YO.**

“Trabaja para lograr los roles dinámicos del cónyuge, los cuales irán desarrollando y madurando; al mismo tiempo, es importante buscar la libertad suficiente para expresar la individualidad sin que se perciba un detrimento del otro, para lograrlo es necesario el apoyo mutuo y decidido que mantenga y fortalezca las defensas sociales y adaptativas de la pareja.”¹⁸

d) **ÁREA INTELECTUAL O DE TRABAJO.**

Se refiere a una de las actividades más fuertes en la vida de la pareja, es probable que se vea con más intensidad en el hombre: es la del trabajo y ocupación profesional.

Aquí entran otras preocupaciones más comunes e importantes, tales como las inquietudes culturales e intereses intelectuales. Ya que mucho de lo que más pueda unir a las parejas es tener intereses y actividades compatibles

e) **ÁREA AXIOLÓGICA.**

Es el área de los valores, y entre ellos están los espirituales. Aquí se entiende los que están en lo más profundo del ser, esto es, aquellos valores que ya son nuestros porque así lo hemos querido.

¹⁸ Estrada Lauro. El Ciclo vital de la familia, Edit. Grijalvo México 1982.

“Los valores religiosos tienen una enorme importancia, porque el punto de partida es la trascendencia. La filosofía de la vida que la pareja tiene, está muy relacionada con este aspecto que no en pocas ocasiones es motivo de grandes dificultades y rompimiento de la misma relación.”¹⁹

f) ÁREA FAMILIAR Y SOCIAL

Se constituye por varios círculos que les va dando su propia personalidad:

1. El de la pareja: en este apartado entran los puntos anteriores.
2. El de los hijos: la mayor parte de los rasgos de personalidad se aprenden de los padres basándose en la relación que mantienen como pareja, ya que muy pocos de los rasgos son genéticamente heredados. Algunos especialistas en la conducta humana opinan que éstas conductas se aprenden desde temprana edad, es por lo que a los padres se les hace responsables de brindar un sano ambiente social en el cual se pueda desarrollar el niño.
3. los abuelos, hermanos, tíos y demás familiares cercanos juegan un papel importante; lo mismo se puede decir de los amigos y compañeros de trabajo, que son las relaciones fuera de la familia.

Se agrega una área más la que comprende el aspecto emocional en cuanto a una pérdida o a un duelo, sea ocasionado por la muerte o enfermedad de un familiar o por el deterioro de la propia salud, ya que se presentan cambios en la conducta, caracterizados principalmente por alteraciones de tipo estructural las cuales son manifestadas en coaliciones y exclusiones emocionales, presentando patrones rígidos de conducta, así como aislamiento; afectado tanto el aspecto individual como el familiar y el social.

- En lo referente a las alteraciones de proceso tenemos que ya no existe una compatibilidad con respecto a su familia, pareja y a su entorno, sus mecanismos de

¹⁹ Range, Atala, idem, Pág. 323

afrontamiento ante la pérdida y lo que conlleva se tornan difíciles de cambiar , lo cual afecta tanto a la familia, como a su red social y principalmente a la pareja;

- En cuanto a al área emocional encontramos que existe un complejo emocional ya que se presenta un aumento en la expresión de las emociones, propiciando discusión y agresión en la relación de pareja, tanto en lo emocional como en lo sexual.

Para que una pareja mantenga una relación saludable es necesario que se tomen en cuenta todos estos elementos ya que de ello dependerá el éxito o el fracaso de la relación, es muy común encontrar en las entrevistas, a mujeres y hombres, sumamente decepcionadas(os) de sus parejas, diciendo lo mismo, “no se que le paso”, “ni cuando cambio”, “el o ella no era así cuando éramos novios”, “ahora me pega, me humilla”, “ya no hablamos como antes”, “el dice que soy una inútil, que no sirvo para nada y me culpa de todo lo que pasa”, “ella piensa que yo solo quiero sexo, y no es así”, “desde que nacieron mis hijos, toda la atención de ella es para los niños, yo solo soy el que lleva el dinero” ,“ ella no pierde oportunidad para reprocharme y hacerme responsable de lo que le pasa, acaso no se da cuenta de lo mal que me siento”; estos son algunos de los muchos problemas que surgen en la pareja, todos ellos derivados de una mala comunicación, las personas no cambian, solo adquieren nuevas conductas las cuales les permiten adaptarse a los cambios, no pueden cambiar lo que son, lo que les enseñaron en sus familias, lo que vieron y vivieron con sus padres, se sabe que uno repite los patrones aprendidos desde la infancia, y también que la comunicación es la mejor técnica para resolver las dificultades que a diario surgen en una pareja, entonces porque cuesta tanto comunicarnos y hacernos responsables de nuestros actos asumiendo las consecuencias de estos, desde mi punto de vista creo que el primer paso para tener una relación saludables es aceptarse uno mismo con defectos y virtudes, definiendo lo que somos y queremos ser, ya que al hacerlo podremos saber con más claridad que es lo que queremos de los demás y que podemos ofrecer a cambio, y de esta forma evitar hacer responsable al otro de nuestra felicidad o desgracia.

4.5.2 LA COMUNICACIÓN EN LA PAREJA.

Uno de los principales aspectos dentro de la vida de pareja es establecer y preservar el desarrollo de la vida conyugal centrada en la armonía y en una participación más organizada dentro de la familia, manteniendo una buena comunicación, bajo un ambiente de comprensión y empatía en donde se tengan presentes a las otras personas, para lo cual es necesario mantener una actitud de empatía con la otra persona.

Para mantener una buena comunicación se han clasificado seis actitudes valorativa, interpretativa, exploratoria, consoladora, de identificación, y de empatía, que si se consideran podría mejorar la comunicación en la pareja y por consiguiente en la familia

En la primera se trata de Mantener una Actitud valorativa, cuando aconsejamos, sugerimos o damos órdenes al otro, ayudando con alguna orientación cuando esta confuso e indeciso, esto no garantiza el éxito, ya que los valores pueden ser diferentes en ambas personas e iniciar una discusión.

En la Actitud interpretativa se trata de descubrir del otro, los verdaderos motivos de su conducta, algunas veces se puede obtener de este (más de una manera pensada que sentida) lo que le esta sucediendo bajo el riesgo de poner a la persona sobre una idea falsa que, por tratarse de motivos inconscientes el mismo no puede juzgar.

La Actitud exploratoria se presenta cuando se solicitan más datos del interlocutor para tener una mejor idea de lo que sucede, esto es benéfico siempre y cuando se presente en una ambiente de armonía y confianza, en donde libremente se proporcionen un mayor número de datos, permitiendo tener una visión más completa del problema y una mejor condición de ayuda, de lo contrario no se estaría respetando su intimidad al forzar al otro.

En lo referente a la Actitud consoladora su objetivo es reducir la angustia del otro, quietándole importancia al problema, lo cual generalmente lo tranquiliza , pero no hay un verdadero enfrentamiento del problema sino un ocultamiento del mismo, estancando la relación.

La Actitud de identificación surge cuando se acompaña al otro en sus sentimientos, es decir cuando estamos con el, apoyándolo en el momento en el que lo necesita, sin dar una solución o alternativas para esta.

Finalmente la Actitud de empatía o comprensiva la cual se presenta al tratar de ponernos en el lugar del otro, pero sin identificarnos con el. Esta se considera ideal en la comunicación, ya que en ella no se aconseja, valora, juzga o interpreta. Simplemente se intenta captar los sentimientos del otro, respetando su libertad.

Melendo habla de seis niveles de comunicación, en cuanto a la profundidad con que manifestamos a los demás, es decir, en que grado nos implicamos a nosotros mismos.

- 1) Se refiere a las conversaciones triviales de todos los días.
- 2) Es cuando hablamos acerca de las personas, pero no de nosotros mismos.
- 3) Es cuando comunicamos nuestras ideas o puntos de vista. Aquí ya estamos manifestando algo sobre nosotros mismos, pero no nos comprometemos demasiado, ya que son simplemente las ideas.
- 4) Se da cuando damos a conocer algo de nuestro pasado, como los triunfos o derrotas; a algo del futuro, como nuestros proyectos y anhelos. En éste nivel comunicamos más acerca de nosotros mismos.
- 5) Es cuando manifestamos nuestros sentimientos con respecto a otra persona o a nuestro interlocutor.
- 6) Se da cuando la persona se manifiesta tal cual es, en toda su intimidad. Es el nivel más profundo y sólo se da cuando.

Existen algunas reglas y barreras para que la comunicación se de, según los especialistas de la comunicación son las siguientes:

- 1) **Describir, no valorar:** es la expresión de sentimientos, hechos y apreciaciones, que permite al interlocutor tomar decisiones por su cuenta.
- 2) **Centrarse en el tema no imponer:** se trata de una forma de expresión centrada en el tema. Es el reconocimiento de una necesidad de colaboración y búsqueda en común de la solución de un problema.
- 3) **Sinceridad, no ocultación:** si la persona da la impresión de que siente lo que dice, el interlocutor tendrá una actitud semejante.
- 4) **Empatía, no fingimiento:** si el que habla hace ver que comparte los problema del oyente y participa y acepta o acepta los sentimientos de la otra persona, se dará un ambiente de comprensión y aceptación.
- 5) **Igualdad, no superioridad:** cuando la actitud es de quitar importancia a las diferencias de capacidades(cultura, inteligencia, fortaleza corporal.) o posición social (riqueza, relaciones sociales) se acerca el acercamiento mutuo
- 6) **Flexibilidad no futurismo:** es cuando se esta dispuesto a abandonar los caminos trillados y a aceptar todas las informaciones útiles. Es decir reconocer que no se saben todas las respuestas. Es una actitud flexible y creativa, en contra del dogmatismo.

Las discrepancias en la pareja surge cuando en ocasiones la contradicción se recibirá sanamente por no apreciar la opinión contraria.

En el proceso de comunicación usamos todas nuestras facultades: lenguaje, cuerpo, entrañas, vista, oído, olfato, escritura, medio ambiente. Se podría decir que la comunicación es la expresión del pensamiento y de las emociones a través de la palabra o de las acciones, de un ser humano a otro. Por eso la comunicación es una expresión de la personalidad humana.

Es muy frecuente que en las relaciones de pareja se de una mala comunicación, o lo que se llama una **comunicación – ilusión** la cual se presenta cuando el comunicador cree que esta comunicando en forma eficaz, y el receptor cree, asimismo, que esta

recibiendo de idéntica forma y como los dos están en la creencia de que su percepción es la correcta y no se preocupan por aclararla, puede dar lugar a una desavenencia en las relaciones humanas. Esto es especialmente importante en la relación de pareja ya que la mayor parte de los problemas en estas relaciones, son por la mala comunicación que lleva a desmotivar a la pareja a seguir adelante, y siempre buscaran un responsable de la situación, lo cual es motivo de constantes pleitos e incluso puede ser el vía que los lleve a buscar salidas poco eficaces como la infidelidad o la separación.

Toda persona comunicante tiene la obligación de crear un ambiente de comprensión y empatía. Es importante hacer todo lo posible para tener presentes a la otras personas, si se quiere llegar al centro de la comunicación.

Para la pareja esto es de extrema importancia. Un hogar donde existe un ambiente de agresión e incomprensión es lo más apropiado para terminar cualquier relación, en especial esta que debe ser la relación por excelencia. Se trata de que no se han dos personas anónimas sino que aprendan a amarse entre si, para que puedan ayudar a sus futuros hijos a lograr este privilegio²⁰

Como se sabe no existe un patrón o una guía que nos lleve de la mano para poder elegir a la pareja ideal, y por lo tanto, surgirán existirán problemas en cuanto la adaptación al nuevo estilo de vida, ya que se esta hablando de dos personas diferentes con la intención de compartir sus vidas en lo adelante, con una educación, tradiciones , formas de pensar y necesidades diferentes, las cuales sufrirán cambios con forme pase el tiempo, permitiendo una mejor convivencia o en su defecto, su disolución, dada por la perdida de interés y la monotonía en la que caen la mayoría de las parejas, consecuencia de una mala comunicación.

Es por esto que muchas mujeres y hombres se cuestionan acerca de los cambios sufridos y manifiestan su descontento, repercutiendo en el mal funcionamiento de la pareja y por lo tanto de la familia, de donde se desprende problemas como la violencia, las adicciones, entre otras, por la que el trabajo social, se interesa y aborda los problemas con una metodología que contempla los aspectos biológicos ,físicos y

²⁰ Melendo, I, Comunicación e Integración Personal, Edit. Gedisa, Madrid España, 1985.

sociales para poder aportar elementos que ayuden a mantener una relación de pareja sana, basada en la comunicación de sus deseos necesidades y temores llegando, logrando así una mejor convivencia y de esta manera evitar en la medida de lo posible la disolución de las parejas, por esto es importante considerar a la comunicación como elemento principal para una buen relación en la destaque la comprensión y el respeto por los deseos, ideas y necesidades del otro sin dejar de lado los propios.

4.5.3 SEXUALIDAD.

Actualmente suele hablarse de la sexualidad para casi todas las actividades. Especialmente después de la llamada revolución sexual de los años sesentas, los medios masivos de comunicación intensificaron con su propaganda la genitalización del sexo. Sin embargo ha sido mal interpretada la sexualidad, el punto de partida es que el ser humano es sexuado. No se trata de la sexualidad de un miembro más, como el corazón o la cabeza a los genitales. Toda la actividad del ser humano es sexuada, y vivimos en una sociedad que comercializa con el sexo, bajo la libertad sexual el ser humano se convierte en esclavo de su sexo.

Se puede decir que la sexualidad, en un sentido amplio, representa en cuanto a la persona integral el desarrollo de las tres dimensiones del ser humano, a saber son:

1ª Biofisiológica. La sexualidad es genitalidad. Entran los cinco sentidos, las sensaciones corporales y biológicas.

2ª La social, la sexualidad es ternura, relaciones afectivas consigo mismo y con los demás, voluntad , intuición, autocontrol, comunicación, etc. asimismo, entran las relaciones con los otros y con el medio humano. Predominan el compartir, amar, ayudar, considerar a los demás, respetar...

3ª La Espiritual, la sexualidad es un sentido de identidad y conciencia. Es el área de los valores (axiológica) en esta predomina la fé, las creencias, el significado de la

vida, la creatividad y la trascendencia (la capacidad de amar, comprensión, alegría, paz, bondad, paciencia, fidelidad, justicia, fortaleza, confianza, comprensión)

El conjunto de estas tres dimensiones, tiene la posibilidad de convertirse en un factor de integridad personal a través de la afectividad. para ello es necesario y conveniente que exista como meta lograr la armonía como persona, como pareja y como familia. Los vínculos emocionales y el deseo de comprometerse sexualmente con el propio cónyuge está íntimamente relacionado con el amor a sí mismo. La persona que se ama y respeta así misma es capaz de amar a su pareja. Ser persona significa vivir una relación y una comunión, con los demás seres humanos. Para lograr un sentido más pleno si la persona se responsabiliza con su libertad de amar.

Masters y Jonson (1978) dicen que la capacidad de un hombre y una mujer para comprometerse sexualmente entre si, depende de su predisposición para dar y recibir placer en todas sus formas. La relación sexual les permite expresar sus sentimientos en cualquiera de sus formas que les parezcan deseables en ese momento. Es una forma de revelarse como personas y como parejas.

Cuando una persona funciona bien dentro de esta área, es que ha logrado resolver estos tres problemas básicos:

El problema del YO: que no es más que entrar en un proceso de madurez e integración personal. Esto supone una personalización del hombre, lo que quiere decir que el comportamiento sexual está integrado dentro del conjunto armónico de la persona.

El problema del TU: que tiende a realizar la apertura al mundo del otro.

La sexualidad es la que posibilita la realización interpersonal de un hombre y una mujer, que culmina con la construcción de un proyecto de vida. La relación heterosexual debe ser un lenguaje de amor que debe pasar las capas superiores de la persona. Por lo tanto se habla de un relación personalizada y personalizante, en la que no se trata de un mero amor de placer, sin vínculos entre la pareja; ni tampoco es un amor posesivo, con tendencias agresivas y sadomasoquistas; sino es un amor

oblativo, cuyo objetivo es la búsqueda de una unión íntima y común- unión recíproca en la que se da y se recibe.

El problema del NOSOTROS: es donde aparece la sexualidad como la forma de apertura al mundo de los demás. “Es el horizonte social en donde se construye el nosotros, al encontrar en el compañero un complemento biológico, psicológico, sociológico y axiológico. Es importante tomar en cuenta la fuerza creativa del amor y la sexualidad en la construcción de ese nuevo estilo de vida que empiezan.”²¹

La **OMS** propone tres elementos básicos para tener salud sexual:²²

- La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
- El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos o falacias. En esencia, sin factores psicológicos y sociales que infieran negativamente.
- El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, infecciones o alteraciones que la entorpezcan.

La sexualidad es parte de la existencia humana y no debe ser percibida como mala. Es positiva y una parte integral de la personalidad. Sin embargo, la responsabilidad de decidir de qué manera se exprese es responsabilidad de cada quien. Una buena relación sexual incluye confianza, respeto, compasión y una relación íntima de pareja, ya que es la mejor forma de expresar su sexualidad.

Sin embargo, es la más vulnerable ante problemas surgidos en la pareja como la desconfianza y la infidelidad, derivadas probablemente de una comunicación deficiente, en la que se trata de complacer al otro dejando de lado nuestras propias necesidades y gustos, en la actualidad no existe una libertad sexual, en la que se expresen con facilidad los deseos o gustos de las personas por esta actividad, en la sociedad mexicana, aun existen muchos tabúes, y se ve a la sexualidad como algo malo,

²¹ Masters y Jonson, El vínculo del placer, Edit Grijalvo, Barcelona 1978

²² WWW.OMS.COM. sexualidad

4.5.4 PROBLEMAS EN LA PAREJA

El matrimonio como institución, ha sido cuestionado de manera fuerte como una institución ideológica de control y de coerción que permite la recreación del orden establecido. Al ser el matrimonio una institución social es difícil que la familia pueda modificar a la sociedad, más bien ocurre que lo social construye tanto a la intimidad como a la privacidad. El tema de la infidelidad, de los amantes o de las relaciones extra conyugales es uno de los puntos de partida para exaltar o desvirtuar a la familia y al matrimonio como el rector del estado ideal, sólido e invulnerable.

Hablar de la monogamia o de la poligamia como la "naturaleza" dentro de una pareja, además de falso resulta la piedra angular para abordar el punto de vista individual de la pareja ante la infidelidad, la cual implica mantener relaciones sexuales con una tercera persona. Aunque se produce fuera de la pareja, sus causas suelen originarse en su seno. Puede tratarse de un único desliz, que acostumbra a mantenerse en secreto, o bien de una aventura prolongada, lo cual es indicio de la existencia de problemas más arraigados y complejos en la relación. En cualquier caso, todos los implicados deben abordar los conflictos subyacentes y decidir si conviene seguir adelante.

La infidelidad suele considerarse una traición de la confianza, en la relación, en la que una persona infiel "engaña" a su pareja. Un informe publicado en Estados Unidos en 1994. "The Social Organization of Sexuality, revelo que el 26% de los hombres y el 21% de las mujeres consultadas admitieron haber sido infieles. En el mismo año una encuesta realizada por el Reino Unido a 20,000 personas revelo que el 83% de los encuestados creían que la infidelidad es siempre o casi siempre negativa. Pese a ello, los estudios sugieren que se trata de un fenómeno muy extendido en occidente".

En cuanto a lo que se refiere a la infidelidad en México según encuestas realizadas por diversas revistas reflejan que el 60% del total de la población masculina ha sido infiel, y sólo dos de cada 20 mujeres lo han sido en alguna ocasión, con respecto a las

estadísticas registradas por el INEGI se tiene que la infidelidad representa apenas el 0.9% de las causas de divorcio efectuados en nuestro país durante el 2006.

“De acuerdo con el reporte del INEGI en el 2006 se registraron 70 mil 184 divorcios, 17 mil 826 más que en el 2000. Las entidades con tasas más altas de divorcios en el 2005 fueron Baja California con 31.8% por cada 100 matrimonios; Chihuahua con 30.6% y Aguascalientes con 20.4%. Las tasas más bajas se registraron en Tlaxcala (2.0), Oaxaca (2.1) y Guerrero (5.1)”.²³

Podríamos preguntarnos cual es la relación que hay entre la infidelidad y el contagio de una infección de transmisión sexual y la respuesta a esta cuestión seria que la infidelidad como ya se menciono implica mantener relaciones sexuales con una tercera persona, lo cual incrementa el riesgo de contraer no solo el virus de papiloma humano sino de adquirir infecciones como el VIH-SIDA. De la cual sabemos que las amas de casa son las que presentan un mayor índice de contagio y es la misma situación con el virus de papiloma humano.

Además de provocar alteraciones en la salud mental del individuo ya que al ser engañado se rompe con la confianza, produciendo inseguridad, depresión y baja autoestima entre otras, estas situaciones son muy frecuentes cuando se detecta una mala relación en la pareja.

Es importante dar un breve definición de cada uno de los trastornos antes mencionados:

Depresión: es un trastorno mental, caracterizado por sentimientos de inutilidad culpa Tristeza, indefensión, y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo por la perdida de un ser querido, la depresión patológica, es una tristeza sin razón aparente que justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas, incluidas la perturbaciones del sueño y la comida, la pérdida de la iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

²³ www.reforma.com Com Infidelidad

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

Se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En la primera el trastorno depresivo bipolar o síndrome maníaco – depresivo, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía)

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdida de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual, e ideas recurrentes de suicidio y muerte que en ocasiones puede llevar efectivamente al suicidio.

En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo.

“Otros síntomas son el exceso de locuacidad, la fuga de ideas, ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesivas, incapacidad de concentración pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño”.²⁴

Por otro lado la ansiedad, es el temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.

²⁴ www.Acatlan.unam.mx Depresión.

El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abandonar las tareas de una a una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

“El estrés es considerado un proceso físico, químico o emocional productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física.”²⁵

Se han identificado tres etapas:²⁶

- 1) En la primera etapa: el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la ocasión ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión.
- 2) En la segunda etapa: resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo si el estrés continua, el cuerpo permanece alerta y no puede repara los daños si continua la resistencia se inicia la tercera etapa.
- 3) Tercera etapa: agotamiento: cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar en situaciones muy extremas incluso a la muerte.

“La falta de autoestima o baja autoestima proviene de un déficit de afecto y valoración en la infancia de la persona, que ha sido por el contrario, desamada, humillada”.²⁷

Las personas con autoestima baja se caracterizan por ser indecisos, por tener dificultad para tomar decisiones y tener miedo exagerado a equivocarse, piensan que no pueden o no saben nada, no valoran sus talentos, evitan los riesgos son ansiosos

²⁵ www.Depresion-ansiedad.com.mx . ansiedad.

²⁶ www.tusalud.com.mx estrés

²⁷ www.tubienestar.com.ve. personas con autoestima baja

y nerviosos, evitan tomar la iniciativa, son aislados y casi no tienen amigos, no les gusta compartir con otras personas, son dependientes de otras personas, se dan por vencidas antes de realizar cualquier actividad, no están satisfechas consigo mismas, no expresan sus emociones, manejan muchos sentimientos de culpa, no se preocupan por su estado de salud, son pesimistas, creen que todo les saldrá mal.

A ciencia cierta no se sabe la verdadera razón por la que tanto hombres como mujeres son infieles y los alcances que esto pueda traer tanto en su entorno social, familiar e individual, si embargo este fenómeno es muy frecuente, y en algunas culturas principalmente las de medio oriente la practica de la poligamia es algo muy común, y culturalmente aceptado, lo cual en las sociedades occidentales no es bien visto, y afecta tanto a la familia como a la relación de pareja y al individuo mismo, viéndose afectada su salud mental, y la estructura familiar y de pareja, la infidelidad es un tema muy amplio en la que se encuadran involucrados diversos factores que van de lo biológico a lo social, esta es una de las razones por las que el trabajo social se preocupa por abordar los problemas sociales contemplando las diferentes áreas en las que el individuo se desarrolla y por las que esta conformado, con la finalidad de encontrar mejores alternativa que conduzcan a mejorar su calidad de vida, propiciando espacios en los que se pueda desenvolverse en tendiendo el porque de su accionar y de esta forma evitar en la medida de lo posible conductas que puedan afectar sus relaciones.

Capítulo 5

METODOLOGÍA

5.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cáncer cervicouterino, es la tercera causas de muerte en México y provocado principalmente por el Virus de Papiloma Humano, del cual poco se sabe.

De esto me pude percatar durante mi servicio social, el cual lo realice en la Clínica de Especialidades de la Mujer de la SEDENA, de marzo a agosto del 2003, en dicha clínica tuve la oportunidad de tener un primer acercamiento con mujeres cuyo diagnóstico era Cáncer Cervicouterino, a las que se les realizaban diversos tratamientos, los cuales iban desde una simple biopsia hasta el retiro parcial o total de la matriz, lo cual les provocaba una serie de emociones, afectando principalmente su relación de pareja, ya que se encontraban sumamente enojadas con sus esposos, porque no recibían el apoyo y la comprensión que ellas pedían, además de la gran incertidumbre por son saber a ciencia cierta cual era la causa real del cáncer cervicouterino, esto propicio la necesidad de buscar una respuesta a todas estas dudas, y de averiguar cuales eran las principales causas del cáncer cervicouterino, con la finalidad de brindarles una respuesta que les permitiera entender y aceptar de la mejor manera su situación.

En esta primer búsqueda se encontró como principal responsable al virus de papiloma humano, del cual no se habla mucho, lo que dio inicio a la presente investigación, encontrando que no había información suficiente acerca de este virus, y la había era de difícil comprensión por sus términos médicos, haciéndola difícil de entender, y en algunos casos la información era poco confiable ya que circulaba información en la que se exageraba acerca de su forma de contagio y sus consecuencias y no contaba con un sustente científico que la avalara.

A raíz de estos eventos surge la inquietud por conocer cuáles eran las consecuencias de este virus no sólo a nivel orgánico sino también a nivel emocional, y de esta forma proporcionar información que les permita comprender y aceptar de mejor manera su realidad, brindándoles alternativas que ayuden a alcanzar una mejor calidad de vida tanto en lo individual como en lo familiar y social. Ya que una de las características que presentan la mayoría de las mujeres con este diagnóstico es la depresión y la baja autoestima, lo cual tiene repercusiones graves a nivel individual por sentirse “mujeres a medias”, como ellas mismas se denominan, afectando principalmente su relación de pareja y familiar, lo cual es de gran importancia para el Trabajo social, ya que desde la perspectiva de esta profesión se puede aportar elementos sociales que brindan un panorama más real de el tipo de vida e ideología que cada persona trae consigo misma, lo cual es determinante en el éxito o fracaso del tratamiento, y que muchas veces no son tomados en cuenta por no considerarse importantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las repercusiones sociales que se producen en la pareja por una infección de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano?

Durante muchos años la infección por VPH había sido considerada como una enfermedad venérea benigna, recientemente ha recibido mucha atención debido a su estrecha relación con el cáncer genital. La Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) a través de la Clínica de Especialidades de la Mujer en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), ha apoyado la investigación clínica con la finalidad de conocer la persistencia de este virus en la población.

Su objetivo es prevenir a la sociedad sobre este padecimiento, ya que los tratamientos de esta enfermedad, no son proporcionados en todas las instituciones de salud. Provocando un gasto adicional al individuo, lo cual relega aún más al grueso de la sociedad, que no cuenta con los recursos necesarios para el cuidado de su salud

Actualmente se reconoce que la salud es un proceso complejo en el que lo social se interrelaciona y entreteje con lo biológico y lo psicológico; sin embargo se sigue dando prioridad al aspecto biológico de la enfermedad.

Considerar a la salud como un proceso complejo implica que una atención de calidad visualice el aspecto social, no como un complemento, sino como parte misma del problema de que se trata.

Por esta razón, el VPH, al ser una enfermedad de transmisión sexual, con la posibilidad de desarrollar lesiones premalignas tanto en la mujer como en el hombre, produce en el individuo un desequilibrio emocional mismo que afecta su entorno familiar, de pareja, laboral y social.

Ya que se ve dañada su salud física y mental provocando alteraciones de tipo **estructural** (coaliciones y exclusiones emocionales, patrones rígidos, aislamiento social, cambios en los roles y funciones, etc.), así como **de proceso** (compatibilidad, los mecanismos de afrontamiento resultan difíciles de cambiar, interdependencias, entre la familia, el individuo y la enfermedad) y de **tipo emocional** (complejo emocional, alta expresión de emociones, conspiración del silencio, malas experiencias con los profesionales de salud, duelo, búsqueda de significado, problemas de control, incertidumbre, rol del sistema de creencias familiares).

Todos estos elementos nos proporcionarán datos importantes para plantear pautas que nos lleven a entender el por qué de su reacción ante este padecimiento, y cómo mejorar su situación, proponiendo alternativas viables para lograr una salud integral.

Resulta importante abordar esta problemática desde el enfoque sistémico ya que para la profesión de Trabajo Social el abordaje de los problemas sociales deben ser considerados como sistemas, lo cual facilita la organización de los aspectos del currículo relativos a la conducta humana y al medio social.

A partir de este enfoque sistémico se intenta construir, con datos de la realidad, modelos dinámicos que se caracterizan por reflejar las fuerzas internas y externas de los sistemas sociales, es decir, éstos presentan en su interior un conjunto de interrelaciones que se realimentan con las fuerzas y estímulos contextuales que constituyen un comportamiento dinámico, cuyo conocimiento permite la comprensión

del mismo, así como su posible modificación y transformación a través de la simulación. ¹

5.2 OBJETIVOS

GENERAL

Detectar los principales problemas psicosociales que tienen las parejas de los militares, atendidas en la Clínica de Especialidades de la Mujer de la SEDENA, cuando se saben contagiadas por VPH de tal forma que pueda determinarse de que modo afecta su relación de pareja.

ESPECÍFICOS

Conocer el número de casos de Virus de Papiloma Humano registrados en la Clínica de Especialidades de la Mujer de la SEDENA.

Explorar en la relación de pareja mediante una entrevista el antes y el después del contagio por Virus de Papiloma Humano.

Identificar las repercusiones que tiene el contagio por Virus de Papiloma Humano en la pareja mediante un estudio social.

Proponer alternativas viables que permitan mejorar su relación de pareja y su estado emocional.

¹ ANDERSON , R, CARTER, La conducta Humana en el Medio Social Enfoque Sistémico de la Sociedad, Gedisa Barcelona España 1994 Pág.22

5.3 HIPÓTESIS.

El contagio por virus de papiloma humano, causa en la pareja conflictos que llevan al deterioro de la relación.

5.4 ETAPAS METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación fue de tipo transversal por realizarse en un momento determinado, y exploratoria por ser un primer acercamiento al contagio del virus de papiloma humano y sus repercusiones en la pareja.

Primera etapa: Fue necesario tener claro lo que es el Virus de Papiloma Humano y sus repercusiones físicas en las personas que lo padecen, por medio de investigación bibliográfica, hemerográfica y entrevistas al personal médico especialista en le tema.

Segunda etapa: Se procedió a realizar la identificación de los elementos del proceso de detección y atención de las pacientes contagiadas con el virus de papiloma humano en la clínica de especialidades de la mujer.

Tercera etapa: Enfocada básicamente al monitoreo del proceso y resultado por medio de la elaboración y aplicación de encuestas así como de estudios socioeconómicos y psicosociales, con la finalidad de determinar el grado de conocimiento generales sobre las posibles consecuencias de ser portadora del virus de papiloma humano así como de la detección de pacientes cuya relación de pareja se haya afectado a partir de haber sido diagnosticada con el virus de papiloma humano.

Cuarta etapa: Destinada a evaluar cualitativa y cuantitativamente los resultados de manera que permitieron formular alternativas para favorecer la atención tanto física como emocional de las pacientes contagiadas con el virus de papiloma humano.

El tamaño de la muestra fue obtenido del informe anual de citologías realizadas por primera vez y subsecuentes elaborado por medicina preventiva de la CEM considerándose los datos de junio a diciembre de 2005 siendo un total de N= 11800 mujeres. El muestreo fue estratificado con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 0.5%, de acuerdo a la siguiente fórmula:

UNIVERSO TEMPORAL, ESPACIAL Y POBLACIONAL

La investigación se realizó durante el 2006 iniciando en marzo y concluyendo en septiembre del mismo año en el área de medicina preventiva de la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM) de la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA) dirigido a mujeres atendidas en el servicio de Colposcopia.

En cuanto a los criterios de inclusión para el estudio se consideró a las pacientes referidas de primera vez o subsecuentes al servicio de Colposcopia por contagio de Virus de Papiloma Humano, sin considerar como factor limitante la edad ni el ser derechohabiente o civil (es la forma en la que se refieren a las pacientes que hacen uso de servicio médico sin ser derechohabientes, pagando por éste)

5.5 INSTRUMENTOS

Se diseñó y aplicó un primer cuestionario con la finalidad identificar el nivel de conocimiento de las pacientes acerca del virus de papiloma humano (ver anexo 1),.el cual estuvo conformado por cuatro secciones:

Primera sección: Corresponde a las variables de clasificación de género y demográficas.

Segunda sección: Se exploró el conocimiento que se tiene acerca del VPH con cinco preguntas abiertas

Tercera sección: Se indagó acerca de la historia y hábitos sexuales, con seis preguntas de dos y tres opciones de respuesta,

Cuarta sección: Se averiguó el diagnóstico médico actual con seis preguntas abiertas y una con cuatro opciones de respuesta.

Se diseñó y aplicó un estudio socioeconómico y psicosocial (ver anexo 2) cuyo objetivo fue el tener un panorama más amplio acerca de las repercusiones que tiene el Virus de Papiloma Humano a nivel familiar y más concretamente a nivel de pareja. Los Estudios Socio Económicos y Psicosociales permitieron explorar 12 áreas, además de variables de clasificación de género y demográficas. Como parte importante de este estudio se elaboró de un familigrama el cual fue de gran importancia para la investigación, ya que permitió identificar de manera esquemática aspectos tales como la interacción entre los miembros que conforman a las familia, muerte de alguno de los integrantes, número de hijos, el tipo de familia, entre otros. (ver anexo3)

Se aplicó la escala de auto evaluación de Zung para la depresión (ver anexo 4) con el objeto de hacer más precisa la detección de la enfermedad en las mujeres a las que se les realizo el estudio socioeconómico y psicosocial, se eligió esta escala por ser auto aplicable, fácil de manejar y de calificar.

Dicha escala permitió identificar el nivel de depresión que la mujeres entrevistadas presentaba, así como el descartar la presencia de esta.

Esta escala se conformó por 20 preguntas con cuatro opciones de respuesta que van de muy pocas veces a la mayoría de veces, cada una tiene un valor diferente de 1 a 4 puntos, los cuales se sumaron para obtener un total y conforma a los puntos de corte clasificar el grado de depresión que presentan.

Puntos de corte:

Debajo de 50: Dentro de lo normal, sin sicopatología.

50-59: presencia de Depresión (de mínima a leve)

60-69: Presencia de Depresión (de moderada a notable)

70 o más: Presencia de Depresión (de severa a extrema)

Para la aplicación del cuestionario y Estudio Psicosocial se requirió de un consentimiento informado (ver anexo 5) en donde las participantes manifestaron su participación voluntaria y su consentimiento para que les fuesen aplicados los

instrumentos necesarios, bajo el compromiso de que la información recabada sería manejada con absoluta confidencialidad y usada con fines académicos.

Como parte de los resultados finales se agregaron dos viñetas clínicas (ver anexo 6)

Con el objeto de colaborar con las pacientes se diseñó un tríptico (ver anexo 7) en donde se brindó información clara acerca del virus de papiloma humano, sus vías de contagio, métodos de prevención y tratamientos a las pacientes.

PRUEBA PILOTO

Tanto el diseño del cuestionario como el Estudio Socioeconómico y Psicosocial se validaron previamente mediante un estudio piloto en el servicio de Colposcopia; se realizaron un total de 18 cuestionarios y 2 estudios socioeconómicos y psicosociales, los entrevistados fueron captados en la sala de espera del servicio de Colposcopia mientras esperaban su turno para ser atendidas, y los estudios socioeconómicos y psicosociales fueron captadas saliendo de su consulta.

De los resultados obtenidos de la prueba piloto se realizaron cambios al cuestionario en los siguientes puntos:

1. Resaltar que la información era confidencial, a raíz de la constante negación de las personas, por manifestar su temor a no ser atendidas.
2. Se le agregó lugar de residencia, con la finalidad de tener un registro de las localidades en donde se presenta con mayor frecuencia la infección.
3. También se agregó un apartado para la matrícula de las pacientes, ya que se debía registrar el nombre y matrícula de cada una de las pacientes encuestadas como parte del informe dado al servicio de Psicología.

En el estudio socioeconómico y psicosocial se realizaron cambios en el orden de aparición de la sección IV a IX.

CAPÍTULO 6

DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con la encuesta realizada a 118 pacientes de primera vez y subsecuentes del servicio de Colposcopia, contagiadas con el virus de papiloma humano, acerca del conocimiento general de este, y los 19 estudios socioeconómicos y psicosociales, fue posible obtener la descripción, sistematización y análisis de los resultados, así como algunas características de las pacientes que presentaron problemas en su relación de pareja a partir de haberse diagnosticado la enfermedad.

Para calificar la información como buena, mala, regular o nula se utilizaron los siguientes parámetros:

Buena: cuando la información brindada por el personal de salud contempla aspectos como tipo de infección, vías de contagio, consecuencias y tratamiento.

Mala: cuando la información recibida fue alarmista, es decir cuando mencionaron el cáncer cervicouterino como única consecuencia del VPH, sin disipar dudas de la paciente con respecto al virus.

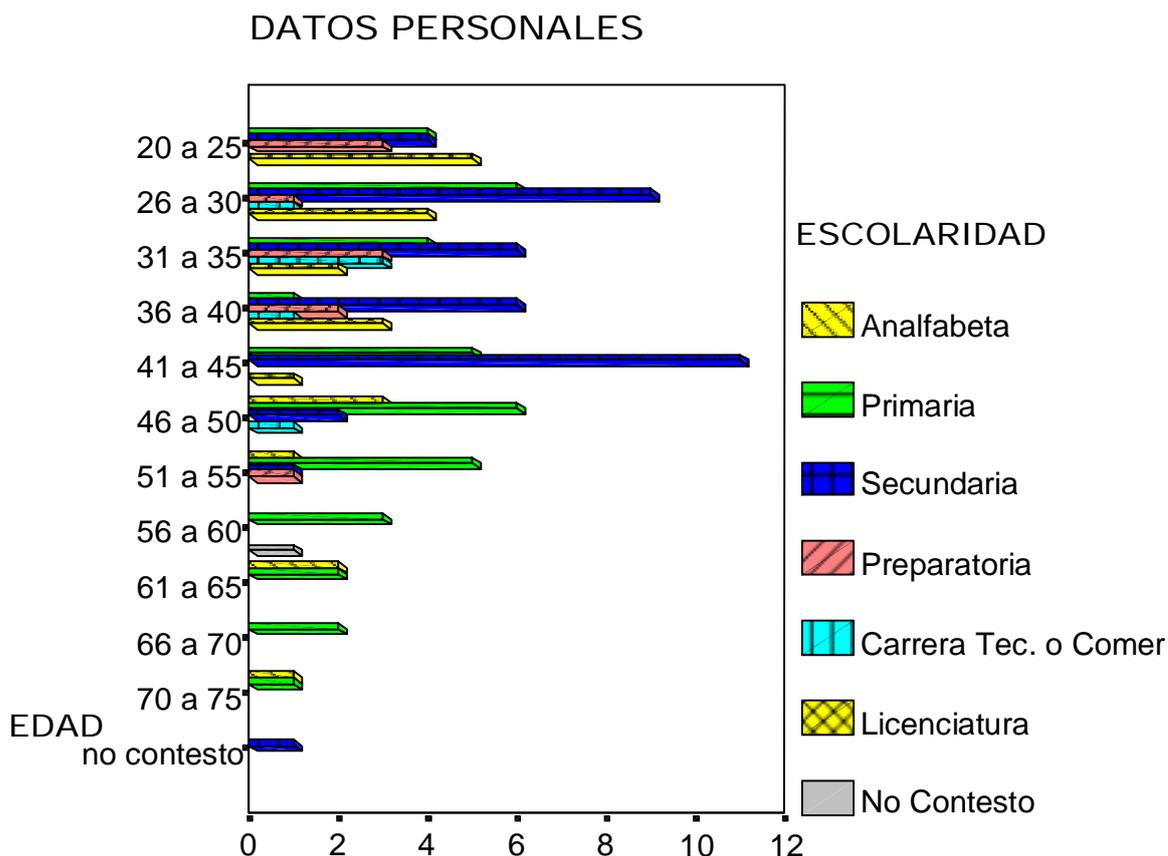
Regular: cuando la información que recibió la paciente contemplaba algunos aspectos básicos sobre el VPH y el tratamiento a seguir.

Nula: cuando la paciente no recibió ningún tipo de información acerca del VPH.

A continuación se presenta la descripción cuantitativa de cada una de las preguntas del instrumento, y el análisis Cuanti-Cualitativo de los resultados; para obtener los datos sistematizados, se realizó una base de datos, por medio del programa SPSS versión 10 para Windows, para los análisis estadísticos correspondientes.

6.1 DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS GENERALES DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

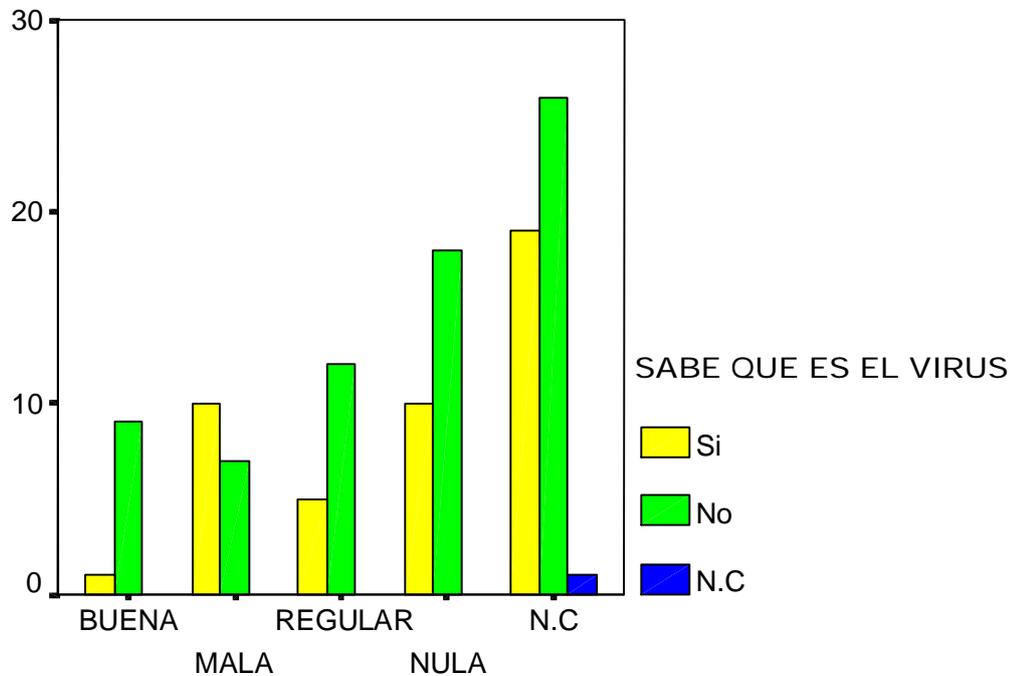
GRÁFICA 1



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

Los datos arrojados en esta primer encuesta nos muestran que el mayor número de contagios se presenta en mujeres de entre 20 a 45 años de edad, las cuales cuentan con educación básica de primaria y secundaria en un 73%, estos datos nos muestran los grupos de edad y las principales características en los que se debe poner mayor atención y para reducir en número de contagios y con ello prevenir las consecuencias de este virus a mediano y largo plazo

GRÁFICA 2
ASPECTOS GENERALES DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.



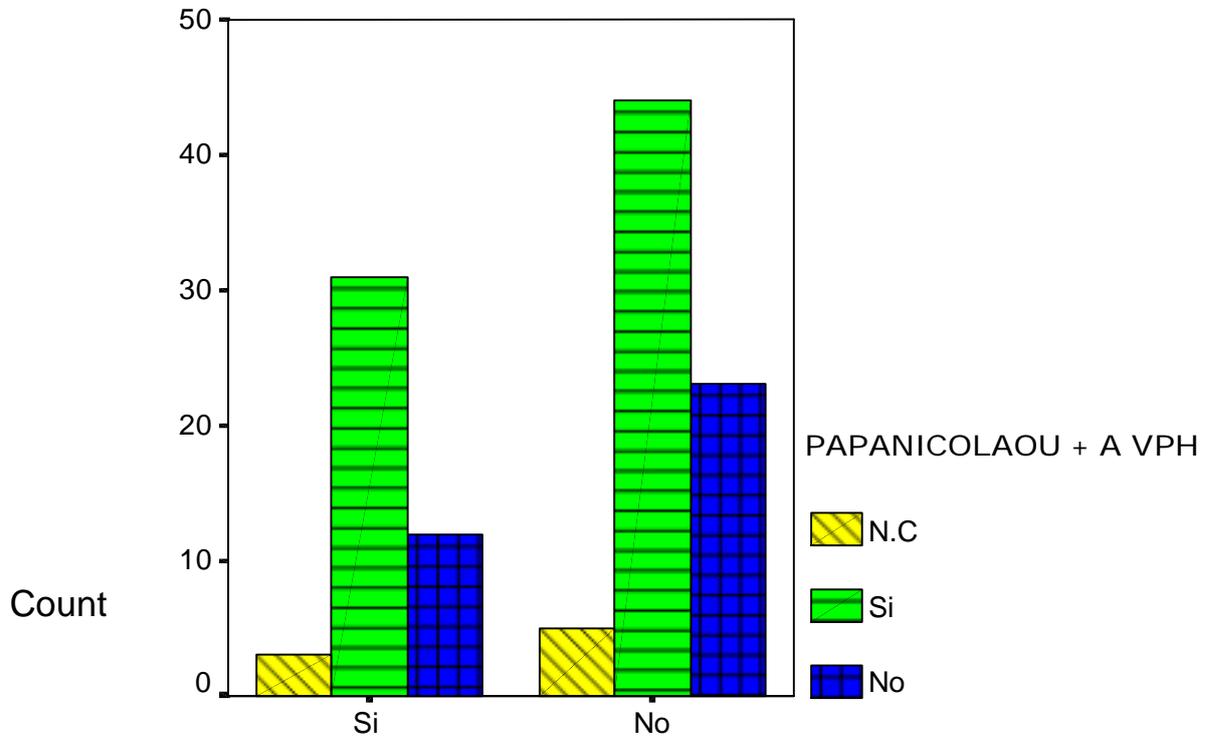
TIPO DE INFORMACION QUE RECIBIÓ ACERCA DEL VPH

Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

Con base en los resultados que se obtuvieron de las preguntas referentes al tipo de información y conocimiento del VPH, tenemos que existe una estrecha relación ya que de las 118 mujeres encuestadas solo el 9% recibió una buena información lo que les a permitido tener un mejor manejo de su enfermedad .

Por otro lado esto nos muestra la deficiente atención que existe en los servicios de salud de México ya que el personal que labora en ellos no cuenta con la información suficiente que les permita orientar a las usuarias de estos servicios contagiadas nos solo con el VPH sino con otras ITS, acerca de las principales características de estas y sus consecuencias así como de los métodos de detección y de prevención.

GRÁFICA 3

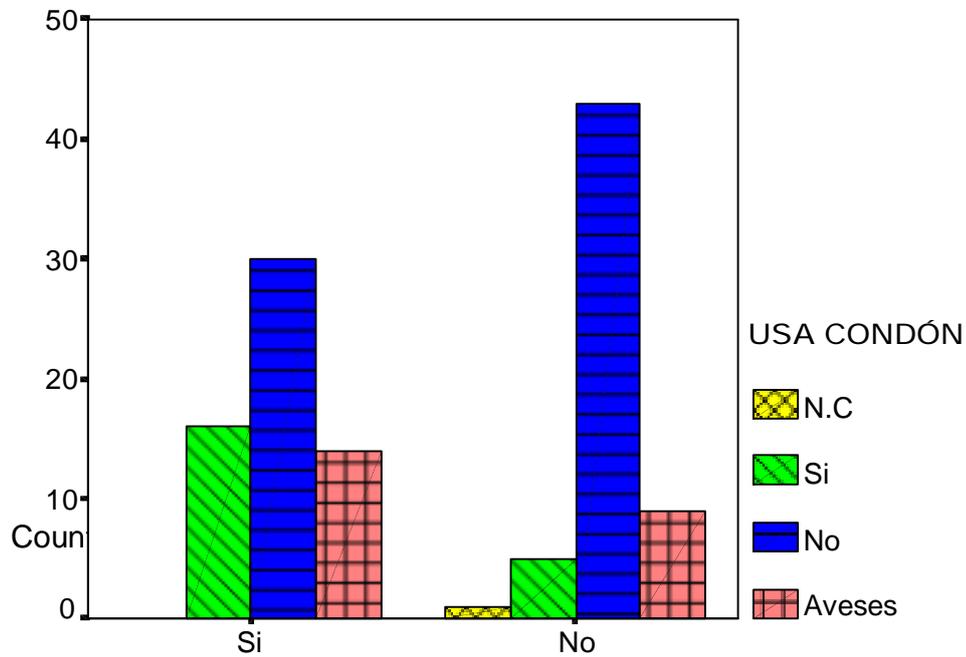


CONOCE ALGUN MÉTODO DE DETECCIÓN DEL V P H

Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

Se encontró que debido principalmente a la falta de información que existe acerca del VPH y sus consecuencias, el 61% de las mujeres, no conocen los métodos de detección de este virus, a pesar de que el 64% de estas mujeres presentaron algún estudio de papanicolaou positivo a la infección por VPH, y por esta razón fueron canalizadas a Colposcopia.

GRÁFICA 4



MÉTODO DE PREVENCIÓN PARA EL VPH

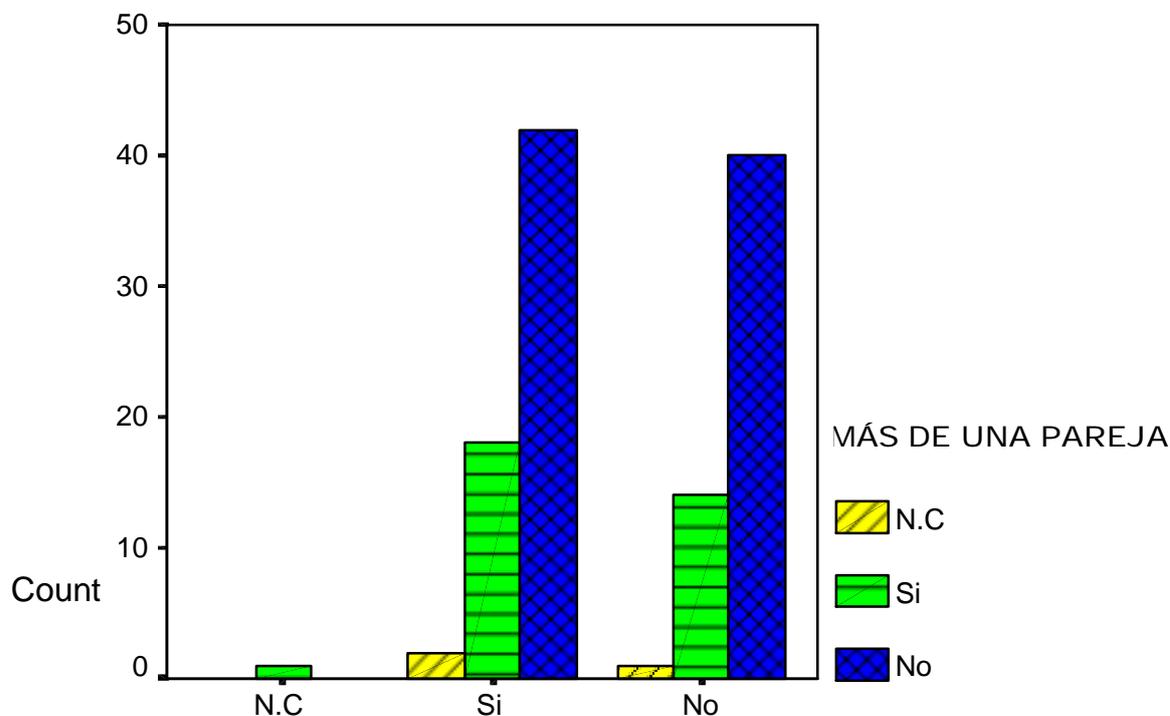
Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

En esta grafica se puede apreciar que a pesar de que el 51% de las mujeres encuestadas sabe que el condón es uno de los métodos de prevención de esta infección, no lo usan en un 62% por lo mencionado en la gráfica anterior.

Esto nos indica que las campañas que se han lanzado para el uso del condón no han tenido el impacto esperado, y que las amas de casa son las que menos los usan y son las que se encuentran en mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual.

GRÁFICA 5

HISTORIA Y HÁBITOS SEXUALES



PRIMERA RELACION COITAL ANTES DE LOS 18 AÑOS

Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

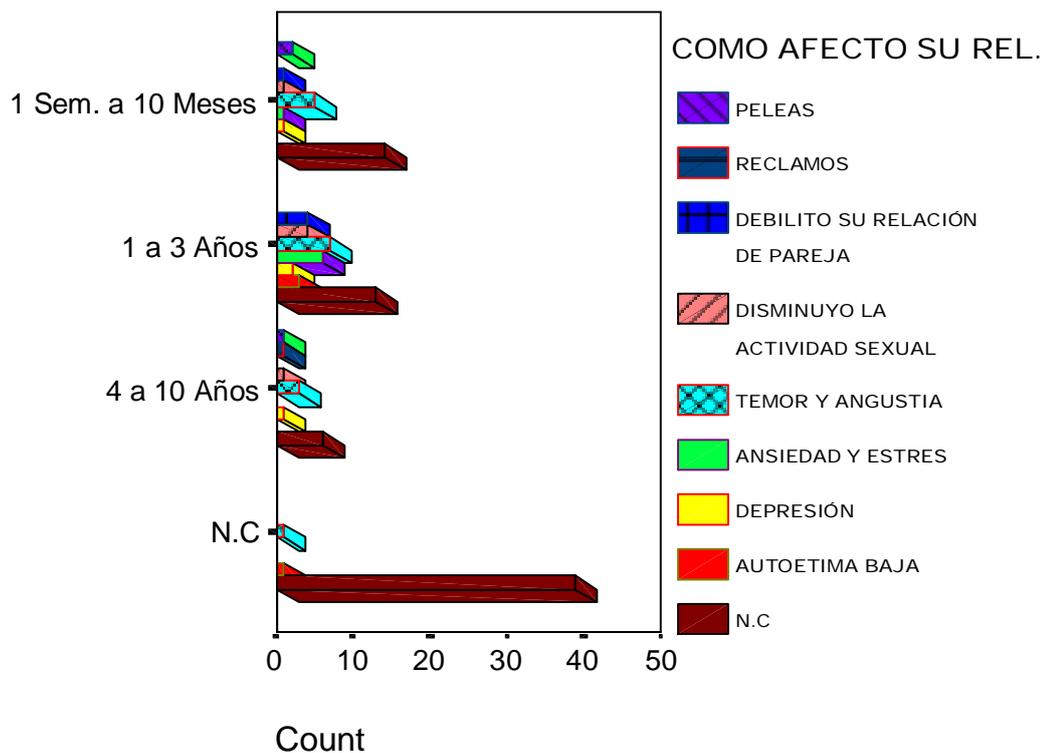
Más de la mitad de las mujeres contagiadas con este virus iniciaron vida sexual coital antes de los 18 años; con base en las características de las mujeres encuestadas podemos deducir que el nivel escolar y el lugar de origen, son factores determinantes en el inicio de sus vida sexual por ende son la población con el mayor contagio de enfermedades de transmisión sexual en nuestro país; dentro de la población encuestadas se encontró que la mayoría de estas mujeres son provenientes de estados con Tabasco, Veracruz, Oaxaca, y Puebla, entre otros; estados que se caracterizan por tener altos índices de marginación, y por ende las mujeres tienen pocas alternativas de subsistir, una de las opciones que tienen es casarse con un militar, al cual lo ven como su boleto de salida, y es por esto que a muy temprana edad se juntan o casan y adquieren infecciones tales como el VPH, y presentan

mayor pudor para acudir al ginecólogo a su revisión, por tanto son las que presentan lesiones de mayor grado derivado del VPH.

Muchas de estas mujeres (70%) manifestaron haber tenido solo una pareja sexual, sin embargo y debido al tipo de población estudiada se encontró que el 58% de las parejas de estas mujeres han tenido más de una pareja sexual, y no usan condón en sus encuentros sexuales en un 62%, ya que sus parejas no se los permiten, alegando que no es necesario y que no se obtiene el mismo placer, y que les da pena pedirlos en la enfermería, razón por la cual la prevalencia de esta infección y sus complicaciones es cada vez mayor.

GRÁFICA 6

SITUACION ACTUAL. TIEMPO DE SER PORTADORA DEL VIRUS



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

Como se observa en la gráfica a las mujeres que tiene entre uno y tres años con el virus, son las que presentan más síntomas de temor y angustia (14%), seguido por presentar mas peleas y ansiedad (9%), debilitándose su relación de pareja y disminuyendo su actividad sexual (9%).

Esto tiene relación con el tipo de información que se recibe al momento de ser informada de la infección, el como afectara en un futuro el estado anímico de la persona y no solo eso como repercutirá en su vida social y de pareja.

Durante la aplicación de este cuestionario algunas mujeres comentaban que cuando les fue informado acerca de la infección que presentaban, los médicos y enfermeras les decían que se trataba de cáncer y que se lo agradeciera a su esposo por que los

hombres son los que contagian a las mujeres, y que si no se atendían se podrían morir en poco tiempo, lo cual les afectó en gran medida ya que como se mostró en la primera gráfica las mujeres contagiadas con este virus son relativamente jóvenes, amas de casa, procedentes de estados con los más altos índices de marginación, con educación escolar básica y con hijos menores de 10 años, sin mencionar que son esposas de militares sin un alto rango y con un bajo ingreso económico, como se sabe estos elementos son los idóneos para que enfermedades no solo de transmisión sexual sino de cualquier tipo tenga consecuencias más graves, haciendo más costoso el tratamiento y aumentando el número de muertes.

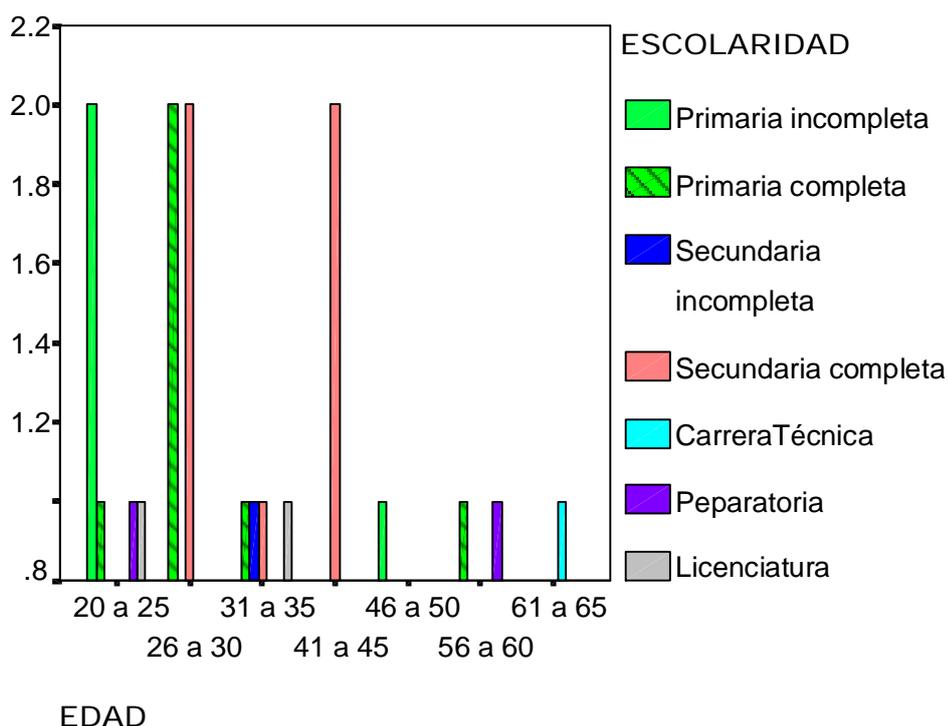
Y no solo eso el hecho de que algunos médicos y enfermeras no brinden la información precisa acerca de las vías de contagio, los métodos de prevención y detección del virus, las consecuencias a corto mediano y largo plazo así como sus tratamientos hacen que su estabilidad emocional y su dinámica familiar y de pareja se vea afectada.

DESCRIPCION CUANTITATIVA: ESTUDIO SOCIOECONOMICO Y SOCIAL

DATOS GENERALES

GRÁFICA 7

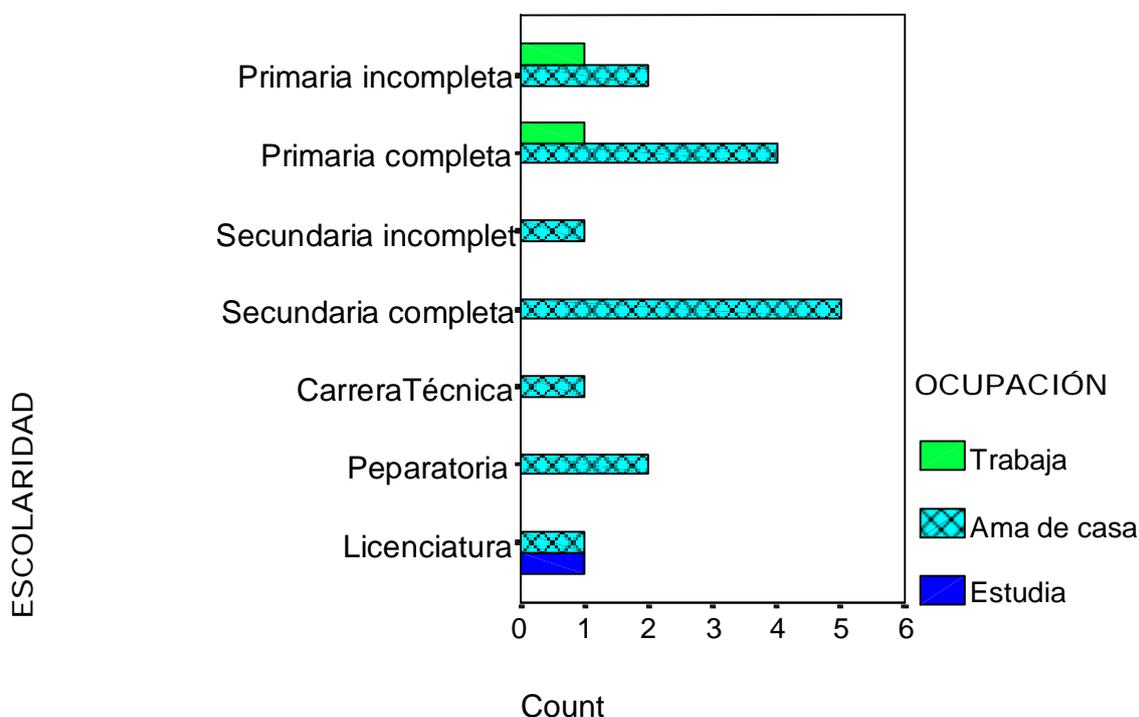
A) PACIENTE



Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

Los datos obtenidos del presente trabajo muestran que la escolaridad de las mujeres que son atendidas en la C.E.M es como mínimo de educación básica (primaria y secundaria 52%), existen algunas otras características de las pacientes atendidas por VPH, como la edad, la cual es de 20 a 35 años de edad en promedio (68%), estos indicadores nos muestran las grupos de edades con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de desarrollar cáncer cérvico uterino,

GRÁFICA 8



Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

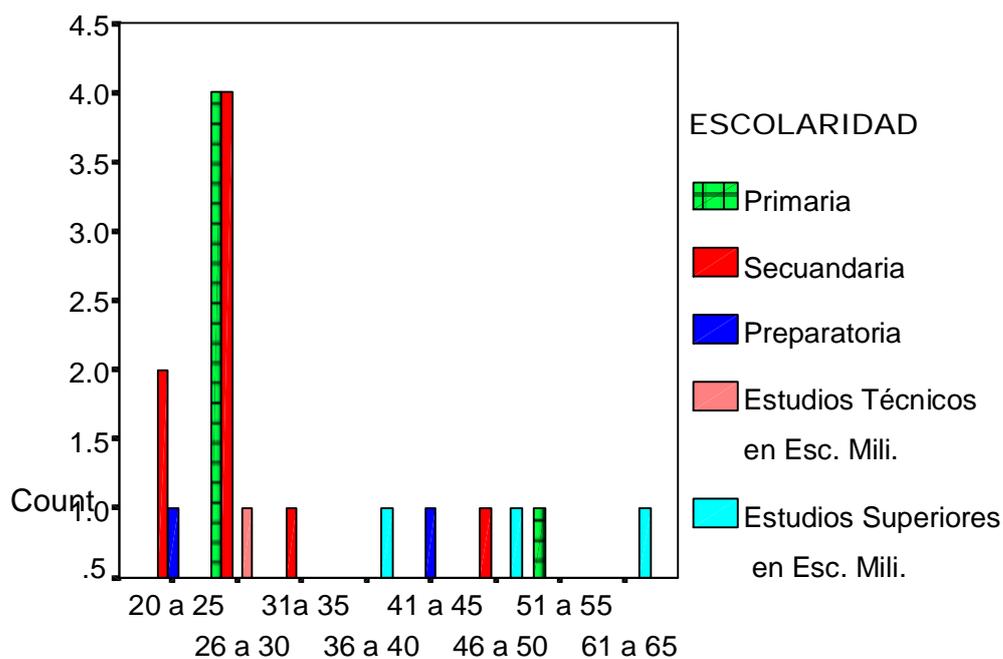
como se sabe las infecciones de transmisión sexual, se presentan con más frecuencia en países en vías de desarrollo y una de las consecuencias de esto es que las mujeres tienen menos oportunidades para asistir a la escuela y aspirar a un mejor nivel de vida y mejores trabajos. De las 19 mujeres entrevistadas se observó que solo el 11% tiene estudios de licenciatura, y la gran mayoría solo cuenta con primaria o secundaria (52%) y su principal ocupación es el hogar (84%), lo cual las limita en gran medida ya que su acceso a las fuentes de información se ve limitada, por su economía, el tiempo y su falta de interés.

Por otro lado de estas 19 mujeres el 53% son casadas y el 32% viven en unión libre, y el 84% de ellas son católicas, se podrán preguntar ¿que relevancia tienen estos datos para el estudio? Sin embargo son de gran importancia ya que como se ha mencionado en varias investigaciones relacionadas con las infecciones de transmisión

sexual, las amas de casa son la población más vulnerable ante este tipo de infecciones y como podrán ver esta no es la excepción. Una de las principales causas por las que las amas de casa son las que presentan más contagios y más cáncer cervicouterino es por no hacer uso del condón en sus practicas sexuales, ya que como ellas mencionaron “solo lo hago con mi esposo, no tengo otra pareja” o “mi esposo dice que no es necesario, que con los anticonceptivos que yo tomo es suficiente para no embarazarme” o las cuestionan “¿por qué quieres usar eso, acaso me engañas?” y la más importante desde mi punto de vista, por que no acude a los servicios de salud y por consiguiente no se realiza el estudio de papanicolaou, y cuando acuden a estos servicios es porque ya presentan lesiones de 1er, 2º y 3er grado e incluso cáncer muy avanzado, todo esto causado por la poca cultura de prevención que tenemos y la falta de información oportuna y clara que existe acerca de este virus en particular.

GRÁFICA 9

B)MILITAR

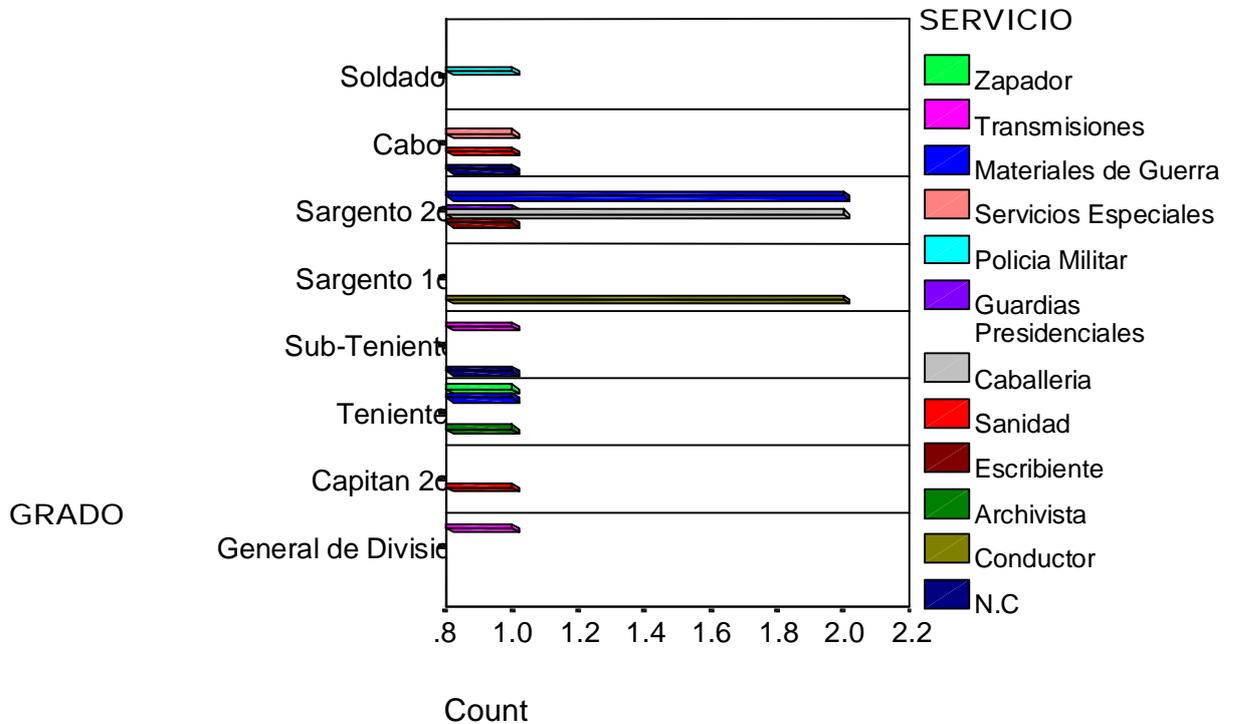


EDAD DEL MILITAR

Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

En contra parte como se puede apreciar en la gráfica, la edad promedio de las parejas de las pacientes entrevistadas es de 20 a 30 años de edad, las cuales también están contagiadas con el VPH, mostrando que en los hombres existe un mayor contagio del VPH en rangos de edad menores a los de las mujeres, y el 68% de ellos cuentan con primaria y secundaria como mínimo, es decir un 6% más de la población cuenta con este nivel de estudios.

GRÁFICA 10



Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

El grado y el servicio al que pertenecen las parejas de las pacientes entrevistadas, esta determinado por el nivel escolar que presentan y la capacitación recibida.

Como se observa en la gráfica existe un gran número servicios, los cuales se subdividen en tres categorías servicios Administrativos, Servicios de Armas y Servicios Especiales.

Los primeros son todas aquellas áreas, encargadas de el manejo y distribución de los recursos materiales y económicos de la secretaria.

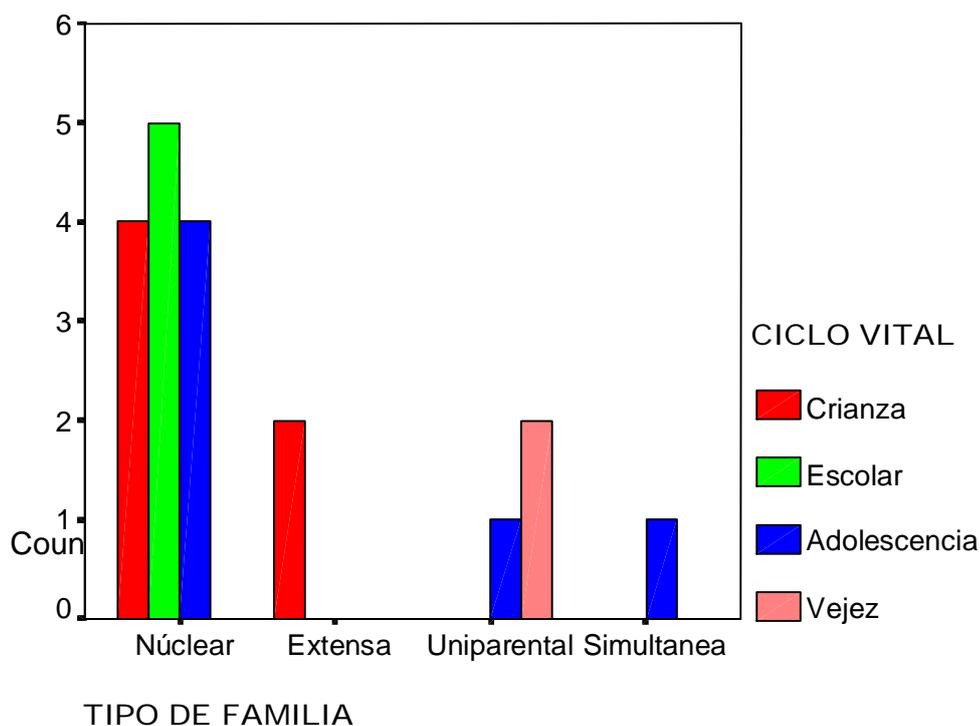
Los servicios de armas integran a todas las disciplinas militares como caballería, artillería, transmisiones, infantería, sanidad, etc. los cuales van al frente en las batallas, en el caso de México son los que combaten al narcotráfico.

Los servicios especiales son todos aquellos que se encargan de la guardia y custodia de las zonas federales, como los policías militares, guardias presidenciales, y gafes o fuerzas especiales, etc

Como ya se menciona cada servicio tienen características específicas, una de ellas es que armas como la de caballería se encuentran constantemente cambiando de zona de trabajo, su ingreso es mayor a la de otros servicios y por consiguiente presentan un mayor número de contagios de VPH, además que la gran mayoría de estos son de tropa, es decir tienen como estudios máximos secundaria y en algunos casos preparatoria trunca.

Existen algunos otros servicios como los conductores y escribientes que al igual que los de caballería presentan un mayor porcentaje de contagios (11% respectivamente) sin embargo se sabe que dentro de estos servicios el personal tiene largas jornadas de trabajo, y lo cual puede ser un indicador para el contagio de VPH., ya que cuando salen buscan diversión.

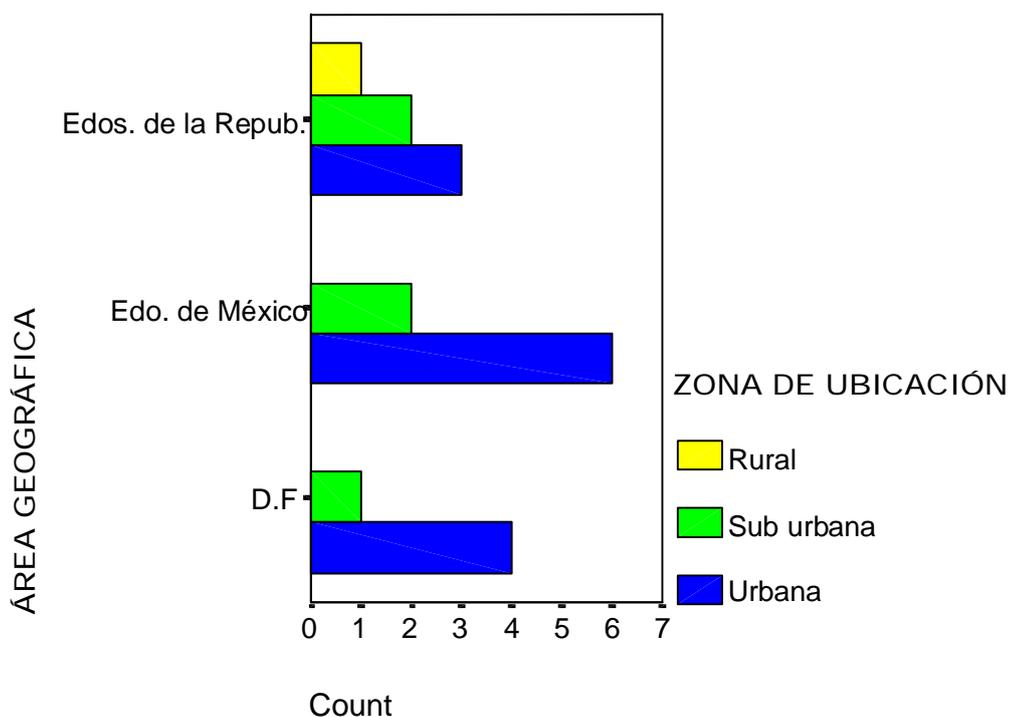
GRÁFICA 11
TIPO DE FAMILIA Y ETAPA DEL CICLO VITAL



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

En cuanto al tipo de familia a la que pÓrtense cada una de las pacientes entrevistadas encontramos que el 68% de ellas pertenece a una familia nuclear en la etapa de adolescencia y crianza en un 32% respectivamente, con un ingreso mensual de 3 a 4 salarios mÍnimos

GRÁFICA 12
LUGAR DE RESIDENCIA

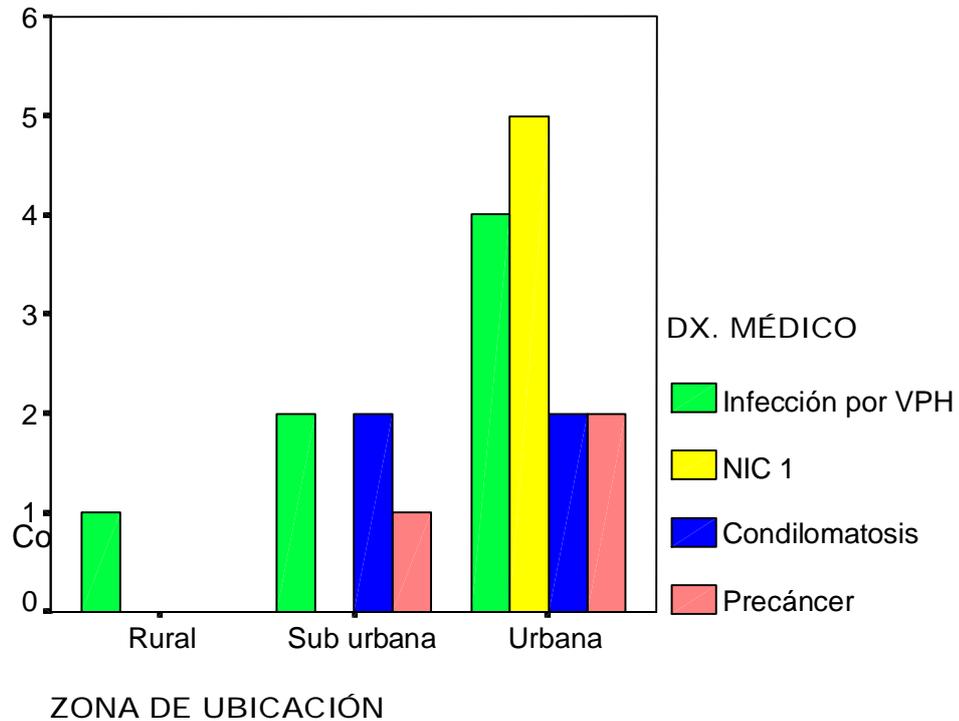


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

En cuanto al lugar de residencia encontramos que el 32% vive en estados como Hidalgo, Tlaxcala, Morelos y Guerrero; el 42% vive en el Estado de México, principalmente en los municipios de Ecatepec y Naucalpan, así como en Ciudad Nezahualcoyotl y otros; el restante (26%) vive en el D.F.

Por otro lado el 5% se ubica en una zona rural, principalmente Hidalgo y Tlaxcala; el 26% pertenece a una zona sub-urbana, y el 68% pertenece a una zona urbana.

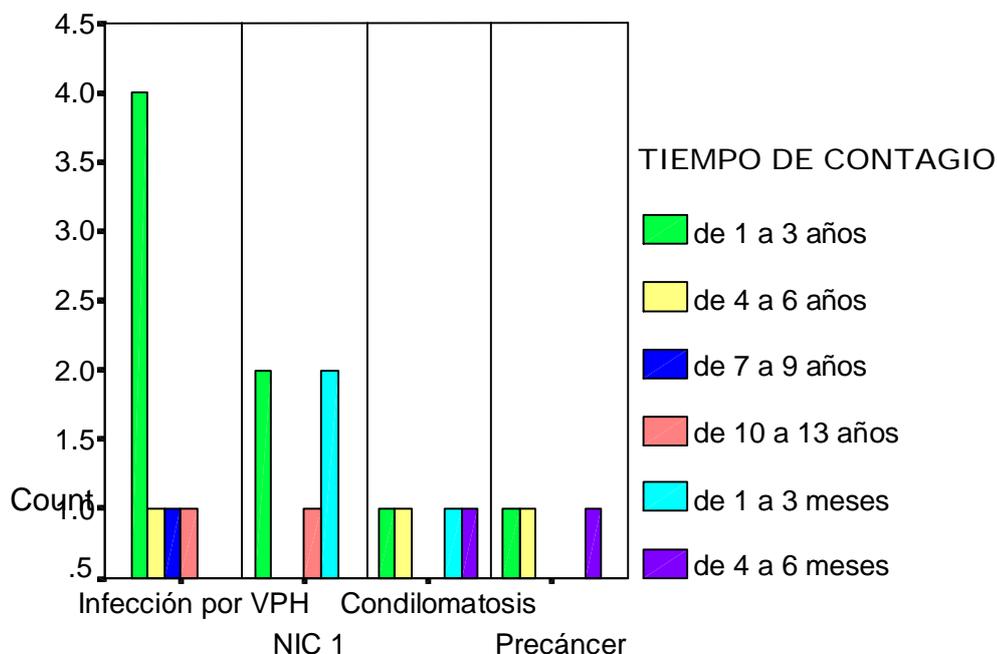
GRÁFICA 13
DIAGNOSTICO MEDICO



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

Como se aprecia en la gráfica existe una mayor prevalencia de infección por VPH, NIC 1 condilomatosis y pre-cáncer en las zonas urbanas, es muy posible que esto se deba principalmente a la migración que se da en México, ya que muchas personas habitan zonas rurales y en busca de mejores oportunidades de trabajo y emigran a zonas sub-urbanas y urbanas.

GRÁFICA 14

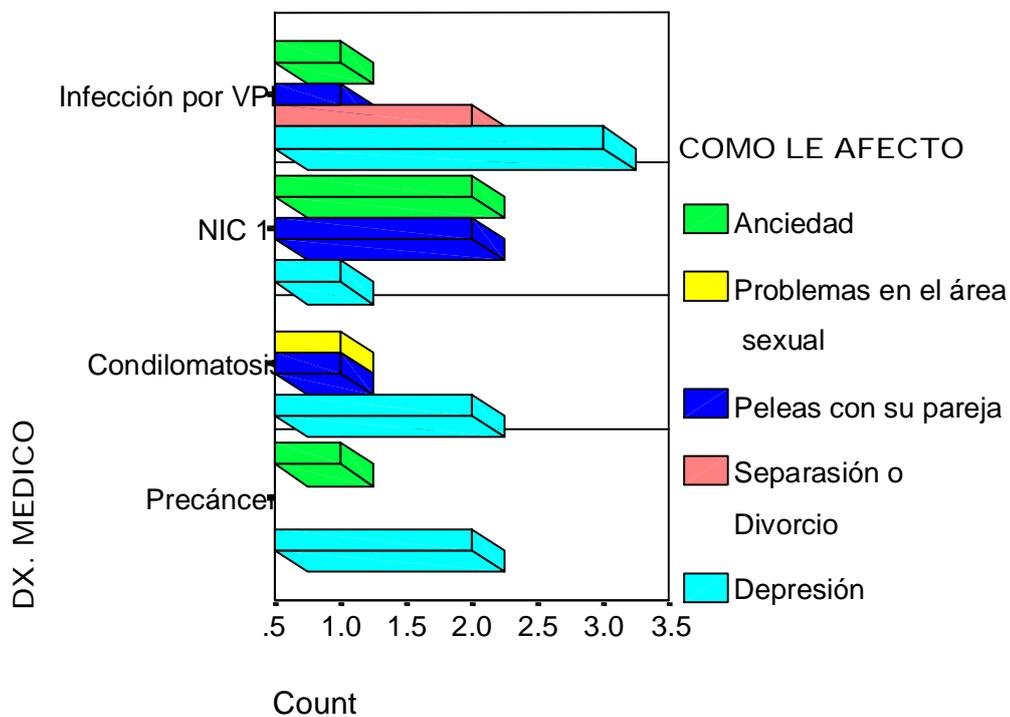


DX. MÉDICO

Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

Dentro de los principales diagnósticos que encontramos fue la infección por VPH en un 37%, 26% lesiones intraepiteliales cervicales grado uno (NIC1), condilomatosis 21% y pre-cáncer 16%; de estos el 42% tienen de uno a tres años de haber sido detectados y estar en tratamiento, un 16% mas tiene de 4 a 6 años en tratamiento, 26 % fue diagnosticada resiente mente, esta ultimas han presentado mayor numero de padecimientos como ansiedad, baja autoestima y depresión.

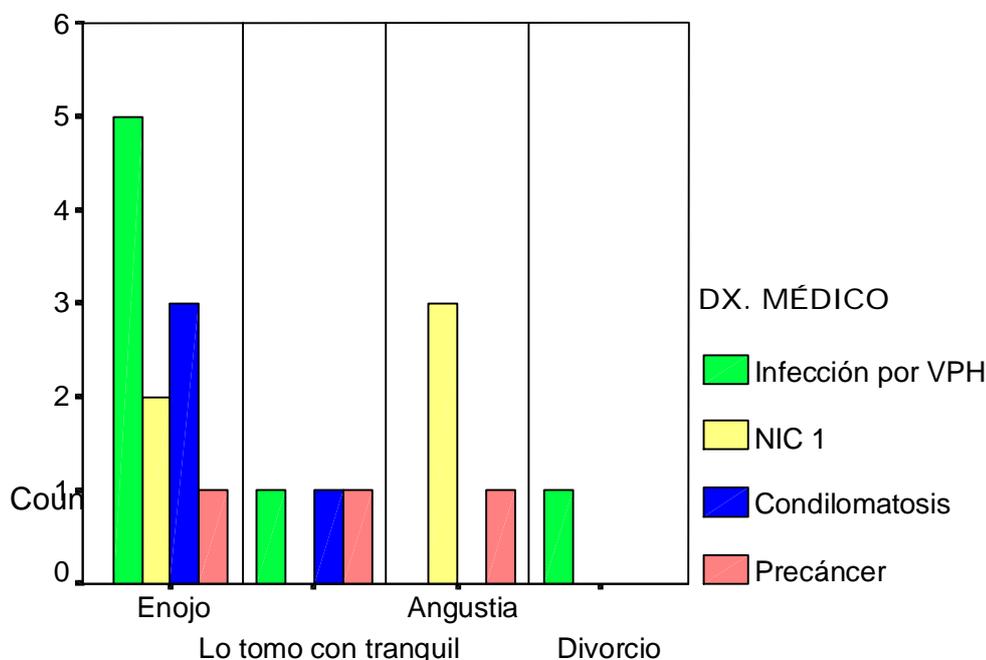
GRÁFICA 15
REPERCUSIONES DEL VPH



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

como se observa en la grafica, la infección por VPH, tiene mayores repercusiones en la relación de pareja y en el área emocional de la paciente, se cree que estas reacciones tienen mucho que ver con el tipo de información que recibieron al momento de ser informadas de su contagio, en cuanto al NIC, existe mayor ansiedad y peleas con la pareja, en lo referente a la condilomatosis es la única en la que se refiere presentar problemas en el área sexual, lo cual es atribuido a las verrugas externas características de la condilomatosis, las cuales según refirieron son desagradables y evitan los encuentros sexuales con su pareja por que les da pena.

GRÁFICA 16



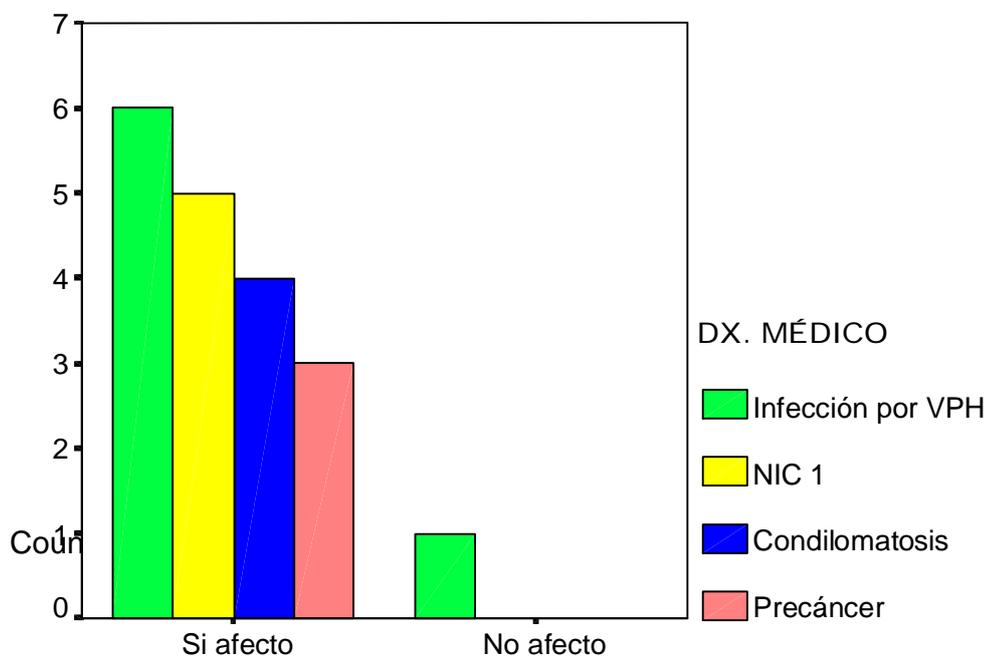
ACTITUD DE LA PACIENTE Y LA PAREJA ANTE EL PADECIMIENTO

Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

La reacción más frecuente entre las mujeres contagiadas con este virus fue el enojo en primera instancia, “ mi esposo tuvo la culpa, y es increíble que a el no le pase nada y que yo tenga que pasar por todo esto”, “es muy doloroso el procedimiento, siempre que vengo a tratamiento salgo con mucho dolor y duro más o menos tres días con malestar”. Seguido de la angustia y la tranquilidad. La angustia fue característica de las mujeres con hijos pequeños, ya que según refirieron despreocupaba morir y dejar a sus hijos desamparados.

Las mujeres que se mostraron tranquilas ante esta situación son en su mayoría mujeres de más de 40 años, y que recibieron información clara con respecto a su enfermedad y su situación actual, estas mujeres en su mayoría son esposas de jefes y oficiales, con hijos adolescentes o adultos.

GRÁFICA 17

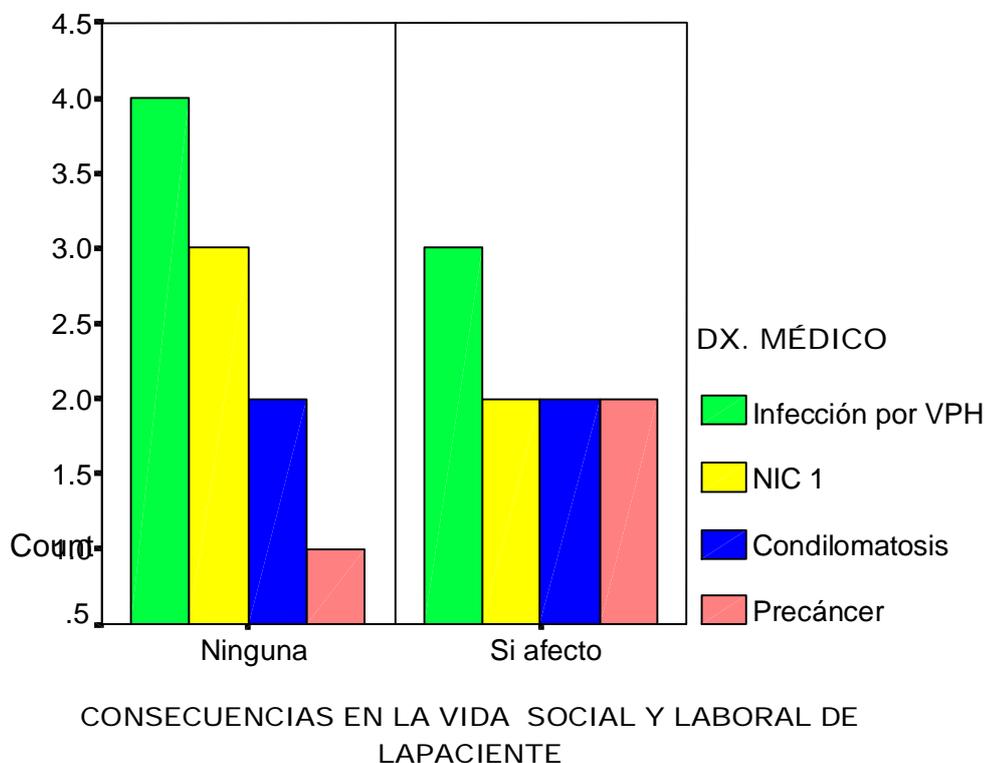


CONSECUENCIAS EN LA VIDA FAMILIAR DE LA PACIENTE

Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

La infección afecto la vida familiar y de pareja de las pacientes en un 95%, alterando la dinámica familiar, las constantes discusiones, y sus cambios de animo, han provocado que tanto ellas como sus hijos y parejas presenten diversos cambios de conducta afectando su entorno individual, familiar y social.

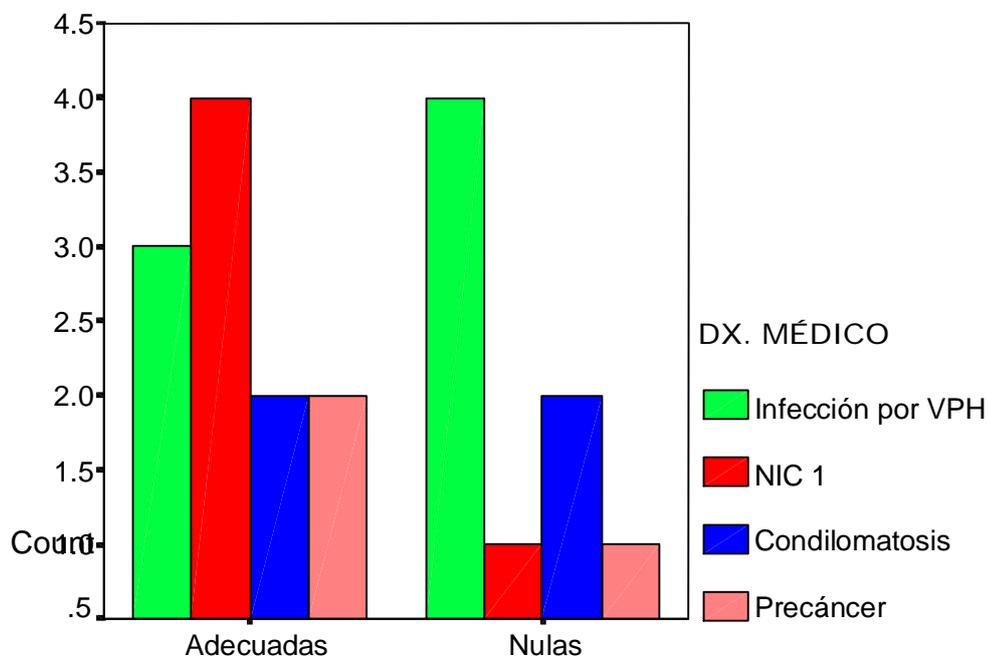
GRÁFICA 18



Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

El 53% refirió no haber tenido consecuencias en su vida social ni laboral; el 47% manifestó haber dejado de frecuentar a su familia por sentirse deprimida o estar enojada con su pareja. Los resultados presentados en esta grafica no son muy aceptables ya que en la grafica anterior se dice que si afecto la vida familiar de la apaciente en un 95 %, y por ende esto tiene que repercutir en la vida social y laboral, ya que los constantes pleitos y la tensión , así como la depresión, el estrés y la ansiedad que refieren las pacientes repercute de una u otra forma en estos sectores.

GRÁFICA 19



REDES FAMILIARES Y SOCIALES

Fuente: El contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

En la gráfica se observa que el 58% de las mujeres entrevistadas cuenta con el apoyo de algún familiar cercano, ya sea hermanos, hijos o pareja y el 42% no cuenta con ningún tipo de apoyo según comentaron por no querer que sus familiares y/o amigos se enteren de su enfermedad.

Lo que respecta su pareja se comentó que ellos no se preocupan por su salud, y que no quieren someterse a ningún tratamiento.

6.3 ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS.

CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN GENERAL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

DATOS GENERALES.

Se realizó un total de 118 encuestas a pacientes de Colposcopia de la Clínica de Especialidades de la Mujer identificándose lo siguiente:

En lo que respecta a la edad de las mujeres encuestadas, más de la mitad se encuentra en edad reproductiva, en un rango de 20 a 55 años principalmente; cabe mencionar que en esta clínica se atienden a mujeres a partir de los 15 años de edad.

El nivel de estudios de poco más de la mitad de la población es de nivel básico (primaria y secundaria), una cuarta parte de las personas encuestadas tiene estudios de nivel medio (Preparatoria y carreras técnicas), una quinta parte con estudios superiores (licenciatura), sólo la mínima parte de las mujeres no ha recibido algún tipo de instrucción académica. La principal ocupación considerando que la encuesta fue dirigida a mujeres es el hogar, la mínima parte combina esta actividad con el estudio o el trabajo. Estos datos nos permiten observar que estas mujeres no se desarrollan en actividades en las que perciban un salario, debido quizá a la falta de capacitación académica y la dedicación al cuidado de sus hijos.

De acuerdo al lugar de residencia, el 35% de las mujeres que solicitan atención médica provienen del D.F y área conurbada y más de la mitad radican en algún estado de la República, se puede apreciar en la gráfica 19.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

En los últimos años se ha demostrado la importancia del Virus del Papiloma Humano en el desarrollo del Cáncer Cervicouterino principalmente, así como en las lesiones intraepiteliales y condilomas acuminados. Sin embargo, la tasa de infección va en aumento, y cada vez más mujeres y hombres en edad reproductiva son contagiadas con el virus, esto puede ser atribuido al tipo de información que existe acerca del virus, ya que en ocasiones es confusa y alarmista, algunos médicos y enfermeras tanto de instituciones públicas como privadas brindan información equivocada a sus pacientes acerca de su enfermedad.

Es por esa razón por la que muchas mujeres y hombres no saben ni siquiera que se trata de una enfermedad de transmisión sexual como ocurrió en este caso ya que cuando se les preguntó a las pacientes si sabían que es el Virus de Papiloma humano, más de la mitad de ellas respondió que no, y sólo el 38% mencionó que se trataba de una enfermedad de transmisión sexual. De éstas únicamente el 28% conoce sus vías de contagio y métodos de prevención, sin embargo sólo el 18% usa el condón en sus prácticas sexuales.

En lo que respecta a las repercusiones y método de detección del VPH los resultados arrojaron que sólo el 38% de las mujeres encuestadas saben que el virus produce Cáncer Cervicouterino, Cándilomas o NIC, de acuerdo con los síntomas que presentan cada una de ellas. Y una tercera parte del total de las encuestas conoce algún método de detección del virus, coincidiendo en su mayoría con el estudio de papanicolaou.

HISTORIA Y HÁBITOS SEXUALES.

Los factores relacionados con la conducta sexual y su actual estado de salud, reveló que una cuarta parte de las mujeres ha tenido prácticas sexuales de alto riesgo,

manteniendo relaciones sexuales con más de un compañero sexual antes de su pareja actual; el 62% no usa condón en sus relaciones sexuales, ya que no lo consideran necesario por sostener relaciones sexuales únicamente con su actual pareja o porque ésta no lo permite.

Referente a la edad de inicio de la vida sexual encontramos que poco más de la mitad de las mujeres encuestadas la inició entre los 16 y 18 años de edad, y han estado con una pareja que a su vez ha tenido más de una compañera sexual.

El 64% presentó resultados anormales en su último estudio de papanicolaou, y por esta razón fueron referidas al servicio de Colposcopia para ser atendidas y el restante 36% comentó que les fue detectada la infección mediante el estudio de Colposcopia o la biopsia. En cuanto a su estado de salud actual sólo el 10% manifestó presentar algún problema de salud como diabetes, hipertensión y anemia.

DIANGNÓSTICO MÉDICO ACTUAL.

Referente a este apartado tenemos que el 100% fue referida a Colposcopia por presentar infección por Virus de Papiloma Humano y alguna de sus manifestaciones clínicas como condilomatosis, NIC I a III, Precáncer y Cáncer Cervicouterino

Del tiempo en que fueron diagnosticadas y referidas al servicio tenemos que una tercera parte tiene de una semana a ocho meses de haberse detectado la infección, las dos terceras partes restantes tienen de uno a ocho años con la infección y tratamiento.

En cuanto a la unidad médica en donde se les detectó la infección y el tipo de información que recibieron se encontró que la mitad de la población encuestada pertenece al servicio médico militar y fue en alguna de sus unidades médicas en donde recibieron el diagnóstico, el 20% fue detectado el virus en hospitales públicos y centros de salud, 24% en clínicas o laboratorios particulares y el restante 3% no contestó. Respecto al tipo de información recibida por las pacientes al momento de darle el diagnóstico, encontramos que el 15% la calificó como buena, es decir, les dijeron que era el virus, cómo fue adquirida, las posibles consecuencias que la

paciente tendría si no fuese sometida a tratamiento y seguimiento médico, los tratamientos y medicamentos existentes etc; 27% la calificó como mala, ya que según manifestaron no les dijeron nada acerca de su infección, ni de sus tratamientos, únicamente comentaron que les podría dar cáncer y morir en poco tiempo si no eran atendidas; el 11% la consideró regular, ya que sólo les comentaron que era un infección de transmisión sexual, y que seguramente sus esposos las habían contagiado y si no se atendían podrían morir de cáncer cervicouterino; el 16% no recibió ningún tipo de información y el restante 31% no respondió a la pregunta lo cual se atribuye al temor de no ser atendidas debidamente por los médicos, lo cual fue manifestado antes de contestar el cuestionario por las pacientes.

Por último, las respuesta que dieron las mujeres encuestadas a la pregunta El ser portadora del VPH ¿Ha afectado su relación de pareja y/o su estado emocional? El 68% contestó que sí. De ellas, el 47% mencionó que su relación de pareja se deterioró por los constantes reproches y peleas surgidas a raíz del contagio, el 20% mencionó que su actividad sexual se vio afectada, porque ellas evitaban los encuentros sexuales con su pareja, principalmente por coraje por el hecho de haberlas contagiado con el VPH y serles infiel, o por temor a que ellas pudieran contagiar a sus parejas con el virus; finalmente, el restante 33% comentó que su relación de pareja ya estaba dañada y a partir de haber recibido el diagnóstico de la infección por VPH la relación se deterioró aún más, hasta el grado de que algunas parejas optaron por la separación temporal y/o el divorcio.

ESTUDIO SOCIOECÓNOMICO Y PSICOSOCIAL.

Se realizó un total de 19 estudios socioeconómicos y psicosociales, a mujeres cuya relación de pareja se vio afectada por la infección con el virus de papiloma humano, obteniendo el siguiente perfil:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

A)PACIENTE.

El nivel escolar que presentó poco más de una cuarta parte de las mujeres entrevistadas fue de educación primaria ya sea que cursó algún año de primaria o la concluyó; una tercera parte, cuenta con educación secundaria; menos de una quinta parte tiene educación media superior o equivalente (preparatoria o carrera técnica), el 11% tiene licenciatura de las cuales el 5% continua estudiando.

Las mujeres que fueron entrevistadas se encontraban en un rango de edad que va de los 20 a los 65 años, presentando diferencias considerables de acuerdo con la edad y su diagnóstico; más de la mitad de ellas se encontraba en edad reproductiva cuyo rango va de los 20 a los 35 años de edad, y una tercera parte se encuentra en un rango de 41 a 65 años de edad.

Referente al estado civil más de la mitad es casada por el civil, una tercera parte vive en unión libre, y el restante 10% corresponde a mujeres separadas o viudas. La ocupación primordial es el hogar (84%), y el 11% trabaja, las principales actividades en las que se desarrollan son en el área del comercio y como trabajadoras domesticas.

La religión que profesan poco más de dos terceras partes es católica, una décima parte no profesa ninguna religión y sólo el 5% profesa la religión cristiana.

B) MILITAR.

En relación con la ocupación de las parejas de las pacientes entrevistadas se obtuvo que el 100% de ellos son militares, de los cuales el 74% están en el servicio activo; de éstos, dos tercios son tropa (de Soldado a Sargento 1º) y una tercera parte corresponde a oficiales (Subteniente a Capitán Primero) y sólo el 21% son militares retirados tanto jefes como oficiales y tropa. Respecto a los servicios u armas a las que pertenecen, dos cuartas partes de ellos prestan servicio en alguna arma, y el 47% en algún servicio; en cuanto a la antigüedad en el Ejército alrededor de una tercera parte tiene entre seis y diez años y sólo una cuarta parte tiene de 16 a 20 años y el restante 32% se encuentra entre los 11 y 25 años en servicio. La escolaridad de los militares es como mínimo de primaria (26%), secundaria (42%), educación media superior (10%) y los que estudiaron en algún plantel militar equivalente a carrera técnica o estudios superiores representan el 21%. En cuanto a la edad, el 73% fluctúa entre los 20 y 40 años de edad con una diferencia entre sus esposas de hasta cinco años o más en algunos casos.

GRUPO FAMILIAR.

C) Tipo de Familia

La ONU en el año internacional de la familia consideró que, la familia al ser vista como la unidad básica de la sociedad, y marco natural de apoyo emocional, económico y material para el crecimiento y desarrollo de los individuos, así como el medio esencial para la conservación y transmisión de valores, y el ámbito privilegiado para educar formar, y motivar a cada uno de sus miembros debe ser analizada y definida desde su estructura y tipología para comprender algunas actitudes que bien la pueden llevar al deterioro o reforzamiento de esta.

Considerando lo antes mencionado, el tipo de familia que prevaleció en el estudio fue la de tipo nuclear en un 68%, a pesar de que dentro de las familias militares es común la ausencia de alguno de los padres por periodos de tiempo más o menos

prolongados este tipo de familia es la que más prevalece dentro del Ejército, en contraste con las familias uniparentales las cuales se dieron por divorcio, separación o muerte de alguno de los cónyuges, con un 16%, en donde generalmente las mujeres son las proveedoras económicas y educadoras de los hijos; el 90% de las familias de este estudio están caracterizadas por ser jóvenes y encontrarse en la etapa filial e intermedia, el restante 10% corresponde a una familia anciana, en donde regularmente sólo sobrevive un cónyuge, en este caso, la mujer.

III. SITUACIÓN ECONÓMICA Y ALIMENTACIÓN

Para Allport, la economía en las familias es un factor importante ya que esta área representa la forma en la que valoramos y somos valorados. El dinero está asociado al poder y, por lo tanto, al control; para mucha gente, la lucha por ganarse la vida y mantenerse solvente para hacer frente a una competencia económica, representa una de las exigencias principales de la vida, lo que llega a causar estragos y engendrar crisis, a menudo más devastadoras que las del sexo y la de auto-identidad. Por lo tanto es una de las causas más frecuentes de conflicto en la vida de pareja la cual repercute directamente en la familia, a tal grado de llevarlos a la separación definitiva.

Como para cualquier familia en nuestro país las familias de las mujeres del estudio presentan una crisis la cual, entre otras, es uno de los principales factores de discusión entre éstas, ya que los ingresos están condicionados al grado militar que goce cada uno de los esposos de las pacientes, que poco más del 80% de estos perciben menos de 10 salarios mínimos en promedio por día, de los cuales el 95% destinan del 50 a 100% en alimentación, educación de los hijos y mantenimiento del hogar.

V. VIVIENDA, ÁREA GEOGRÁFICA Y ZONA DE UBICACIÓN.

Las prestaciones que tienen los militares y sus familias son diversas entre ellas esta el servicio de salud, y el de vivienda, este último está condicionado al número de viviendas que el Ejército tiene dentro de sus instalaciones, las cuales no son

suficientes para alojar a cada uno de sus soldados y sus familias, por lo que se ven en la necesidad de rentar en localidades aledañas a su centro de trabajo.

Con respecto a las características que presentaron las viviendas habitadas por las pacientes y sus familias encontramos que alrededor de una tercera parte habitan una casa rentada o prestada, el 63% restante, la casa que habitan es propia, cuyo material de construcción es de mampostería predominantemente, tanto en techos como en paredes y pisos, sólo un tercio fue construida con materiales mixtos, es decir, con paredes de tabique, pisos de concreto y techos de lámina de asbesto o cartón.

En promedio el número de cuartos por los que están constituidas éstas viviendas es de uno a cuatro habitaciones sin contar áreas comunes como cocina, sala y baños, referente al número de personas por dormitorio, tenemos que, sólo una quinta parte de las entrevistas ocupan de 3 a 4 personas por dormitorio, y en éstos casos son las familias cuyos hijos son menores de 5 años.

Alrededor de dos terceras parte de las familias viven en estados como Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Guerrero y el Estado de México y sólo una cuarta parte radica en el D.F; del total de éstas la mínima parte se ubica en zonas rurales y casi dos tercios de la población se localiza en zonas urbanas y sub urbanas, lo que confirma el hecho de que el incremento de las infecciones de transmisión sexual es una de las consecuencias de un ritmo de vida acelerado y de los cambios de hábitos y costumbres de la población, además del crecimiento desmesurado de las ciudades, teniendo una mayor concentración de gente en zonas marginales.

VII. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Evaluar el nivel de satisfacción de cada una de las mujeres entrevistadas brindó un panorama más amplio acerca de su salud, y deja ver las debilidades y fortalezas de las que se puede echar mano para establecer redes de apoyo con respecto a cualquier dificultad, ya sea de salud o relacionados con algún otro problema de corte social y físico.

Como ya se había mencionado al inicio del estudio la mayoría de las mujeres entrevistadas se dedica al hogar, de acuerdo con la pregunta que se les formuló como parte de la exploración de su funcionamiento psicosocial la cual fue ¿Cómo calificaría su desempeño con respecto a la actividad de que realiza? el 100% lo calificó entre bueno y regular, presentando una mayor prevalencia el primero.

Respecto a la utilización del tiempo libre, el 37% lo dedica a paseos y eventos culturales, el 21% en actividades artísticas y manuales y más de la tercera parte lo dedica a las tareas de los hijos y a otras actividades relacionadas con la atención y cuidado de los hijos.

VIII. ESTADO DE SALUD FAMILIAR.

Con respecto a este apartado se obtuvo que poco más de la tercera parte de las pacientes tiene entre uno y más familiares enfermos de los cuales más del 50% son hermanos y/o madre de la paciente; de éstos, una tercera parte de sus padecimientos tienen relación con el Virus de Papiloma Humano y con aspectos ginecológicos, el 44 % presenta problemas cardiovasculares y diabetes.

Con respecto a la familia nuclear encontramos que el 44% son hijos de las pacientes, y sus infecciones están relacionadas con anemia, problemas respiratorios y alergias.

IX. ANTECEDENTES MÓRBIDOS.

67. Inicio del padecimiento.

Se encontró que dos tercios de la población tienen entre uno y nueve años con la infección y están en tratamiento o seguimiento, una cuarta parte fueron recientemente diagnosticadas (entre uno y seis meses) y se encuentran en tratamiento y sólo una décima parte lleva más de 10 años con la infección.

68. Actitud del paciente y la pareja ante el padecimiento.

Más de la mitad de las pacientes reaccionó con enojo hacia su pareja, una quinta parte se angustió, el 5% lo tomó como motivo para el divorcio o la separación, y sólo

el 16% lo tomó con tranquilidad. Estos factores se atribuyen principalmente a una relación de pareja dañada, en donde la infección sólo fue un detonante de la mala relación que se venía arrastrando a lo largo del tiempo, principalmente por una mala comunicación.

69. Consecuencias en la vida familiar.

Las consecuencias que surgieron a partir del diagnóstico y del deterioro de la relación de pareja repercutieron en la vida familiar ya que más de la mitad manifestó que la relación con sus hijos y demás familiares se vio afectada por el distanciamiento que surgió a raíz de la infección y del mal manejo de la situación, las pacientes manifestaron que sus hijos reflejaron la situación por la que están atravesando, ya que se mostraron agresivo o retraídos y tristes; en cuanto a las pacientes, ellas presentaron cambios en su estado de ánimo, principalmente signos de depresión leve, ansiedad y estrés

70. Consecuencias en la vida social y laboral

Con respecto a la vida laboral, ésta no presentó ningún cambio, en cuanto a la vida social, hubo algunos cambios, se redujeron las visitas a familiares y amigos en casi un tercio de la población, ya que según manifestaron debido a la mala relación con su pareja no tenían tiempo de frecuentar a sus familiares, con respecto a la dinámica familiar, se comentó que los hijos de lagunas de las pacientes presentaban un comportamiento hostil en la escuela, situación que agravó aun más la relación en pareja.

Respecto a las consecuencias que pudieron haber surgido con los esposos de las mujeres entrevistadas no se obtuvo ningún dato ya que no se les entrevistó.

71. Redes intra y extra familiares.

Más del 50% de las mujeres entrevistadas cuentan con redes de apoyo adecuadas, principalmente por parte de alguno de sus hijos, hermanos o amigas, sólo el 16%

cuenta con el apoyo de sus parejas. El restante no presentó ningún tipo de apoyo, ya sea por estar lejos de su familia (padre o hermanos), o por no querer que se enteren de su infección, por temor al rechazo o crítica hacia su pareja con respecto a su comportamiento y a una posible infidelidad.

X. ELEMENTOS CUANTITATIVOS DEL FAMILIOGRAMA.

En cuanto a la historia personal de las pacientes los datos fueron obtenidos mediante el familiograma (anexo 6), en el cual encontramos que dos tercios de ellas iniciaron su vida sexual antes de los 18 años de edad, más de la mitad de las mujeres tienen matrimonios relativamente jóvenes de menos de 10 años, en donde la figura de autoridad es principalmente el hombre, mismo que funge como principal proveedor económico.

Del 5% de las familias desintegradas, la principal figura de autoridad es la madre, la cual estudia y es la principal educadora, el proveedor económico principal es el padre.

Referente a los embarazos, partos y abortos, observamos que el 100% de las mujeres ha estado embarazada al menos en una ocasión, y el 21% de ellas ha tenido de uno a dos abortos.

Estos elementos permiten hacer un juicio más amplio acerca de las consecuencias que tiene una enfermedad de transmisión sexual en la familia y, principalmente, en la relación de pareja de cada una de las pacientes, ya que según se pudo apreciar durante la entrevista, las mujeres se encontraban desconcertadas con una serie de sentimientos que iban de un gran sentido de impotencia y desesperación hasta el coraje hacia su pareja por considerarlo responsable del contagio. Cabe mencionar que la mitad de ellas consideraba que estaban deprimidas. Al aplicar el inventario de Zung para la depresión encontramos que poco más de una tercera parte presentó depresión leve y el restante presentó estrés y ansiedad, atribuido principalmente a las constantes discusiones con su pareja, y a la preocupación extrema por desarrollar cáncer cervicouterino.

CONCLUSIONES

1. El Virus de Papiloma Humano, es un detonante del deterioro en la relación de pareja particularmente contribuyendo a una comunicación disfuncional.
2. En este estudio encontramos que las mujeres entrevistadas portadoras del VPH presentaron alteraciones de tipo estructural manifestadas en coaliciones y exclusiones emocionales, así como patrones rígidos de conducta, principalmente el aislamiento; lo cual perturbo la dinámica familiar ya que se presentaron cambios de roles y funciones.
3. Se distorsiona la compatibilidad con respecto a su familia, pareja y a su entorno, sus mecanismos de afrontamiento ante su enfermedad y lo que conlleva, se tornan difíciles de cambiar , lo cual afecta tanto a la familia, como a su red social y principalmente a la pareja.
4. Existe un aumento en la expresión de las emociones, propiciando discusión y agresión tanto en lo emocional como en lo sexual dirigida principalmente a su pareja. Éstas mujeres en su mayoría no tienen un buen control de sus emociones, en todas existe una gran incertidumbre con respecto a su futuro individual y familiar, provocado principalmente por el tipo de información que recibieron respecto al virus.
5. Pocas mujeres que recibieron información clara respecto al VPH, y sus vías de contagio, así como de sus consecuencias y tratamientos existentes, tienen una mejor actitud ante el futuro y una mayor estabilidad emocional, reflejada en una mejor aceptación de su enfermedad, y en el apoyo de su pareja, lo cual es de gran importancia para el tratamiento de las pacientes, ya que se encuentran más relajadas y con menos preocupaciones, logrando una mayor estabilidad en su sistema inmunológico permitiendo que los tratamientos médicos tengan mayor éxito.

6. Las mujeres que no tienen una buena relación con sus esposos y recibieron información deficiente o equivocada, presentaron mayor dificultad para aceptar su enfermedad, además de mostrar mayores signos de ansiedad, depresión, y de problemas en sus familias, tanto económicos como de salud, de igual forma en éstos casos existe un antecedente de previas infecciones vaginales e infidelidades por parte de su esposo, así como de signos de violencia física y psicológica; cabe mencionar que algunas de estas mujeres provienen de familias en donde se ejerció algún tipo de violencia por parte de alguno de sus padres.

7. Otro de los factores, que predisponen el deterioro de la relación en pareja por contagio del VPH, es el factor demográfico, ya que entre otras cosas respalda las estadísticas del sector salud en donde se dice que el mayor número de contagios se presenta en las zonas rurales, con pocos y deficiente servicios de salud, contrariamente a las zonas urbanizadas en donde se puede tener un mejor diagnóstico inicial y desplazarse con mayor facilidad a los centros de salud, y a los hospitales de 2º y 3er nivel de atención.

8. Gran parte de las familias militares son provenientes de diferentes estados de la república principalmente de zonas rurales en donde existen pocos servicios de salud, a pesar de contar con el servicio médico militar no hacen uso de él, ya que éstos se encuentran ubicados sólo en las zonas militares, las cuales muchas veces están lejos del lugar en donde viven, las cuales presentan lesiones más graves por no haberse diagnosticado la infección a tiempo.

9. Algunas familias de militares, constantemente se encuentran cambiando de domicilio, y en algunos casos los esposos deciden dejar a sus familias en sus lugares de origen e irse ellos, durante éstos periodos de tiempo las infidelidades son frecuentes, presentándose un mayor número de contagios en sus esposas, las cuales no acuden a revisiones ginecológicas por no considerarlo necesario, como consecuencia de ello se incrementan los costos de tratamiento y traslado a los lugares en donde se les pueda brindar una atención adecuada, ya que desarrollan lesiones de primero, segundo y, tercer grado, incluso cáncer, y es cuando surgen o se agravan los problemas en la pareja, ya que conforme a la información que reciben las mujeres es la

reacción de ellas hacia sus parejas las cuales principalmente se manifiestan en discusiones y peleas constantes, en donde la principal causa es el reclamo por la infección y la posible infidelidad de su pareja, seg. “ el médico me dijo que los hombres son los que contagian a la mujer con esta enfermedad, yo sé que mi marido tiene otras mujeres, lo sé por que lo escuche hablar con uno de sus amigos acerca de esto”

10. Las mujeres hacen manifiesto su enojo con sus esposos por el contagio, mediante la abstinencia de las relaciones sexuales, ya que una gran cantidad de ellas evita los encuentros sexuales con su pareja “por miedo al contagio”, sin embargo se creó que lo usan como venganza de ellas hacia sus esposos, por haberlas contagiado, como ellas lo manifestaron poner en riesgo su vida, al ser contagiadas con el virus y poder desarrollar cáncer cervicouterino, algunas otras lo evitan por sentirse poco atractivas ya que presentan condilomas y lo consideran desagradable a la vista y al tacto, éstas mujeres consideran injusto que el hombre no desarrolle cáncer y que no tenga que someterse a los tratamientos los cuales son sumamente dolorosos e incómodos.

11. En la actualidad los científicos están buscando una cura para ésta enfermedad y tras años de investigación se ha logrado una vacuna capaz de reducir hasta en un 76% el desarrollo de cáncer cervicouterino provocado por virus de papiloma humano, sin embargo los costos de la vacuna se encuentran por encima de los \$1,500.00 M.N por inyección (el tratamiento se compone de tres inyecciones) y su efectividad no está garantizada en un 100%, además de que la vacuna es recomendada a niñas menores de 12 años o a mujeres mayores que no han tenido contacto sexual, para que puedan adquirir la inmunidad hacia cuatro tipos de virus de los 100 existentes.

12. El VPH se considera un problema de grandes dimensiones, y por consiguiente la sociedad sigue en constante riesgo ante la posibilidad de contraer este virus y desarrollar cáncer cervicouterino. Esto mientras la Secretaría de Salud no haga nada para poner al alcance de todos la vacuna, así como de dirigir un porcentaje mayor del presupuesto a las investigaciones científicas cuyo objetivo sea reducir los costos y ampliar la efectividad de la vacuna contra el VPH, de modo tal que mujeres y hombres

en edad reproductiva sean los que estén protegidos contra el virus. Y así evitar a mediano y largo plazo la muerte por este factor.

13. Es importante mantener informada a la población que se encuentra en riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, ya que de no hacerlo se incrementan las probabilidades de contagiar a más personas y de provocar que más parejas tengan problemas derivados de una infección de transmisión sexual como es el VPH.

14. Se considera importante incrementar el personal de psicología, ya que se detectó que existe una gran demanda de este servicio, y solo se cuenta con una psicóloga, la cual no puede cubrir las demandas de atención, y por tanto existen muchas mujeres con depresión y ansiedad sin recibir atención; con la finalidad de brindar una mejor atención se propone incorporar a trabajadores sociales en esta área de atención.

15. Los sistemas de salud deben tener un mayor control de las Infecciones de Transmisión Sexual, mediante programas, encaminados a lograr una educación sexual de calidad y a la prevención de éstas infecciones, principalmente del VPH.

APORTE DEL TRABAJO SOCIAL ANTE EL PROBLEMA DEL CONTAGIO POR VPH Y SUS REPERCUSIONES EN LA PAREJA.

La labor de los trabajadores sociales en el área de salud, es de suma importancia, ya que no solo toman en cuenta el aspecto médico de la enfermedad, sino ven a esta desde diferentes áreas, enfatizando en la importancia que tiene el medio social en el que se desenvuelve el individuo, para la cura o el agravamiento de su enfermedad, creando así programas efectivos y viables para la prevención, atención y control de las diversas enfermedades que aquejan al individuo.

Es por lo que se propone la creación y puesta en marcha de acciones que vayan encaminadas a la investigación científica por parte del Trabajo Social en el área de salud con el objeto de retroalimentar el quehacer profesional y brindar alternativas que la mejoren, haciéndola multidisciplinaria en la operación de los programas de promoción, educación, y restauración de la salud física y mental del individuo. Mediante la organización de grupos y la participación comunitaria en la realización de actividades destinadas a la capacitación, difusión, planeación, evaluación, y toma de decisiones relacionados con los problemas de salud.

Para lograr este cometido deberá ser contemplado el aspecto social del paciente como elemento fundamental en el tratamiento, mediante el otorgamiento de un diagnóstico psicosocial, permitiéndonos vislumbrar al paciente no sólo como ente biológico, sino también como social, desde su ingreso hasta el proceso de re-inserción a su núcleo familiar y social.

Por lo que se considera de primera necesidad crear un programa de atención integral de la salud, cuyo objetivo principal sea aumentar la calidad en la atención, mediante la transformación o el diseño de modelos de atención basados en las necesidades del paciente y la institución, de manera tal que haya un incremento de resultados, considerando un aumento de personal especializado de Trabajo Social, el cual se obtendrá mediante la capacitación constante y vanguardista, permitiendo la reducción

de costos y el aumento en el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de la institución.

Para esto se plantean los siguientes proyectos:

El primero, dirigido al personal de salud que labora en la CEM , con la creación de un taller cuyo objetivo general sea sensibilizar a médicos y enfermeras, acerca brindar una atención con calidad y calidez, resaltando la importancia que tiene el aspecto humano en la consulta con sus pacientes, brindándoles las herramientas necesarias, que les permitan proporcionar una mejor atención y ofrecer información clara y precisa acerca de sus diagnósticos, con la finalidad de que la paciente logre entender su enfermedad, y así equilibrar sus emociones respondiendo de mejor forma a sus tratamientos médicos elevando con esto su calidad de vida y reduciendo los costos.

El segundo, crear un grupo socioeducativo sobre salud sexual, en el que se aborden temas referentes a la diferentes infecciones de transmisión sexual, sus repercusiones tanto a nivel individual como social, dirigido a las derechohabientes y comunidad en general, en edad reproductiva, principalmente a las usuarias de los servicios de ginecología y medicina preventiva, específicamente a las que les realiza el estudio de papanicolaou y a las que asisten a revisiones ginecológicas y obstétricas, con la finalidad de reducir la incidencia del contagio por VPH y el desarrollo del Cáncer Cervicouterino, creando un ambiente ideal en donde exista la confianza, y la libertad para manifestar sus inquietudes y disipar todas sus dudas con respecto al VPH y otras infecciones de transmisión sexual, previniendo de esta manera nuevos casos.

Así como la creación de un programa cuyo objetivo sea la atención de la salud mental de las pacientes y sus parejas que se encuentran en tratamiento, por haber sido diagnosticados con el Virus de Papiloma Humano, ya sea por simple contagio, Condilomatosis o por desarrollo de NIC I, II, III, y Cáncer en cualquiera de sus fases, con la finalidad de prevenir y dar tratamiento al estrés, depresión, ansiedad y algunos otros trastornos que se puedan derivar de esta situación, proporcionando las herramientas necesarias para hacer frente a los problemas de pareja que puedan

surgir y de esta forma involucrar a ambos en el tratamiento y prevención de la enfermedad, y mejorar su relación tanto de pareja como familiar.

**TALLER DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
PARA MÉDICO Y ENFERMERAS DE LA C.E.M DE LA SEDENA**

OBJETIVO GENERAL:

Sensibilizar a médicos y enfermeras ante al importancia de brindar información clara y precisa acerca de las diferentes infecciones de transmisión sexual que se presentan en la población atendida.

METAS:

Que el 50% del personal medico acuda al taller

Que los asistentes al taller comprendan al menos un 70% de la información proporcionada.

Lograr el 80% de asistencia

LIMITES:

Tiempo: Permanente.

Lugar: Clínica de especialidades de la Mujer de la SEDENA.

Universo de Trabajo: Médicos y Enfermeras

ESTRATEGIAS:

Obtener información a través de una encuesta realizada a los medico y enfermeras sobre el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual más comunes.

Promover el taller por medio de carteles.

Contactar al personal medico especializado en el área para su participación en el taller

POLITICAS:

El máximo de asistentes será de 20 personas

La información proporcionada deberá ser clara y confiable

El trato a los asistentes al taller tendrá que ser amable y cordial.

PROYECTO SOCIOEDUCATIVO DE SALUD SEXUAL

OBJETIVO GENERAL:

Orientar e informar a las usuarias de la CEM de la SEDENA, acerca de las diferentes infecciones de transmisión sexual y sus repercusiones.

METAS:

Que el 30% de las usuarias asistentes a consulta acudan al grupo socioeducativo.

Que los integrantes del grupo comprendan al menos un 70% de la información proporcionada.

Lograr el 80% de asistencia

LIMITES:

Tiempo: Permanente.

Lugar: Clínica de especialidades de la Mujer de la SEDENA.

Universo de Trabajo: Derechohabientes con alguna infección de transmisión sexual, y comunidad en general.

ESTRATEGIAS:

Obtener información a través de una encuesta realizada a las usuarias de medicina preventiva, Colposcopia, obstetricia, y ginecología de la CEM, sobre el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual más comunes.

Promover el grupo socioeducativo por medio de Trípticos y carteles.

Contactar al personal médico especializado en el área para su participación en los temas médicos

POLITICAS:

El máximo de asistentes será de 20 personas

La información proporcionada deberá ser clara y confiable

El trato a los asistentes al taller tendrá que ser amable y cordial.

PROGRAMA PERMANENTE DE SALUD MENTAL.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar atención, psicológica y/o siquiátrica a mujeres que presenten problemas emocionales derivados de su estado de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Crear grupos dos de apoyo

METAS:

Que el 50% de las pacientes detectadas con problemas emocionales, acudan a las terapias individuales y de pareja.

Que el 30% de las parejas que acuden a terapia, se integren a uno de los dos grupo

LIMITES:

Tiempo: Permanente.

Lugar: Clínica de especialidades de la Mujer de la SEDENA.

Universo de Trabajo: Derechohabientes

ESTRATEGIAS:

Promover los grupos de ayuda por medio de carteles y trípticos.

Detectar y canalizar a las usuarias con problemas emocionales al servicio de Psicología

POLITICAS:

El máximo de asistentes a los grupos de ayuda será de 10 personas

La información proporcionada deberá ser manejada de manera confidencial

El trato a los asistentes al taller tendrá que ser amable y cordial.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, R-Carter, I. La Conducta Humana en el Medio Social. Enfoque Sistémico de la Sociedad. Gedisa, Barcelona, España, 1994

Buckley, W. La sociología y la Teoría Moderna de los Sistemas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1982,

Calderón, Conde-González C. Enfermedades de Transmisión Sexual. Conceptos Clínicos de Insectología, México D.F Méndez Editores, 1993

De la Reza, G. Teoría de Sistemas. Reconstrucción de un paradigma. Miguel Ángel Porrua, UAM-Xochimilco, México, 2001

Del Rosario, Silva. Ma. Apuntes para la elaboración de un proyecto de investigación social. Universidad Nacional Autónoma de México, México 2001

Dirección de Modelos de Intención, Guía Técnica de Teoría de Sistemas Aplicada a la Asistencia Social. DIF. México D.F 2002.

Donald Rivera, M , Las Familias Monoparentales ¿El modelo familiar del futuro?. Rev Cuadernos de Realidades Sociales No. 43-44 ed. Instituto de Sociología Aplicada, Madrid España , 1994.

Dulanto, Gutiérrez E. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos, Hospital Infantil de México, México 2004

Estrada, Inda Lauro, El Ciclo Vital de la Familia, Grijalbo México 1997.

Galeana, de la O, Silvia. Promoción Social. Una Opción Metodológica, ENTS/UNAM Plaza y Valdez, México, 1999

Hamilton, Gordon, Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos, La Prensa Médica Mexicana, 9ª reimpresión México D.F 1992.

Iglesia de Ussell, La familia , Edit. Grijalbo, Barcelona 1997

Índice Absoluto de Marginación 1999-2000. INEGI 2000.

Informe Anual de Citologías de la Clínica de Especialidades de la Mujer 2001.a 2004.

Laboratorio de Micro-enseñanza para la construcción de intervención profesional de trabajo social, Modelo de intervención individualizada Guía para su construcción. ENTS-UNAM, México D.F 1998.

Melendo, Comunicación e Integración Personal, Gedisa, Madrid España , 1985.

Masters y Jonson, El vínculo del placer , Edit, Grijalbo, Barcelona 1978.

Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006.

Programa Nacional de Salud, Secretaria de Salud, México.2001-2006

Quintero, Velásquez Ángela Ma, Conflictos Intrafamiliares Inherentes al Desarrollo Evolutivo de la Familia, en Primer Congreso Latinoamericano de Familia, Medellín, Comité Interinstitucional de Familia _ CIF, Secretaria de Bienestar Social,1994

Quintero Velásquez, Ángela Ma, La Familia en Colombia, Medellín Universidad de Antioquia, Departamento de Trabajo social. 1995

Quintero, Velásquez Ángela Ma., Trabajo Social y Procesos Familiares, Colección Política Seguros y Trabajo Social, Humanitas, Argentina 1997

Range, Atala Ernesto J. La Pareja Elección, Problemática y Desarrollo. Plaza y Valdez México 2002.

Salud: México 2001-2005 Información Estratégica por Entidad Federativa 1ª edición, México D.F 2006 Editada por la Secretaria de Salud.

Sánchez, Artemio, Intervención Microsocial: Trabajo Social con individuos y familias, editorial, diego 1ª edición 2000.

Sánchez, Rosado, Manuel, Manual de Trabajo Social. ENTS-UNAM/Plaza y Valdez, 1ª edición, México D.F 1999.

Secretaria de Salud, Guía Sobre Clínica de Displasias Y Algo Mas..., Talleres Gráficos de México, México D.F, Primera Edición 2002

Shulman, Lawrence, Técnicas Fundamentales para la Practica Directa de Trabajo Social con Clientes. Guía para el instructor, UNAM- ENTS México 1998.

Spiegel, Murria R. Estadística . McGraw-Hill, México 1991.

Todo Sobre la Sexualidad I, Gran colección de la salud, Tomo 7, Plaza Janes, Barcelona 2004

Vega, Franco Leopoldo, Pensamiento y Acción en la Investigación Biomédica, la Prensa Médica Mexicana, México D.F 1991.

ARTICULOS EN REVISTAS.

Bauer HM, Hildesheim A. Schiffman MH, Et Al. Ddeterminants Of Genital Human Papillomavirus Infection On Low Risk Women In Prtlant, Oregon. Sex. Transm Dis. 1993;20:274-278

Berumen-Campos, J Nuevos Virus del Papiloma Humano Descubiertos en México: Su Asociación al alta Incidencia del Cáncer de Cérvix. Gaceta Medica Mexicana Vol. 139, Suplemento No.4, 2003.

Boletín Informativo PAI, Programa Ampliado de Inmunización de Las Américas. Año XXVII, Número 2, Abril De 2005.

Brown Dr. FifeKH. Human Papiloma virus Infections Of The Genital Tract. Med. Clinic North Am. 1990;74 1455-1485.

Clínica de Especialidades de la Mujer, Revista del ejercito mexicano marzo de 2003; 32 5-8.

Dirección General de Estadística I y E. Estadísticas sobre tumores malignos en México. Dirección General de Estadística , Informática y Evolución. Salud Publica Méx. 1997;39:388-399.

Gram S, Priore R, Graham M, Browne R, Burnett W, West D, genital cancer in Wives of Penile Cancer Patients Cancer. 1979; 44:1980-1974.

Hernández Ávila M, Lazcano Ponce EC, Alonzo de Ruiz P, Romieeu I. Evaluation of the cervical cancer screening program in México : A Population- based case- control study int. J Epidemiol 1998; 27: 1-7

Hernández Dulce Maria, Hernández Francisco, Ornelas Laura, González Guillermo, Andrade Alejandro Martínez Maria C., "Cáncer de cuello uterino. Factores sociales clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras" Rev. Med. IMSS 2001;; 39 (4):325-333

Kataja V, Syrjanen S, Yliskoski M, Et Al Risk Factors Associated UIT Cervica Human Papillovavirus Infections: A case Control Study. Am J Epidemiol. 1993:138:735-745.

Lazcano Ponce EC, castro R, Allen B, najera Aguilar P, Alonzo de Ruiz P, Hernández Ávila M, Barriers to early detection of cervical uterine cáncer in México. J Womens Health 1999;8 (3):399-408

Lozcano- Ponce EC, Najera-AguilarP, Buiatti E, Alonso- de Ruiz P, Kuri P, Cantoral L, The cervical cancer screening program in México: Problems with access and coverage. Cancer causes control. 1997;8:698-704

Mcdonald. Argaret. El Trabajo Social Psiquiátrico – una nueva perspectiva. Sección de T.S del Depto. de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM
Mclachlin CM Pathology Of Human Papillomavirus In The Female Genital Trac. Curr Opin Obstet Gynecol .195;7:24-29

Muñoz Nubia, Bosch Javier. Relación Causal entre el virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol. Oficina Sanit Panam 121(6), 1996

Muñoz, N. Et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. The New England Journal of Medicine, 348:6, February 6, 2003

National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. JAMA 1989;262:931-934.

Organización Panamericana de La Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición. Washington, 2001.

Rivera R. et al. Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2002; 67(6): 501-506

Salazar Hernández Ma. Guadalupe, Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de la Salud, Revista de Trabajo Social No.37 Enero – Marzo de 1989 Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Secretaria de Salud. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. (indicadores). Salud publica Méx. 1999;41:138-46

Torrejón, R. Factores de Riesgo de Cáncer Uterino. Estrategias de Prevención. Salud Total de la Mujer 2002: 4(1):23-31

Trejo, Solórzano Oscar, Mendoza, Peña Guillermo, Díaz Becerra, Julio C, Aragón de los Ríos Ma. Cristina, Detección del virus de papiloma humano en el varón con cepillado uretral. Rev. Fac. Med. UNAM Vol.43 No.3 mayo junio de 2000.

SITIOS WEB.

www.acatlan.unam.mx Depresión

www. equidad org .mx. VPH enfermedad Silenciosa.

www gineconet. com. VPH

www.gineconet.com. Perspectivas sobre la vacuna contra el VPH.

www.OMS.com. VPH

www. OMS. com Sexualidad.

www. ONU. com Enfermedades de transmisión sexual.

www.ONU.com. Año internacional de la familia

www.reforma. Com Infidelidad

www.terapiadepareja.com.mx la infidelidad

www.tubienestar.com.ve. Personas con autoestima baja

www.tusalud.com.mx Estrés

HANEROS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER.**

Objetivo: Determinar el grado de conocimientos sobre las posibles consecuencias de ser portadora del Virus del Papiloma Humano derivadas de la información otorgada por el personal médico

Instrucciones.

I.- Lea cuidadosamente y escriba su respuesta.

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ 3. Escolaridad: _____
Teléfono _____ Matricula: _____
Lugar de residencia: _____

1. ASPECTOS GENERALES DEL VIRUS DE PAPILOMOA HUMANO

4. ¿Sabe qué es el Virus del Papiloma Humano? _____

5. ¿Conoce su forma de transmisión? _____

6. ¿Conoce algún método de prevención para el Virus de Papiloma Humano? _____

7. ¿Conoce las repercusiones de la infección? _____

8. ¿Conoce usted algún método de detección del Virus del Papiloma Humano? _____

2. HISTORIA Y HÁBITOS SEXUALES

II.- Lea detenidamente y marque con una "X" su respuesta .

- | | | |
|--|----|------------|
| 9. ¿Ha tenido más de un(a) compañero(a) sexual? | Si | No |
| 10. En sus relaciones sexuales ¿usa el condón? | Si | No A veces |
| 11. ¿Tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años? | Si | No |
| 12. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que haya tenido más de 1 compañero(a) sexual? | Si | No |
| 13. ¿Ha tenido algún resultado anormal en su prueba de papanicolaou? | Si | No |
| 14. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado por un trasplante de órganos, infección por VIH (SIDA) u otra mala condición de salud? | Si | No |

3. DIAGNÓSTICO ACTUAL.

III.- Si usted ya es portadora del VPH, conteste las siguientes preguntas.

15. ¿Mediante qué estudio le fue detectado el Virus de Papiloma Humano? _____

16. ¿Cuánto tiempo tiene usted siendo portadora del virus? _____

17. ¿En dónde le dieron el diagnóstico? _____

18. ¿Cómo fue la información que recibió usted acerca de su padecimiento?

a) Buena b) Mala c) Regular d) Nula

¿Porqué? _____

19. ¿El ser portadora del Virus de Papiloma Humano, ha afectado su estado emocional? _____

En caso de que su respuesta sea afirmativa, describa cómo la ha afectado de manera general

¡¡Gracias por su cooperación!!

III. SITUACIÓN ECONÓMICA

Ingreso familiar mensual:_____ No de dependientes:_____

Proveedor principal _____ Ocupación o grado_____

Otros proveedores_____ Ocupación_____

IV. ALIMENTACIÓN

¿Qué cantidad del gasto familiar se utiliza para la alimentación?

28)0 %-21% 29)22%-30% 30)31%-40% 31)41%-50%

32)51%-60% 33)61%-70% 34)71%-100%

V. VIVIENDA

1)Tipo de tenencia:

35) Rentada 36) Prestada 37) Propia, pagada

2)Material de construcción:

38) Lámina 39) Madera u otro 40) Mixta 41) Mampostería

3)No. de habitaciones:

42)1-2 43) 3-4 44) 5-6 45) 7 a más.

4)No. de personas por dormitorio:

46) 1-2 47)3- 4 48) más

VI. ÁREA GEOGRÁFICA

a) Estados _____

b) Edo. de México_____

c) D.F _____

E) ZONA DE UBICACIÓN

49) Rural 50) Suburbana 51) Urbana

VII .FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

F) ACTIVIDAD QUE REALIZA.

52) Estudia 53) Trabaja 54) Hogar 55) Ninguna

G) De la actividad que realiza ¿Cómo calificaría su desempeño?:

56). Bueno 57) Malo 58) Regular.

H) UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE:

- 59) Paseos 60) Deporte 61) Lectura 62) Act artística.
63) Ev. Culturales 64) Act. Religiosas 65)Act. Manuales 66)Otro:_____

VIII. ESTADO DE SALUD FAMILIAR

No. de enfermos en la familia: _____
Padecimiento _____
Parentesco: _____

IX. ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Dx Médico: _____

67). Inicio del padecimiento: _____

68). Actitud el paciente y la pareja ante el padecimiento: _____

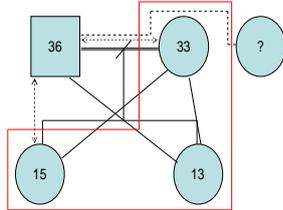
69) Consecuencias en la vida familiar: _____

70) Consecuencias en la vida social y laboral: _____

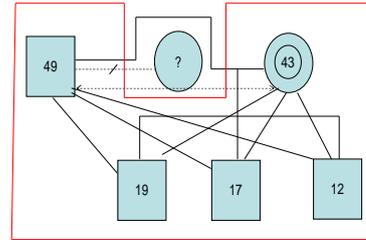
71) Redes familiares intra y extra familiares. _____

ANEXO 3

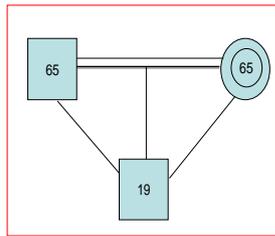
Familiograma 1



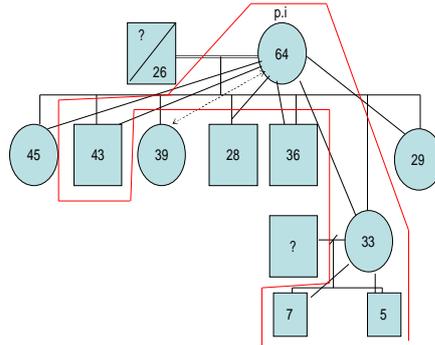
Familiograma 4



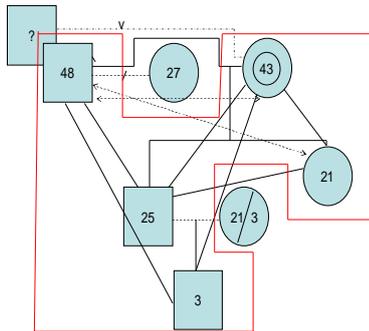
Familiograma 2



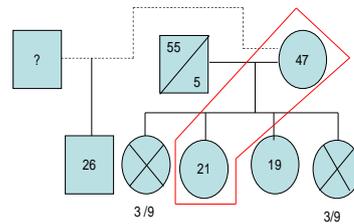
Familiograma 5



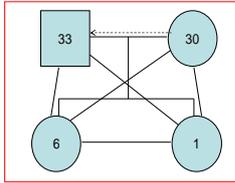
Familiograma 3



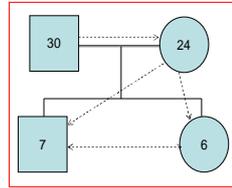
Familiograma 6



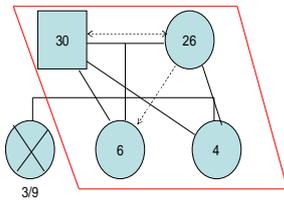
Familiograma 7



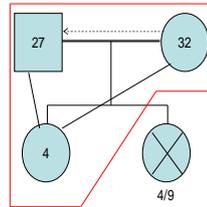
Familiograma 10



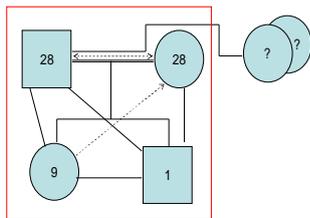
Familiograma 8



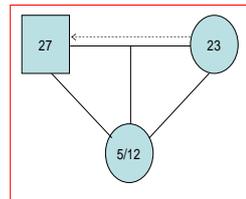
Familiograma 11



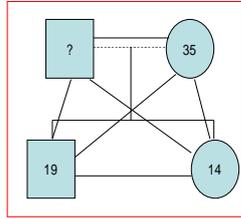
Familiograma 9



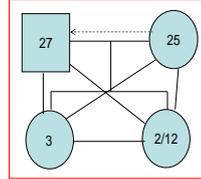
Familiograma 12



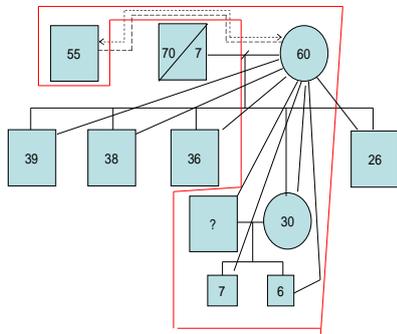
Familiograma 13



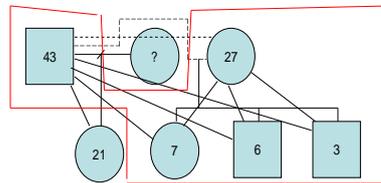
Familiograma 17



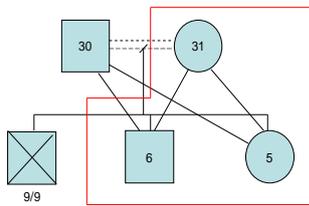
Familiograma 14



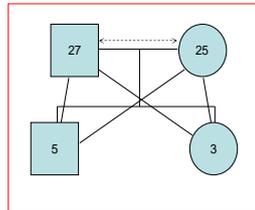
Familiograma 18



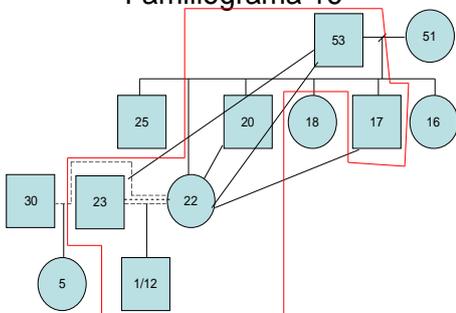
Familiograma 15



Familiograma 19



Familiograma 16



ANEXO 4

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG (PARA LA DEPRESIÓN)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces	PUNTOS
1. Me siento abatido, desanimado y triste					
2. Por la mañana es cuando me siento mejor					
3. Tengo ataque de llanto o deseo llorar					
4. Tengo problemas de sueño durante la noche					
5. Como igual que antes					
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/ hombres atractivos					
7. Noto que estoy perdiendo peso					
8. Tengo problemas de estreñimiento					
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado					
10. Me canso sin motivo					
11. Mi mente está tan despejada como antes					
12. Me resulta fácil hacer too lo que solía hacer					
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto					
14. Tengo esperanzas en el futuro					
15. Soy más irritable que de costumbre					
16. Tomo las decisiones fácilmente					
17. Siento que soy útil y necesario					
18. Siento que mi vida está llena					
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto					
20. Sigo disfrutando con lo que hacia.					
				TOTAL:	

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo las: _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____

Yo: _____ manifiesto por este medio, libremente y sin presión alguna, y una vez habiendo sido debidamente informada acerca del proyecto de investigación "**EL CONTAGIO POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU IMPACTO EN LA PAREJA**", mi aceptación voluntaria para participar en el mismo.

Y autorizo a la P.Lic.T.S. Nancy Ortiz Montes para:

- § Aplicarme los instrumentos necesarios para la investigación del antes mencionado proyecto.
- § Realizar si es preciso una o más entrevistas, para el desarrollo de esta.
- § Utilizar con fines de investigación y educación, y con absoluto respeto a la confidencialidad de los resultados del mismo.

ANEXO 6

HISTORIA DE VIDA

Se trata de una pareja joven, Él de 28 años de edad, originario de el estado de Oaxaca, estudios máximos de secundaria, actualmente es militar con diez años de antigüedad y ostenta el grado de sargento 2º.

Ella, de 28 años de edad, originaria del estado de Guerrero, estudios máximos de primaria, actualmente se dedica al cuidado de sus dos hijos, y trabaja como empleada domestica, en una casa cercana a su domicilio.

La paciente presento signos de ansiedad (sudor en las palmas de las manos, respiración entrecortada y tensión muscular); durante la entrevista ella comento que conoció a su esposo en Iguala Guerrero. Al cabo de un año deciden casarse, a la ceremonia no asistió ningún pariente de ellos ya que perdieron contacto con estos por algún tiempo.

La pareja procreó dos hijos, el mayor tiene actualmente 9 años y la menor un año de edad. El hijo mayor presenta problemas de agresividad en la escuela, motivo por el cual ha sido suspendido en dos ocasiones, la paciente comentó que el niño presento este comportamiento a raíz de los problemas que se viven en el hogar, ya que desde hace dos años, su esposo empezó a cambiar, volviéndose agresivo con ella, al grado de golpearla y utilizar el trabajo como pretexto para no llegar a su casa, además de serle infiel en repetidas ocasiones y no darle dinero para el gasto de sus hijos, por lo que ella se vio en la necesidad de buscar trabajo lo que se le ha dificultado por no tener una profesión. En lo referente al aspecto socioeconómico se encontró que la situación por la que atraviesa la familia es difícil ya que tienen una percepción económica inferior a los cinco salarios mínimos, de lo cual se destina el 71% del ingreso a la alimentación, el restante está dividido en pagos de servicios y educación, la casa que habitan es prestada, según manifestó la paciente ellos la cuidan y solo pagan los servicios de agua y luz, ésta se ubica en una zona suburbana, carente de servicios de drenaje, alumbrado público y pavimentación de calles.

En lo referente a su enfermedad, ella relata que le detectaron el Virus de Papiloma Humano hace dos años, mediante un estudio que le fue practicado en un laboratorio particular. Después asistió al servicio médico del cual es derechohabiente para realizarse otro estudio y le confirmaron el diagnostico, no se le proporciono información respecto al Virus de Papiloma Humano solo se le dijo que tenia una infección de transmisión sexual, esto se lo comunico a su esposo pero el no presto atención y hasta la fecha el no se interesa por la salud de la paciente, lo que a ella le provoca según refiere, depresión, además de continuar con las peleas y los golpes; ella evita los encuentros sexuales con el porque siente asco sólo de pensar en que le pudiera acercar.

La paciente manifestó su deseo de divorciarse ella no esta dispuesta a continuar con esa relación, pero se detiene por sus hijos ya que son pequeños y lo necesitan aún. Esta situación ha hecho que la paciente se alejara de sus amistades, las cuales según expresó son pocas, solo mantiene relación con una de sus comadres, misma que le cuida a sus hijos cuando ella trabaja, en cuanto a su familia comento que no quiere pedirles ayuda ni

decirles nada acerca de su enfermedad porque no lo entenderían, además de que ellos no cuentan con los recursos para poder ayudarla “! están peor que yo ¡”

En cuanto a la historia de vida de la paciente, se encontró que proviene de una familia humilde en donde se ejerce la violencia, principalmente por el padre, el cual es alcohólico y con ideas machistas, la paciente menciona que durante el tiempo que vivió con sus padres no asistió a la escuela porque su padre no se lo permitió por ser mujer, ella se dedicaba únicamente a las labores del hogar y al cuidado y pastoreo de los animales que la familia tenía; la paciente describe a su madre como una mujer sumisa, ya que nunca se defendió y acataba las ordenes de su esposo sin replicar, en una ocasión la paciente su madre y una de sus hermanas fueron fuertemente golpeadas por su padre, razón por la cual decide salirse de su casa a la edad de 15 años junto con su hermana en busca de una oportunidad para salir adelante, fuera del su hogar la paciente estudio la primaria y trabajo como empleada domestica; en este tiempo ella se describe como una mujer hermética ya que nunca hablo de lo que vivió en su casa con sus padres ni de la razón por la cual dejo su hogar.

Actualmente la paciente considera irónica su situación ya que salio de su casa por la violencia que prevalecía en ella y ahora esta en la misma situación y no sabe como ponerle un alto y mejorar sus condiciones de vida ya que no quiere que sus hijos vivan lo mismo que ella.

TRATAMIENTO

Se canalizo a la paciente al servicio de psicología de la clínica en donde es atendida adecuadamente, se dio seguimiento al caso y se refiere que al apaciente acude una vez por mes a terapia individual, en cuanto a su relación de pareja se menciona que las cosas no han mejorado, continua la violencia. Se le sugirió levantar una demanda por violencia y se le proporciono información acerca de las instituciones a las que ella puede acudir para recibir accesoria legal, sin embargo la paciente no acudió.

Referente a las relación con su familia de origen se refiere que ya hubo un acercamiento sin embargo las cosas no mejoraron mucho.

En cuanto al problema de conducta que presenta sus hijo, el fue canalizado al servicio de psicología infantil, y esta siendo atendido y acude terapia dos veces por mes en el Hospital Regional de Acapulco Guerrero.

Con respecto a su tratamiento medico se menciona que ha presentado una mejoría, a partir de haber recibido información acerca del VPH, y de estar en terapia psicológica.

HISTORIA DE VIDA

Se trata de una pareja que vive en unión libre hace poco más de 7 años. El de 43 años de edad, estudias de preparatoria, ocupación militar con grado de teniente y 20 años en servicio, el tuvo una unión previa a la actual, de la cual nace una hija que actualmente tiene 20 años de edad, con la que no tiene contacto por vivir con su madre en los Estados Unidos,

Ella, de 27 años de edad, originaria del estado de Puebla, estudiaos máximos de secundaria, en la actualidad se dedica al hogar y es su primer matrimonio.

La pareja tiene tres hijos de 7,6 y 3 años de edad respectivamente, los tres con problemas de salud. La hija mayor presenta un soplo en el corazón detectado hace dos años, el niño de 6 años, es epiléptico, el esta en tratamiento con carbanacepina, y el menor de los hijos presenta una infección en el hígado, los tres presentan un buen manejo de su enfermedad en especial el segundo.

Respecto a su enfermedad, la paciente manifestó que le diagnosticaron pre-càncer en enero de 2006, mediante el estudio de papnicolaou, comento que se sintió sorprendida por los resultados de este ultimo, ya que siempre se había hecho el estudio y nunca salio nada mal, ella menciona que ya se esperaba el diagnostico y después de recibir los resultados “el mundo se me derrumbo”

La paciente comenta que la enfermera que le dio los resultados le menciona que había de atenderse o de lo contrario podría desarrollar càncer, esto según comento la paciente aumento mas su preocupación y ansiedad “me siento triste y muy tensa”. La paciente comenta que a partir de esto su relación de pareja se ha deteriorando ya que se muestra distante con su esposo, a pesar de que el la apoya en la medida de sus posibilidades ya que su trabajo es muy demandante y absorbente, respecto a al familia de la paciente ella no quiere que se enteren de lo que pasa, ya que hace algún tiempo tuvieron un mal entendido, por esta razón solo habla de su enfermedad con su esposo e hijos.

Referente a la historia de vida de la paciente, solo se dijo que era una “familia normal” en donde el padre trabaja para llevar el sustento a casa y la mamá se dedicaba al cuidado de ella y sus hermanos, en donde la situación económica era limitada razón por la cual al terminar la secundaria ella tiene que trabajar con empleada en diferentes tiendas, después de algunos años ella conoce a su pareja y deciden irse a vivir junto “ a mi no me importo que el tuviera una hija, y mucho menos la diferencia de edad que existe entre nosotros”

TRATAMIENTO

La paciente fue referida al servicio de psicología, para recibir tratamiento ya que según los resultados obtenidos en la escala de Zung aplicada a la paciente, ella presento signos de depresión leve.

La paciente recibió información acerca del VPH, y del càncer cervicouterino.

Se le dio seguimiento al caso y se refiere que la paciente asiste dos veces por mes con la psicóloga, misma que comento que el tratamiento será largo ya que hay muchos conflictos a nivel personal y familiar con los que hay que trabajar.

ANEXO 7

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENIR EL Cáncer.

• Un control riguroso y periódico mediante el papanicolaou.

• Mujeres mayores de 30 años es recomendable practicarse una prueba de ADN de VPH, además de la citología.

• No fumar; Limitar el uso de anticonceptivos orales como método de planificación, el uso prolongado por más de 5 años puede incrementar el riesgo de desarrollar cáncer.

• Estimular el sistema inmunológico. Alimentándose bien y aumentando el consumo de sustancias antioxidantes.

Se recomienda comer:

Tomate, de preferencia cocido ya que es rico en licopeno un antioxidante, otros alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y vegetales rojos y amarillos (betacarotenos)

Consumir vitamina C: jugo de naranja, limón, tomate, kiwi, fresa.

Fibra vegetal y evitar comer o comer poco carnes en conserva como jamón y similares, reducir el consumo de carnes rojas.

Consumir alimentos ricos en ácido fólico como vegetales de hojas verdes de preferencia comerlas crudas o poco casidas, hígado, granos integrales cítricos, nueces, legumbres y levadura de cerveza.

Es importante evitar en la medida de lo posible el estrés y hacer ejercicio al menos 3 veces por semana duerma al menos 8 horas al día.

Por favor comparte esta información con otras mujeres y consulta a tu médico para más información.

bibliografía.

1.O.P.S. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición. Washington, 2001.

2. Muñoz Nubia, Bosch Javier. Relación Causal entre el virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol. Oficina Sanit Panam 121(6), 1996

3. Muñoz, N. 3.Et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Medicine, 348:6, February 6, 2003.Cervical Cancer. The New England Journal of

4.Herrero et al. Journal of Infectious Diseases. Epidemiologic Profile of Type-Specific Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. Journal of Infectious Diseases 2005:191 (1 June)

5.Rivera R. et al. Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil.Obstet. Ginecol 2002; 67(6): 501-5068. Torrejón, R.

6.Factores de Riesgo de Cáncer Uterino. Estrategias de Prevención. Salud Total de la Mujer 2002; 4(1):23-319.

7.Hernandez,Dulce Ma. Cancer de Cuello Uterino, factores sociales , clínicos y reproductivos, Rev. Med. IMSS.2001;39 (4).p 326

8.Manual para clínica de colposcopia.

9 Calderon Jaimes. Ernesto. Tratamiento t prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Salud publica de m Panam 121(6), 1996

3. Muñoz, N. 3.Et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Medicine, 348:6, February 6, 2003.Cervical Cancer. The New England Journal of

4.Herrero et al. Journal of Infectious Diseases. México, vol.41, No 4 julio- junio. 1999 pág .340-341

¿Sabes qué es el
Virus de
Papiloma
Humano?

¡¡¡¡NO!!!!

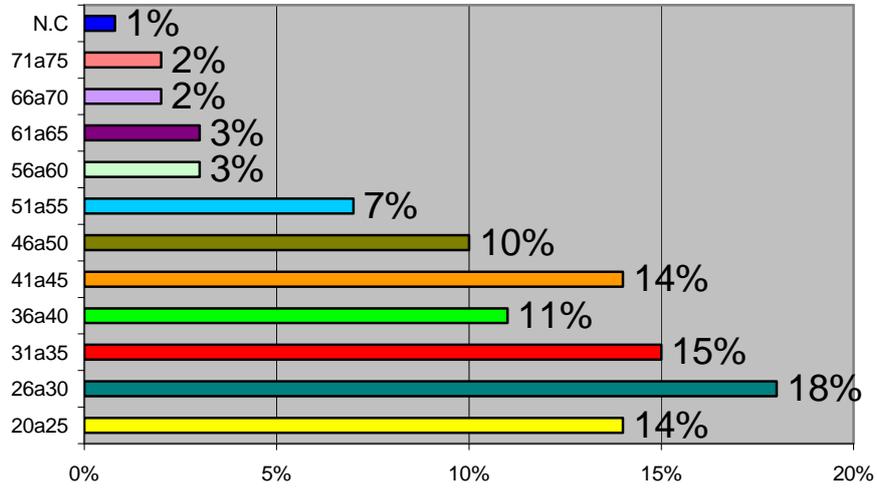
Pues esto te
interesa

<p><i>¿qué es el virus de papiloma humano?</i></p> <p>El Virus de papiloma humano o VPH es una enfermedad de transmisión sexual, que se presenta en los seres humanos y que puede tomar meses o años para ser detectado.</p> <p>En la actualidad se han descubierto más de 10 tipos de estos virus los cuales han sido divididos en dos tipos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas:</p> <p>VPH de bajo riesgo:</p> <p>Se le llama así a todos aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57 los cuales producen condilomas acuminados, crestas de gallo o verrugas genitales. Los cuales son una carnosidad suave con aspecto de coliflor.</p> <p>En el hombre se localizan en la uretra terminal, el glande, el prepucio, el surco balanoprepucial, el recto, y el margen anal.</p> <p>En la mujer se sitúa entre los labios mayores y menores, en el periné, la vagina y el cérvix.</p> <p>El diagnóstico es clínico, por medio de la presencia de las lesiones que son sintomáticas es decir.....; en ocasiones forman lesiones planas. en las mujeres pueden presentarse como lesiones que crecen hacia fuera con la apariencia de un tumor, pequeñas placas o zonas ulceradas; estas últimas si se ubican en el cérvix se ulceran con más frecuencia y sangran fácilmente.</p> <p>VPH de alto riesgo</p> <p>Los VPH de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. de estos tipos el VPH 16 y 18 son sin duda, los más importantes dado que se encuentran con mayor frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.</p>	<p>Existen otras manifestaciones que son la llamada Neoplasias Intraepitelial Cervical o NIC, esta es considerada la precursora del cáncer cervicouterino invasor (CaCu), su intraepitelial (LEI) de bajo y alto grado.</p> <p>MODO DE TRANSMISIÓN.</p> <p>Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual; no obstante, existen evidencias de otras formas de transmisión como son: los instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y los juguetes sexuales.</p> <p>calcificación esta determinada por el grado de profundidad de la lesión, designada como NIC I -NIC.II y NIC.III, o bien, de acuerdo con el diagnóstico del Sistema Bethesda, como lesión escamosa</p> <p>Otra forma de contagio, es la de tipo vertical que se da de madre a hijo durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal, en este caso al niño le produce un cuadro denominado papilomatosis laríngea.</p> <p>Este tipo de transmisión es poco frecuente y se previene practicando un cesárea en el momento del parto.</p> <p>En cuanto a los condilomas acuminados la forma de transmisión es por contacto directo de la piel contaminada con las verrugas.</p> <p>PERIODO DE ENCUBACIÓN.</p> <p>Este es muy variable. Por lo general de dos a tres meses se puede presentar o en ocasiones de uno a 7 años pero la mayoría de las infecciones transcurren sin lesiones aparentes y desaparecen sin dejar evidencias de las infecciones.</p> <p>Y solo un porcentaje pequeño de las infecciones persisten al cabo del tiempo provocando lesiones que podrían evolucionar a lesiones precancerosas o NIC II o cáncer al cabo de los años (10 a 12 años aprox.)</p>	<p>Consumo de tabaco: las mujeres que fuman tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino en comparación con las mujeres que no fuman. Ya que en el moco cervical se alojan sustancias provenientes del humo del tabaco en grandes cantidades.</p> <p>Sistema inmunológico deprimido: o lo que es igual defensas bajas, los factores genéticos o enfermedades como el SIDA, medicamentos, consumo de drogas, etc, provocan la baja del sistema inmunológico de la persona lo que la predispone al desarrollo de cáncer anogenital y del cuello del útero ante la presencia de la infección por VPH.</p> <p>Factores nutricionales: se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorecen la presencia de la infección por VPH y la evolución de las lesiones NIC I, II y III así como CaCu.</p> <p>FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.</p> <p>El resultado de múltiples estudios han demostrado la asociación de este tipo de lesiones NIC I a III con factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, conducta sexual, hábitos dietéticos e higiénicos, infecciones genitales, y tabaquismo con la evolución hacia el cáncer.</p> <p>Obstétricos: los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.</p> <p>Conductas sexuales: este se considera el principal factor de riesgo, ya que el inicio precoz de relaciones sexuales es decir antes de los 20 años y el número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino</p> <p>En el hombre la promiscuidad es un factor de riesgo ya que sus múltiples contactos sexuales se pueden contaminar con el VPH y posteriormente transmitirlo a su pareja.</p>
--	---	---

ANEXO 8

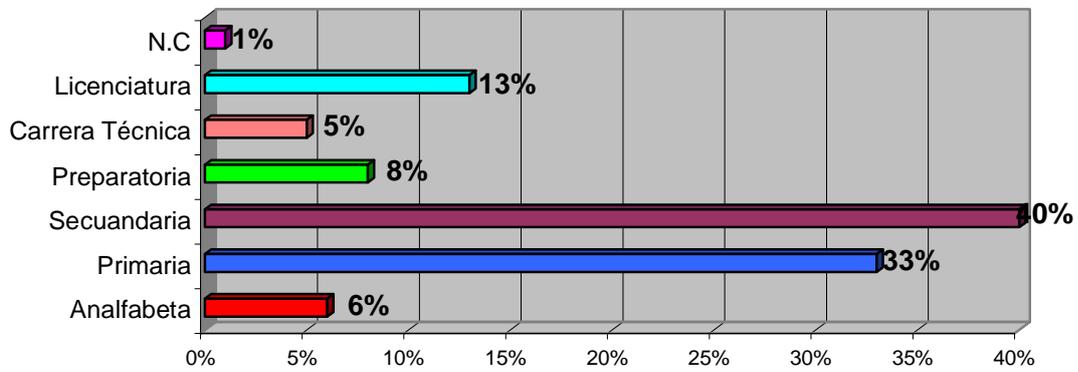
GRÁFICA 1

EDAD



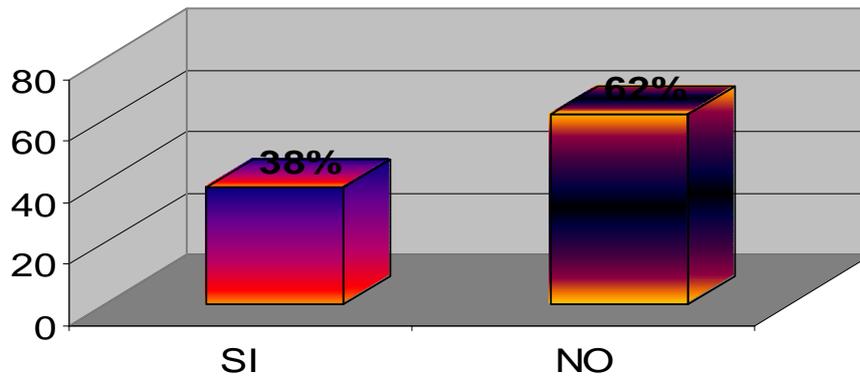
GRÁFICA 2

ESCOLARIDAD



GRÁFICA 3

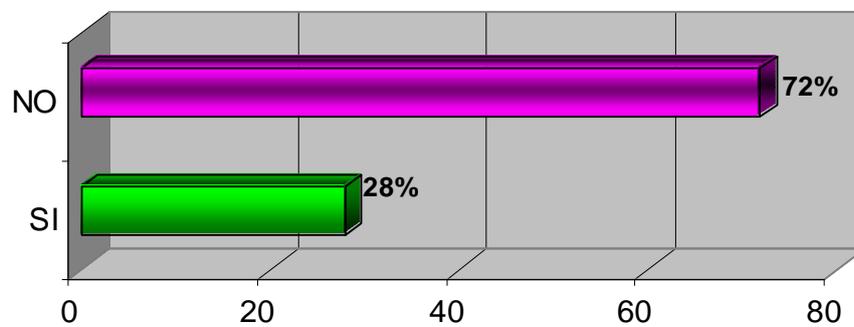
¿SABE QUE ES EL V.P.H?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 4

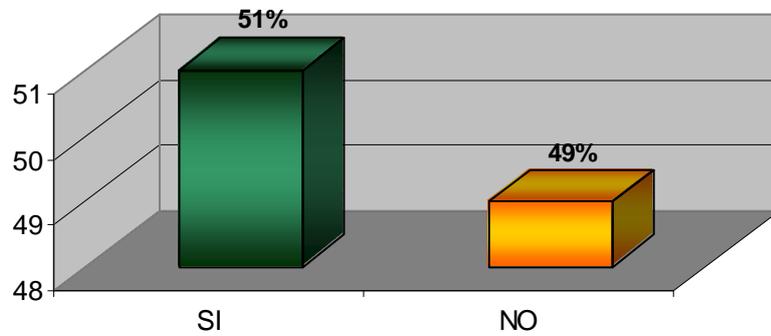
¿CONOCE SU FORMA DE TRANSMISIÓN?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 5

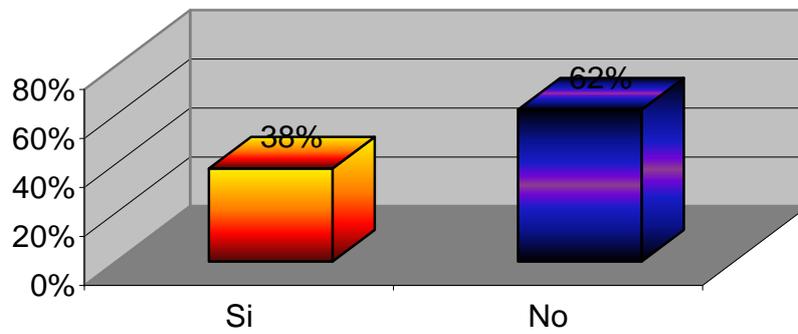
¿CONOCE ALGÚN MÉTODO DE PREVENCIÓN?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

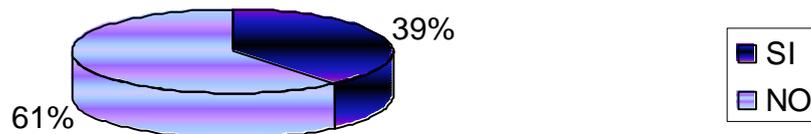
GRÁFICA 6

¿CONOCE LAS REPERCUSIONES DE LA INFECCIÓN?



GRÁFICA 7

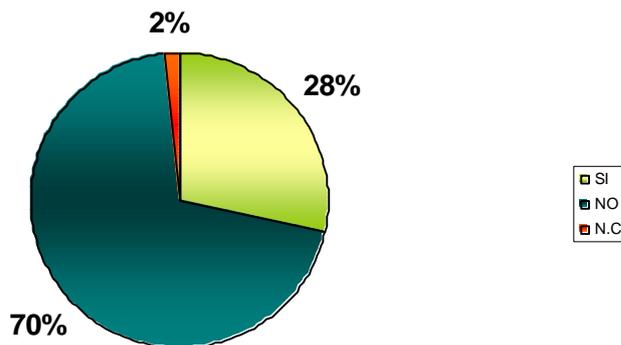
¿CONOCE ALGÚN MÉTODO DE DETECCIÓN DEL VPH?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 8

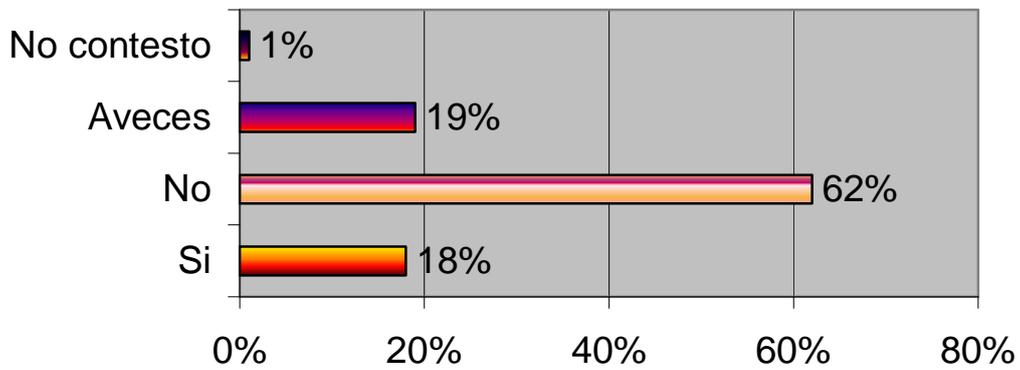
¿HA TENIDO MÁS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 9

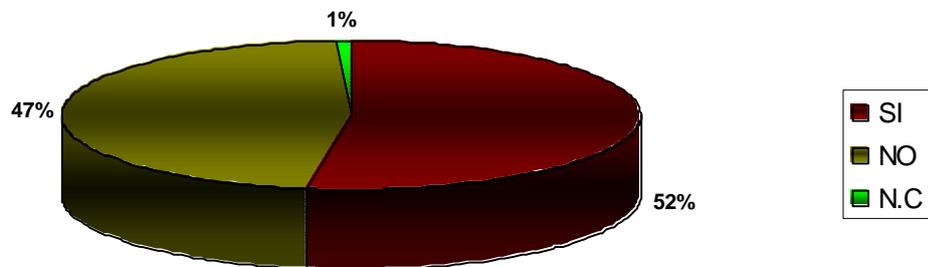
En sus relaciones Sexuales ¿Usa el condón?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 10

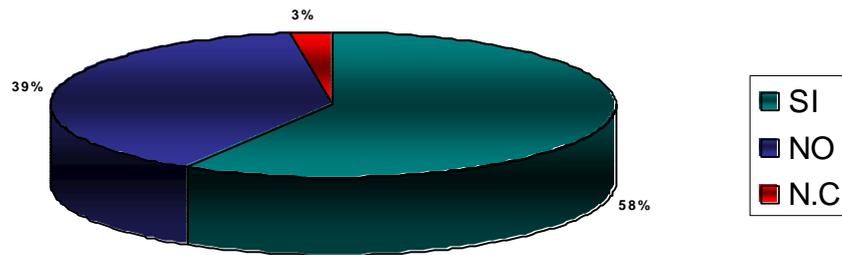
¿SU PRIMER RELACIÓN SEXUAL LA TUVO ANTES DE LOS 18 AÑOS?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

GRÁFICA 11

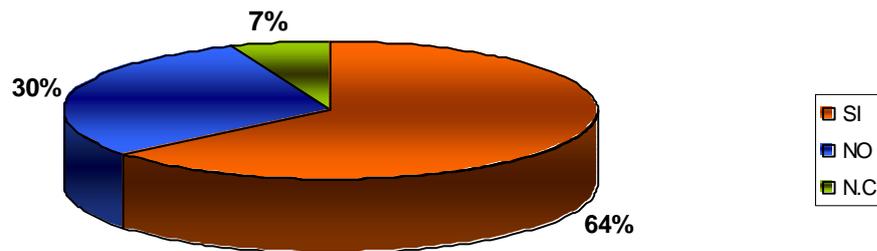
¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN QUE HAYA TENIDO MÁS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 12

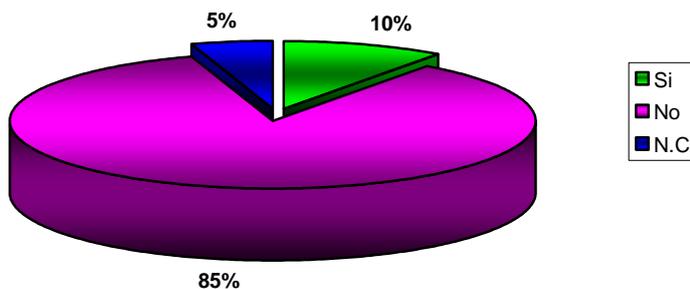
¿HA PRESENTADO RESULTADOS ANORMALES EN SU PRUEBA DE PAPANICOLAOU?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 13

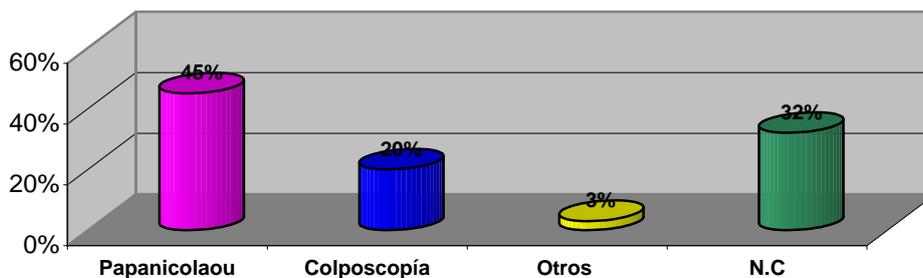
¿ TIENE UN SISTEMA INMUNOLÓGICO DEBILITADO POR UN TRANSPLANTE DE ÓRGANOS, INFECCIÓN POR VIH U OTRA MALA CONDICIÓN DE SALUD?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 14

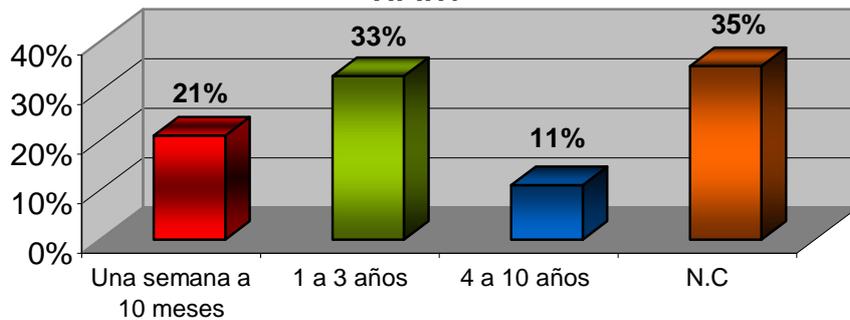
TIPO DE ESTUDIO MEDIANTE EL CUAL LE FUE DETECTADO EL VPH.



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 15

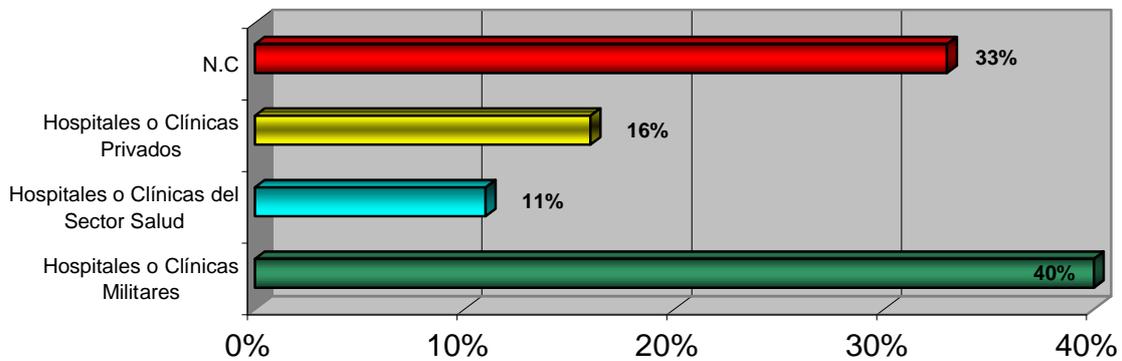
¿CUÁNTO TIEMPO TIENE USTED SIENDO PORTADORA DEL V.P.H?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

GRÁFICA 16

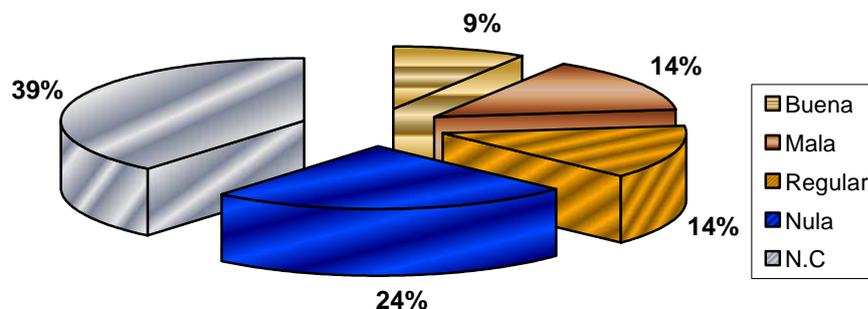
SERVICIO DE SALUD EN EL QUE LE FUE DETECTADO EL V.P.H



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 17

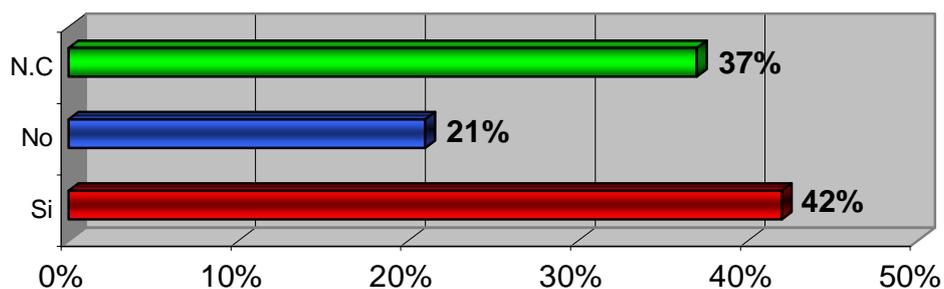
**¿ CÓMO FUE LA INFORMACIÓN QUE
RECIBIÓ ACERCA DE SU DIAGNOSTICO?**



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

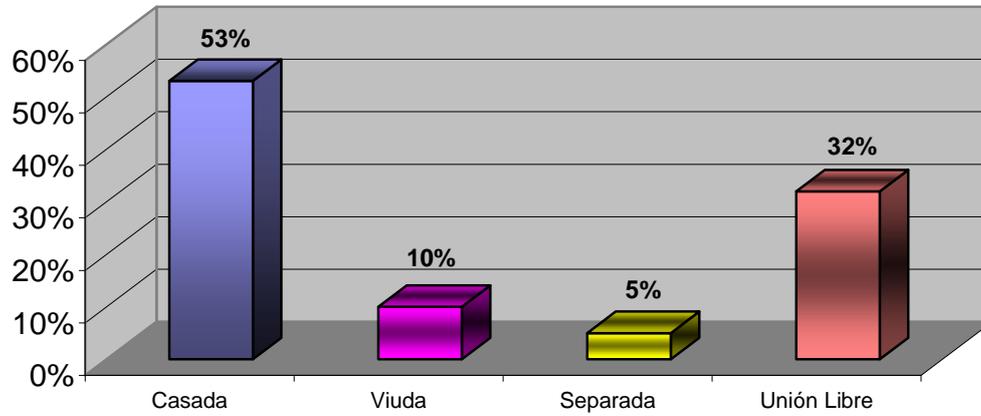
GRÁFICA 18

**¿EL SER PORTADORA DEL VPH, HA
AFECTADO SU RELACIÓN DE PAREJA Y/O
SU ESTADO EMOCIONAL?**



GRÁFICA 19

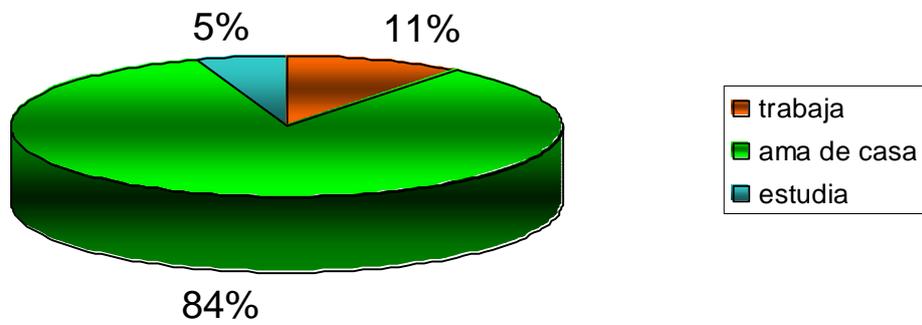
ESTADO CIVIL



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

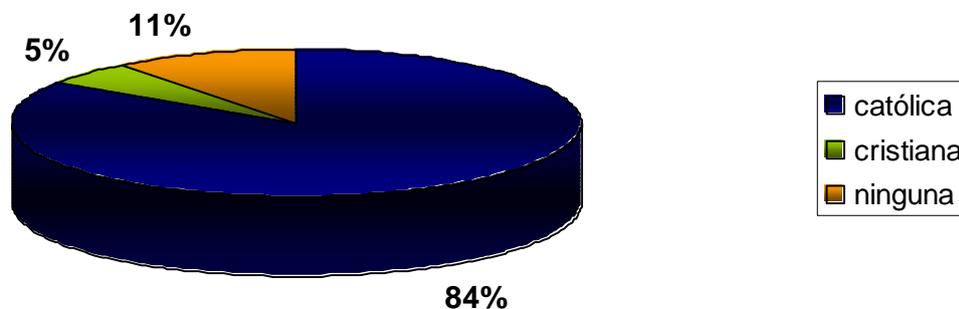
GRÁFICA 20

OCUPACIÓN



GRÁFICA 21

RELIGIÓN

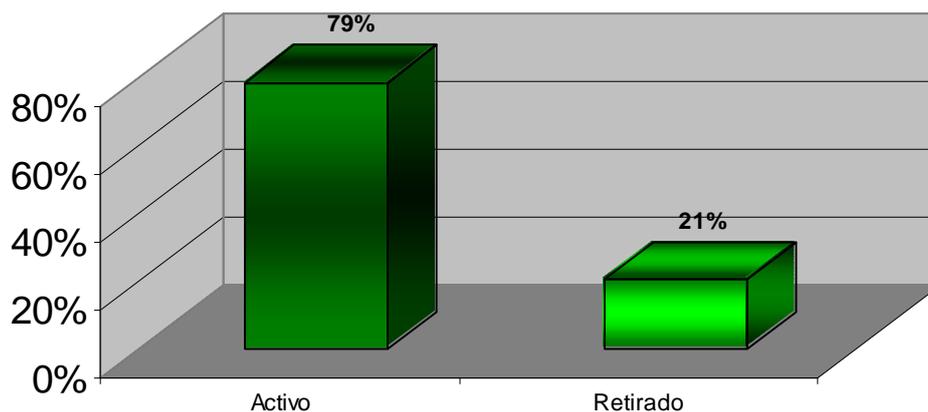


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 22

B) DATOS DE MILITAR

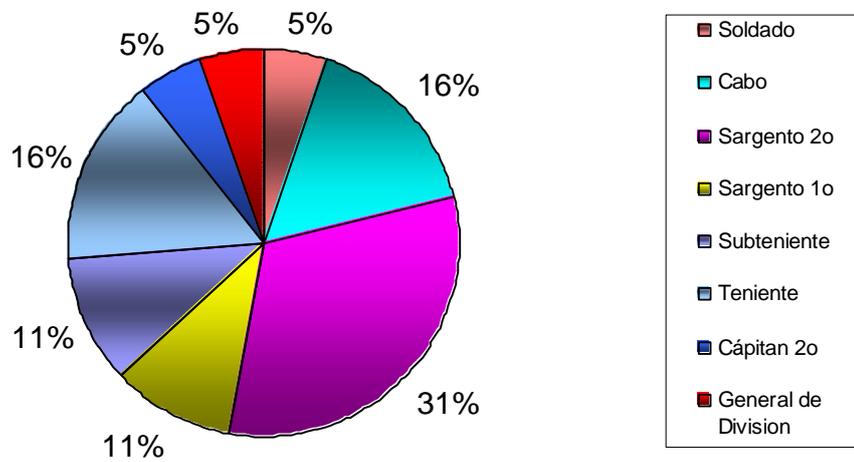
¿EL MILITAR SE ENCUENTRA EN SERVICIO ACTIVO O ES RETIRADO?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 23

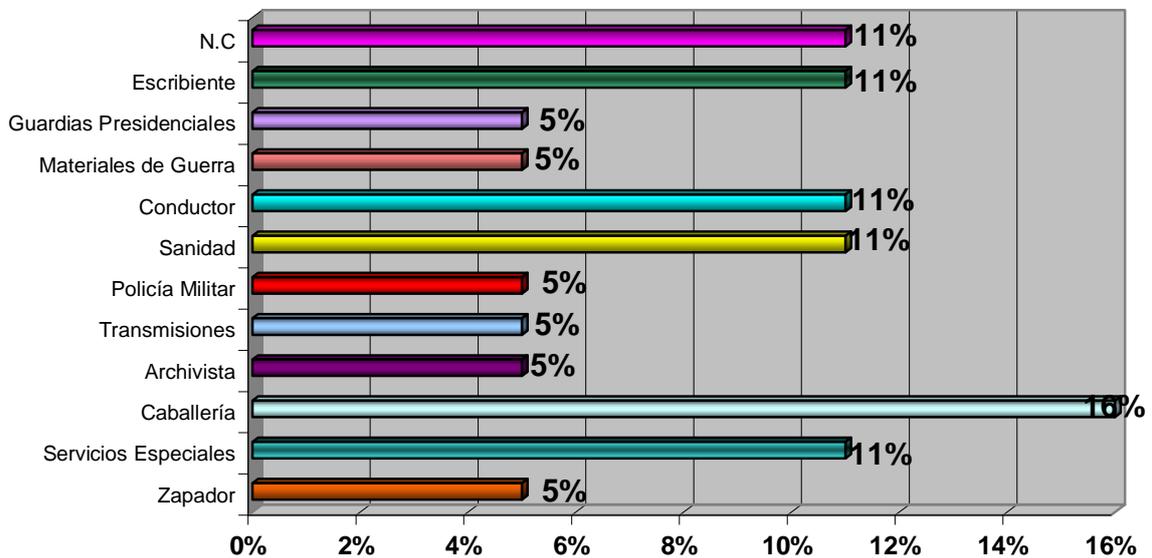
GRADO MILITAR



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 24

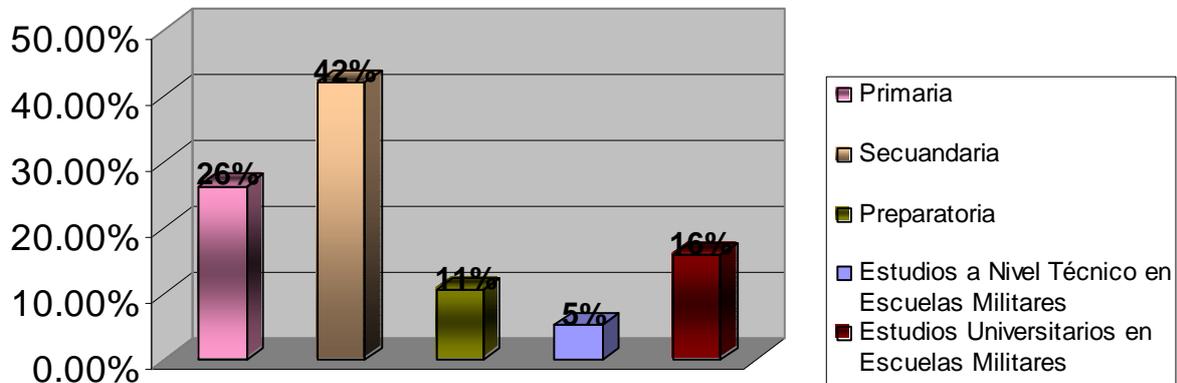
SERVICIO AL QUE PERTENECE EL MILITAR



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 25

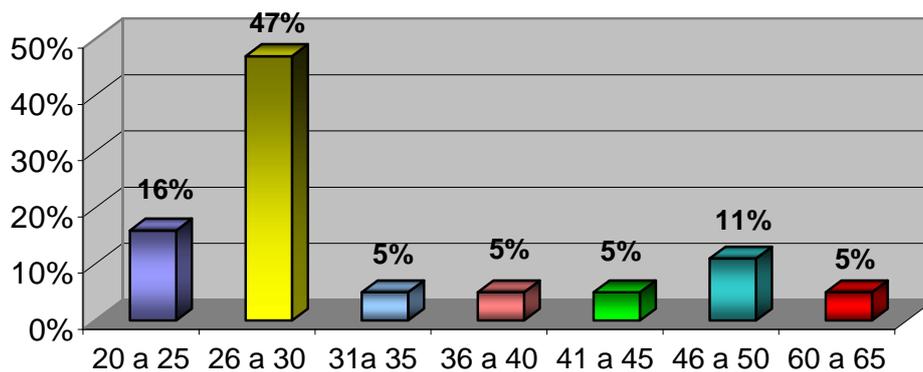
ESCOLARIDAD



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 26

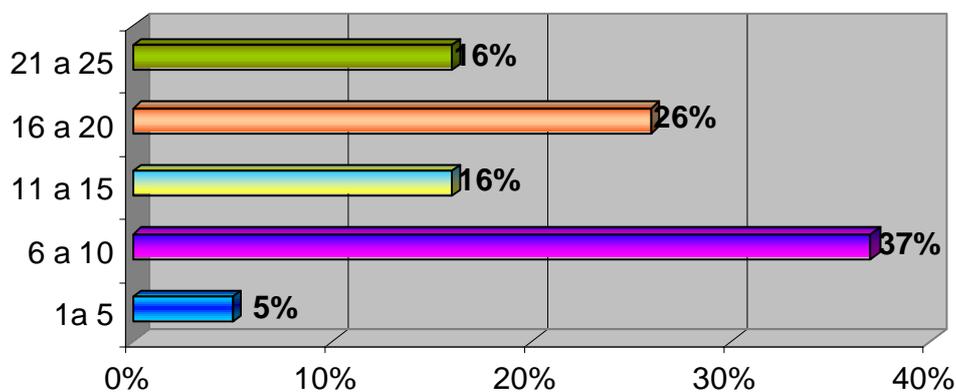
EDAD DEL MILITAR POR EL QUE RECIBE EL SERVICIO



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 27

Antigüedad en el Ejército

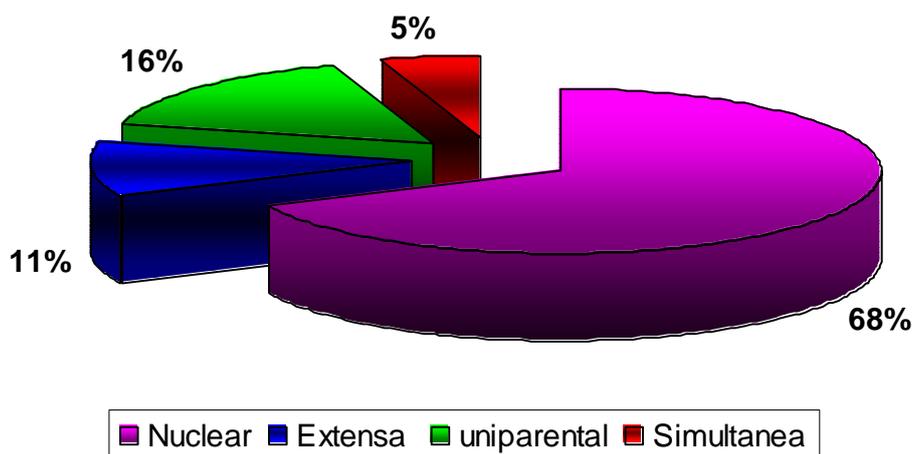


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 28

II. GRUPO FAMILIAR

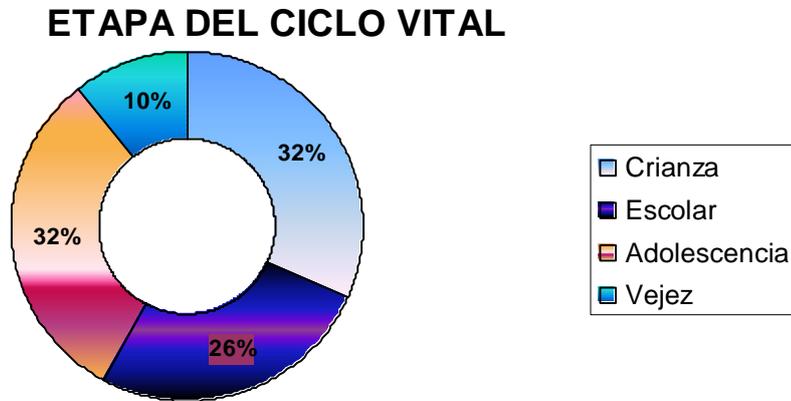
TIPO DE FAMILIA



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 29

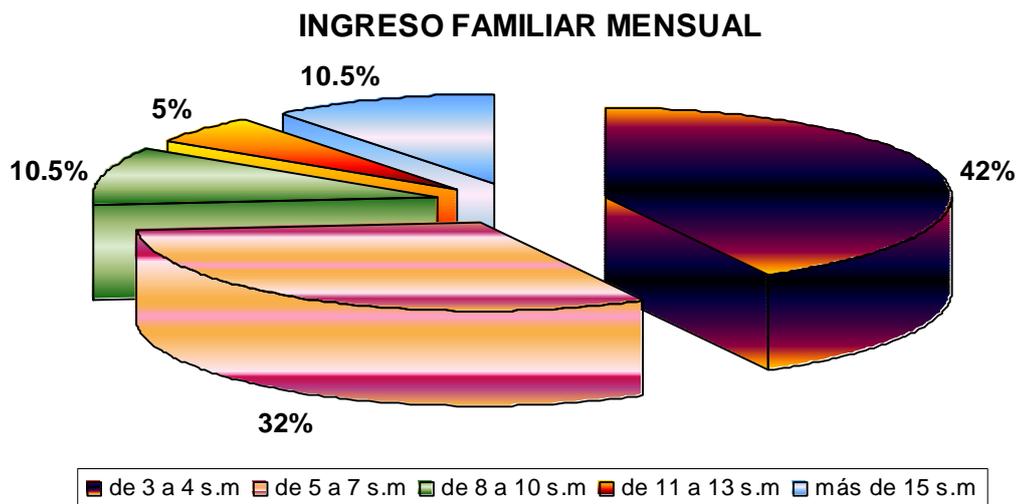
D) Etapas del Ciclo Vital Familiar



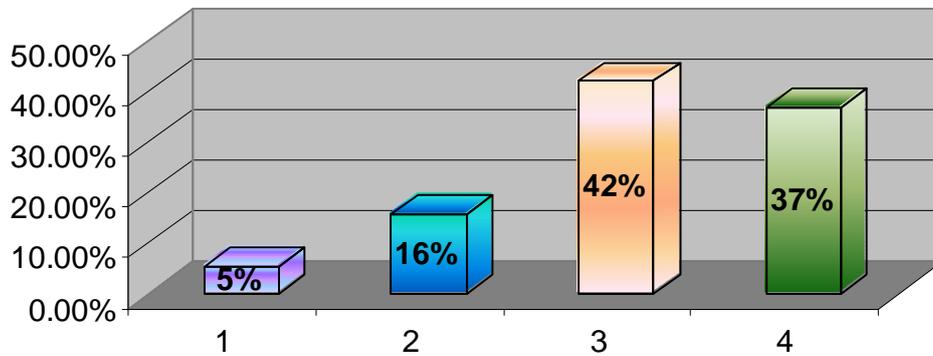
Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

GRÁFICA 30

III. SITUACIÓN ECONÓMICA.

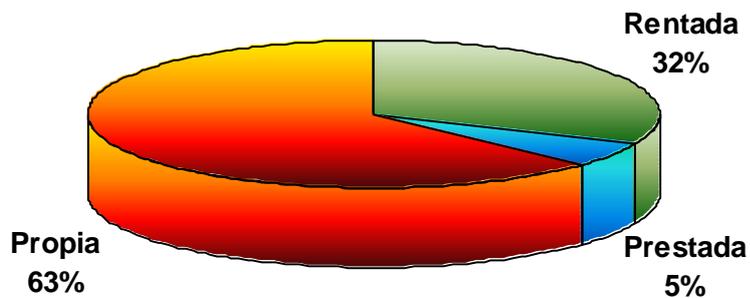


GRÁFICA 31
IV. ALIMENTACIÓN
PORCENTAJE DEL INGRESO FAMILIA QUE DESTINAN A LA ALIMENTACIÓN



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

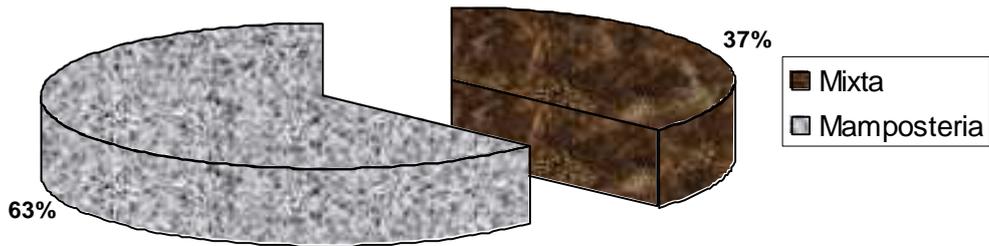
GRÁFICA 32
V. VIVIENDA
TIPO DE VIVIENDA



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 33

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN.

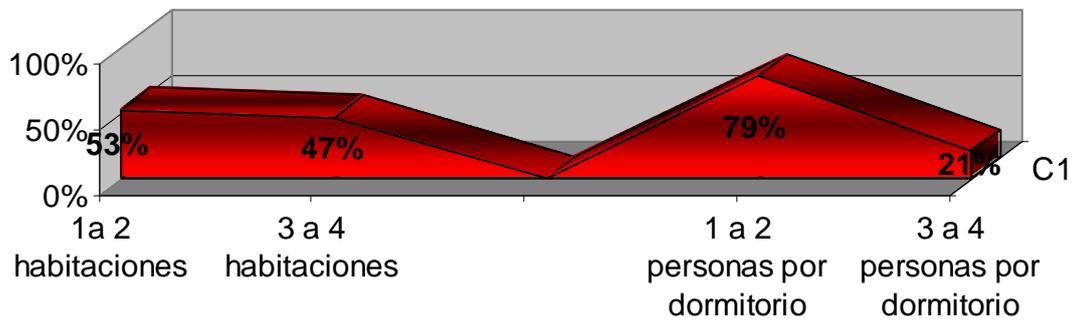


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 34

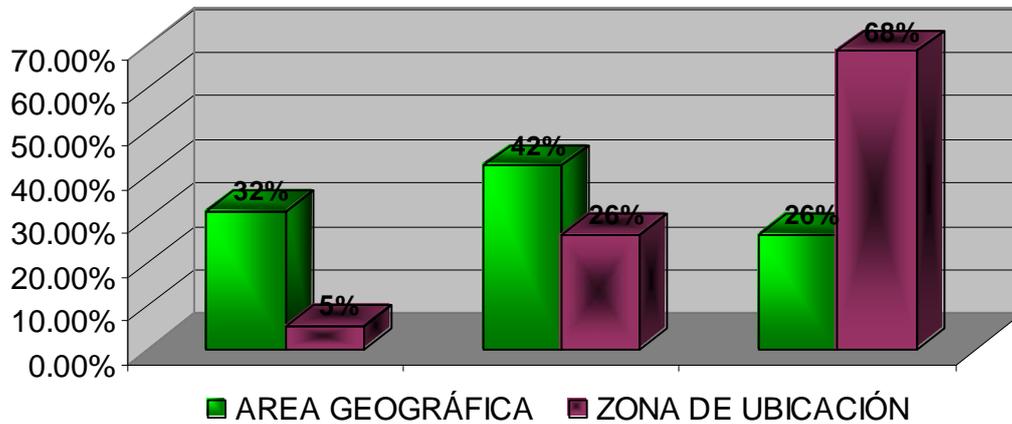
NÚMERO DE HABITACIONES Y PERSONAS POR DORMITORIO

NÚMERO DE HABITACIONES Y PERSONAS POR DORMITORIO



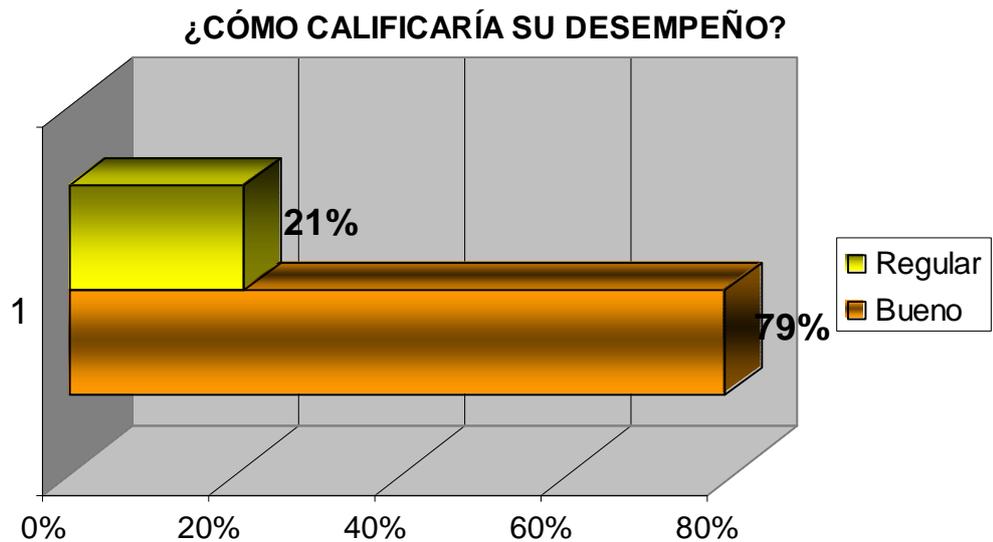
Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 35
VI. ÁREA GEOGRÁFICA
LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

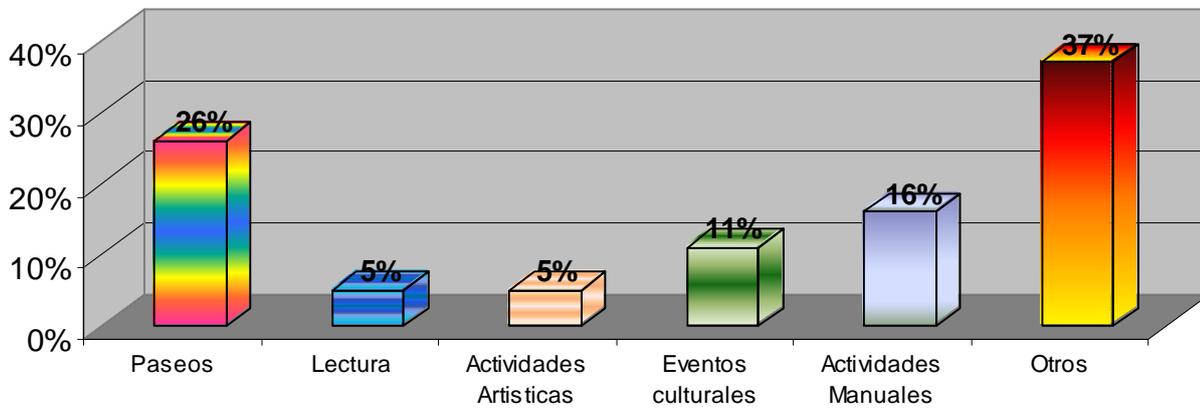
GRÁFICA 36
VII. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 37

UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

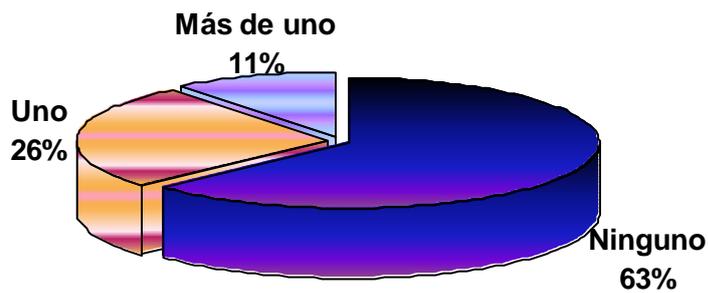


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 38

VIII. ESTADO DE SALUD FAMILIAR

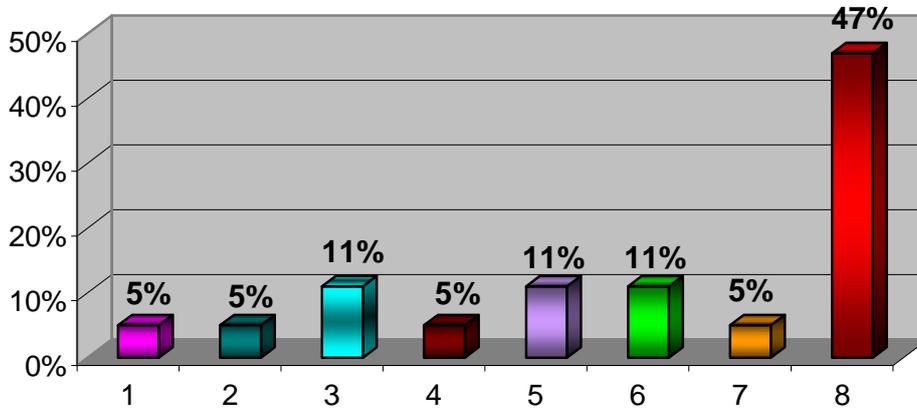
NÚMERO DE ENFERMOS EN LA FAMILIA



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 39

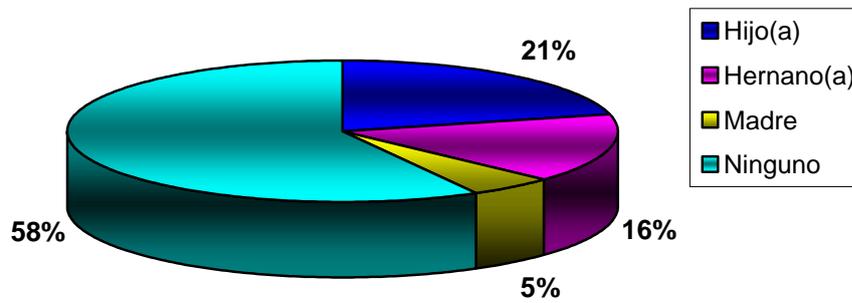
PADECIMIENTO



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 40

PARENTESCO CON LA PACIENTE

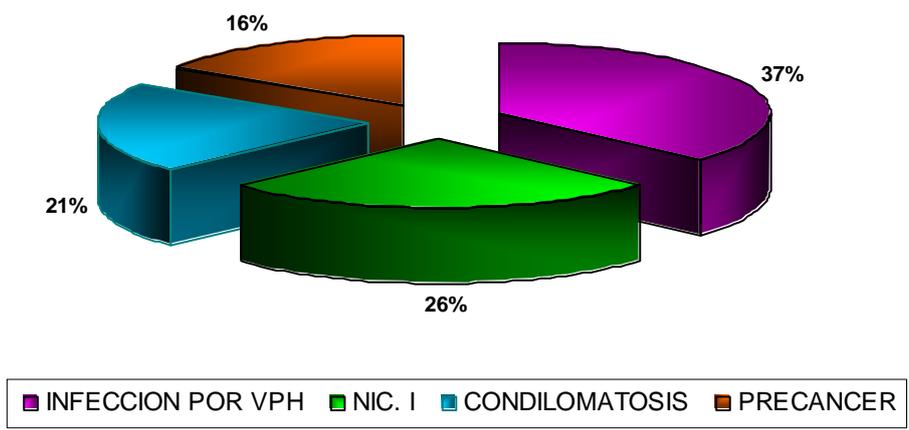


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 41

IX. ANTECEDENTES MÓRBIDOS

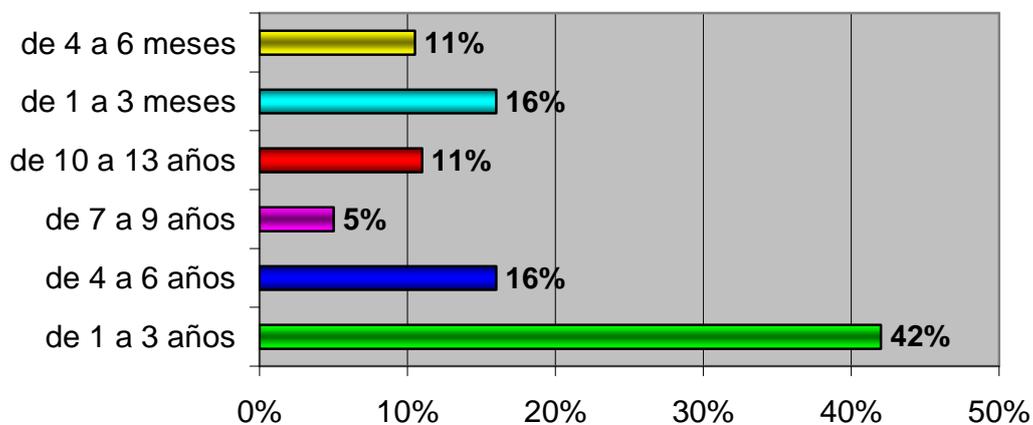
DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA PACIENTE



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

GRÁFICA 42

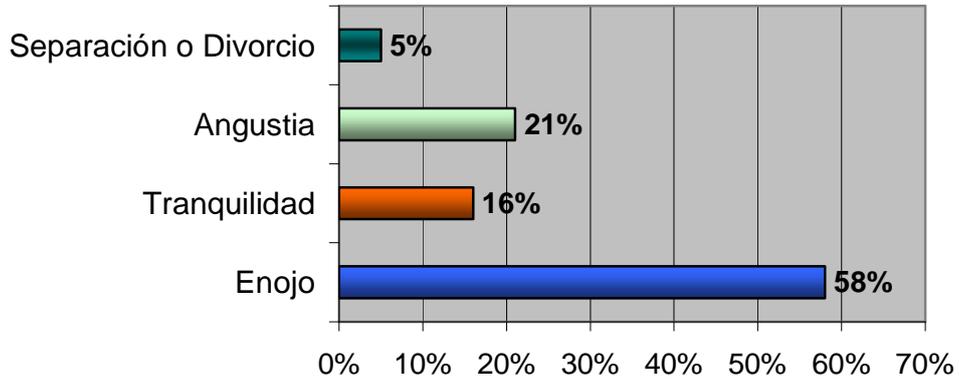
INICIO DE SU PADECIMIENTO



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

GRÁFICA 43

ACTITUD DEL PACIENTE Y SU PAREJA ANTE EL CONTAGIO

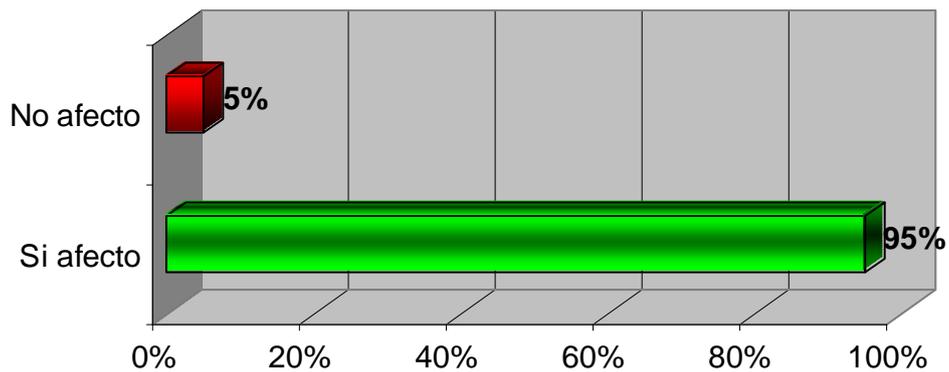


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 44

69. Consecuencias en la vida Familiar

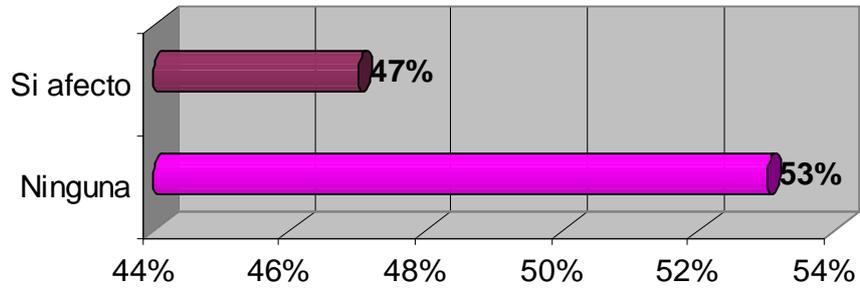
¿AFECTÓ LA VIDA FAMILIAR?



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 45

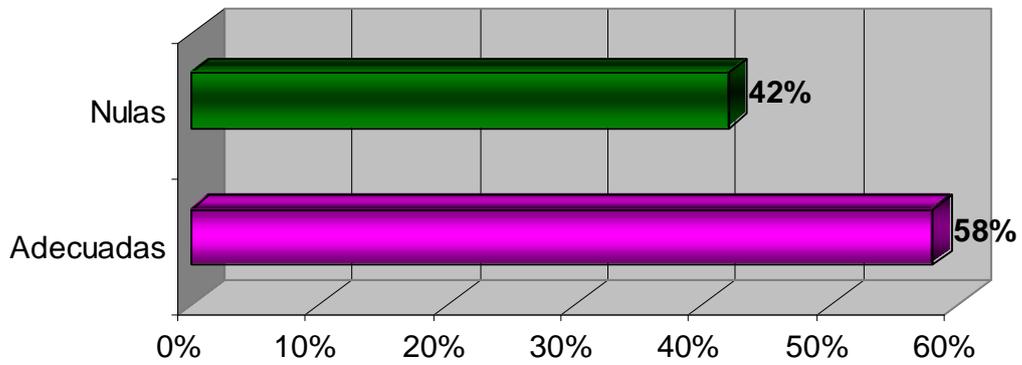
CONSECUENCIAS EN LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 46

REDES INTRA Y EXTRA FAMILIARES

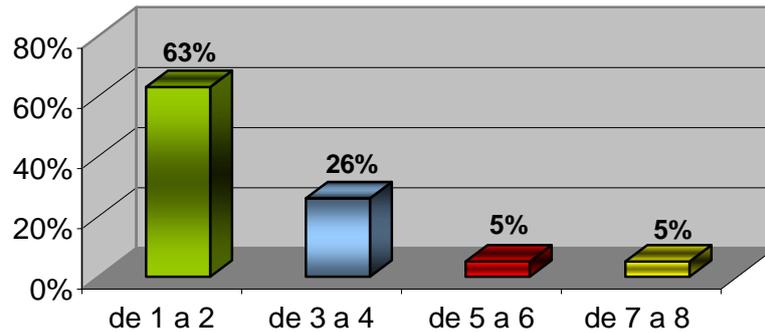


Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.

GRÁFICA 47 Y 48

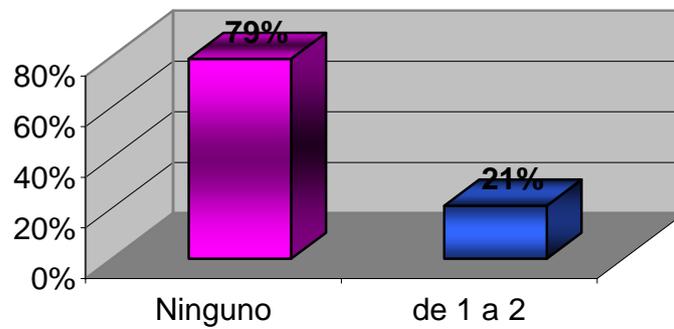
No. DE EMBARZOS PARTOS Y ABORTOS.

EMBARAZOS Y PARTOS



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006

ABORTOS



Fuente: El Contagio por VPH y sus Repercusiones en la Pareja 2006.