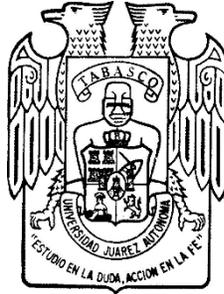


UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES
CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR”**

**Tesis para obtener el diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

Marcela Reyes Pérez

Director:

M. en C. Elías Hernández Cornelio

Villahermosa, Tabasco

Febrero del 2019.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



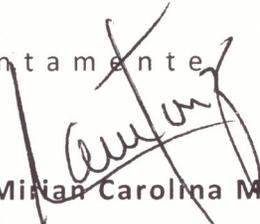
Of. No. 0201/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Marcela Reyes Pérez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Evelin Martínez cortes, Dr. Rusvelt Vázquez Ordaz, M. en C. Rebeca Hernández Martínez, M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego y la M.G. Elsy del Carmen Quevedo Tejero, impresión de la tesis titulada: "**Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano en una Unidad de Medicina Familiar**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde funge como Directora de Tesis el M. en C. Elías Hernández Cornelio.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. María Evelin Martínez cortes.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Rusvelt Vázquez ordaz.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Rebeca Hernández Martínez.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal
C.c.p.- M.G. Elsy del Carmen Quevedo Tejero.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:00 horas del día 05 del mes de febrero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano en una Unidad de Medicina Familiar"

Presentada por el alumno (a):

Reyes	Pérez	Marcela
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matrícula		

1	6	1	E	5	0	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Elías Hernández Cornelio
Director de Tesis

Dra. María Evelin Martínez Cortes

Dr. Rusvel Vázquez Ordaz

M. en C. Rebeca Hernández Martínez

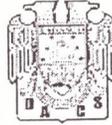
M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

M.GS. Elsa del Carmen Quevedo Tejero



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 31 del mes de enero del año 2019, el que suscribe, Marcela Reyes Pérez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50003 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano en una Unidad de Medicina Familiar"**, bajo la Dirección del Dr. Elías Hernández Cornelio, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: marcerp_152@hotmail.com, Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Marcela Reyes Pérez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Uno de los grandes retos de un estudiante es la realización de una tesis, aún a pesar de los años de estudio siempre crea terror el llevar a cabo dicho proyecto de investigación, sin embargo; es también por el grado de dificultad en su creación que agradezco:

A Dios por darme la fortaleza y permitirme llegar a esta meta con diversos obstáculos en el camino que parecía interminable, pero al final poder alcanzar esta línea de meta. A mis padres Franklin Reyes García y Olga Pérez de la Cruz, por ser partícipes y pilares de mi persona, siendo apoyo constante durante estos años de estudio, sin ellos difícilmente podría haber concluido esta meta.

A mi esposo Adrián Pérez Maldonado por el enorme esfuerzo y su inagotable paciencia durante estos años, donde sufrimos y lloramos ambos, pero hoy felices por alcanzar juntos nuestros objetivos.

A mi hija Samantha por ser la más paciente acompañante y cómplice de tareas, clases y desvelos durante estos últimos años, a pesar de su corta edad entenderme y estar ahí conmigo.

A mi asesor de tesis el Dr. Elías Hernández Cornelio, por su apoyo y constancia durante la realización de este proyecto, sin importar el cansancio, hora y el tiempo invertido para la realización de este trabajo.

A mis amigas y amigos Deysi Vianey Soberano de la Cruz, Alejandro Gallegos Reyes, que estuvieron acompañándome durante la realización de tesis pasando por la misma situación.

A mis maestros y profesores que con sus enseñanzas nos han forjado para brindar un futuro mejor y que gracias a ellos hoy puedo decir que soy mejor médico que el día de ayer.

Gracias por todo.



DEDICATORIAS

El presente proyecto de investigación se la dedico a las personas que estuvieron conmigo durante estos tres últimos años apoyándome en la realización de esta meta.

A Dios, por permitirme lograr mis objetivos, y estar en mi vida entre días oscuros ser la luz en mi camino, en días lluviosos ser el sol de cada día y ser la estrella guía de este barco hacia un viaje que se emprendió hace 3 años y el día de hoy llega a su destino, porque si Dios conmigo, quien contra mí.

Al amor de mi vida, mi amado esposo por ser partícipe de mi vida, quien ha estado conmigo apoyándome, cuidándome y sobre todo por darme ánimo en momentos de flaqueza ser mi fortaleza en todo momento, porque en la meta tomados de las manos hasta al final.

A mi hija Samantha, parte importante de mi vida quien me impulsa a ser mejor madre, esposa, médico y mejor persona todos los días, porque su sonrisa y su amor expresa más que mil palabras y porque ella lo vale todo.

A mis padres, por ser mis amigos mis grandes apoyos junto con mi esposo, y por las grandes enseñanzas que no se aprenden en la escuela ni en ningún otro lugar más que en el hogar.

Simplemente gracias.



ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
GLOSARIO.....	IX
ABREVIATURAS.....	XI
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	3
2.1 Generalidades del Virus del Papiloma Humano.....	3
2.2 Panorama epidemiológico	4
2.3 Depresión	8
2.4 Depresión y VPH.....	10
2.5 Funcionalidad del subsistema conyugal	12
2.6 Estudios relacionados	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
5. JUSTIFICACIÓN	23
6. OBJETIVOS	25
6.1 General.....	25
6.2 Específicos	25



7. MATERIAL Y MÉTODOS	26
7.1 Diseño del estudio	26
7.2 Población, muestra y muestreo	26
7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
7.4 Variables	28
7.5 Operacionalización de variables	29
7.6 Técnica y procedimiento de la investigación	31
7.7 Instrumentos para la recolección de la información	32
7.8 Procesamiento y análisis de la información	34
7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
8. RESULTADOS	40
9. DISCUSIÓN	52
10. CONCLUSIONES	54
11. RECOMENDACIONES	55
12. BIBLIOGRAFÍA	57
13. ANEXOS	63



ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1	Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano adscritas a la UMF No. 43.	41
Tabla 2	Pacientes con diagnóstico de VPH por grupo de edad.	41
Tabla 3	Distribución de pacientes con Virus del Papiloma Humano con pareja estable.	42
Tabla 4	Distribución ocupacional de pacientes con Virus del Papiloma Humano.	42
Tabla 5	Grado de escolaridad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.	43
Tabla 6	Grado de depresión en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.	43
Tabla 7	Nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.	44
Tabla 8	Grado de disfuncionalidad conyugal en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.	44
Cuadro 1	Cohesión de depresión y funcionalidad conyugal en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano	45
Cuadro 2	Edad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano con y sin depresión	46
Cuadro 3	Edad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano de acuerdo a disfuncionalidad y funcionalidad conyugal.	46
Cuadro 4	Estado civil de las pacientes con Virus del Papiloma Humano con y sin depresión.	47
Cuadro 5	Estado civil de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano con disfuncionalidad y funcionalidad conyugal.	48
Cuadro 6	Ocupación de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano con y sin depresión.	48



Cuadro 7	Ocupación y nivel de funcionalidad conyugal en pacientes con Virus del Papiloma Humano	49
Cuadro 8	Escolaridad y presencia de depresión en pacientes con Virus del Papiloma Humano	50
Cuadro 9	Escolaridad en pacientes con Virus del Papiloma Humano con disfuncionalidad y funcionalidad conyugal	51

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Reyes M¹, Hernández E². Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano en una Unidad de Medicina Familiar.

1. Residente de Tercer año de Medicina Familiar UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Delegación Tabasco
2. Médico Familiar Adscrito al UMF No. 43 IMSS Delegación Tabasco

Antecedentes. La infección por virus de papiloma humano (VPH) ha adquirido relevancia por su alto nivel de incidencia siendo la mujer parte importante de la familia y teniendo en cuenta que la familia es la unidad funcional de la sociedad, por ello la importancia de conocer el grado de afectación de depresión y su funcionalidad conyugal secundario al impacto de ser portadora de infección por VPH. **Objetivo.** Analizar el grado de depresión y su relación con la funcionalidad conyugal en las mujeres con infección del virus del papiloma humano de la UMF 43 del IMSS. **Material y métodos.** Es un estudio observacional, analítico, transversal. Se analizó una muestra de $n=61$ mujeres portadoras del VPH entre 18 y 59 años de la UMF No. 43 de Villahermosa, Tabasco; se aplicaron test de Beck para medir depresión y el test de Chávez y Velasco para valorar funcionalidad conyugal. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central y Chi cuadrada. **Resultados:** Las mujeres con diagnóstico de VPH en su mayoría presentaron depresión siendo en un 62.9%, en grado moderado de hasta 54%; y de éstas un 69.2% con disfuncionalidad conyugal en un grado moderado en mayor proporción, con una $X^2 = 24.59$ y una p de 0.000 estadísticamente significativa. Lo que podemos afirmar que existe una asociación entre las dos variables. **Conclusiones:** Las pacientes ante el diagnóstico de VPH que en su mayoría presentan depresión de igual manera presentan algún grado de disfuncionalidad conyugal.

Palabras clave: Depresión, funcionalidad conyugal y Virus del Papiloma Humano.



ABSTRACT

Reyes M1, Hernandez E². Depression and conjugal functionality in women with Human Papilloma Virus in a Family Medicine Unit.

1. Resident of Third Year of Family Medicine UMF 39 "Dr. Ignacio Chavez Tellez "IMSS Tabasco Delegation.
2. Family Doctor Assigned to the UFM No. 43 IMSS Tabasco Delegation.

Background. Infection with human papillomavirus (HPV) has become relevant due to its high level of incidence, with women being an important part of the family and taking into account that the family is the functional unit of society, therefore the importance of knowing the degree of depression and its conjugal functionality secondary to the impact of being a carrier of HPV infection. **Objective.** To analyze the degree of depression and its relationship with conjugal functionality in women with human papilloma virus infection of the UMF 43 of the IMSS. **Material and methods.** It is an observational, analytical, cross-sectional study. A sample of $n = 61$ women carriers of HPV between 18 and 59 years of the UMF No. 43 of Villahermosa, Tabasco was analyzed, Beck tests were applied to measure depression and the Chavez and Velasco test to assess conjugal functionality. For the analysis of data, measures of central tendency and Chi square were used. **Results:** Women with HPV mostly presented depression in 62.9%, in a moderate degree of up to 54% and of these 69.2% with marital dysfunction in a moderate degree in greater proportion, with an $X^2 = 24.59$ and a $p 0.000$ statistically significant. What we can say is that there is an association between the two variables. **Conclusions:** Patients with a diagnosis of HPV that mostly present with depression in the same way show some degree of conjugal dysfunction.

Key words: Depression, conjugal functionality and Human Papilloma Virus.



GLOSARIO

Cáncer	Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.
Depresión	Es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.
Papiloma	Es un término general refiriéndose a un tumor benigno de células epiteliales que crece con proyección externa a semejanza de frondas muy pequeñas.
Subsistema conyugal	Se refiere a la relación de la pareja, dentro de la familia. Esta relación tiene sus propias reglas implícitas, sus propios códigos de comunicaciones, y también establece límites con otros subsistemas y con su entorno. Es vital para el desarrollo de los hijos, pues aporta el modelo de relaciones íntimas.
Verrugas	Es una lesión cutánea causada por el virus del papiloma humano. Son lesiones que presentan una forma variable



	y excrecente; generalmente de forma globular, que pueden afectar a distintas zonas de la piel.
Virus del Papiloma Humano	Tipo de virus que causa la formación de tejido anormal (verrugas) y otros cambios en las células, cuando la infección dura largo tiempo por ciertos tipos de virus del papiloma humano a veces causa cáncer de cuello uterino.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ABREVIATURAS

ADN:	Ácido desoxirribonucleico
ASCUS:	Atipia de células escamosas de significado indeterminado
CaCu:	Cáncer cervicouterino
HNQOL:	Head and Neck Quality of Life (Cuestionario de calidad de vida de cabeza y cuello)
IC:	Intervalo de confianza
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
LEI:	Lesión intraepitelial
LEI-BG:	Lesión intraepitelial de bajo grado
NIC:	Neoplasia cervical intraepitelial
NOM:	Norma Oficial Mexicana
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PCR:	Reacción de Polimerasa en Cadena
SF-36:	Cuestionario de salud SF 36
TDM:	Trastorno Depresivo Mayor
UMF:	Unidad de Medicina Familiar
UWQOL:	University of Washington Quality of Life (Universidad de Washington, cuestionario de calidad de vida)
VPH:	Virus del Papiloma Humano



1. INTRODUCCIÓN

La infección por virus de papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual (ITS), generada por un virus de ADN pequeño que induce desde la formación de verrugas cutáneas (papilomas) hasta cáncer genital, la infección se considera necesaria para el desarrollo del cáncer cervicouterino.

La principal vía de transmisión es sexual; se ha referido que la prevalencia aumenta a medida que las mujeres inician su vida sexual a edades más tempranas y si tienen antecedente de cualquier otro tipo de enfermedad de transmisión sexual.

En los últimos reportes del 2014, el estado de Tabasco se encuentra entre los primeros lugares de mujeres con VPH con una prevalencia del 12.5%.

Esta patología afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece sino también las esferas psicológica y social, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, encontrando sentimientos de decepción, preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el temor a ser infectadas nuevamente, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta idea una fuente generadora de ansiedad.

Se ha reportado desde 1999 pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual, médicos y pacientes admiten que además de las consecuencias en la salud física son frecuentes los problemas emocionales y afectivos interpersonales debidos a la carga simbólica negativa que representan estas infecciones. El diagnóstico de VPH no escapa a esta constante y con frecuencia es desencadenante de conflictos o ciertas disrupciones a nivel de las parejas. Puede hacer emerger la sospecha de relaciones extramatrimoniales o constituirse en la prueba que confirme una supuesta infidelidad por parte de algunos de los miembros, puede reactivar problemas anteriores en la relación y llevar a crisis más o menos importantes. Con esto no estamos sugiriendo que éstas sean las únicas vías de



enfrentar y dar resolución a estos problemas; en otros casos, la enfermedad puede acercar y fortalecer el vínculo o bien no conllevar mayores dificultades, asumiendo las parejas la enfermedad con cierto pragmatismo.

Se ha mencionado que el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus, reportando reacciones emocionales comunes como enojo, depresión, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa. De manera específica, el estado de ansiedad ha sido referido como una reacción emocional compleja empleada por estas mujeres al interpretar esta situación como amenazante y por la preocupación de su estado de salud.

Derivado de lo anteriormente expuesto, se desarrolló esta investigación observacional, transversal, prospectivo y analítico en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 cuyos objetivos fue determinar el grado de depresión y su relación con la funcionalidad conyugal en mujeres portadoras del VPH. Para tal fin se utilizó el test de depresión de Beck y de funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco y su relación entre ambas para su estatificación y una encuesta de recolección de datos para la obtención de variables sociodemográficas y clínicas de los sujetos de estudio.



2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Generalidades del Virus del Papiloma Humano.

Definición: Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud, define al Virus del Papiloma Humano (VPH) como la infección crónica, común y transmitida por vía sexual, que conlleva a múltiples enfermedades que pueden ocasionar la muerte. Es la causa principal de cáncer de cuello uterino (CaCu) en las mujeres. También es un factor de riesgo para el cáncer de pene en los hombres y anal en hombres y mujeres. El VPH que infecta las áreas genitales puede también infectar la boca y la garganta y contribuir al desarrollo del cáncer en estos sitios.¹

La Secretaría de Salud refiere el VPH como un grupo grande de virus, de los cuales se han identificado más de 100 tipos; de éstos, cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino.²

El VPH es un virus ácido desoxirribonucleico (ADN) de doble cadena circular con 8000 pares de bases, cuenta con un núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, perteneciente a la familia Papoviridae, del género Papilomavirus, se conocen más de 200 subtipos virales, de los cuáles más de 40 subtipos son transmitidos sexualmente. Es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente de todo el mundo, generalmente se adquiere por vía sexual pero también puede contraerse verticalmente de madre a hijo, por vía transplacentaria y, menos frecuentemente por transmisión horizontal.^{3, 4}

Historia: Harold Zur Hausen es el investigador merecedor del premio Nobel por ser el pionero en la investigación del VPH. Inició una gran búsqueda de VPH en cualquier tipo de lesiones cervicales. A finales de la década de 1970, se contaba ya con la tecnología de ADN, que se utilizó para aislar el genoma de los VPH identificados en las verrugas. Mediante ensayos de hibridación y restricción



demonstraron que los virus que aislaron de las diferentes muestras clínicas no eran todos idénticos, así que se procedió a clasificarlos por tipos en 1, 2, 3, 4 y así de forma sucesiva, según se iban descubriendo nuevos subtipos del virus.⁵

En 1980, con el ADN del VPH1 como sonda, Lutz Gissman (profesor asociado en el laboratorio de Zur Hausen), identificó y aisló el genoma del VPH6 de un condiloma acuminado y con la sonda del mismo virus descubrió el VPH11 en un papiloma laríngeo. El punto decisivo ocurrió en 1983, cuando Dürst, Gissman y otros colaboradores de Zur Hausen aislaron el VPH16 y un año después el VPH18, a partir de muestras de CaCu. Más adelante se demostró que 60% a 70% de las mujeres con CaCu presentaba estos 2 tipos virales. Esta fue la primera evidencia experimental sólida de la asociación del VPH con el CaCu. De esta forma, se fortaleció la hipótesis del VPH como agente causal del CaCu y creció en gran medida el interés por la investigación entre este virus y otras neoplasias genitales.⁶

2.2 Panorama epidemiológico

El VPH es la enfermedad viral de transmisión sexual más frecuente y la primera causa de consulta ginecológica. Alrededor de 20 millones de personas a nivel mundial se encuentran infectadas y que el 50% de la población sexualmente activa tendrá en algún momento de su vida contacto con el virus. El CaCu es una de las principales causas de muerte a nivel mundial con cifras que alcanzan 266,000 fallecimientos de mujeres cada año, los cuales suceden en su mayoría en países de ingresos bajos y medios. Hasta el 86% de los casos y el 88% de las muertes ocurren en países en vías de desarrollo. El VPH 16 y 18 son los responsables del 70% de todos los CaCu; y entre 41% y 67% en lesiones cervicales de alto grado y hasta el 32% en lesiones cervicales de bajo grado.⁷

De acuerdo con **Globocan** 2012, Brasil, México, India y China contribuyen con un 42% (110,186) de las muertes por CaCu invasivo. Con respecto a los años de vida ajustados por discapacidad a causa de este padecimiento, se refiere México y Brasil conjuntamente representa el 53% en Latinoamérica, y la incidencia en mujeres de



39 años es del 16.7%, considerando esta cifra tan alta como la de otros países en desarrollo.^{8, 9}

En México, existen alrededor de 25 millones de mujeres infectadas por el VPH y anualmente se reportan 68 000 nuevos casos de CaCu, con una incidencia de 10.06% en mujeres de 15 años o más y, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, los estados con mayores cifras con Veracruz 25.28%, Coahuila 19.56% y Oaxaca con 15.25%.⁷

La prevalencia de la infección por VPH reportada por diferentes autores fluctúa entre el 10 y el 12% en la ciudad de México, el 16.7% en el estado de Morelos y el 35-45% en mujeres del sureste del país. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres ≥ 25 años (54.9%) y disminuye sustancialmente en el grupo de 46-55 años (27.5%).¹⁰

En 2014 el sector salud realizaron 6 028 964 citologías en mujeres de 25 a 64 años de edad de edad y se efectuaron 1 166 317 pruebas de VPH para la detección temprana de cáncer cervicouterino, la positividad por VPH en ese año fue de 10.35%. Las entidades con mayor índice de prevalencia son: Veracruz 13.1%, Tabasco 12.5% y Chiapas 12.1%.¹¹

Fisiopatología: La unión escamo-columnar del epitelio cervical es la zona más susceptible a la infección por VPH (hasta el 90%). El epitelio cervical exhibe una organización estratificada, en donde las células de la capa basal conservan la capacidad mitótica. Como resultado de la división, se da origen a dos células idénticas; una de ellas migra al estrato inmediatamente superior para completar su diferenciación terminal y la segunda permanece en el estrato basal como célula de ciclado lento y de recambio.¹²

Al ocurrir la infección por VPH, el genoma viral es sintetizado en las células basales a partir de copias episomales, afectando a la progenie, en donde una célula perpetuará la infección, y aquella destinada al cambio del estrato epitelial, presentará la expresión de genes tardíos, dando inicio a la fase vegetativa del ciclo



de vida del VPH. Finalmente, el ADN viral es empaquetado en la cápside y los viriones son liberados para reiniciar un nuevo ciclo de vida.¹³

La diferencia en el riesgo para la progresión a carcinoma cervical radica en la persistencia de la infección, y por ende, a la integración del ADN viral al de la célula del huésped. Los tipos de VPH de bajo riesgo, tienden a permanecer como episomas, en tanto los de alto riesgo se integran de forma covalente al ADN hospedero.¹⁴

Factores de riesgo: Para padecer infección por VPH estudiados se citan:

- Inicio de vida sexual activa a edad temprana.
- Número de parejas sexuales.
- Contacto sexual con individuos pertenecientes a grupos de alto riesgo.
- Coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual.
- Inmunocompromiso.
- Multiparidad.
- Tabaquismo.
- Deficiencias nutricionales.
- Embarazo precoz por la inmadurez de las células del cuello.

Se refleja una muy alta frecuencia de infecciones entre mujeres de temprana edad y un progresivo descenso con el aumento de la edad.^{15, 16}

Mecanismos de transmisión: Se da generalmente por el contacto directo permitiendo así su transferencia entre las células epiteliales; las vías de transmisión pueden ser:

- ✓ Por contacto sexual (tomando importancia el número de parejas sexuales)
- ✓ Por sangre
- ✓ Por vía perinatal

Por infección vertical.^{7, 17}



Clasificación y formas clínicas: Existen identificados aproximadamente más de 200 genotipos de VPH. Según su potencial de malignidad los subtipos del VPH se clasifican en 3 grupos.

- ✓ **Alto riesgo o carcinogénicos:** 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67, 68, 73 y 82
- ✓ **Probablemente carcinogénicos:** 26, 53 y 66
- ✓ **Bajo riesgo:** 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 81, 83, 84.^{18, 19}

Los tipos 16 y 18 son los genotipos más frecuentes asociados a cáncer cervical, vulvar, de pene y anal. Los tipos 6 y 11 están asociados al desarrollo de lesiones benignas como verrugas y condiloma acuminado.²⁰

Estas infecciones se clasifican en forma:

- ✓ **Clínica:** que ya se manifiesta como condilomas acuminados en mucosa, verrugas genitales, papilomas venéreos.^{15, 21}
- ✓ **Latente:** las cuales no presentan lesiones visibles y solas, se detectan al momento de la consulta médica y exámenes paraclínicos como la citología.
- ✓ **Subclínica:** que se diagnostica mediante colposcopia ya que solo mediante ésta las lesiones son visibles tras la aplicación de ácido acético al 3-5%, por lo que es de suma importancia su diagnóstico.

Diagnóstico del VPH. Entre los estudios para el diagnóstico del VPH de alto riesgo se propone el Papanicolaou en tamizajes de programas convencionales, muy utilizado en todo el mundo. En el hombre se ha utilizado la técnica de reacción de polimerasa en cadena (PCR) y sus variaciones. Esta técnica permite detectar hasta 3,9 copias del ADN viral al comienzo de la reacción.^{22, 23}

El diagnóstico de las verrugas se realiza por medio de la presentación clínica en la consulta médica.²⁴



Hoy en día se habla del cribado, que se define como la medida de prevención para el diagnóstico de la enfermedad en una población sana, y debe tener como diana la detección de una NIC 3 o NIC 2.²⁵

2.3 Depresión

Estas lesiones, al igual que muchas otras dermatológicas, causan un daño, además de físico, psicológico y conyugal.²⁶

Es de suma importancia saber las repercusiones que tienen las infecciones por VPH en el hombre y la mujer, así como en el ambiente de seguridad que pudiera tener la pareja afectada, sobre todo por las implicaciones secundarias en la confianza de pareja y en los tratamientos que hay que seguir en el futuro inmediato. Si bien se sabe que en el hombre son muy raras las implicaciones o cambios malignos de las lesiones de VPH, en la mujer es indudable que las repercusiones que pueden llegar a tener una connotación muy diferente a la contraparte masculina.^{20, 27}

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una condición caracterizada por síntomas afectivos, cognitivos y somáticos.

A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer (no incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica):

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).



3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.²⁸

Existe una gran variedad de consecuencias negativas a largo plazo asociadas con el trastorno, por ejemplo, dificultades en la convivencia y la socialización, pobre desempeño vocacional e incremento en el riesgo para autolesiones y suicidio. Por lo tanto, la intervención temprana es la estrategia más efectiva para la prevención de las consecuencias asociadas con la enfermedad.²⁹



Escala de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. Las preguntas se basan en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad.³²

2.4 Depresión y VPH

Se ha reportado que la condición emocional de la mujer con VPH se ve afectada, el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus; también señala la presencia de manifestaciones emocionales comunes como depresión, baja autoestima, enojo, aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa, por lo que la esfera psicológica juega un papel importante asociado a la infección por VPH. Al ser la vía sexual la



que posibilita el contagio por VPH no se puede aislar la complicación psicológica, misma que genera conflictos en la esfera biopsicosocial y que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres infectadas.³⁰

La depresión desempeña un papel importante en si una mujer con el VPH puede deshacerse de su infección o no, según sugiere una nueva investigación que se presenta en la Reunión de 2016 de Pediatric Academic Societies. El sistema inmunológico del cuerpo a menudo lucha contra el virus durante un par de años de exposición, según los investigadores y las mujeres que informaron de estrategias autodestructivas, como beber, fumar cigarrillos o tomar drogas cuando estaban estresadas y/o deprimidas, eran más propensas a desarrollar una infección activa por VPH. Asimismo, las mujeres que estaban deprimidas o percibían tener una gran cantidad de estrés eran más propensas a tener persistencia del VPH.³¹

Ante la crisis por tal evento, la mujer infectada debe realizar una evaluación respecto de su salud y el grado de funcionamiento para realizar sus actividades cotidianas, lo que incluye la percepción general de la salud propia y el bienestar emocional. Esta valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno puede diferir entre individuos, aun cuando se encuentren en las mismas circunstancias, lo que constituye el afrontamiento. Teóricamente existen varias estrategias de **afrontamiento** a las que se puede recurrir para responder ante una situación estresante; sin embargo, cada individuo posee una propensión a emplear una determinada serie de estrategias; esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento.³²

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



evitación y reevaluación positiva) y, el último (soporte social), está focalizado en ambas áreas.³³

La identificación de la respuesta **emocional** en este tipo de pacientes se logra a partir del reconocimiento del estilo de afrontamiento al que recurre cada mujer, la presencia o ausencia de depresión. Además, es necesario señalar que se considera que la adaptación a la enfermedad va ligada a una situación reactiva conocida como malestar psicológico, esto es, el conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no pueden ser agrupados en una situación sintomática por no reunir los criterios propuestos. El estilo de afrontamiento a que recurre cada mujer en particular, la presencia o ausencia de manifestaciones de depresión, son los factores que permitirán la identificación de la respuesta emocional en estas mujeres.³⁴

La evidencia en cuanto a la implicación de la esfera psicológica es contundente, lo que justifica la necesidad de realizar un diagnóstico psicológico oportuno que posibilite el manejo eficaz de este problema emocional, adicionando a los factores de riesgo biológicos, factores relacionados con la esfera psicológica de dichas pacientes.³⁵

2.5 Funcionalidad del subsistema conyugal

La presencia del virus, provoca reacciones diferentes no solo en la mujer, sino también en sus relaciones de pareja, ya sea disminuyendo la frecuencia de las mismas o en la calidad de estas, afectándose de esta manera la salud sexual.²⁶

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.³⁶

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es



el grupo celular de la sociedad, que ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales. La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.³⁷

De la misma manera, la familia tiene tendencia a autorregularse con mecanismos de dos tipos: el de crecimiento/cambio frente al de autorregulación/homeostasis. La alternancia de estas dos fases señala el grado de adaptabilidad del sistema mientras que la maximización de una de ellas nos puede anticipar la aparición de alguna crisis. En algunos casos, la enfermedad en uno de los miembros de la familia puede ser un mecanismo de autorregulación al que apela el sistema en aras de su cohesión, como una alternativa reguladora que presiona en dirección de la estabilidad.³⁸

Un **subsistema** es un conjunto de elementos agrupados en torno a una misma función o cualidad. En el marco de los subsistemas, los patrones de interacción que se manejan no son válidos para el sistema familiar en su conjunto. En la familia existen dos subsistemas básicos en una familia: fraterno y conyugal. En este caso no enfocaremos al subsistema conyugal.³⁹

El subsistema conyugal es una las bases fundamentales de la familia, ya que constituye un apoyo para el resto de los integrantes del sistema, sobre todo es vital para el crecimiento de los hijos, pues se constituye en el modelo en que los niños contemplan todo tipo de emoción como el afecto, cariño, odio, entre otros y lo que presencien se convertirá en parte de sus valores expectativas.⁸

El impacto psicológico del VPH tiene un impacto negativo en su relación de pareja y disfrute de la actividad sexual; puede haber dispareunia y miedo de transmitir la enfermedad a la pareja, así como también miedo de la posibilidad de que la



infección por VPH progrese a cáncer, sentimientos asociados al significado son culpa, miedo, vergüenza y decepción o por el contrario indiferencia.¹⁰

La infección por VPH al parecer está asociada como un factor de riesgo para disfunción sexual femenina. Nuevos estudios mencionan que la indiferencia al resultado de un diagnóstico de VPH es un sentimiento que puede asignarse a una forma de ignorancia de la enfermedad o al no asimilar el valor que realmente tiene ser portadora del virus al momento del diagnóstico. Mientras que autoperibirse poseedora de un atributo denigrante y desacreditador para la sociedad genera temor a ser criticada, señalada y estigmatizada, lo que resulta de la internalización del contexto cercano que cuestiona la sexualidad femenina.¹⁵

Desde su ser mujer-madre viven la experiencia de ser diagnosticadas con VPH como una sentencia de muerte física y sociocultural, cuestión que se enlaza con aspectos valorativos en los que padecer una enfermedad que se transmite vía sexual las devalúa socialmente como procreadoras y como madres, pero, además, su muerte física adquiere el significado de ya no poder cubrir su papel de protectoras de los hijos, ya que consideran que el padre los abandonará.²¹

Instrumento de funcionalidad de Chávez y Velasco

En 1994 Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velasco Orellana, proponen un instrumento de evaluación conyugal, el cual evalúa cinco principales funciones que consideran este subsistema debe cubrir: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones; agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

En la pareja la gratificación sexual es fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explícita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene, a la pareja recién formada puede llevar de 6 a 9 meses en el ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria, ya que resulta complicado evaluar esta función solo evalúan dos rubros:



- a) Frecuencia de la actividad sexual, debe de investigarse con el objetivo de establecer si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.
- b) Satisfacción, considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria. ⁴⁷

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2.6 Estudios relacionados

En el 2016 en Brasil, por Parente Sa Barreto et al, realizaron un estudio "percepciones de mujeres portadoras del virus papiloma humano a cerca de la infección: estudio exploratorio", donde su objetivo fue conocer la percepción de mujeres infectadas por VPH, mediante un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, realizado a 14 mujeres, usuarias de un servicio de atención especializada en Juazeiro del Norte-Ceará-Brasil, entre marzo a junio de 2012, utilizando la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. En los resultados se encontraron percepciones equivocadas con respecto al VPH, el 50% de las pacientes refirieron desconocimiento de la no eliminación del virus mediante la el enfoque terapéutico, el 80% refirieron sentimientos relatados con características negativas frente al diagnóstico (miedo, tristeza, rabia, vergüenza) pensamiento de saber si tiene cura, actitudes de autoprotección y protección a los hijos y la idea de decidir si divorciarse o no. Las percepciones encontradas tienden a perjudicar el empoderamiento de las mujeres para lidiar con mayor seguridad en esta situación.⁴⁰

En el 2016 en Reino Unido, Dodd RH et al, donde se realizó un estudio "Virus del Papiloma Humano y Cáncer de Cabeza y Cuello: Impacto psicosocial y conocimiento en los pacientes. Una revisión sistemática en el que midieron el impacto psicosocial del cáncer de cabeza y cuello relacionado con VPH y también se estudió el conocimiento sobre el vínculo de VPH y cáncer de cabeza y cuello entre diferentes poblaciones. Los estudios fueron revisados por pares originales cualitativa y cuantitativa midieron un aspecto del impacto psicosocial ante dicha enfermedad y su relación con VPH. En total, 51 documentos cumplieron los criterios de inclusión; 10 midieron aspectos psicosociales y 41 midieron el conocimiento del vínculo entre HPV y cáncer de cabeza y cuello. Un estudio midió la angustia y la auto-culpa en pacientes recién diagnosticados con VPH positivo. Se encontró que los niveles de auto-culpa son bajos (media 2.27, rango 1 a 4). Otro estudio midió la calidad de vida usando el UWQOL, HNSQOL y SF-36 y encontró el resumen los puntajes se mantuvieron estables entre 2 años y largo plazo seguimiento (mediana



de 78 meses después de la finalización de tratamiento). Clínicamente significativo se redujo la calidad de vida medida usando el UWQOL encontrado en el 14% de los pacientes, mientras que el 11% de los pacientes informaron mejoras clínicamente significativas. Disminuciones en la calidad de vida medidas utilizando el HNQOL se encontraron en el 8% de los pacientes, con el 8% de los pacientes informando mejoras clínicamente significativas. Se encontró que los pacientes con tumores positivos para VPH puntaje significativamente mejor en funciones físicas y funciones de la escala, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos en lo emocional, social y global funciones de salud de la escala. En una auditoría de registros médicos, Hess y sus colegas encontraron que había una mayor prevalencia de ansiedad en pacientes con VPH negativo, pero las tasas de la depresión mayor o el trastorno de ansiedad no difieren significativamente entre los grupos positivos para el VPH y negativos para el VPH. Un estudio que mide la calidad de vida utilizando el UWQOL, encontró que la calidad de vida en general puntajes fueron mejores en cada punto de tiempo para pacientes con VPH-positivo que para los pacientes VPH-negativos, con las diferencias siendo significativo al inicio del estudio, 6 meses y después de 12 meses. Otro estudio que mide la calidad de vida medida usando HNCI en uno estudio encontró que los pacientes con VPH positivo tenían una calidad superior de vida al inicio del estudio, pero luego una menor calidad de vida a las 3 semanas, 3 meses y 6 meses en comparación con pacientes VPH negativos.⁴¹

En el 2015 en Quintana Roo, México, Mendoza López et al, realizaron un estudio en el cual donde se buscó evaluar la relación de ansiedad y/o depresión en mujeres con y sin infección por VPH que asistían por primera vez a la clínica de displasias de una unidad hospitalaria se incluyeron 222 mujeres, ambas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó el cuestionario de Calderón y Hamilton para detección de ansiedad y depresión respectivamente y se utilizó el estadístico de chi cuadrada para determinar las diferencias entre los grupos, t student para comparación de medias y se estimó la razón de prevalencias con intervalo de confianza del 95%. Se integraron dos grupos (111 con VPH y 111 sin VPH) donde la presencia de ansiedad se estimó en el 69.4% del total de la muestra



y al estratificarlo en relación a la presencia a la presencia de infección por VPH, se observó una frecuencia del 79,3% y en el grupo sin esta infección el valor fue menor con un 59,5% ($p < 0.05$). Referente a la depresión, estuvo presente en 18,0% de las mujeres del estudio; en 26,1% de las mujeres con infección por VPH y en 9,9% de quienes no presentaron esta infección ($p < 0.05$). Se determinó para ambos grupos (con VPH y sin VPH) la media del puntaje total de las escalas para la evaluación de la ansiedad y depresión, destacando que para el grupo con VPH se observaron los valores más altos (39.4% para depresión y 15.91% para ansiedad) en relación al grupo que no presentó esta infección ($p < 0.05$). La presencia de ansiedad y depresión es mayor en las mujeres con diagnóstico citológico por infección del VPH, por consiguiente, la presencia de esta infección incrementa el riesgo de presentar depresión y ansiedad.⁴²

En el 2014, en la ciudad de Guerrero, México, Vargas Daza et al, realizaron un estudio cualitativo con enfoque o aproximación fenomenológica para describir la experiencia de mujeres diagnosticadas con VPH. Se entrevistó a profundidad a 20 mujeres diagnosticadas en el listado nominal de la Clínica de Lesiones Tempranas del Hospital General de Ometepec, Guerrero. Para el análisis de datos se utilizó el método de Giorgi y una guía semiestructurada diseñada a partir de la indagación bibliográfica sobre la problemática de salud por el VPH que constó de preguntas personales para caracterizar a la población. Los resultados dieron a conocer que el 80% de las pacientes presentaron miedo al rechazo por parte de su pareja, afección física y psicológica (como depresión, baja autoestima y ansiedad) que le transmite a la mujer una sensación de pérdida por su condición de género ante su salud y su sexualidad.⁴³

En el 2014, en Bogotá, Colombia, Monsalve Paéz et al, realizaron un estudio de la experiencia de las pacientes frente a citología cérvico-vaginal reportada como ASCUS o LEI (lesión escamosa intraepitelial) de bajo grado en dos instituciones de Bogotá, Colombia, una institución pública y otra un centro de atención ambulatorio privado; mediante un estudio cualitativo fenomenológico, que busca establecer las experiencias vividas por mujeres entre 18 y 69 años que consultaron por primera



vez a realización de colposcopia por el hallazgo en la citología cérvico-vaginal de ASCUS o LEI-BG. Se realizaron grupos focales y entrevistas, la información fue grabada y transcrita posteriormente, creando categorías para evaluar las experiencias: caracterización sociodemográfica, cognición, características afectivas y comportamiento. Los resultados obtenidos a partir de una muestra de 27 mujeres con respecto a su estado civil predominaron las pacientes solteras, viudas o separadas 62%, 38% casadas o unión libre; en cuanto a la escolaridad 66% había cursado primario o secundaria, 34% nivel técnico o universitario, la principal conducta posterior a recibir el resultado de la citología fue priorizar la cita médica. El resultado anormal de la citología cérvico-vaginal despierta sentimientos de angustia y preocupación pues lo relacionan con el cáncer de cuello uterino en un 90% de la población encuestada, dado que no es claro para ellas que este es un examen de tamización. Algunas refieren un sentimiento de culpa acerca de sus conductas sexuales en el pasado. La mayoría de mujeres concuerda en cierta desconfianza hacia su pareja, por su pasado o presente.⁴⁴



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Virus del Papiloma Humano es una enfermedad de transmisión sexual, una de las más frecuentes en el mundo además de ser precursor de cáncer cervicouterino en las mujeres, infecta a 5 millones de personas en el mundo cada año, la tasa de mortalidad media nacional mexicana por Virus de Papiloma Humano fue situada en 18.24% en primeros lugares a nivel internacional. El Estado de México ocupa el primer lugar en defunción es por CaCu presentándose alrededor de 4,500 decesos por año según cifras del Instituto de Salud del Estado de México.

Se considera que todo individuo sexualmente activo estará expuesto en algún momento de su vida al VPH. Cada día más frecuente en el estado de Tabasco predominio en población joven siendo el sexo femenino el receptor vulnerable. Algunos de los factores que se han asociado a riesgo de VPH la edad, sexo, edad de inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, ocupación, escolaridad, provocando depresión, estrés, y este a su vez afecta la funcionalidad familiar y conyugal.

La depresión es un trastorno mental grave y frecuente nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. Afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio. En Latinoamérica, Brasil es el país con mayor prevalencia de depresión con 5.8 %; seguido de Cuba 5.5% y Paraguay 5.2%. México, Nicaragua y Venezuela un 4.2%, Honduras 4.1% y Guatemala con el 3,7 %.

Las mujeres al ser diagnosticadas con VPH experimentan de manera integral diversos fenómenos abarcando no sólo el área física, el impacto emocional que repercute en la vida cotidiana en lo social, familiar y en la pareja, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta una idea generadora de ansiedad y depresión. Se ha mencionado que



el impacto emocional causado por el diagnóstico puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus.

Algunos factores que pueden contribuir a la depresión clínica son entre otros: el sexo, antecedentes familiares, uso de ciertas medicinas, cambios o dificultades en la vida, (divorcio, jubilación, la muerte de un ser querido, pérdida del trabajo), presencia de otras enfermedades tales como cáncer, diabetes, afecciones al corazón, enfermedades de transmisión sexual, entre otras; abuso del alcohol o drogas.

El estado de Tabasco cuenta con un alto índice de depresión y como consecuencia se puede presentar problemas conyugales que trae como consecuencia disfunción conyugal. En la familia, sociedad y en el subsistema conyugal dónde se debe poner énfasis, puesto que el impacto al diagnóstico no sólo afecta al paciente sino a la familia, recordando que la familia es la unidad funcional de la sociedad y teniendo en cuenta que dicho virus es considerado una enfermedad de transmisión sexual.

Cómo médico familiar, debemos también conocer el grado de afectación de nuestros pacientes no sólo de manera individual, también la familiar, en pareja, puesto que dependiendo de la situación familiar y de pareja pueden deteriorar o ayudar a nuestros pacientes a tomar decisiones buenas o malas que puedan afectar su tratamiento oportuno y temprano. Existen estudios en los que comentan que cualquier persona es afectada ante un diagnóstico de enfermedad de manera anímica y a su vez verse reflejado en las decisiones que el paciente tome, así como en la evolución propia del paciente enfermo.

Por ello, debemos conocer el nivel de afectación de nuestras pacientes para poder concientizarlas con ésta patología, canalizarlas a los distintos recursos con los que se cuenta, proporcionar información precisa, concisa y directa, brindar apoyo, tratamiento y dando a conocer acciones preventivas y a nosotros como médicos de primer nivel nos sirvan a de apoyo en el núcleo familiar para aportar información a sus hijos(as), familiares, amigos y a su entorno social.



El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una de las instituciones que cuenta con más de 13 millones de afiliados en el país, en tan sólo una Unidad de Medicina Familiar cuenta con 368 pacientes con diagnóstico de VPH en mujeres en tan sólo un año, que de no ser tratadas a tiempo se pueden convertir en CaCu, provocando mayor gasto al instituto en tratamientos, terapias, medicación, así como secuelas en el aumento de consultas en Medicina Familiar por problemas anímicos, familiares, depresión que en el instituto suman aproximadamente 300 a 400 consultas al día en promedio en cada Estado.

Tabasco se encuentra en tercer lugar a nivel nacional en mujeres con diagnóstico de este virus y encontrándose también en los primeros lugares en depresión asociado a enfermedades, problemas familiares y como consecuencia disfunción conyugal. El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas y funciones específicas, vitales, para el funcionamiento de una familia. El mal funcionamiento de la pareja refleja resentimiento y malestar hacia el resto del grupo familiar, produciendo, entonces, perturbaciones que se manifestaran en la totalidad de la estructura familiar. Es por ello que surge la interrogante de investigación.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de depresión y su relación con la funcionalidad conyugal en las mujeres con infección del virus del papiloma humano de la UMF 43 del IMSS?



5. JUSTIFICACIÓN

La infección por VPH ha adquirido relevancia por su alto nivel de incidencia y su relación con el CaCu, lo que demanda un estudio integral no sólo del aspecto físico, sino también en el área psicológica y conyugal.

Un 20% de la población tabasqueña padece un trastorno mental principalmente depresión y autoestima baja, colocándose como la principal causa de atención en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, la mayoría presentados en el sexo femenino. En el 2017 aumentó 5% de los caso de depresión el municipio del Centro ocupa el primer lugar de estos casos.

El CaCu continúa siendo la segunda causa de muerte en mujeres a nivel global. En 2012, más de 83,000 mujeres fueron diagnosticadas con CaCu y casi 36,000 fallecieron por esta enfermedad en América latina. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en América aumentará en un 45% en el 2030 según la Organización Mundial de la Salud.

El VPH es una enfermedad de transmisión sexual cada vez más frecuente en nuestro estado, cada día ha ido en aumento sobre todo en pacientes jóvenes siendo el sexo femenino el receptor vulnerable, y el masculino el portador mayormente inconsciente, el problema de salud es importante siendo este virus un factor predisponente para CaCu. Las pacientes portadoras de VPH en genitales experimentan diversas conductas emocionales de índole psicológico principalmente depresión sin pasar por alto la funcionalidad conyugal, mismas que pueden influir y retrasar el diagnóstico, por consiguiente el tratamiento de dicha enfermedad. Por esto es importante conocer las conductas que más repercuten en nuestras pacientes y que obstaculizan obtener el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Si tomamos en cuenta que el grupo con mayor afectación son mujeres en edad reproductiva, podemos dimensionar las secuelas sociodemográficas y familiares que esta patología trae como consecuencia, por lo cual el abordaje de manera



integral con énfasis en el área preventiva es la clave para lograr la reducción de la morbimortalidad por esta enfermedad. De esta premisa se desprende la necesidad de brindar un panorama amplio del rol que juega el personal de salud con atención en Medicina Familiar.

Existen pocos estudios en relación a la afectación psicológica como depresión y ansiedad y de la funcionalidad conyugal de las infecciones de transmisión sexual en específico con infección de virus del papiloma humano.

A los especialistas en Medicina Familiar nos interesa la evaluación de la funcionalidad de la familia en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud son manejados por las mismas, siendo importante conocer como ocurre en el entorno familiar de las pacientes con VPH para así poder proporcionarle educación para la salud, medidas preventivas y así poder salvaguardar su núcleo familiar por medio de terapia, es de suma importancia integrar y sumar los esfuerzos del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar a fin de llevar a cabo acciones específicas y sistematizadas para lograr un diagnóstico temprano y la referencia oportuna, contribuyendo a disminuir las cifras tan elevadas de morbimortalidad y el saldo social, y poder inferir y disminuir la orfandad y la desintegración familiar.

Con la realización de esta investigación se buscó obtener la información necesaria para objetivar situaciones como depresión por las que pasan las pacientes y así proporcionar la información para que puedan tener una mayor percepción de la enfermedad y puedan acudir al especialista con el diagnóstico precoz de esta patología y avanzar con mejores logros en su tratamiento.

En este estudio se intenta determinar, depresión y la funcionalidad conyugal, en pacientes con VPH en la UMF de la clínica 43. Con los resultados obtenidos se permite mejorar en las intervenciones en el ámbito profesional del personal de enfermería, médico familiar, trabajo social, psicología y así como el tamizaje, seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas como una estrategia costo-efectiva de prevención.



6. OBJETIVOS

6.1 General

Analizar el grado de depresión y su relación con la funcionalidad conyugal en las mujeres con infección del virus del papiloma humano de la UMF 43 del IMSS.

6.2 Específicos

- ✚ Caracterizar variables sociodemográficas
- ✚ Determinar el grado de depresión en las mujeres con VPH de la UMF 43 del IMSS
- ✚ Determinar el grado de funcionalidad conyugal en las mujeres de la UMF 43 del IMSS



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño del estudio

Esta investigación es de tipo observacional, analítico, prospectivo para su asociación en el grado de depresión y la funcionalidad conyugal en las mujeres portadoras del VPH.

7.2 Población, muestra y muestreo

Se utilizó la población de mujeres afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social de la UMF No. 43, entre 18 y 60 años, que se fueron diagnosticadas con VPH en el año 2018 en el área de Villahermosa, Tabasco el cual en censo de 110 pacientes, sin embargo sólo se incluyó a pacientes con pareja estable de 98 pacientes.

La muestra de este estudio se obtuvo mediante la fórmula para población finita, con un error de cálculo máximo aceptable del 5% (0.05) y un nivel de confianza del 95%, con una prevalencia estimada de 12.5%, la cual se presenta a continuación:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población = 98

Z = Se utiliza 1.96 como constante que indica nivel de confianza deseado

p = Proporción de la población con la característica deseada es 0.12

q = Proporción de la población sin la característica deseada igual 0.88

d = Nivel de precisión absoluta. Valor promedio de la variable en estudio = 0.05



Sustitución de los valores en la fórmula:

$$n = \frac{98 (1.96)^2 (0.12) (0.88)}{(0.05)^2 (98 - 1) + (1.96)^2 (0.12)(0.88)}$$

$$n = \frac{98 (3.8416) (0.1056)}{0.0025 (97) + 3.8416 (0.1056)}$$

$$n = \frac{376.4768 (0.1056)}{0.2425 + 0.40567296}$$

$$n = \frac{39.75595008}{0.64817296}$$

$$n = 62$$

La población se seleccionó mediante una muestra aleatoria simple al azar, donde se acudió la UMF No. 43 con apoyo del departamento de epidemiología donde se proporcionó la información del listado de pacientes con diagnóstico de VPH el periodo de enero a junio del año 2018, se acudió también al departamento de afiliación y vigencia donde se corroboró que dichas pacientes se encontraban afiliadas y contaban con vigencia activa al IMSS.

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión:

- ✓ Mujeres con diagnóstico de VPH
- ✓ Edad entre 18 y 60 años, por ser mayores de edad
- ✓ Que su estado civil sea casada o en unión libre (incluye soltera, con pareja estable), para poder realizar encuesta de funcionalidad conyugal
- ✓ Que sean derecho habiente IMSS, para poder realizar las encuestas
- ✓ Cualquier escolaridad
- ✓ Cualquier ocupación
- ✓ Reporte positivo de VPH por colposcopia



Exclusión:

- ✓ Hombres
- ✓ Solteras sin pareja estable

7.4 Variables

Variable dependiente:

- ✓ Depresión.

Variable independiente:

- ✓ Funcionalidad conyugal.
- ✓ Variables sociodemográficas.
- ✓ VPH.



7.5 Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable y escala de medición	Definición conceptual	Definición operativa	Codificación (valor)	Tipo estadístico
Edad	Cuantitativa numérica	Años cumplidos desde el nacimiento al momento del estudio	Se medirá en números enteros de los años cumplidos al día de contestar el cuestionario.	Sección I. Inciso a. Números enteros	Media y desviación estándar, rango
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales de otro sexo o de su mismo sexo	Preguntando su estado civil y se clasificará en 3 grupos	Sección I. Item # 1 a. Soltera b. Unión libre c. Casada	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	Cualitativa nominal	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo	Se preguntara la ocupación habitual del encuestado. Se obtendrá del cuestionario, se clasificará en 4 grupos	Sección I. Item # 2 a. Estudiante b. Ama de casa c. Empleada d. Profesionista e. Ninguna f. Autoempleo	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad Terminada	Cualitativa nominal	Nivel o grado de estudios obtenidos	Se obtendrá mediante la pregunta directa en el cuestionario y se clasificará en 5 grupos	Sección I. Item # 3 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera técnica 6. Profesional	Porcentaje
Inicio de vida sexual activa	Cuantitativa	Edad la cual la paciente inició con su actividad sexual	Se obtendrá de preguntar a las pacientes a que edad tuvieron su primera relación sexual	Sección I. Item # 4 a. No aplica b. 12-15 años c. 16-20 años d. 21-30 años e. más de 30 años	Frecuencia y porcentaje
Número de parejas sexuales	Cuantitativa discreta	Número de compañeros sexuales que han tenido desde el inicio de su vida sexual activa	Se obtiene de preguntar a las pacientes cuantos compañeros sexuales ha	Sección I. Item # 5 a. Ninguno b. 1 c. 2-5	Frecuencia y porcentaje



		hasta la fecha del estudio	tenido hasta la fecha del estudio	d. 5-10 e. más de 10	
- Depresión	Cualitativa ordinal	Es una condición caracterizada por síntomas afectivos, cognitivos y somáticos. Síntomas presentes durante el período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer.	Se valorará por medio de la escala de depresión de Beck (BDI-2), se interpretan dependiendo del puntaje obtenido	Sección II del instrumento de recolección Items 1 al 21 a. Ausencia de depresión b. Depresión leve c. Depresión moderada d. Depresión severa	Frecuencia y porcentaje
Funcionalidad conyugal	Cualitativa nominal	Compuesto por la pareja que se une en un sistema aportando cada uno su historia familiar y antecedentes personales, asimilados y desarrollados en su familia original. Cada uno de ellos, debe complementarse para formar una acomodación mutua.	Se valorará por medio del instrumento: Funcionalidad conyugal de Chávez y Velazco y se clasifica de acuerdo al puntaje obtenido	Sección III. Items 1 al 13 Con resultado en 1. Parejas funcionales 2. Parejas moderadamente disfuncionales 3. Parejas gravemente disfuncionales 4. Gravemente disfuncional 5. Moderadamente disfuncional 6. Funcional	Frecuencia y porcentaje



7.6 Técnica y procedimiento de la investigación

Durante el 2018 se realizó este estudio con un diseño analítico, con las siguientes características: prospectivo y transversal. El universo de trabajo correspondió al total de pacientes de 98 pacientes con un tiempo de diagnóstico de Virus del Papiloma Humano por colposcopia como máximo 1 año, con pareja estable y que con vigencia actualmente por Instituto Mexicano del Seguro Social, entre edad de 18 a 60 años. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para población finita utiliza para población donde se conoce el universo de pacientes se obtuvo una $n=62$ pacientes, con un nivel de confianza del 95%, una desviación estándar de la población de 0.5 y un límite aceptable de error del 1%.

Previa autorización del comité de ética y de investigación clínica se solicitó la autorización a los directivos ya teniendo listado de pacientes con diagnóstico de VPH obtenido del departamento de Epidemiología y se procedió a incluir a pacientes que cumplieron con los criterios de selección y a través de un muestreo aleatorio simple, y se procedió a realizar el llamado vía telefónica de las pacientes seleccionadas y se invitó a participar en este estudio, se invitó a acudir a la UMF No. 43 y en horarios distintos para poder realizar las encuestas, a cada una se le explicó cómo llenar las hojas del cuestionario. Una vez llenado el cuestionario, el responsable del proyecto o la persona responsables y se verifica su correcto llenado.

Una vez obtenido el total de la muestra, y con todos los cuestionarios bien requisitados, se inició con el proceso de análisis, obteniendo de esta forma los resultados.



7.7 Instrumentos para la recolección de la información

Primer instrumento

El cuestionario (entrevista) de datos sociodemográficos y clínicos elaborada por el autor que consta de 6 ítems donde las variables del paciente consideradas fueron: edad, estado civil, ocupación, escolaridad terminada, edad de inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales y tiempo de diagnóstico de la enfermedad puesto son antecedentes de importancia para el análisis sociodemográficos para la población en estudio, la cual puede ser respondida en un tiempo máximo de 5 minutos.

Segundo instrumento

Escala de depresión de Beck.

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En la mayoría de ensayos clínicos se emplea la primera versión. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un



consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

	Puntaje
Ausente o mínimo	0 – 9
Leve	10 – 16
Moderada	17 – 29
Grave	30 – 36

Tercer instrumento

Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco.

En 1994 Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velasco Orellana, proponen un instrumento de evaluación conyugal, el cual evalúa cinco principales funciones que consideran este subsistema debe cubrir: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones; agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

Se refiere este instrumento tuvo validación práctica cuatro años antes. En la pareja la gratificación sexual es fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explícita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene, a la pareja recién formada puede llevar de 6 a 9 meses en el ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria, ya que resulta complicado evaluar esta función solo evalúan dos rubros:

- Frecuencia de la actividad sexual, debe de investigarse con el objetivo de establecer si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.
- Satisfacción, considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.

Consta de 13 preguntas con 3 respuestas a cada una, dando un valor numérico a cada respuesta de 0, 5 y 10 según el grado de satisfacción de cada pregunta,



realizando la sumatoria de puntos y comparándola con una escala preestablecida en la que un valor de:

	Puntaje
Parejas gravemente disfuncionales	De 0 – 40 puntos
Parejas moderadamente disfuncionales	Entre 41 – 70 puntos
Parejas consideradas funcionales	Mayor de 70 puntos

7.8 Procesamiento y análisis de la información

Una vez que se obtuvo el total de la muestra y con todos los cuestionarios bien requisitados, se inició con el proceso de análisis.

Para las características sociodemográficas y clínicas y de la incidencia de depresión y funcionalidad conyugal de las portadoras del VPH se obtendrán de los resultados de las encuestas de la encuesta sociodemográficos y de los instrumentos de escala de depresión de Beck y en el aspecto conyugal con la escala conyugal de Chávez y Velasco y se analizará la relación entre ambos.

Se inició con el proceso de análisis de datos con ayuda del programa SPSS Statics versión 20, en donde se realizó descripción del comportamiento de las variables con análisis de cada uno por medio de estadística descriptiva, para variables cualitativas se utilizaron frecuencias, porcentajes y distribuciones; para variables cuantitativas se usaron medidas de tendencia central como: media, mediana y moda, así como desviación estándar, valores mínimos y valores máximos, en algunos casos ciertas variables se codificaron en dicotómicas para su análisis estadístico.

La fórmula que se utilizó para correlacionar y establecer si los resultados serán estadísticamente significativo fue Chi cuadrada, a continuación se exponen los resultados mediante uso de tablas, donde se observaran los resultados en valores



numéricos y porcentajes de manera ordenada que nos servirá para comparar resultados.

Para variables cuantitativas y descripción de frecuencias y proporciones para variables cualitativas se representará los resultados mediante tablas y Chi cuadrada.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este protocolo de investigación se llevó a cabo a 62 mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 43 en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, a los cuales se les administró un test sociodemográfico, test de depresión de Beck y test conyugal del Chávez y Velasco, en el cual se determina si la persona en estudio cuenta con depresión y si hay afectación en el sistema conyugal enfocado a la enfermedad del VPH como finalidad, se obtuvo un análisis de las características del grupo en estudio.

La información que fue proporcionada por los entrevistados en la ficha de investigación de los cuestionarios, fue totalmente confidenciales y solamente fueron utilizados para los fines de la investigación.

Este estudio implica un riesgo mínimo por el tipo de estudio de encuestas. Para su participación, estuvieron de acuerdo los participantes previamente firmada la hoja de consentimiento informado, la cual se rigió por los principios o normas éticas establecidas en la declaración de Helsinki del 2013 en sus apartados 7, 9, 11, 12, 14, 15, 23, 24 y 30 principalmente que promulgan el respeto a todos los encuestados y a sus familias protegiéndolos de sus derechos individuales para el desarrollo de esta investigación.

Hablando específicamente de la Ley General de Salud y la Investigación de la Salud en humanos certificamos que este proyecto de investigación que se realizó cumpliendo con todas las normas establecidas para el buen uso de la información proporcionada por los encuestados y con la seguridad de mantener el respeto y la confidencialidad de cada individuo incluido en este estudio, los siguientes artículos describen los derechos que tienen los encuestados, estos son:

Artículo 13. En esta investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.



Artículo 14. La investigación que se realizó en seres humano se desarrolló conforme a las siguientes bases:

I: Se ajustó a los principios científicos y éticos

IV: Es esta investigación se pretende conocer el grado de depresión en la pacientes con Virus del Papiloma Humano y se pretende con los resultados mejorar la atención de las pacientes promover los servicios de prevención ante esta patología.

V: Se cuenta con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, previamente firmado por las pacientes.

VI: Este estudio es realizado por profesionales de la salud el M. en C. Dr. Elías Hernández Cornelio y la residente de Medicina Familiar la M.C. Marcela Reyes Pérez a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento cuidando la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución como es el Instituto Mexicano del Seguro Social quien actúa bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes contando con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantizan el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Se cuenta con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de bioseguridad.

Artículo 16. En esta investigación se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento esta investigación se clasifica en:

- I. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las



membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros,

Artículo 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:



- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe,
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8. RESULTADOS

Se encuestó un total de 62 (100%) pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano de la UMF No. 43 en Villahermosa, Tabasco entre edades de 18 a 60 años de edad, previo autorización por consentimiento informado, los resultados fueron los siguientes.

Análisis Univariado

En la Tabla 1 se observan las características sociodemográficas de la población en estudio, las cuales se detallan a continuación:

En cuanto a la edad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano se obtuvo una \bar{X} = 31.58 años, una M_e = 30 años y una M_o = 32 años, se obtuvo una edad mínima =18 años y una edad máxima= 50 años, con una σ = 8.888 años.

El inicio de vida sexual activa de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano se obtuvo una \bar{X} = 18.21 años, una M_e = 18 años y una M_o = 18 años, se obtuvo una edad mínima =14 años y una edad máxima= 25 años, con una σ = 2.444 años.

El número de parejas sexuales de pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano se obtuvo una \bar{X} = 2.34 parejas sexuales, una M_e = 2 y una M_o = 2, se obtuvo un valor mínima =1 y un valor máximo= 6 parejas sexuales, con una σ = 1.305.

El tiempo de diagnóstico de la paciente con Virus del Papiloma Humano a la fecha actual tuvo una \bar{X} = 4.24 meses, una M_e = 4 y una M_o = 2, se obtuvo un valor mínimo =1 mes y un valor máximo= 12 meses, con una σ = 2.609.



Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano adscritas a la UMF No. 43.

Variable	\bar{X}	Me	Mo	σ	Valor mínimo	Valor máximo
Edad	31.58	30	32	8.888	18	50
Inicio de vida sexual activa	18.21	18	18	2.444	14	25
No. de parejas sexuales	2.34	2	2	1.305	1	6
Tiempo de diagnóstico	4.24	4	2	2.609	1	12

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos en pacientes con VPH, UMF 43 n=62.

En la tabla 2 se puede observar el porcentaje de distribución de pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano de acuerdo al grupo de edad, en su mayoría se encuentran dentro del rango entre 21 a 30 años con el 43.5%, seguido del grupo de edad de 31 a 40 años con un porcentaje de 27.4% y en edades de 41 a 50 años con un 20%, en su minoría en pacientes menores de 20 años con 8.1% de la población estudiada de la UMF No. 43.

Tabla 2. Pacientes con diagnóstico de VPH por grupo de edad

Grupo de edad	f	%
≤ 20 años	5	8.1
21 a 30 años	27	43.5
31 a 40 años	17	27.4
41 a 50 años	13	21.0
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos en pacientes con VPH, UMF 43 n=62.

El estado civil de las pacientes con VPH que cuentan con pareja estable de la población estudiada en su mayoría son casadas en el 67.7% y en menor proporción en unión libre con un 32.3%. Tabla 3.



Tabla 3. Distribución de pacientes con Virus del Papiloma Humano con pareja estable

Edo civil	<i>f</i>	%
Unión libre	20	32.3
Casada	42	67.7
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

Respecto a la principal ocupación en las mujeres con VPH se obtuvo que predominaron las amas de casa en el 50%, seguidas de pacientes empleadas el 41.9% y en menor proporción se autoemplean un 8.1% a como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución ocupacional de pacientes con Virus del Papiloma Humano

Ocupación	<i>f</i>	%
Ama de casa	31	50.0
Empleada	26	41.9
Autoempleo	5	8.1
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En la tabla 5 se observa el comportamiento de los resultados en cuanto a escolaridad, en la que el mayor porcentaje cuenta con preparatoria un 33.9% de la población total estudiada, en 2do lugar con secundaria en el 25.8%, tercer lugar con primaria con un porcentaje de 21%, en cuarto lugar profesionistas con un porcentaje de 12.9% y por último con igual porcentaje de 3.2% pacientes analfabetas y con carrera técnica.



Tabla 5. Grado de escolaridad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano

Escolaridad terminada	f	%
Analfabeta	2	3.2
Primaria	13	21.0
Secundaria	16	25.8
Preparatoria	21	33.9
Carrera técnica	2	3.2
Profesional	8	12.9
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En la tabla 6 se muestran los resultados de las pacientes encuestadas con VPH de acuerdo al grado de depresión encontrando en predominio depresión moderada con un 53.86%, en segundo lugar se encontró con presencia de depresión leve y depresión grave en un 23.07% respectivamente.

Tabla 6. Grado de depresión en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano

Grado de depresión en pacientes con VPH de la UMF 43	f	%
Leve	9	23.0
Moderada	21	54.0
Grave	9	23.0
Total	39	100.0

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck en pacientes con VPH, UMF 43 n=62



De acuerdo con los resultados anteriormente mencionados de acuerdo al grado de depresión, la tabla 7, observamos que un 62.9% del total de la población estudiada cuenta con depresión en diferentes grados y un menor porcentaje de 37.1% se encuentra sin depresión.

Tabla 7. Nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano

Nivel de depresión en pacientes con VPH de la UMF 43	f	%
Con depresión	39	62.9
Sin depresión	23	37.1
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En cuanto el grado de disfuncionalidad conyugal predominó un 71.4% son parejas moderadamente disfuncionales y un 28.6% son parejas gravemente disfuncionales como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Grado de disfuncionalidad conyugal en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano

Grado de Disfuncionalidad Conyugal	f	%
Parejas Gravemente disfuncionales	8	28.6
Parejas Moderadamente disfuncionales	20	71.4
Total	28	100.0

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad conyugal del Chávez y Velasco en pacientes con VPH, UMF 43 n=62



Análisis bivariado.

En el cuadro 1, se puede observar que las mujeres con VPH que tienen depresión presentan disfuncionalidad conyugal en el 69.2%, con una $X^2 = 24.59$ y una p de 0.000 estadísticamente significativa. Lo que podemos afirmar que existe una asociación entre las dos variables.

Cuadro 1. Cohesión de depresión y funcionalidad conyugal en pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.

Nivel de Funcionalidad Conyugal	Nivel de depresión en pacientes con VPH de la UMF 43						gl	X ²	p
	Con depresión		Sin depresión		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Disfuncional	27	69.2	1	4.3	28	45.2			
Funcional	12	30.8	22	95.7	34	54.8	1	24.59	0.000
Total	39	100.0	23	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck y de Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En el cuadro 2 se puede observar el grupo de edad que presentó mayor grado de depresión entre 21 y 30 años con una X^2 de 7.54 y un valor de p de 0.041, lo cual es estadísticamente significativa y que pueda haber una asociación entre estas variables.



Cuadro 2. Edad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma de Humano con y sin depresión.

Grupo de edad	Pacientes con VPH con y sin depresión de la UMF 43						gl	X ²	p
	Con depresión		Sin depresión		Total				
	f	%	f	%	f	%			
≤ 20 años	1	2.6	4	17.4	5	8.1			
21 a 30 años	15	38.5	12	52.2	27	43.5			
31 a 40 años	14	35.9	3	13.0	17	27.4	3	7.54	0.041
41 a 50 años	9	23.1	4	17.4	13	21.0			
Total	39	100.0	23	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y depresión de Beck en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En el cuadro 3 se puede observar que las pacientes en el grupo de edad de 21 a 30 años, presentaron con mayor frecuencia un nivel de funcionalidad conyugal disfuncional en un 42.9%, con una X² de 1.7 y un valor de p de 0.283 lo cual no fue estadísticamente significativo.

Cuadro 3. Edad de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano de acuerdo a disfuncionalidad y funcionalidad conyugal.

Grupo de edad	Nivel de funcionalidad conyugal en pacientes con VPH de la UMF 43						gl	X ²	p
	Disfuncional		Funcional		Total				
	f	%	f	%	f	%			
≤ 20 años	1	3.6	4	11.8	5	8.1			
21 a 30 años	12	42.9	15	44.1	27	43.5			
31 a 40 años	8	28.6	9	26.5	17	27.4	3.00	1.7	0.283
41 a 50 años	7	25.0	6	17.6	13	21.0			
Total	28	100.0	34	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco en pacientes con VPH, UMF 43 n=62



De acuerdo al estado civil y nivel de depresión de las pacientes con diagnóstico de VPH se puede observar en el cuadro 4 que las pacientes casadas a diferencia de las pacientes en unión libre presentaron en mayor porcentaje con un 82.1% de depresión con una X^2 de 9.85 y un valor de p de 0.002 lo cual fue estadísticamente positivo y podemos afirmar que hay una probabilidad de que haya una asociación entre ambas variables.

Cuadro 4. Estado civil de las pacientes con Virus del Papiloma Humano con y sin depresión.

Estado civil	Pacientes con VPH con y sin depresión de la UMF 43						g/	X ²	p
	Con depresión		Sin depresión		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Unión libre	7	17.9	13	56.5	20	32.3			
Casada	32	82.1	10	43.5	42	67.7	1	9.85	0.002
Total	39	100.0	23	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de depresión de Beck en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En el cuadro 5 se puede observar el estado civil y el nivel de funcionalidad conyugal en pacientes con diagnóstico de VPH predominó con mayor porcentaje un nivel de funcionalidad conyugal disfuncional en pacientes casadas con un porcentaje de 78.6%, con una X^2 de 2.74 y una p de 0.083 la cual no fue estadísticamente significativa.



Cuadro 5. Estado civil de las pacientes con diagnóstico del Virus del Papiloma Humano con disfuncionalidad y funcionalidad conyugal.

Estado Civil	Disfuncionalidad y funcionalidad conyugal en pacientes con VPH de la UMF 43						gl	X ²	p
	Disfuncional		Funcional		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Unión libre	6	21.4	14	41.2	20	32.3			
Casada	22	78.6	20	58.8	42	67.7	1	2.74	0.083
Total	28	100.0	34	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

En el cuadro 6 se puede observar la ocupación con porcentaje mayor de depresión fue ama de casa y empleada con un porcentaje de ambos de 46.2%, con una X² de 0.775 y un valor de p de 0.679, lo cual no es estadísticamente significativo.

Cuadro 6. Ocupación de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano con y sin depresión.

Ocupación	Pacientes con VPH con y sin depresión de la UMF 43						gl	X ²	p
	Con depresión		Sin depresión		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Ama de casa	18	46.2	13	56.5	31	50.0			
Empleada	18	46.2	8	34.8	26	41.9	2	0.775	0.679
Autoempleo	3	7.7	2	8.7	5	8.1			
Total	39	100.0	23	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de depresión de Beck en pacientes con VPH, UMF 43 n=62



En el cuadro 7 se observa la ocupación con porcentaje mayor de funcionalidad conyugal disfuncional fueron pacientes amas de casa y empleadas con un porcentaje de 46.4% con una X^2 de 0.430 y un valor de p de 0.807 no cual no fue estadísticamente significativo.

Cuadro 7. Ocupación de las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano con y sin disfuncionalidad conyugal.

Ocupación	Pacientes con VPH con y sin disfuncionalidad conyugal de la UMF 43						gl	X2	p
	Disfuncional		Funcional		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Ama de casa	13	46.4	18	52.9	31	50.0	2	0.430	0.807
Empleada	13	46.4	13	38.2	26	41.9			
Autoempleo	2	7.1	3	8.8	5	8.1			
Total	28	100.0	34	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco en pacientes con VPH, UMF 43 n=62.

En el cuadro 8 se puede observar que las pacientes con depresión presentaron mayor porcentaje con escolaridad de preparatoria terminada con un 33.3% con una X^2 de 3.46 y un valor de p de 0.409 lo cual no fue estadísticamente significativo.



Cuadro 8. Escolaridad y presencia de depresión en pacientes con Virus del Papiloma Humano.

Escolaridad terminada	Pacientes con VPH con y sin depresión de la UMF 43						g/	X ²	p
	Con depresión		Sin depresión		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Analfabeta	2	5.1	0	0.0	2	3.2			
Primaria	9	23.1	4	17.4	13	21.0			
Secundaria	9	23.1	7	30.4	16	25.8			
Preparatoria	13	33.3	8	34.8	21	33.9	5	3.46	0.409
Carrera técnica	2	5.1	0	0.0	2	3.2			
Profesional	4	10.3	4	17.4	8	12.9			
Total	39	100.0	23	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de depresión de Beck en pacientes con VPH, UMF 43 n=62

De acuerdo a la escolaridad se observa que las pacientes con funcionalidad conyugal disfuncional predominan secundaria y preparatoria con un 25%, con una X² de 6.137 y un valor de p de 0.293 lo cual no es estadísticamente significativo, como se puede ver en la siguiente cuadro no. 9.



Cuadro 9. Escolaridad en pacientes con Virus del Papiloma Humano con disfuncionalidad y funcionalidad conyugal.

Escolaridad terminada	Pacientes con VPH con disfuncionalidad y funcionalidad conyugal de la UMF 43						g/	X ²	p
	Disfuncional		Funcional		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Analfabeta	2	7.1	0	0.0	2	3.2			
Primaria	6	21.4	7	20.6	13	21.0			
Secundaria	7	25.0	9	26.5	16	25.8			
Preparatoria	7	25.0	14	41.2	21	33.9	5	6.137	0.293
Carrera técnica	2	7.1	0	0.0	2	3.2			
Profesional	4	14.3	4	11.8	8	12.9			
Total	28	100.0	34	100.0	62	100.0			

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y de Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco en pacientes con VPH, UMF 43 n=62



9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan que la depresión en las mujeres con Virus del Papiloma Humano se relaciona con la disfuncionalidad conyugal en gran porcentaje, datos que son similares a lo reportado por Vargas Daza et al, donde las pacientes presentaron miedo al rechazo por parte de su pareja además del daño psicológico (depresión, baja autoestima y ansiedad); así también Monsalve Paéz et al comentan en su estudio despertó sentimientos de angustia y preocupación en dichas pacientes, así como desconfianza hacia su pareja; Parente Sa Barreto et al mencionan en su estudio sentimientos negativos de miedo, tristeza, vergüenza e incluso ideas de divorcio y Mendoza López et al donde los resultados reportaron ansiedad y depresión en las mujeres con diagnóstico citológico por VPH.

En este estudio se encontró que más del 50% de las pacientes presentan depresión relacionado con VPH, lo que coincide con lo reportado por Vargas Daza et al en el 2014, Monsalve Paéz et al en el 2014, Parente Sa Barreto et al 2015, donde se reportó mayor depresión en mujeres con dicho diagnóstico, contrario a lo que reporta Dodd RH et al en el 2016, donde reportan que no hubo significancia de depresión en pacientes con y sin diagnóstico de VPH, esto puede deberse al nivel educativo y sociodemográfico elevado de la población.

El grupo de edad donde se reportó mayor frecuencia de pacientes con VPH en nuestra población, fue en el rango de 21 a 30 años con una media de 30 resultados que coinciden con lo que indica Vargas Daza et al en su estudio.

En cuanto a la escolaridad reportaron mayor porcentaje en pacientes con preparatoria y secundaria, parecido con lo reportado por Monsalve Paéz et al en su estudio.

Sin embargo, difiere de Monsalve Paéz et al, Sa Barreto et al y Mendoza López et al en cuanto a al estado civil, dónde el mayor rango de las que presentaron VPH fue en pacientes solteras, viudas o separadas, sin embargo esto motivo a realizar más



estudios profundos puesto en este caso nuestra muestra sólo fue en pacientes con pareja estable.

Se encontró una discrepancia entre este estudio y el estudio de Dodd RH et al, donde reportó que no hubo resultados significativos en cuanto a lo emocional y la pareja al momento del diagnóstico de VPH; sin embargo se presentó ansiedad antes de recibir los resultados, sin embargo en el seguimiento de la calidad de vida de dichas pacientes se encontró una menor calidad de vida en las pacientes con resultado positivo para VPH, lo que toma pauta para realizar próximos estudios en cuanto este tema.

Evaluar la depresión y funcionalidad conyugal en pacientes con VPH en la UMF No. 43 fue de gran aporte, ya que nuestro Estado es de los primeros lugares de prevalencia de VPH, así como depresión y esto a su vez el aumento de disfuncionalidad conyugal, debido a la necesidad de diagnosticar en etapas iniciales, promover la disponibilidad y uso adecuado de los servicios de salud, tanto a nivel institucional como privado, concientizando a nuestra población y en un futuro cercano lograr disminuir las cifras de prevalencia en nuestro país.



10. CONCLUSIONES

Podemos concluir que las pacientes con diagnóstico positivo para infección del Virus del Papiloma Humano presentan en su mayoría una afección psicológica en este caso depresión y con una tendencia a presentar un grado disfuncionalidad conyugal.

En este estudio las pacientes ante el diagnóstico de VPH presentan depresión y esto afecta su funcionalidad conyugal.

Entre las características sociodemográficas de la población estudiada de pacientes con diagnóstico positivo para Virus del Papiloma Humano se encontró:

- ✓ En su mayoría en rango de edad entre 21 a 30 años presentaron.
- ✓ La edad promedio de inicio de vida sexual activa fue de 18 años.
- ✓ En cuanto al número de parejas sexuales el promedio fue de 2.
- ✓ La mayoría de las pacientes coincide en el tiempo de diagnóstico de la enfermedad fue en promedio de 4 meses.
- ✓ El mayor porcentaje de pacientes mencionó ser casada, amas de casa, con una escolaridad de preparatoria terminada.
- ✓ Los resultados de los test reportaron que las pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano presentan depresión en su mayoría, en un grado moderado.
- ✓ En cuanto este grupo de pacientes, la mayoría presentó una disfuncionalidad conyugal en un grado moderado.



11. RECOMENDACIONES

En la unidad de Medicina Familiar:

- Realizar pláticas a mujeres, parejas y familiares para dar a conocer el Virus del Papiloma Humano, depresión, complicaciones, signos y síntomas de alarma ante VPH y datos de depresión, así como sus complicaciones.
- Realizar talleres de participación familiar.
- Aplicar el test de depresión así como funcionalidad conyugal.
- Pláticas con énfasis en la protección sexual y métodos anticonceptivos.
- Hacer énfasis en el envío de las pacientes al área de psicología.
- Fomentar la participación de las mujeres en la realización del Papanicolaou al menos una vez al año.
- Pláticas para el manejo socioemocional al que se enfrentan las pacientes.
- Incentivar a las pacientes para el uso del preservativo (condón).
- Informar a las pacientes la existencia de la vacuna del VPH para las niñas de 9 a 13 años.
- Concientizar a las pacientes ante la presencia de alguna lesión existente para ser valoradas por el médico familiar.
- Implementar campañas de difusión para el incremento de la autoestima en mujeres que padecen VPH.
- Dar a conocer los síntomas del Cáncer Cervicouterino.

En la consulta de Medicina Familiar:

- Mantener una relación médico familiar-paciente empática para brindar una atención de calidad.
- Énfasis en la protección sexual y métodos anticonceptivos.
- Énfasis en signos y síntomas de depresión.
- Énfasis en las tareas del desarrollo de las familias.
- Establecer un ambiente de confianza de las pacientes con su médico familiar.



- Al momento de presentar alguna lesión, permitir que el médico lleve a cabo una revisión especuloscópica.
- Otorgar una explicación adecuada a las pacientes de los posibles tratamientos que puedan recibir.
- Explicar cuáles son las complicaciones en caso de no recibir un tratamiento.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Cáncer. [Online].; 2016 [cited 2017 Junio 1. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568%3Avph-y-cancer-cervicouterino&catid=1872%3Acancer&Itemid=40602&lang=es.
2. Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero 28. Available from: <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=1010>.
3. Villagómez Ortiz VJ, Reyes Escobedo A, Marino Martínez I, Ceseñas Falcón LA, Sandoval de la Fuente A, Reyes Escobedo A. Prevalencia de infección por Virus del Papiloma Humano en carcinoma espinocelular de cavidad oral, orofaringe y laringe. Cir Ciruján Mex. 2016 Marzo; 84(5): p. 363-368.
4. Mateos Lindemann ML, Pérez Castro S, Rodríguez Iglesias M, Pérez Gracia MT. Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017 Mayo; 35(9): p. 593-601.
5. Ochoa Carrillo FJ. Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de la vacuna. Parte I/III. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014 Febrero; 13(5): p. 308-314.
6. Beltrán Lissabet JF. Aspectos generales sobre la estructura y función de las proteínas codificadas por el virus del papiloma humano. Revista CENIC Ciencias Biológicas. 2014 Mayo; 45(2): p. 108-111.
7. Vasquez Bonilla WO, Rotela Fisch V, Otíz Martínez Y. Virus del papiloma humano: Revisión de la literatura. Cimel. 2017 Marzo; 22(1): p. 72-75.
8. Ochoa Carrillo FJ, Guarneros de Regil DB, Velasco Jiménez MT. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015 Mayo; 14(3): p. 157-163.
9. Romero Morelos P, Uribe Jiménez A, Bandala C, Poot Vélez A, Ornelas Corral N, Rodríguez Esquivel M, et al. Genotipificación del virus del papiloma humano en un grupo de mujeres mexicanas atendidas en un hospital de alta especialidad: las infecciones múltiples y su potencial trascendencia en el esquema actual de vacunación. Med Clin. 2017 Febrero; 149(7): p. 287-292.



10. Ochoa Carrillo FJ. Mitos y realidades de la vacunación contra el virus del papiloma humano. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015 Agosto; 14(4): p. 214-221.
11. Secretaría de Salud. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 - 2018. Programa de acción específico. México: Secretaría de Salud, Programa sectorial de salud 2013 - 2018; 2014.
12. Brotons Agulló M, Lubrano Rosales A, Alba Menéndez A, Guarch Troyas R, Serrano Velasco M, De la Fuente Valero J, et al. Condilomas acuminados. Publicaciones AEPCC. Barcelona: Asociación española de patología cervical y colposcopia, AEPCC Guía; 2015. Report No.: 1.
13. Beltrán Lissabet J. Panorámica de los receptores celulares del virus del papiloma humano y su repercusión en la purificación de partículas semejantes a virus. *Vacunas*. 2014 Febrero; 15(1): p. 29-36.
14. González Gleason A, González Ponce DM, Vera Gaspar D. Diagnóstico y tratamiento de un papiloma solitario de lengua. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana*. 2016 Marzo; 20(1): p. 39-43.
15. Flores Alatraste JD, Saldívar Gutiérrez KG, Sarmiento Ángeles J, Granados Marín JC, Olaya Rivera MA, Stark C, et al. Tasa de infección por virus del papiloma humano diagnosticada mediante visualización directa con ácido acético y lugol (en pacientes del área rural). *Ginecol Obstet Mex*. 2015 Julio; 83(7): p. 429-436.
16. *Progresos de obstetricia y ginecología*. Abordaje multidisciplinar de la infección por el virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol*. 2015 Marzo; 58(7): p. 333-335.
17. Puente Perpiñán M, Haber Reyes MP, Reyes Losada A, Salas Palacios SR. Adolescentes e infección por virus del papiloma humano. *Medisan*. 2014 Enero; 18(6): p. 779-784.
18. Narváez L, Loayza F, Narváez M, Vega X, Vargas P, Sáez K. Detección de virus del papiloma humano en muestras de hisopados vaginales por autotoma. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*. 2015 Enero; 62(1): p. 5-10.
19. Terán Figueroa Y, Muñiz Carreón P, Fernández Moya M, Galán Cuevas S, Noyola Range N, Gutiérrez Enríquez SO, et al. Repercusión del cáncer cervicouterino en pacientes con limitaciones de acceso a los servicios de salud. *Ginecol Obstet Mex*. 2015 Febrero; 83(3): p. 162-170.



20. González Martínez G, Nuñez Traconis J. Tratamiento de las verrugas genitales: una actualización. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015 Enero; 80(1): p. 76-83.
21. García S, Domínguez Gil M, Gayete J, Blanco M, Eiros JM, de Fruto M, et al. Detección del vph en mujeres con y sin alteraciones citológicas del cérvix en Castilla y León: estudio poblacional. Ginecol Obstet Mex. 2017 Abril; 85(4): p. 217-223.
22. Murcia Lora JM, Esparza Encina ML, Alcázar Calvo MA, Cabrera Muro R. Naprotecnología: ciencia y persona en la infección por el virus del papiloma humano en mujeres y preadolescentes. Pers bioét. 2017 Enero; 21(1): p. 23-35.
23. Li W, Padilla C, Gutiérrez E, Hajar G. Detección molecular y genotipificación de virus del papiloma humano como tamizaje de cáncer de cuello uterino: posibilidades en el contexto peruano. Boletín del Instituto Nacional de Salud. Lima: Instituto Nacional de Salud, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública; 2016. Report No.: 22.
24. Corbalán Vélez R, Martínez Menchón T. Virus del papiloma humano (VPH) y carcinoma epidermoide. Piel Barc. 2015 Enero; 30(8): p. 503-509.
25. Morales Martínez C, Tejuca Somoano S, Lamelas Suárez ML, Álvarez Miranda I, Campomanes Sánchez R. Cribado de cáncer cervical con citología y test del virus del papiloma humano cada 5 años: una realidad. Prog Obstet Ginecol. 2014 Enero; 57(4): p. 164-168.
26. Hernández Marquez CI, Salinas Urbina AA, Cruz Valdez A, Hernández Girón C. Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. Rev salud pública. 2014 Marzo; 16(5): p. 697-708.
27. Salinas PJ, Rojas Guillén L. Incidencia de condilomatosis genital en hombres que asisten a la consulta de enfermedades de transmisión sexual, hospital universitario de los Andes. Mérida, Venezuela. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. 2014 Enero; 23(1).
28. Estado de Salud integrativa. Evaluación/Diagnóstico en Salud Mental DSM/CIE. [Online].; 2016 [cited 2018 Febrero 10. Available from: <https://www.dsm-iv.org.es/indice-del-manual/70095-criterios-para-el-episodio-depresivo-mayor.html>.



29. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. 2016..
30. Papiloma humano. Aspectos psicológicos, fisiológicos y psicosomáticos. [Online].; 2015 [cited 2018 Febrero 05. Available from: <https://papilomahumano.wordpress.com/aspectos-psicologicos-fisiologicos-y-psicosomaticos/>.
31. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. El estrés y la depresión, vinculadas con problemas de salud relacionados con el VPH. [Online].; 2016 [cited 2018 Febrero 05. Available from: <https://psiquiatria.com/depresion/el-estres-y-la-depresion-vinculadas-con-problemas-de-salud-relacionados-con-el-vph/>.
32. Palacios Rodríguez OA, Méndez Martínez SL, Galarza Tejada DM, Torres López TM. Dominios culturales de Salud Sexual y Virus del Papiloma Humano en adolescentes mexicanos. CES Psicología. 2015 Diciembre; 9(2): p. 152-166.
33. Pose C. Enfermedades de transmisión sexual: de la epidemiología a la ética. Fundación de Ciencias de la Salud. 2016 Junio; 1(45): p. 102-117.
34. Álvarez Mesa MI, Domínguez Gómez J, de la Torres Navarro LM. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Rev Haban Cienc Méd. 2014 Marzo; 13(2).
35. Ríos Hernández MdlÁ, Hernández Menéndez M, Aguilar Vela de Oro FO, Aguilar Fabrè K, Amigó de Quesada M, Silveira Pablos M, et al. Condiloma gigante (tumor de Buschke-Löwenstein) de la vulva. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014 Enero; 40(2): p. 258-264.
36. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 Febrero 13. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
37. Maganto Mateo C. La familia: concepto, tipos, crisis. [Online].; 2014 [cited 2018 Enero 18. Available from: <http://www.evangelinaaronne.com.ar/2007/11/la-familia-concepto-tipos-crisis.html>.
38. Maganto Mateo C. Psychology. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 22. Available from: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf.
39. Espinal I, Gimeno A, González F. Facultad de Psicología. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 16. Available from: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistematico.pdf>.



40. Vargas Daza ER, Divina Quiroz E, Galicia Rodríguez L, Villarreal Ríos E. Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Rev Enfer Inst Mex Seguro Soc*. 2014 Enero; 22(1): p. 5-12.
41. Monsalve Páez S, Valderrama Vega D, Castillo Zamora MF, Guzmán Sabogal YR, Amaya-Guío J. Experiencia de las pacientes frente a citología cérvico-vaginal reportada como ASCUS o LEI de bajo grado en dos instituciones de Bogotá (Colombia), 2014. *Rev Colomb Ginecol*. 2015 Enero; 66(1): p. 14-21.
42. Parente Sa Barreto JA, Sa Barreto Marinho MN, Figueiredo Vidal EC, Alvez Pinto AG, de Souza Aquino P, Figueiredo Vidal EC. Percepciones de mujeres portadoras del virus del papiloma humano a cerca de la infección: estudio exploratorio. *Brazilian Journal of Nursing*. 2016 Septiembre; 15(3): p. 382-392.
43. Mendoza López S, Ceballos Martínez ZI, Jiménez Baez MV, Ureña Bogarín EL, Sandoval Jurado L. Ansiedad y depresión en mujeres con y sin infección por virus del papiloma humano (VPH). *Rev Sal Quintana Roo*. 2017 Marzo; 10(36): p. 13-17.
44. Dodd RH, Waller J, Marlow LA. Human Papillomavirus and head and neck cancer: psychosocial impact in patients and knowledge of the link a systematic review. *Clinical Oncology*. 2016 Febrero; 1(28): p. 421-439.
45. Santos López G, Márquez Domínguez L, Reyes Leyva J, Vallejo Ruiz V. Aspectos generales de la estructura, clasificación y la replicación del virus del papiloma humano. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015 Mayo; 53(1): p. 166-171.
46. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014 Enero; 40(2): p. 218-232.
47. Bustamante Ramos GM, Martínez Sánchez A, Tenahua Quilitl I, Jiménez C, López Mendoza Y. Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. *An Fac med*. 2015 Enero; 76(4): p. 369-376.
48. Psicopedagogía. Psicología de la educación para padres y profesionales. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 27. Available from: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/autoestima>.
49. Corona F, Funes F. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Rev Med Clinic Condes*. 2015 Diciembre; 26(1): p. 74-80.



50. Flores Miramontes MG, Torres Reyes LA, Aguilar Lemarroy A, Vallejo Ruíz V, Piña Sánchez P, Cortés Gutiérrez E, et al. Prevalencia de genotipos de VPH en México y en el mundo detectados mediante Liner Array. Rev Med Inst Seguro Soc. 2015 Febrero; 53(2): p. 122-130.
51. Sparisci VM. Representación de la autoestima y la personalidad. [Online].; 2014 [cited 2018 Febrero 24. Available from: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC113919.pdf>.
52. Branden N. Los seis pilares de la autoestima. Tercera ed. Branden N, editor. Barcelona: Paidós iberica; 2011.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

13. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano en una Unidad de Medicina Familiar
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La infección por Virus del Papiloma Humano es una infección crónica, común y de transmisión sexual cada vez más frecuente en nuestro estado, siendo el sexo femenino el más afectado, siendo el principal factor de riesgo para cáncer cervicouterino. Dichas pacientes portadoras de este virus presentan diversas conductas emocionales entre ellas depresión sin pasar por alto la afectación conyugal, mismas que pueden retrasar el tratamiento obstaculizando que éste sea oportuno. Objetivo: Analizar el grado de depresión y funcionalidad conyugal en las mujeres con infección del virus del papiloma humano de la UMF No. 43 del IMSS
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario sociodemográfico, test de Beck para medir depresión y de funcionalidad conyugal.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo, incomodidad al contestar las encuestas y el tiempo requerido para su contestación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Informar, detectar, prevenir, diagnosticar y tratar de manera oportuna el Virus del Papiloma Humano.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Serán entregados a los participantes al término del estudio.
Participación o retiro:	Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones.
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales y solamente serán utilizados para fines de la investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Usted puede recibir tratamiento en caso de presentar el Virus del Papiloma Humano
Beneficios al término del estudio:	Informar, detectar, prevenir, diagnosticar y tratar de manera oportuna el Virus del Papiloma Humano de pacientes en riesgo o que se encuentren con este diagnóstico.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	M. en C. Elías Hernández Cornelio celular: 9931 291220 (UMF NO. 43 IMSS)
Colaboradores:	MC. Marcela Reyes Pérez celular: 9931 980402 (UMF No. 39 IMSS)
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano en una Unidad de Medicina Familiar

Instrucciones: La veracidad de sus respuestas es muy importante para este estudio, por lo que subraye el inciso correcto de una manera veraz las siguientes preguntas, toda la información será confidencial.

Folio:	Edad:				
1. Estado civil:					
a) Soltera	b) Unión libre	c) Casada			
2. Ocupación:					
a) Estudiante	b) Ama de casa	c) Empleada	d) Profesionalista	e) Ninguna	f) Autoempleo
3. Escolaridad terminada:					
a) Analfabeta	b) Primaria	c) Secundaria	d) Preparatoria	e) Carrera técnica	f) Profesional
4. Edad que inició su vida sexual:					
a) No aplica	b) 12-15 años	c) 16-20 años	d) 21-30 años	e) más de 30 años	
5. Número de parejas sexuales durante toda su vida:					
a) Ninguno	b) 1	c) 2-5	d) 5-10	e) más de 10	
6. Tiempo de aparición de la primera lesión por Virus del Papiloma Humano hasta el día de hoy:					
a) No aplica	b) menor de 3 meses	c) más de 3 meses	d) menor de 1 año	e) más de 1 año	
7. Tiempo en que se estableció el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano hasta el día de hoy					
a) No aplica	b) menor de 3 meses	c) más de 3 meses	d) menor de 1 año	e) más de 1 año	
8. ¿Su pareja actual o alguna de sus parejas anteriores tenían lesiones visibles genitales de Verrugas?					
a) Si	b) No				



Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con virus del papiloma humano en una unidad de medicina familiar
Encuesta de valoración de Depresión de Beck (BDI-2)

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

- 1 a) No me siento triste
 b) Me siento triste
 c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello
 d) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo
- 2 a) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro
 b) Me siento desanimado con respecto al futuro
 c) Siento que no puedo esperar nada del futuro
 d) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar
- 3 a) No me siento fracasado
 b) Siento que he fracasado más que la persona normal
 c) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos
 d) Siento que como persona soy un fracaso completo
- 4 a) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes
 b) No disfruto de las cosas como solía hacerlo
 c) Ya nada me satisface realmente
 d) Todo me aburre o me desagrada
- 5 a) No siento ninguna culpa particular
 b) Me siento culpable buena parte del tiempo
 c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 d) Me siento culpable todo el tiempo
- 6 a) No siento que esté siendo castigado
 b) Siento que puedo estar siendo castigado
 c) Espero ser castigado
 d) Siento que estoy siendo castigado
- 7 a) No me siento decepcionado de mí mismo
 b) Estoy decepcionado conmigo
 c) Estoy harto de mí mismo
 d) Me odio a mí mismo
- 8 a) No me siento peor que otros
 b) Me critico por mis debilidades y errores
 c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas
 d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden
- 9 a) No tengo ninguna idea de matarme
 b) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo
 c) Me gustaría matarme
 d) Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10 a) No lloro más de lo habitual
 b) Lloro más que antes
 c) Ahora lloro todo el tiempo



- 11 d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera
a) No me irrito más ahora que antes
b) Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes
c) Me siento irritado todo el tiempo
d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme
- 12 a) No he perdido interés en otras personas
b) Estoy interesado en otras personas de lo que solía estar
c) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás
d) He perdido todo interés en los demás
- 13 a) Tomo decisiones como siempre
b) Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
c) Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
d) Ya no puedo tomar ninguna decisión
- 14 a) No creo que me vea peor que antes
b) Me preocupa que esté pareciendo inactiva
c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inactiva
d) Creo que me veo horrible
- 15 a) Puedo trabajar tan bien como antes
b) Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo
c) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa
d) No puedo hacer ningún tipo de trabajo
- 16 a) Puedo dormir tan bien como antes
b) No duermo tan bien como antes
c) Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir
d) Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
- 17 a) No me canso más de lo habitual
b) Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme
c) Me canso al hacer cualquier cosa
d) Estoy demasiado cansada para hacer cualquier cosa
- 18 a) Mi apetito no ha variado
b) Mi apetito no es tan bueno como antes
c) Mi apetito es mucho peor que antes
d) Ya no tengo nada de apetito
- 19 a) No he perdido peso
b) He perdido más de 2 kilos
c) He perdido más de 4 kilos
d) He perdido más de 6 kilos
- 20 a) No estoy preocupada por mi salud
b) Estoy preocupada por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago
c) Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
d) Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
- 21 a) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo
b) Estoy interesada por el sexo de lo que solía estar
c) Estoy mucho menos interesada por el sexo ahora
d) He perdido por completo mi interés por el sexo



Depresión y funcionalidad conyugal en mujeres con virus del papiloma humano en una unidad de medicina familiar

Escala de evaluación de Funcionalidad conyugal de Chávez y Velasco

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

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
a) Comunicación:			
1. Me comunico directamente con mi pareja			
2. Mi pareja me expresa claramente lo que me quiere decir			
3. Existe congruencia entre lo que mi pareja expresa y hace			
b) Adjudicación de roles			
4. Mi pareja cumple con las tareas que se le asignan			
5. Son satisfactorias las tareas que asumimos cada uno			
6. Se propicia el intercambio de tareas entre mi pareja y yo			
c) Satisfacción sexual			
7. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales			
8. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual con mi pareja			
d) Afecto			
9. Existen manifestaciones de afecto entre mi pareja y yo			
10. El tiempo que me dedica mi pareja es gratificante			
11. Me intereso por el desarrollo y superación de mi pareja			
12. Me siento querida por mi pareja			
e) Toma de decisiones			
13. Las decisiones importantes para mi pareja y para mí, se toman en conjunto			