



**SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO  
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**TESIS**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS  
DEL PAPILOMA HUMANO QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DE  
CÉRVIX DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**QUE PRESENTA LA C.  
MEDICA CIRUJANA BERENICE CABRERA VICTORIA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA  
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRADA**

**DRA. ANELL VICENTA CASTAÑO SUAREZ  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO**

**DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ  
PROFESOR INVESTIGADOR  
ASESOR UNIVERSITARIO Y METODOLÓGICO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD  
2013-2015**

## ÍNDICE

### TEMA

1.-ANTECEDENTES.....	2
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	15
4.- JUSTIFICACIÓN.....	16
5.- HIPÓTESIS.....	17
6.- METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	18
7.- DEFINICION DE TERMINOS .....	22
8.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	23
9.- RECURSOS HUMANOS.....	23
10.-HALLAZGOS.....	24
11.- DISCUSIÓN.....	51
12.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
13.- ANEXOS.....	55
14.- BIBLIOGRAFÍA.....	64

## 1.- ANTECEDENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una de las patologías más comunes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “una de cada 100 personas acude a consulta por lo menos una vez al año debido a una infección de transmisión sexual”.<sup>1</sup>

Uno de los principales problemas de las ITS es que la mayoría de los portadores desconocen su existencia, por lo que una gran parte no se diagnostica.<sup>1</sup>

La infección causada por el virus del papiloma humano se ha incrementado de forma alarmante sólo en los últimos 20 años y las tasas de mayor prevalencia son en adolescentes y mujeres jóvenes, con incremento en los casos de lesiones intraepiteliales en este grupo, lo que pudiera reflejar cambios en el comportamiento de mayor riesgo asociados con los factores biológicos del desarrollo en la adolescente.<sup>2</sup>

El comportamiento en la adolescencia puede tener repercusiones durante toda la vida, el exceso de información sexual, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes a incurrir en prácticas de riesgo para la salud.<sup>2</sup>

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es el segundo cáncer en frecuencia en mujeres de todo el mundo.<sup>3, 4</sup> La mayoría de los casos ocurren en países en vías de desarrollo. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) ha sido reconocido como un factor etiológico para el desarrollo del CaCu en una 99.7% de los casos.<sup>3, 5</sup> Pero hay una serie de casos que son atribuibles al VPH en la orofaringe. La mayoría de los casos de cáncer anal son asociados al VPH. Un pequeño número de cavidad oral y los cánceres de laringe, vulva, y pene, con tasas no muy altas. <sup>2, 6, 7, 8</sup>

El agente etiológico que se ha involucrado en la génesis del cáncer cérvicouterino es el virus del papiloma humano.<sup>7, 9</sup> Se han descrito más de 120 tipos de VPH y aproximadamente una tercera parte de ellos son capaces de infectar el epitelio del

tracto genital. Otros tumores relacionados con el VPH son del canal anal, vagina, vulva, pene y oral, de tal manera que se ha estimado que el VPH es responsable del 5,2% de todos los cánceres en el mundo.<sup>3, 7</sup>

La incidencia del virus de papiloma humano es mayor que el adquirido por otro tipo de las infecciones de transmisión sexual; ya que se propaga a través de contacto piel a piel durante el juego sexual anal, oral o vaginal. Es muy común, la mayoría de las personas menores de 30 años se infectan de manera transitoria, dicha infección puede considerarse "normal", sin embargo su persistencia puede generar daños a la salud. <sup>10</sup>Se presentan 750 mil nuevos casos por año. <sup>11</sup>

Aproximadamente 20 millones de americanos se encuentran infectados con VPH y al menos 50 % de hombres y mujeres sexualmente activos adquirirán infección genital por VPH en algún momento de sus vidas.<sup>1</sup>

Asimismo, en Estados Unidos, se calcula que un 1 % de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales, a consecuencia de la infección por VPH; un 4 % de la población podría tener lesiones por VPH si se evalúan mediante la colposcopia; cerca de un 10.% de la población sería VPH positivo aunque tendría una colposcopia negativa y, por último, un 60 % de su organismo que indicarían que en algún momento se han expuesto a algún tipo de VPH y se ha asociado a desarrollo de lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino muchos años después.<sup>1</sup>

En mujeres jóvenes la frecuencia de infección con el VPH es muy alta: hasta un 50 % de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes adquieren la infección por el VPH en los primeros 4-5 años de tener una vida sexual activa. De estas mujeres hasta un 25 % de las que se infectan por VPH desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado. No obstante, en estas mujeres jóvenes el 90 %-95 % de las infecciones curan solas, sin ningún tratamiento. En mujeres jóvenes sexualmente activas la frecuencia de la infección por el VPH es tan alta que una persona puede infectarse, curarse de la infección y volverse a infectar por un

nuevo tipo de VPH, que a su vez puede curar espontáneamente después de algún tiempo.<sup>1</sup>

La infección del VPH es asintomática y en muchos casos se considera intrascendente por el tipo de cepas de bajo riesgo, por lo que es muy frecuente que muchos individuos lleguen a estar infectados de VPH y nunca tengan manifestaciones clínicas, el carácter subclínico (no se ve a simple vista) provoca que algunas personas se den cuenta del problema hasta que ha avanzado la infección.<sup>10</sup>

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma subclínica o latente y en pocas ocasiones evolucione a cáncer del pene u otra localización genital. Aunque la prevalencia es relativamente rara, se ha demostrado que la infección por el VPH juega un papel importante en el desarrollo del cáncer de pene, además de ciertos factores genéticos.<sup>12, 13</sup> No sucede así en la mujer, que con mayor frecuencia desarrolla infecciones genitales por VPH que pueden favorecer la evolución hacia lesiones pre malignas o malignas.<sup>12</sup>

Se debe considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer de cuello uterino y sobre todo en el varón de riesgo o promiscuo que mantiene relaciones sexuales sin protección de barrera (condón), ya que tiene una probabilidad más elevada de desarrollar una infección por el VPH y por tanto, una contaminación en su plasma seminal que tiene un importante papel en la transmisión de la infección a su pareja sexual.<sup>12</sup>

Diversas investigaciones han reportado que el mayor portador de VPH es el hombre, debido a aspectos socioculturales que propician la adopción de comportamientos de riesgo para contraer y diseminar la infección, como el tener múltiples parejas sexuales, la baja frecuencia en el uso de métodos de barrera por atender contra la masculinidad, el machismo que ha conllevado a que los hombres no se interesen por temas relacionados con esta infección y se ha reportado que

el consumo de alcohol y de otros psicoactivos conlleva a tener comportamientos de riesgo para adquirir la infección.<sup>14</sup>

Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos. Esa respuesta, en ocasiones, logra neutralizar la réplica viral en el epitelio y es la explicación a la desaparición espontánea de los cambios celulares.<sup>15</sup>

Los VPH son altamente transmisibles y la mayoría de los hombres y mujeres sexualmente activos adquirirán la infección durante su vida. Las infecciones genitales por el VPH son transmitidas principalmente por contacto sexual, pero no exclusivamente durante el coito. Mientras la mayoría de las infecciones son transitorias y benignas, la infección genital persistente con ciertos genotipos virales pueden conducir al desarrollo de lesiones precancerosas y de cáncer en la región anogenital.<sup>3</sup>

Las mujeres son infectadas por alguno de estos virus poco tiempo después del inicio de la vida sexual activa, y la mayoría de las infecciones ocurren en mujeres menores de 25 años.<sup>4, 16</sup> Después de esa edad, la prevalencia disminuye rápidamente. En mujeres de edad media, las infecciones por VPH son transitorias, volviendo a observarse un incremento en las infecciones en mujeres de 30 años.<sup>3</sup>

El virus papiloma humano es un virus de tamaño pequeño (~55 nm de diámetro), no encapsulado, con una estructura icosaédrica que contiene dos proteínas L1 y L2, una doble cadena de ADN circular de 7.500 a 8.000 pb que contiene ocho pares de kilobases que codifican ocho proteínas.<sup>2, 8, 17, 18</sup>

Este virus pertenece a la familia de los *Papovaviridae*, incluida en el género *Papillomavirus*. Usualmente, el resultado de la infección es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo.<sup>17</sup>

La infección se produce en las células basales o las células cercanas a la membrana basal del epitelio y el ciclo de vida viral está íntimamente relacionado con la maduración y diferenciación de estas células. Cuando las células epiteliales infectadas por el VPH maduran, se diferencian y migran a la superficie, las partículas virales son ensambladas y finalmente liberadas con la descamación de los queratinocitos sobre la superficie del epitelio.<sup>8</sup>

Es imposible evitar el contacto con el VPH; como ejemplo, tan solo los tipos virales mucosos se encuentran en alrededor de 75% de la población femenina de E.U.A., siendo estas mujeres capaces de eliminar el 80% del VPH a lo largo de dos años. Los condilomas acuminados o verrugas genitales son lesiones benignas producidas por el VPH de los tipos 6 y 11, en tanto los VPH oncogénicos 16 y 18, generalmente se asocian, a lesiones subclínicas, neoplasias intra-epiteliales y cáncer anogenital.<sup>17</sup>

Los factores de riesgo se encuentran relacionados, aunque no son exclusivos, con las infecciones de transmisión sexual, también influye el nivel educativo y socioeconómico bajo, la drogadicción y el tabaquismo a lo que se suma el inicio temprano de la vida sexual entre los doce y catorce años de edad, el antecedente de haber tenido sexo con dos o más parejas sexuales sin protección y en el caso de la mujer, la edad temprana del primer embarazo, tres o más partos, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales además de la coexistencia de otro tipo de enfermedades que alteran la capacidad de respuesta de su sistema inmune.<sup>1, 9, 10, 11, 16, 19, 20</sup>

Algunas investigaciones han reportado que el diagnóstico de una infección de transmisión sexual (ITS), así como otros aspectos relacionados, puede ocasionar un impacto general en la vida de la persona infectada. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones que abordan la problemática de las ITS, lo hace desde el punto de vista propiamente médico por lo cual poco se conoce acerca de los aspectos psicológicos involucrados.<sup>21</sup>

Las personas con mayor emocionalidad negativa son también más vulnerables al contagio con agentes infecciosos y más proclives a que se les reactiven virus latentes en el organismo. Además se ha encontrado que los estados emocionales negativos favorecen un incremento en la producción de citoquinas pro-inflamatorias.<sup>22</sup>

Se ha identificado que las mujeres viven la experiencia de diagnóstico como un estigma, pues alude a su sexualidad, fidelidad y creencias religiosas.<sup>23</sup> Los pacientes experimentan emociones fuertes en momentos críticos de la vivencia: ansiedad o angustia al inicio (por lo general acompañando a la incertidumbre), culpa, rabia, depresión.<sup>19, 21, 24</sup> Mientras que sensaciones de tranquilidad, alivio y relajación, ocurren a medida que los pacientes logran entender su experiencia y aceptarla como un acontecimiento normal.<sup>19, 21</sup> Por lo tanto se ha identificado que viven la experiencia como un estigma, principalmente interno, basado en su autopercepción de culpa y vergüenza, al tener diagnósticos en estrecha vinculación con la sexualidad, fidelidad y creencias religiosas. Un marco conceptual para analizar el estigma de personas con VPH; han encontrado tres elementos de un ciclo: el estigma, la discriminación y el estigma interno. El estigma es un proceso vinculado a las percepciones y actitudes sobre un atributo evaluado como negativo que lleva a comportamientos discriminatorios, mientras que el estigma interno deriva de la aceptación e internalización de estos atributos que lo hacen factible de discriminación. Por su parte, se define el estigma interno como un proceso que afecta la percepción de sí mismo, con ello hace alusión a las expresiones internas de un estigma aceptado que se traducen en culpa, vergüenza, denigración y aborrecimiento propio. El estigma interno, a su vez, es analizado en tres procesos: 1) la internalización del contexto, que se refiere a las condiciones físicas y medioambientales donde viven las personas, como son la dificultad para recibir atención médica, los prejuicios y la desinformación, lo que genera en ellas un sentimiento de pérdida de control sobre su vida; 2) se produce, entonces, una autopercepción que incluye sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, decepción y temor de causar daño a otros y a la familia por padecer una enfermedad; 3) por último, las personas emprenden una serie de acciones

protectoras como el aislarse, mentir, retraerse, negarse a relaciones íntimas, o negar su estado de salud. Se da como resultado la interiorización de estigmas socialmente compartidos que impiden a la persona llevar una vida plena.<sup>23</sup>

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 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.<sup>19, 25</sup>

En el imaginario social, llevar una vida sexual “liberada” es un seguro para el diagnóstico de cáncer, al relacionarse con la inmoralidad, asumiéndose como un castigo ante los pecados cometidos, lo que trae consigo sentimientos de vergüenza y lleva a una muerte dolorosa. Las mujeres pueden experimentar sentimientos de pérdida que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder formar una posterior relación. Otro problema es la alteración en la percepción de la imagen corporal, debida a cicatrices que son producto del tratamiento, lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en sí misma. El apoyo social de la familia, pareja y amistades, constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad.<sup>26</sup>

Este cáncer tiene los mayores índices de depresión y afecciones emocionales en la actualidad.<sup>26</sup> El diagnóstico del Cáncer cérvicouterino pasa por la estigmatización al relacionarse con el número de parejas sexuales y prácticas socialmente rechazadas, se ha encontrado que algunas de las causas identificadas sobre este cáncer involucra connotaciones morales como practicar

sexo violento y los abortos. Las mujeres viven con vergüenza la realización de la prueba del Papanicolaou y revisiones ginecológicas, al ser examinada una parte del cuerpo vinculada a la sexualidad.<sup>23</sup>

El sentir vergüenza por tener un diagnóstico de VPH y displasias influye en la decisión de compartir con otros la información, a quienes y como decirlo, así como la búsqueda y construcción de una red de apoyo.<sup>23</sup>

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.<sup>25</sup>

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.<sup>25</sup>

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-evitación, 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. 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, ansiedad o ambas.<sup>25</sup>

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.<sup>25</sup>

La depresión se ha definido como un trastorno emocional con una distorsión cognitiva que se manifiesta con pesimismo, tristeza profunda, insatisfacción, falta de concentración, alteración del peso y del sueño, ideas de muerte recurrentes e ideas o intento de suicidio.<sup>25</sup>

La ansiedad es un trastorno emocional que se manifiesta por falta de aliento, mareo, sensación de inestabilidad, pérdida de conciencia, palpitaciones, temblor, sudoración, parestesias, escalofríos y miedo a morir o perder el control.<sup>25</sup>

El estilo de afrontamiento a que recurre cada mujer en particular, la presencia o ausencia de manifestaciones de depresión, ansiedad o ambas son los factores que permitirán la identificación de la respuesta emocional en estas mujeres.<sup>25</sup>

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Por otro lado, aunque son poco mortales, son estimados como discapacitantes, considerándose de esta manera como una de las mayores cargas de enfermedad tanto en países desarrollados, como en países en vías de desarrollo, debido a la combinación de la alta prevalencia, el nivel de afectación en el funcionamiento, la aparición en edades tempranas y el curso altamente recurrente; además, su tasa de discapacidad supera algunas enfermedades crónicas, tales como: la hipertensión, la artritis, la diabetes y el

dolor lumbar. Así, se estima que la depresión será en el 2020 la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, seguida de las enfermedades isquémicas cardíacas.<sup>27</sup>

Por lo anterior, autores como Beck y Steer (1993); Campo (1999) y MacHale (2002) enfatizan en la necesidad de evaluar de manera especial los síntomas cognitivo-afectivos, ya que los somáticos suelen estar presentes en condiciones médicas diversas, además de la depresión.<sup>27</sup>

La escala que con mayor frecuencia se adapta en estos casos para la evaluación de la depresión es el Inventario de Depresión de Beck (BDIII) la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. El coeficiente alfa de la prueba es de 0,89, lo cual indica un nivel de consistencia interna más elevado en comparación con el BDI-I. Los ítem del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).<sup>27</sup>

Lo anterior permite inferir que la condición emocional está ligada a la infección por VPH, específicamente al estado de depresión y ansiedad, como una reacción emocional compleja, que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como amenazantes. La intensidad y duración de tal estado, están determinadas por la persistencia de la interpretación cognitiva de percibir la situación como peligrosa.<sup>19</sup>

Estas consideraciones reflejan la necesidad de ofrecer atención psicológica y apoyo a las personas que presentan cualquiera de estas infecciones, desde un abordaje multidimensional de las vivencias y tomando en cuenta las características particulares de cada persona, sin excluir su contexto socio-cultural. Posiblemente, los hallazgos y las recomendaciones no difieran de lo previsto para el abordaje de otras enfermedades o problemas que requieran ayuda psicológica,

pero legitiman el valor de las ITS como un asunto de salud complejo, que amerita atención desde todos los ámbitos de la vida social.<sup>21</sup>

Se recomienda concientizar a la comunidad sobre las repercusiones que conllevan las ITS, así como de su prevención mediante una sexualidad responsable, a través de la realización de charlas donde se promocióne y fomente la salud con el objeto de otorgar mayor importancia a la educación sexual en los adolescentes cualquiera sea su nivel de instrucción.<sup>1</sup> A lo largo de los últimos años se ha observado que es poca la gente que comprende la relación entre tener una displasia y desarrollar cáncer a lo largo del tiempo.<sup>5, 20</sup>

En la actualidad se ha estudiado que la vacunación es una estrategia fundamental en la prevención primaria de cáncer y otras enfermedades causadas por el VPH.<sup>7</sup>

En la búsqueda de la vacuna contra el VPH, se han estado investigando vacunas profilácticas y también terapéuticas. Estos dos tipos de vacunas requieren de diferentes enfoques para la elección de los antígenos virales y para la selección de las vías de administración.<sup>8</sup>

En general, el desarrollo de una vacuna profiláctica efectiva es menos complejo que el de una vacuna terapéutica. Una vacuna profiláctica debe estimular una respuesta inmune que simule la respuesta que normalmente ocurre cuando una infección es limitada o eliminada. Por otro lado, una vacuna terapéutica requiere ser “mejor que la naturaleza”, es decir, que debe eliminar una enfermedad que el sistema inmune no pudo eliminar por sí solo.<sup>8</sup>

A pesar de los esfuerzos y que continúa la investigación, a la fecha, sólo las vacunas profilácticas han demostrado su eficacia contra el VPH. Diversos estudios fueron evaluando inmunogenicidad, luego seguridad de estas vacunas y finalmente efectividad en prevenir la infección local y por ende el desarrollo de cáncer cervical.<sup>8</sup>

Hoy en día se cuenta con dos vacunas contra el VPH licenciadas en el mundo efectivas para la prevención del cáncer cervical, una producida por Merck

(Gardasil® o Silgard®) disponible desde el 2006 y la otra producida por GlaxoSmithKline (Cervarix®) disponible desde el 2007. Ambas se basan en el mismo concepto, son cápsulas de virus vacías formadas por la unión de las proteínas L1 producidas por células inducidas genéticamente. A la fecha, ambas vacunas tienen licencias en diversos países para su uso en adolescentes niñas, niños y mujeres jóvenes, especialmente antes del inicio de las relaciones sexuales. En nuestro país sólo Gardasil® tiene licencia y sólo para uso en niñas. La vacuna bivalente (Glaxo, Cervarix®) está dirigida contra VPH 16 y VPH 18, los tipos más frecuentes asociados a cáncer cervical. La vacuna tetravalente (Merck, Gardasil®) está dirigida también contra VPH 16 y VPH18 pero incluye VLP contra VPH 6 y VPH 11, que son los tipos de virus más frecuentemente asociados a verrugas genitales. Su inclusión en la vacuna, tiene el propósito de disminuir la incidencia de las verrugas genitales y promover la vacunación entre los varones, lo cual podría reducir la transmisión del VPH hacia las mujeres. Ambas vacunas se usan por vía intramuscular y en esquemas de tres dosis.<sup>2, 8</sup>

Por otro lado la prevención con la toma de Papanicolaou en mujeres sexualmente activas se ha demostrado que reduce una cifra importante de cáncer cérvicouterino por medio de la detección oportuna. Así como la realización de colposcopia y biopsias en casos necesarios.<sup>5</sup>

Sin embargo se ha observado de igual manera el efecto psicológico que conlleva la realización de los estudios antes mencionados, en los cuales se encuentran múltiples casos de ansiedad y miedo a la toma de los mismos, así como aumento de estrés en ese momento.<sup>5</sup>

También existen opciones para prevenir el cáncer de pene incluyendo la circuncisión al momento del nacimiento, limitación del contacto con el VPH por medio de uso de preservativo y vacunación, prevención de fimosis, manejo de enfermedades inflamatorias crónicas, tabaquismo negativo y medidas higiénicas generales.<sup>13</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia de infecciones de transmisión sexual se ha convertido en una de las principales patologías más comunes en el mundo, con un valor estadístico el cual dice que 1 de cada 100 personas acude a consulta por lo menos una vez al año debido a una infección de trasmisión sexual.

Dentro de los principales problemas de las infecciones de transmisión sexual es que en su mayoría los portadores de alguna de las mismas desconoce el hecho de ser portadores, por lo cual no son diagnosticados a tiempo, esto refleja la falta de información acerca de la existencia de enfermedades de transmisión sexual y el impacto en la vida de cada uno de quienes las padece.

Actualmente una de las infecciones de transmisión sexual la cual es causada por el virus del papiloma humano se ha incrementado de forma alarmante sólo en los últimos 20 años, siendo las tasas de mayor prevalencia en adolescentes y mujeres jóvenes las cuales en su mayoría cuentan con poco reconocimiento de esta enfermedad por lo cual se presenta en la actualidad un gran número de casos de depresión asociados a ser portadores del virus del papiloma humano, sobre todo por la idea inicial de ser este el causante en su mayoría de los casos de cáncer cérvicouterino.

Por lo anterior se busca la identificación de depresión en pacientes portadoras de virus del papiloma humano para poder referir de manera adecuada al mejor servicio médico que proporcione información acerca de su enfermedad y ayude a asimilar la misma para con esto disminuir los casos de depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano, ya que a su vez el estar en un estado continuo de depresión afecta al sistema inmunológico encargado de en algunos casos llevar a la regresión espontánea de la sintomatología clínica del virus del papiloma humano.

**Pregunta de investigación.** ¿Cuál es la prevalencia de depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la unidad de patología de cérvix del Hospital General de Pachuca?

### **3.- OBJETIVOS:**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la prevalencia de depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Determinar los factores sociodemográficos que puedan estar asociados a la presencia de depresión en pacientes portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca.
2. Conocer en qué década de la vida es más frecuente la depresión en mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano que acuden a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca.
3. Determinar si la falta de información médica de la paciente acerca del virus del papiloma humano se asocia con la presencia de depresión.

#### **4.- JUSTIFICACIÓN**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una de las patologías más comunes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “una de cada 100 personas acude a consulta por lo menos una vez al año debido a una infección de transmisión sexual”.<sup>1</sup>

La incidencia del virus de papiloma humano es mayor que el adquirido por otro tipo de las infecciones de transmisión sexual; ya que se propaga a través de contacto piel a piel durante el juego sexual anal, oral o vaginal. Es muy común, la mayoría de las personas menores de 30 años se infectan de manera transitoria, dicha infección puede considerarse “normal”, sin embargo su persistencia puede generar daños a la salud. <sup>10</sup>Se presentan 750 mil nuevos casos por año. <sup>11</sup>

Algunas investigaciones han reportado que el diagnóstico de una infección de transmisión sexual (ITS), así como otros aspectos relacionados, puede ocasionar un impacto general en la vida de la persona infectada. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones que abordan la problemática de las ITS, lo hace desde el punto de vista propiamente médico por lo cual poco se conoce acerca de los aspectos psicológicos involucrados.<sup>21</sup>

Las personas con mayor emocionalidad negativa son también más vulnerables al contagio con agentes infecciosos y más proclives a que se les reactiven virus latentes en el organismo. Además se ha encontrado que los estados emocionales negativos favorecen un incremento en la producción de citoquinas pro-inflamatorias.<sup>22</sup>

Se ha identificado que las mujeres viven la experiencia de diagnóstico como un estigma, pues alude a su sexualidad, fidelidad y creencias religiosas.<sup>23</sup> Los pacientes experimentan emociones fuertes en momentos críticos de la vivencia: ansiedad o angustia al inicio (por lo general acompañando a la incertidumbre), culpa, rabia, depresión.<sup>19, 21, 24</sup>

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de depresión son los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales.

La depresión es la principal causa de dificultad de la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

Los trastornos de depresión, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. El manejo del paciente con trastorno de depresión en Atención Primaria resulta por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran.

## **5.- HIPOTESIS**

- La prevalencia de depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la unidad de patología de cérvix del Hospital General de Pachuca se estima que sea alrededor del 44.94%, y que los factores sociodemográficos, así como la falta de información acerca de la enfermedad médica actual podrían estar asociados a la presencia de depresión.

## **6.- METODOLOGÍA DESARROLLADA**

### **6.1.- LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca, Hidalgo, SSH de 2º nivel de atención,

### **6.2.- DISEÑO DE ESTUDIO:**

Fue un estudio Observacional, Descriptivo, Transversal.

### **6.3.- UBICACIÓN: ESPACIO-TEMPORAL.**

3.1.- LUGAR: La investigación se realizó en la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca.

3.2.- TIEMPO: El tiempo de la investigación estuvo sujeto a fecha de aceptación del protocolo de investigación y posterior a la aceptación del mismo, 15 días para recolección de la muestra.

3.3.- PERSONA: Todas las pacientes que acudieron a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **6.4.- SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

#### 4.1.-Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca que fueran portadoras del Virus del Papiloma Humano.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio, dando su consentimiento informado.

#### 4.2.-Criterios de exclusión:

- Pacientes que acudieron a la Unidad de Patología de Cérvix no portadoras de virus del papiloma humano.

- Pacientes con alguna discapacidad física o intelectual que no les permitiera contestar correctamente el cuestionario.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

#### 4.3.-Criterios de eliminación:

- Pacientes con entrevistas o cuestionario incompleto.

### 6.5.- DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y LA TÉCNICA DE MUESTREO:

5.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA: Utilizando una fórmula para estimación de una media poblacional con una desviación estándar esperada de 44.94 con un nivel de confianza de 95 con el efecto de diseño de 1.0 y con una precisión de 10, el tamaño mínimo necesario será de 65 mujeres con diagnóstico de ser portadoras de VPH.

5.2.- MUESTREO: No probabilístico

### 6.6.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

#### VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
DEPRESIÓN	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos.	Estado emocional según el Inventario de Depresión de Beck-II.	Cualitativa Categórica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión mínima (0-13)</li> <li>• Depresión leve (14-19)</li> <li>• Depresión moderada (20-28)</li> <li>• Depresión grave (<math>\geq 29</math>) puntos.</li> </ul>	Inventario de Depresión de Beck-II.

## VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el día de hoy.	Cuantitativa, Discreta	Cuestionario
SEXO	Características biológicas de un individuo que los clasifica como hombre o mujer.	Masculino y femenino	Cualitativa Dicotómica 1. Masculino 2. Femenino	Cuestionario
ESTADO CIVIL	Situación legal de unión entre dos sujetos	Relación legal que tiene el entrevistado con su pareja.	Cualitativa Categórica 1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo	Cuestionario
ESCOLARIDAD	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes	Nivel de estudios realizados.	Cualitativa Categórica 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Maestría 6. Doctorado	Cuestionario
OCUPACIÓN	Situación que ubica a la persona de acuerdo a sus actividades.	Actividad que realiza la persona entrevistada.	Cualitativa Categórica 1. Estudiante 2. Jubilado 3. Empleado 4. Ama de casa 5. Desempleado 6. Otras	Cuestionario
INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	Enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano.	Padecer infección por virus del papiloma humano.	Cualitativa dicotómica 1. Si 2. No	Cuestionario

## **6.7.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Para la realización de esta investigación se aplicó el instrumento INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II a las usuarias de los servicios de salud brindados por el Hospital General de Pachuca sobre la prevalencia de depresión en mujeres portadoras del VPH.

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos a través del instrumento en cuanto a la prevalencia de depresión y algunos datos de interés que se analizan gráficamente de las encuestas aplicadas en la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca y que son de gran utilidad para responder a la pregunta de la presente investigación.

El criterio que se siguió para interpretar los resultados de la encuesta con características de una escala de Likert de 21 ítems fue:

Respuestas mayores o igual a 29 puntos son consideradas con depresión grave, respuestas de entre 20-28 son consideradas con depresión moderada, respuestas de entre 14-19 puntos se consideran con depresión leve y las respuestas con un total 0-13 puntos con depresión mínima. Este rango cubre todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico.

## **6.8.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Para el análisis de la información de las variables cuantitativas entre los grupos de categorías con depresión se utilizó la prueba de T de Student.

Para el análisis de las variables cualitativas entre los grupos de categorías con depresión se utilizó la prueba de Ji-Cuadrada de independencia de Pearson.

## **6.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II. Versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. El coeficiente alfa de la prueba es de 0,89, lo cual indica un nivel de consistencia interna más elevado en comparación con el BDI-I. Los ítem del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido.<sup>27</sup>

## **7.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

VPH: Virus del papiloma humano

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IVSA: Inicio de vida sexual activa

ITS: Infección de transmisión sexual

OMS: Organización mundial de la salud

CaCu: Cáncer cérvicouterino

## 8.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar según el artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, según el artículo 14 en su fracción V establece que la investigación que se realice en seres humanos contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, el estudio que se realizará será una investigación sin riesgo según el artículo 17 en su fracción I. el cual menciona que es una investigación sin riesgo aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

## 9. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Consistieron en el personal médico responsable del protocolo de estudio que aplicó el Inventario de depresión, el cual fue el médico residente R2 de Medicina Integrada, Berenice Cabrera Victoria.

Recurso físico	Precio aprox.
Copias del consentimiento informado	\$163.00
Copias del Inventario de Depresión de Beck y datos demográficos	\$130.00
10 lápices y 10 sacapuntas	\$60.00
10 gomas de borrar	\$25.00
Computadora e Impresora (propia del médico investigador)	\$0
Hojas blancas (500)	\$60.00

Todos los recursos fueron financiados por el investigador.

## **10.- HALLAZGOS:**

Para la realización de esta investigación se aplicó el instrumento INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II a las usuarias de los servicios de salud brindados por el Hospital General de Pachuca sobre la prevalencia de depresión en mujeres portadoras del VPH.

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos a través del instrumento en cuanto a la prevalencia de depresión y algunos datos de interés que se analizan gráficamente de las encuestas aplicadas en la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca y que son de gran utilidad para responder a la pregunta de la presente investigación.

El criterio que se siguió para interpretar los resultados de la encuesta con características de una escala de Likert de 21 ítems fue:

Respuestas mayores o igual a 29 puntos son consideradas con depresión grave, respuestas de entre 20-28 son consideradas con depresión moderada, respuestas de entre 14-19 puntos se consideran con depresión leve y las respuestas con un total 0-13 puntos con depresión mínima. Este rango cubre todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico.

### **EDAD**

En esta primera parte de la investigación se obtuvieron las respuestas de las usuarias en cuanto a la edad cumplida al momento de contestar la encuesta, que es parte importante para evaluar la concepción que tienen acerca de su patología (VPH).

Los resultados de este análisis se muestran a continuación:

TABLA 1

VARIABLE	TOTAL	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	MINIMA	MAXIMA
<b>EDAD</b>	65	40.96923	13.16834	16	70

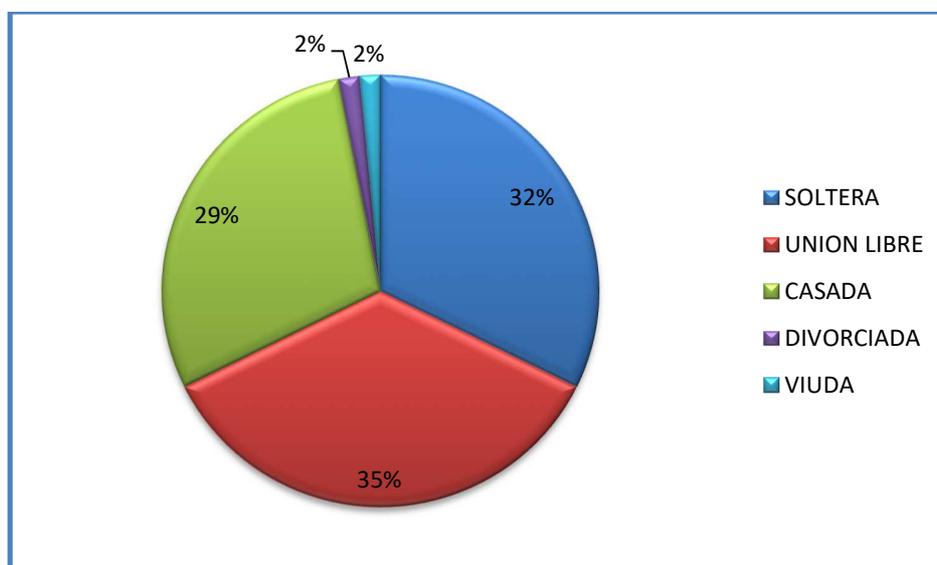
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

De un total de 65 mujeres encuestadas se encuentra que el promedio de estas es de 40.96 años de las cuales la edad mínima registrada fue de 16 y la máxima de 70.

### ESTADO CIVIL

A continuación se muestra en la gráfica No.1 el estado civil de las mujeres encuestadas portadoras del VPH que acudieron a la Unidad de Patología de Cérnix del Hospital General de Pachuca.

GRAFICA No. 1 ESTADO CIVIL



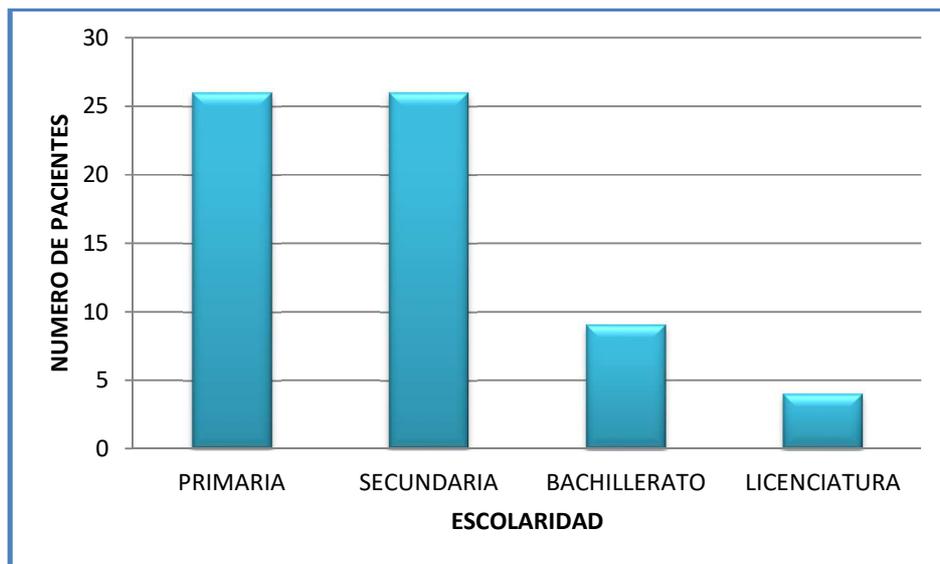
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

De acuerdo con el tipo de relación que mantienen las encuestadas, los resultados fueron: 35% refieren estar en unión libre, el 32% soltera, el 29% casada; y en minoría encontramos que el 2% de las participantes son divorciadas y 2% viudas.

## ESCOLARIDAD

En esta sección se presentan gráficamente los resultados que se extrajeron de acuerdo al nivel educativo y/o de formación en cualquier centro de enseñanza referido por las encuestadas.

GRAFICA No. 2 ESCOLARIDAD



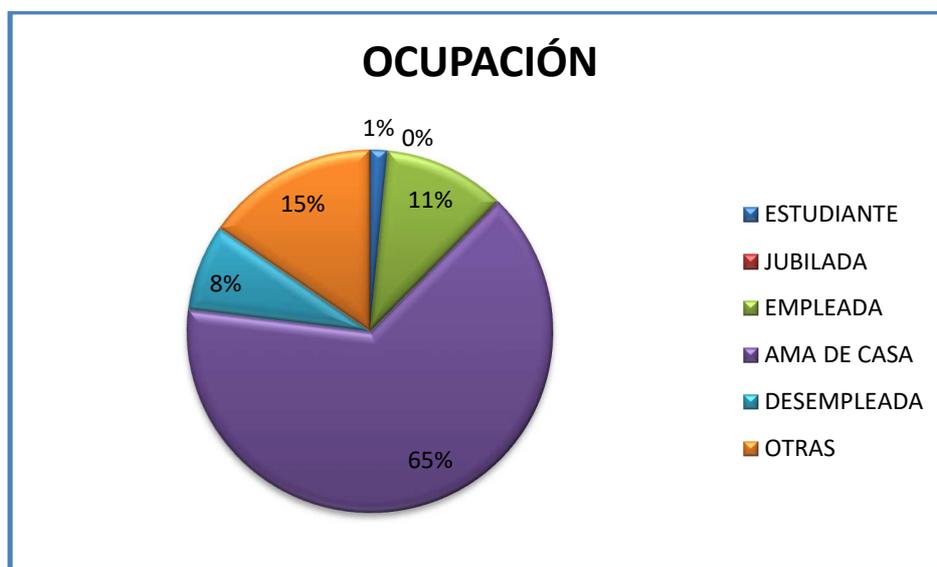
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada, en este caso de nuestra muestra de estudio de las cuales 52 de ellas refieren haber cursado el nivel básico, 9 nivel medio superior y solo 4 de ellas el nivel superior.

## OCUPACIÓN ACTUAL

Con base en la encuesta INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II a continuación se presentan los resultados más relevantes sobre la ocupación y el empleo de la muestra representativa de este estudio.

GRAFICA No. 3 OCUPACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

Esta gráfica indica que el 65% del total de la muestra se dedica al hogar, el 15% se encasilla en otros empleos y ocupaciones (trabajos independientes), 11% son empleadas, 8% se encuentran desempleadas y solo el 1% es estudiante.

## INGRESO MONETARIO MENSUAL

Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

TABLA No. 2

NUMERO DE PACIENTES	INGRESO NETO (\$)
1	500
2	600
1	800
5	1000
2	1200
10	1500
2	1600
12	2000
4	2400
3	2500
4	2800
1	2880
6	3000
1	3200
1	3400
1	3500
1	3600
1	3900
3	4000
2	4800
1	5000
1	6000

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

TABLA No. 3

TOTAL DE PACIENTES	PROMEDIO INGRESO MONETARIO (\$)	MINIMO (\$)	MAXIMO (\$)
65	2330.462	500	6000

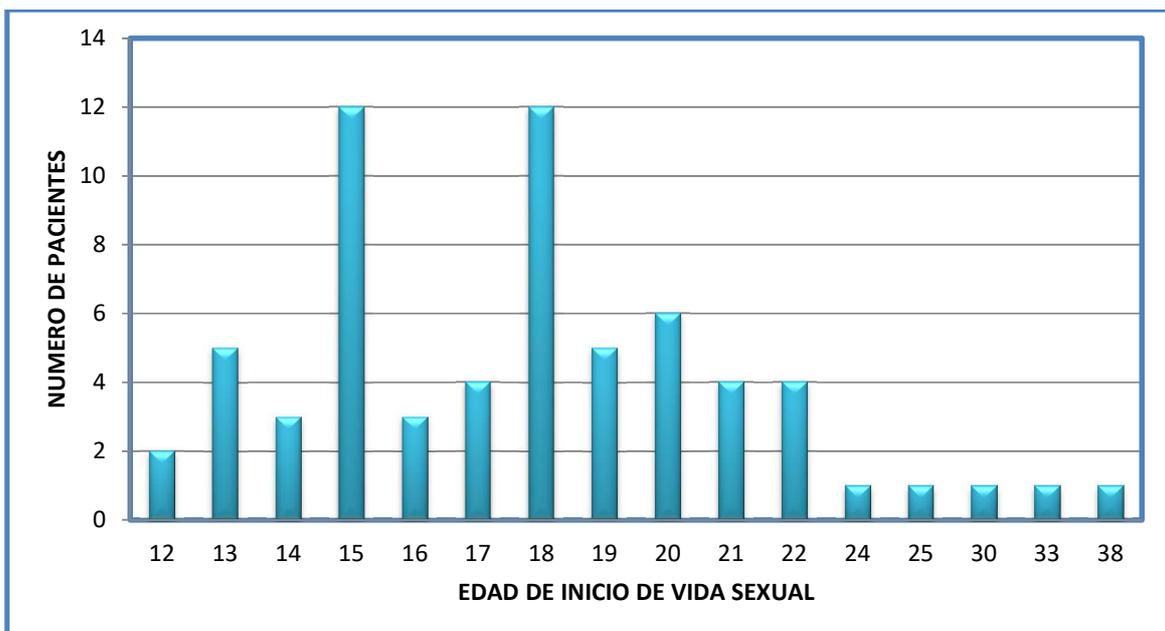
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

De un total de 65 mujeres encuestadas se encuentra que el promedio de ingreso monetario es de \$2330 pesos, registrando como mínimo \$500 y como máximo \$6000 pesos mensuales.

### INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

En esta pregunta de la encuesta se buscó indagar sobre el inicio de la vida sexual activa de las pacientes, lo que se expresa en una creciente disminución de la brecha de edad de IVSA con la reproductiva recomendada por los especialistas (20-35 años).

GRAFICA No. 4 INICIO DE VIDA SEXUAL



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

En la gráfica anterior se pueden observar que las mujeres de generaciones más jóvenes de la edad reproductiva recomendada han iniciado la práctica sexual, encontrando el inicio de la vida sexual a los 12 años, con un incremento a los 15 y 18 años al igual que uno ligero a la edad de 20 años y una disminución a partir de los 24 años en adelante.

TABLA No. 4

TOTAL DE PACIENTES	PROMEDIO DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN AÑOS	EDAD MINIMA DE INICIO DE VIDA SEXUAL	EDAD MAXIMA DE INICIO DE VIDA SEXUAL
<b>65</b>	18.15	12	38

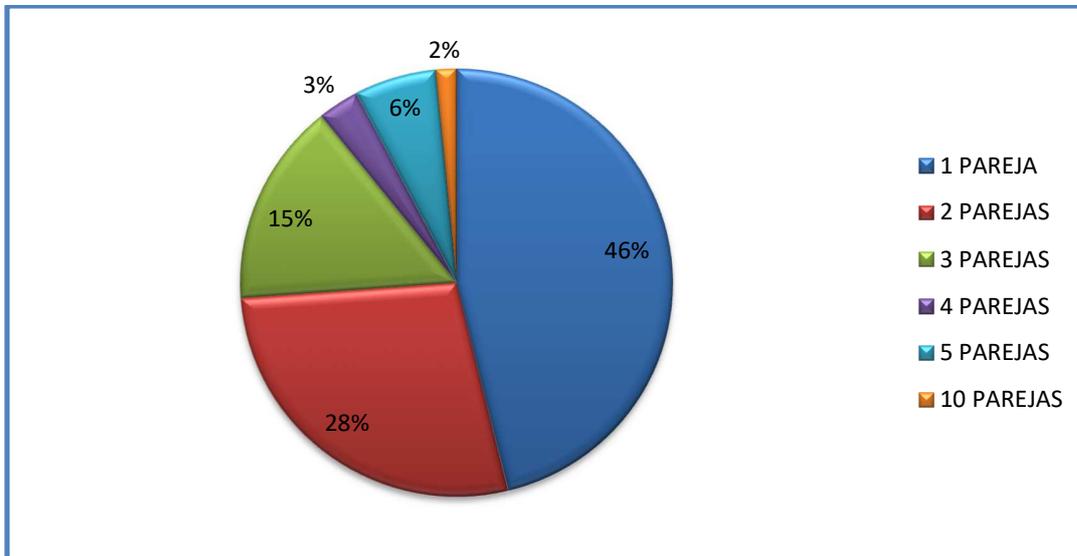
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

De un total de 65 mujeres encuestadas, se registra que el promedio del IVSA es de 18 años, de las cuales la edad mínima registrada fue de 12 con 2 participantes y la máxima de 38 años con una participante.

### **NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

Actualmente se observa un aumento en el inicio de la vida sexual en edades tempranas y por una vida sexual activa a edades más avanzadas; relacionado con ello, se ha producido un aumento en el número de parejas sexuales a lo largo de la vida.

GRAFICA No. 5 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

La grafica muestra que el 46% de la muestra, sólo ha tenido una pareja sexual a lo largo de su vida, el 28% dos parejas, el 15% tres parejas, el 6% cinco parejas, el 3% cuatro parejas y el 2% registrando 10 parejas sexuales.

TABLA No. 5

NUMERO DE PACIENTES	PROMEDIO DE PAREJAS SEXUALES	PAREJAS SEXUALES MINIMAS	PAREJAS SEXUALES MAXIMAS
65	2.06	1	10

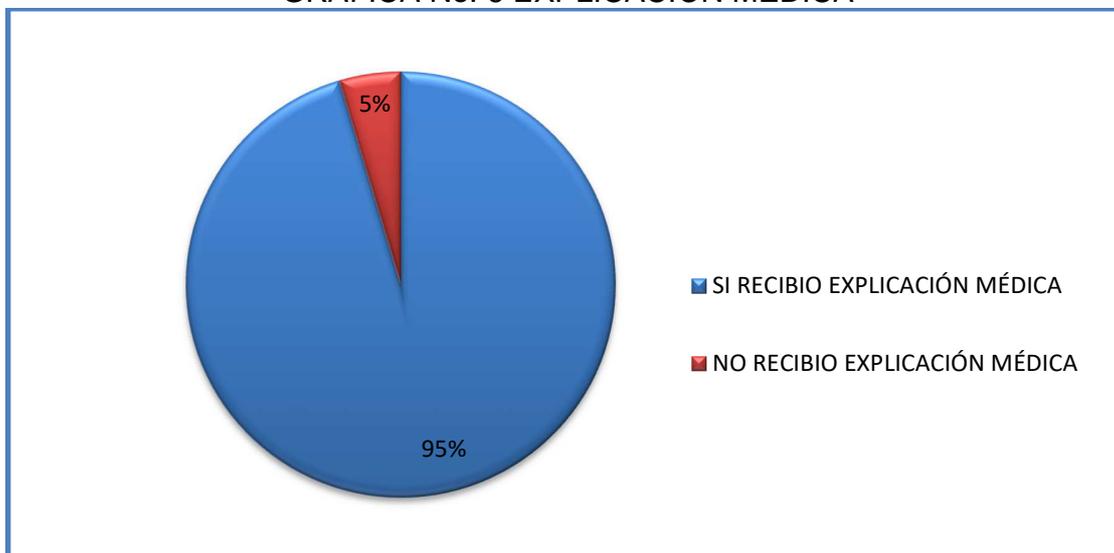
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

De un total de 65 pacientes encuestadas, se encuentra que el promedio de parejas sexuales es de 2 parejas, siendo el número mínimo de 1 pareja sexual y el máximo de 10 parejas sexuales.

## EXPLICACIÓN MÉDICA

En lo que respecta a la orientación recibida por parte del profesional de la salud en cuanto a significado, cuadro clínico, origen, mecanismo de transmisión, etc. Las encuestadas opinaron que:

GRAFICA No. 6 EXPLICACIÓN MÉDICA



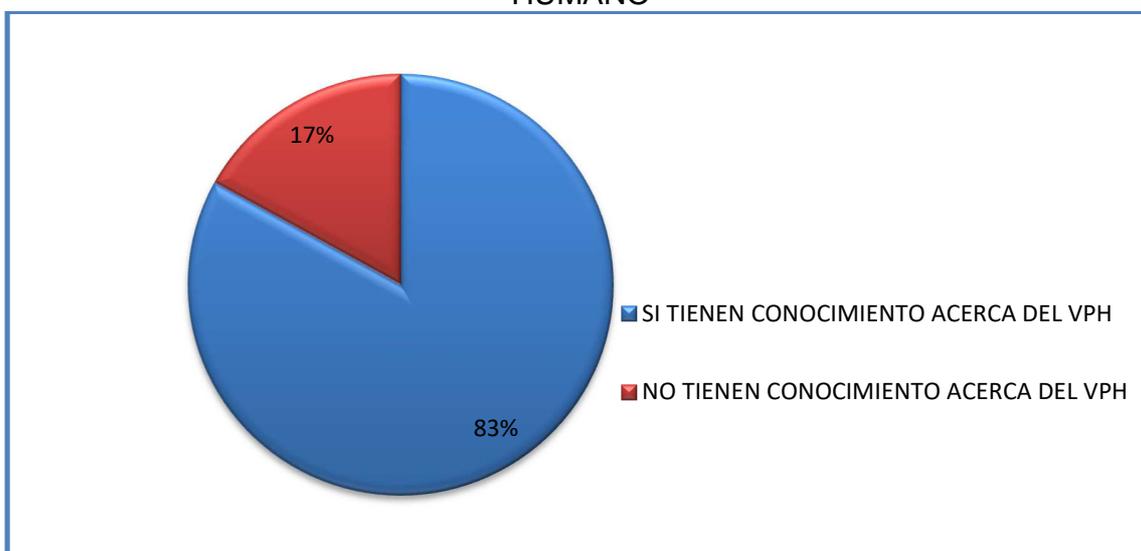
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

El 95% si recibió explicación médica sobre su enfermedad mientras que el 5% restante no recibió explicación médica.

## CONOCIMIENTO ACERCA DEL VPH

A continuación se muestra en la siguiente gráfica si las pacientes refieren conocer o no de su patología diagnosticada. Las encuestadas respondieron que:

GRAFICA No. 7 CONOCIMIENTO ACERCA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

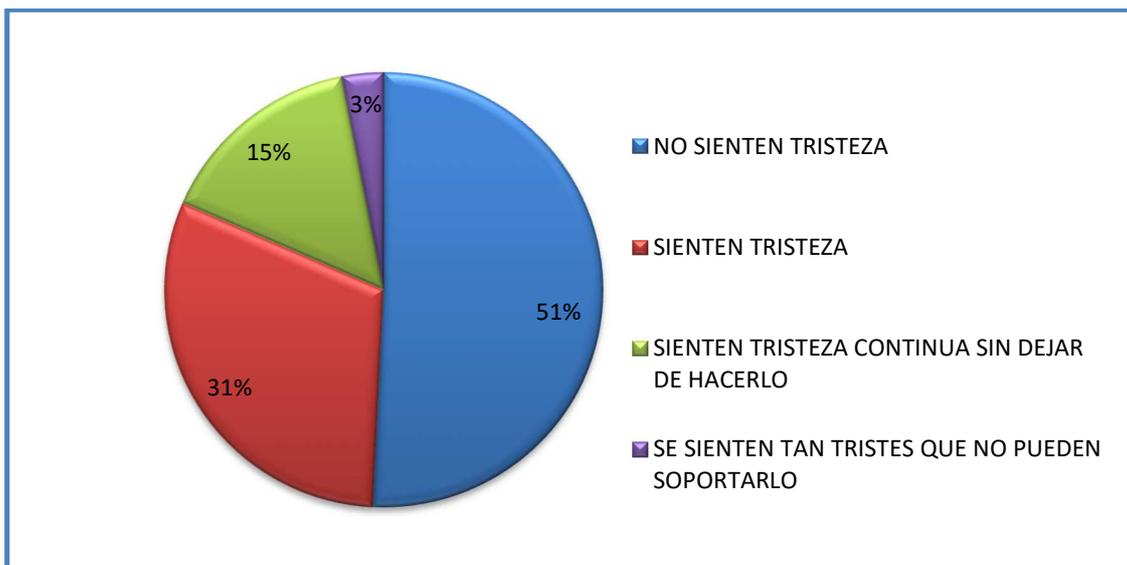
El 83% de las pacientes refieren tener conocimiento acerca del VPH y el 17% refieren no tener conocimiento acerca de su enfermedad.

## ANÁLISIS POR ÍTEM PREGUNTADO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

A continuación se muestran en las siguientes gráficas, lo más relevante que las 65 pacientes respondieron en las 21 preguntas de este inventario.

## 1.- SENSACIÓN DE TRISTEZA

GRAFICA No. 8 SENSACIÓN DE TRISTEZA



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

Los resultados obtenidos fueron: el 51% no siente tristeza, el 31% se siente triste, el 15% se siente triste continuamente y el 3% se siente tan triste que no puede soportarlo.

## 2.- SENSACIÓN DE FRACASO

GRAFICA No. 9 SENSACIÓN DE FRACASO

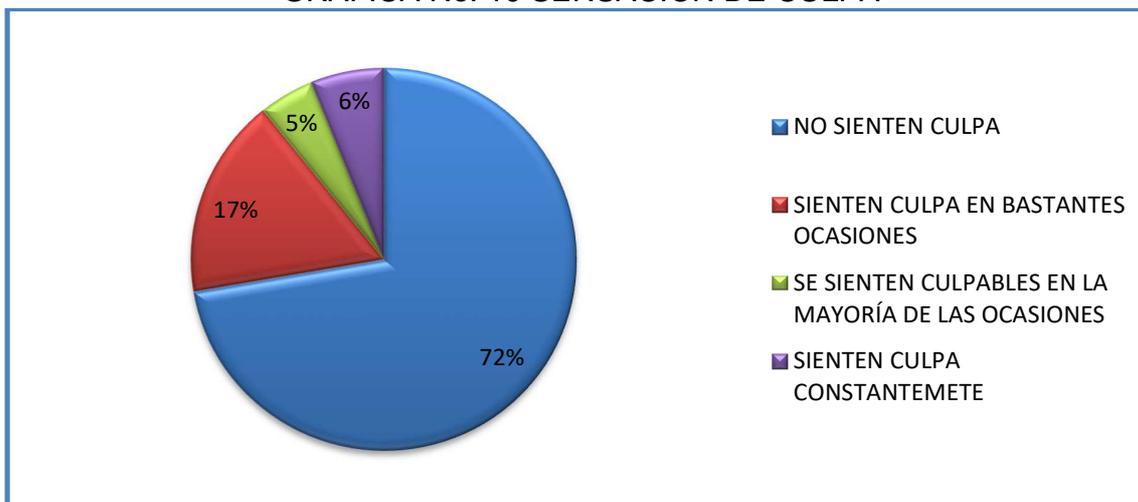


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

El 69% dijo no sentirse fracasada como persona, el 15% se siente fracasada más que la mayoría de las personas, el 8% contestó que cuando mira hacia atrás lo único que ve es un fracaso tras otro, mientras que el 8% restante refirió ser un fracaso total como persona.

## 3.- SENSACIÓN DE CULPA

GRAFICA No. 10 SENSACIÓN DE CULPA

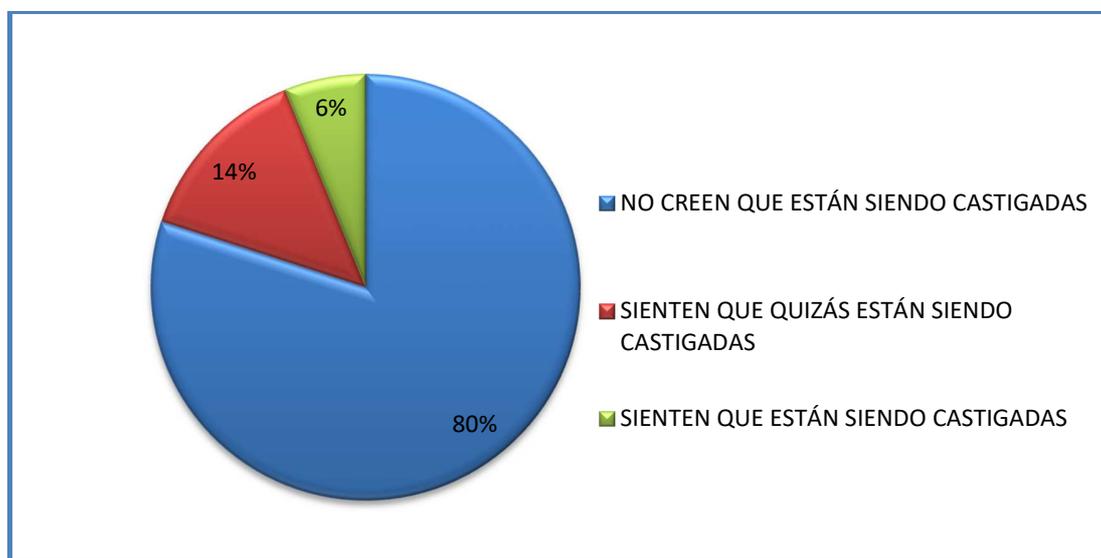


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

El 72% de las personas que participaron en la encuesta no se sienten culpables, el 17% a menudo se siente culpable, el 6% siente culpa en la mayoría de las ocasiones y el 5% siente culpa constantemente.

#### 4.- EXPECTATIVAS DE CASTIGO

GRAFICA No. 11 EXPECTATIVA DE CASTIGO

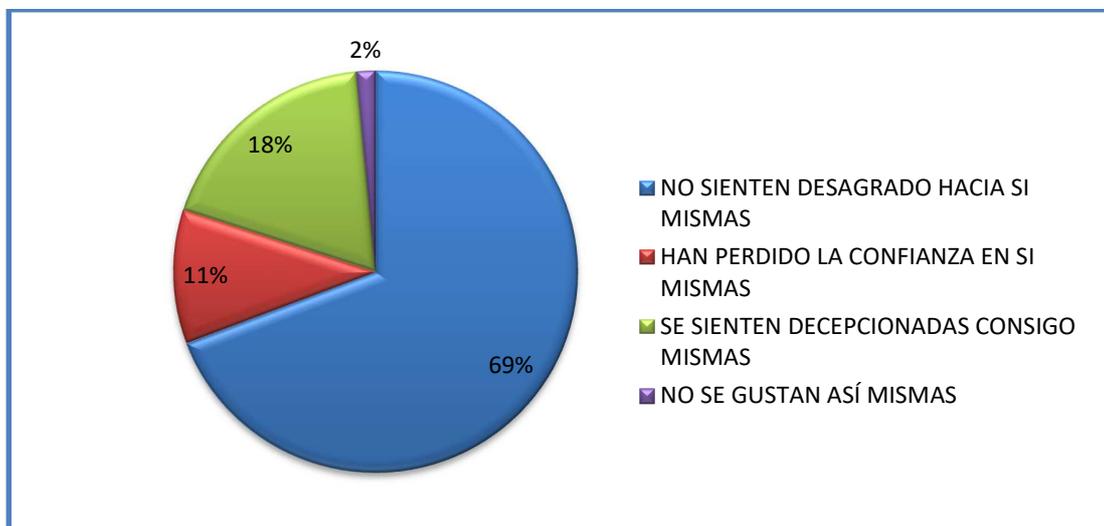


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

El 80% comenta no creer que esté siendo castigada, el 14% siente que quizás esté siendo castigada, el 6% refirió sentir estar siendo castigada; mientras que con 0% no se hizo ningún registro (espere ser castigada) por parte de las participantes.

## 5.- DESAGRADO HACIA SÍ MISMAS

GRAFICA No.12 DESAGRADO HACÍA SÍ MISMAS

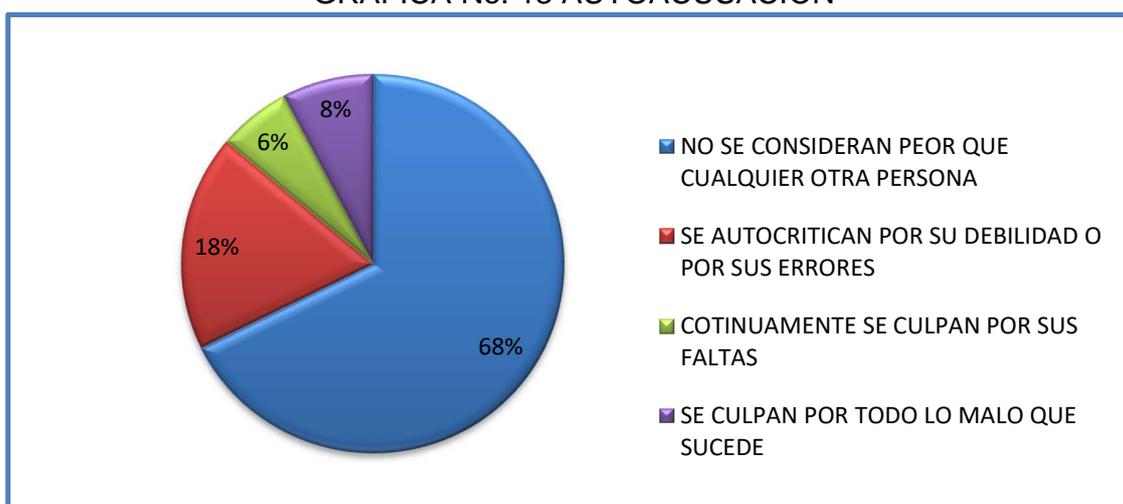


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

Los resultados obtenidos en la encuesta muestran que el 69% tienen la misma opinión que de costumbre sobre sí mismas, el 18% se sienten decepcionadas de sí mismas, mientras que el 11% ha perdido la confianza y solo el 2% de las pacientes no se gustan así mismas.

## 6.- AUTOACUSACIÓN

GRAFICA No. 13 AUTOACUSACIÓN

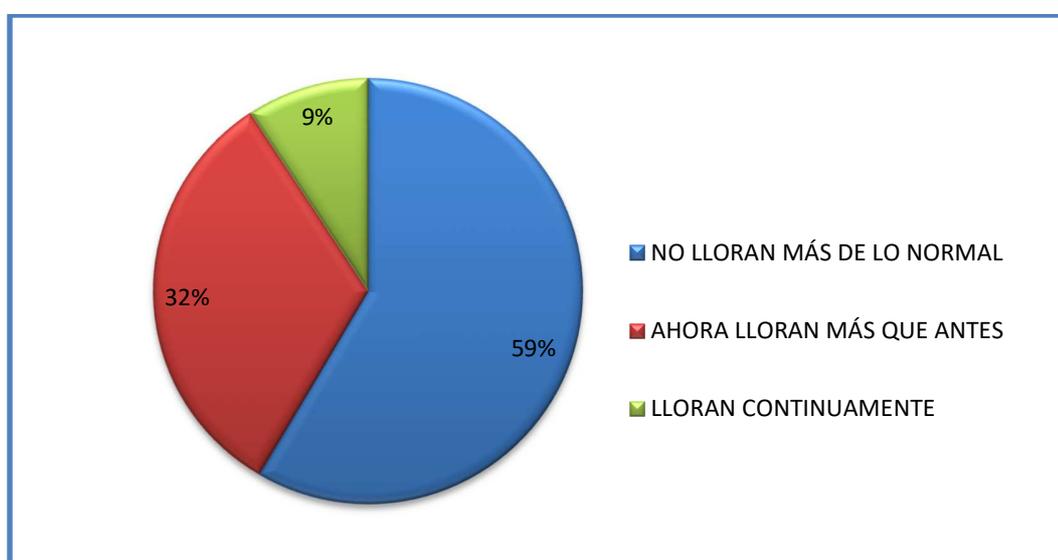


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

En lo que respecta a la autoacusación el 68% contestó que no se considera peor que cualquier otra persona, el 18% de las pacientes se autocritica por su debilidad o errores, el 8% se culpa por todo lo malo que sucede y el 6% continuamente se culpa por sus faltas.

## 7.- EPISODIOS DE LLANTO

GRAFICA No. 14 EPISODIOS DE LLANTO

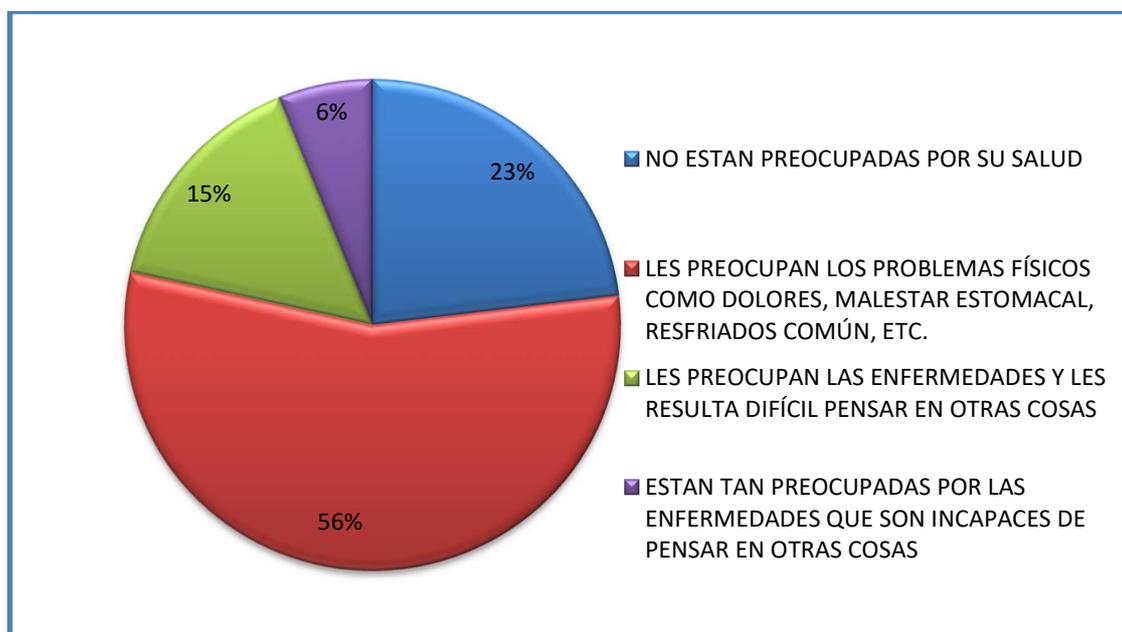


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

En la gráfica No 14 se muestra que el 59% de las pacientes no lloran más de lo normal, el 32% llora más que antes y el 9% llora continuamente, mientras que con el 0% no se hizo ningún registro (no puedo dejar llorar aunque me lo proponga).

## 8.- PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

GRAFICA No. 15 PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

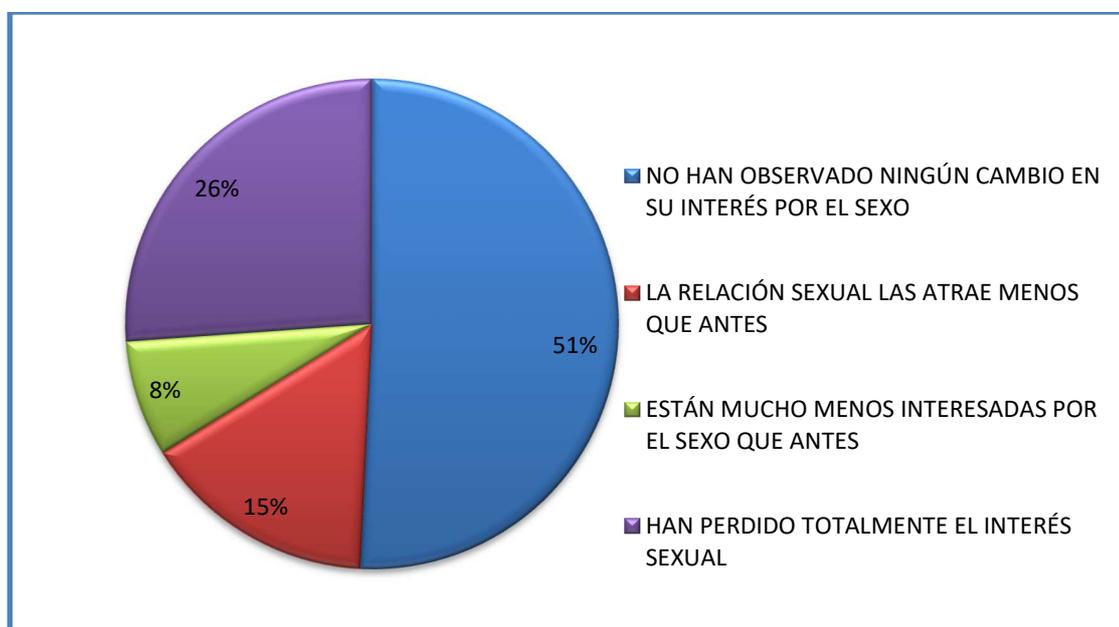


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

Los resultados obtenidos en este apartado muestran que al 56% de las encuestadas les preocupan los problemas físicos, mientras que el 23% no están preocupadas por su salud, al 15% le preocupa las enfermedades y les resulta difícil pensar en otras cosas y el 6% esta tan preocupado por la enfermedad que son incapaces de pensar en otra cosa.

## 9.- BAJO NIVEL DE ENERGÍA

GRAFICA No. 16 NIVEL DE ENERGÍA



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

En la gráfica No. 16 se puede observar que de un total de 65 participantes encuestadas el 51% no ha observado ningún cambio en el interés por el sexo, el 26% ha perdido totalmente el interés sexual, mientras que solo al 15% le atrae menos que antes y que en minoría con un 8% están mucho menos interesadas por el sexo.

## ANÁLISIS BIVARIADO

### PORCENTAJE DE GRADO DE DEPRESIÓN

TABLA No. 6

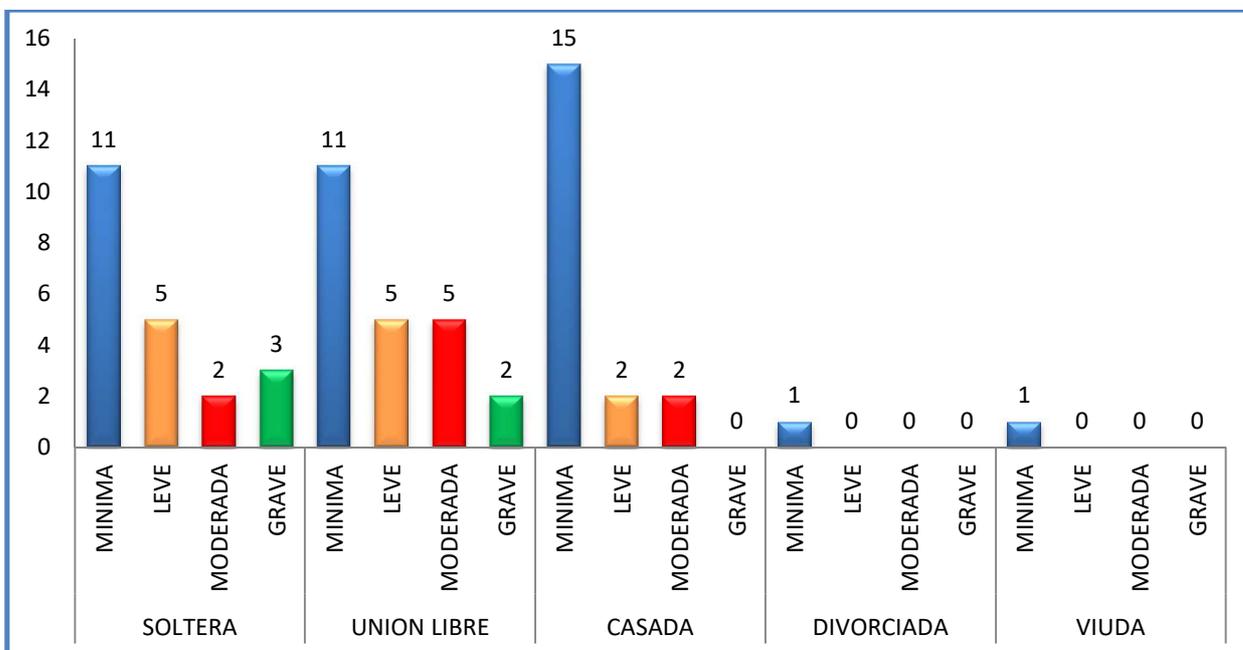
GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>MINIMA</b>	39	60
<b>LEVE</b>	12	18.46
<b>MODERADA</b>	9	13.85
<b>GRAVE</b>	5	7.69

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia a nivel mundial acentuándose aún más si coexiste con una o varias patologías crónicas; así mismo a pesar de que la incidencia del VPH es muy alta en mujeres jóvenes el análisis estadístico reflejado en la tabla No. 6 la cual nos muestra que hay un grado de depresión mínima en el 60% de la muestra con un total de 39 pacientes, con el 18.46% lo que es representado por 12 mujeres del estudio presentan depresión leve, 9 encuestadas con depresión moderada representando el 13.85% y solo el 7.69% con depresión grave.

## ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 17 ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN

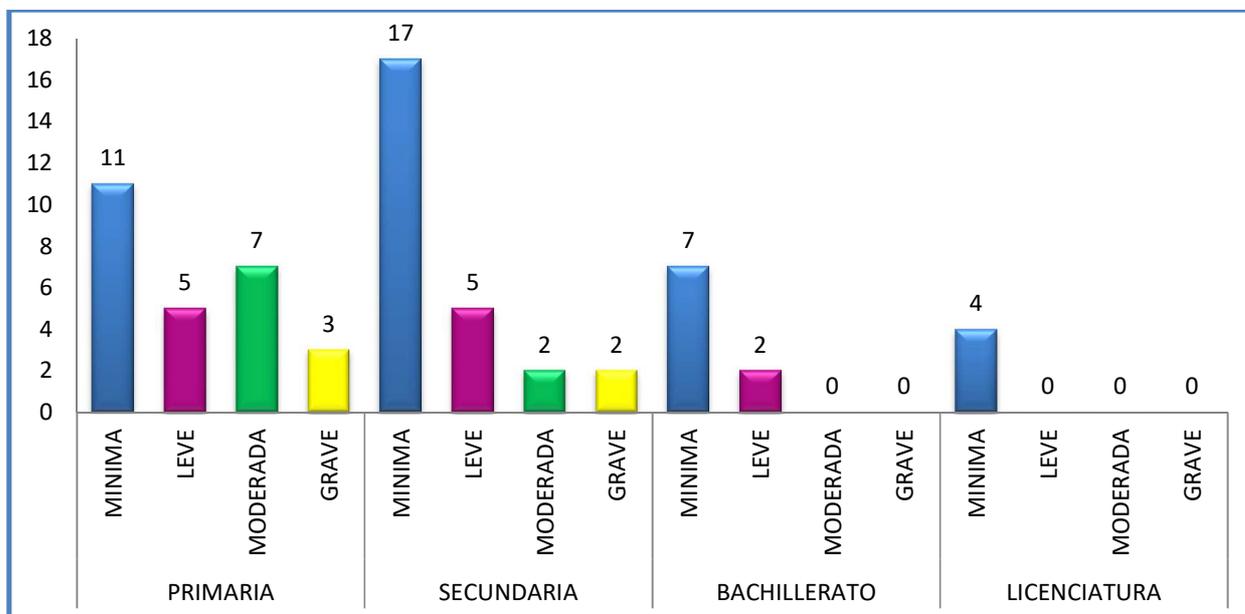


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

La diferencia entre el estado civil de las portadoras del VPH respecto a la prevalencia de depresión se mantiene de manera favorable y consistente entre las solteras y las que se encuentran en unión libre predominando la depresión mínima, seguida de la depresión leve en ambos rubros. Traspolándose notoriamente en las féminas divorciadas y viudas con apenas una incidencia en cada casillas con depresión mínima; destacando el matrimonio con la mayor frecuencia de depresión mínima y manteniéndose en depresión leve y moderada.

## ESCOLARIDAD Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 18 ESCOLARIDAD Y DEPRESIÓN



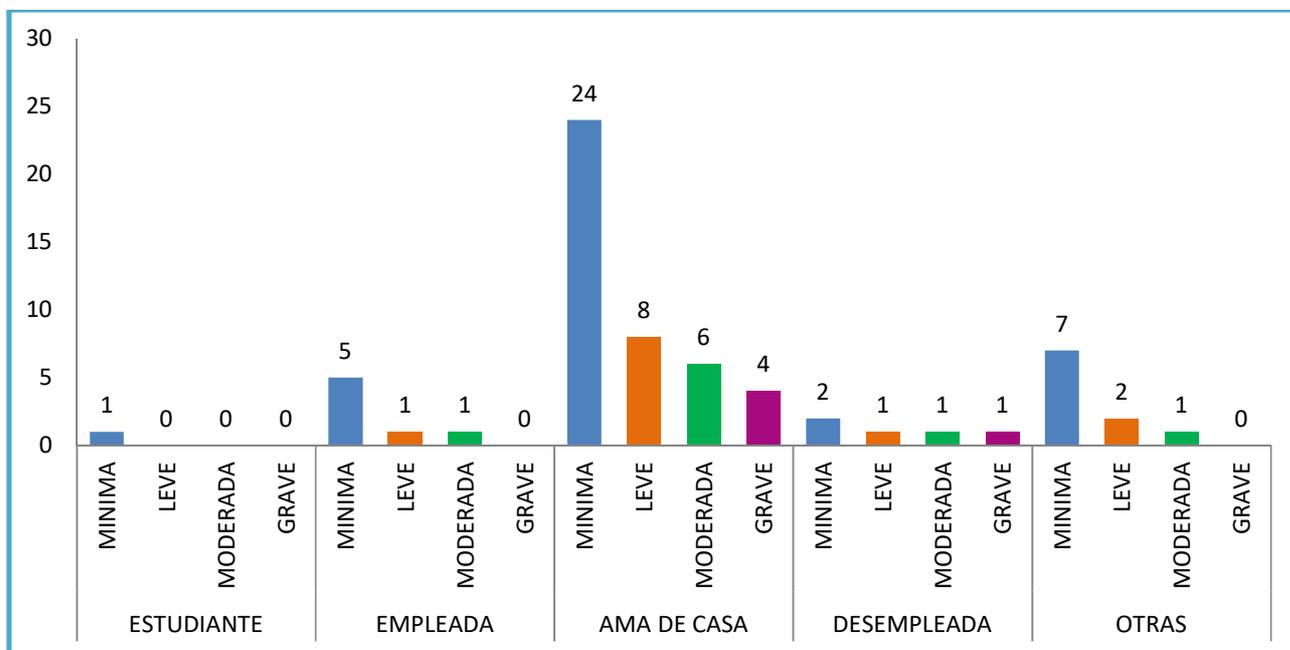
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión en todos sus grados. Entre las participantes de nivel básico se observa la prevalencia de este trastorno mental, mientras que en el nivel medio superior a pesar de que hay un decremento significativo del trastorno prevalece la depresión en su grado mínimo y leve, disminuyendo el trastorno significativamente en aquellas con educación superior.

La prevalencia de depresión se ve afectada por el nivel académico de las encuestadas.

## OCUPACIÓN Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 19 OCUPACIÓN Y DEPRESIÓN

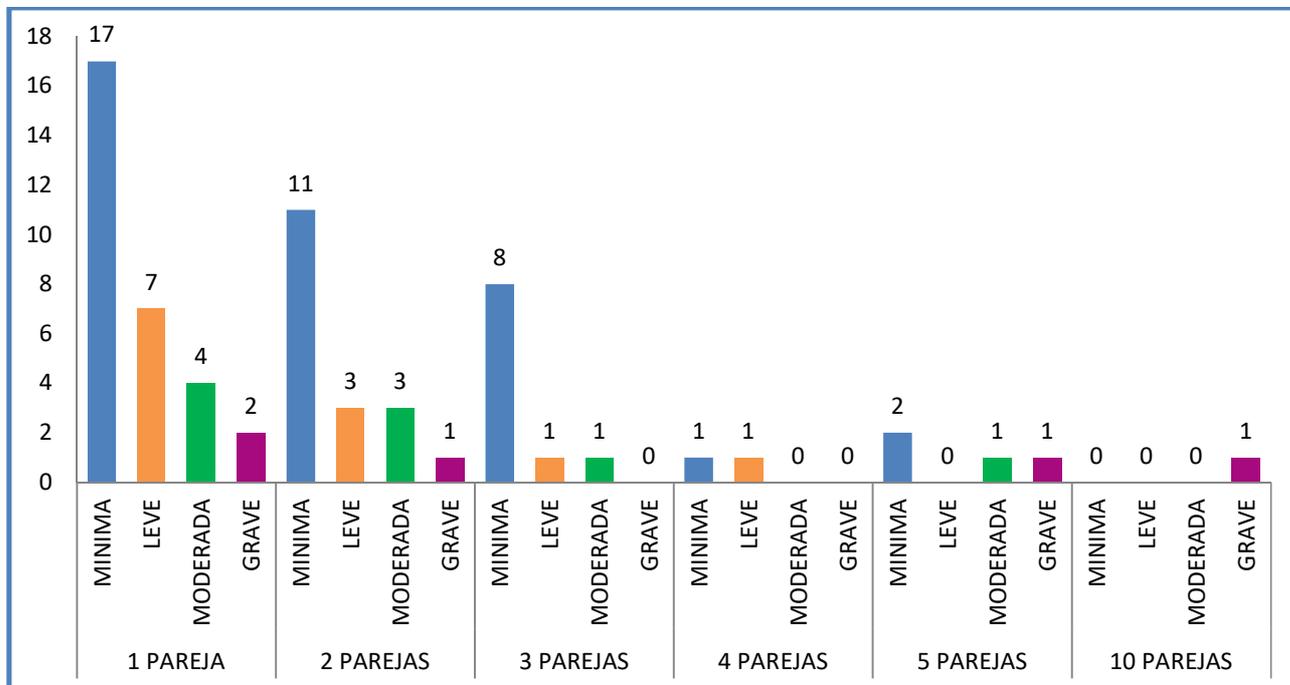


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

De acuerdo con los datos obtenidos de la encuesta la ocupación más afectada es la de ama de casa registrando 42 mujeres de un total de 65, de las cuales se encuentran la mayoría en depresión mínima con 24 de ellas, 8 con depresión leve, 6 con moderada y 4 con grave, por otro lado con 10 pacientes de un total de 65 se encuentran las de otras ocupaciones (comerciantes, trabajadoras independientes, secretarias, etc.), encontrando a 7 de ellas con depresión mínima, 2 con depresión leve y 1 con depresión moderada, por último y solo con 13 pacientes de un total de 65 se encuentran distribuidas entre estudiantes, empleadas y desempleadas de las cuales 8 caen dentro de depresión mínima, 2 en depresión leve, 2 en depresión moderada y 1 en depresión grave.

## NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 20 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y DEPRESIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

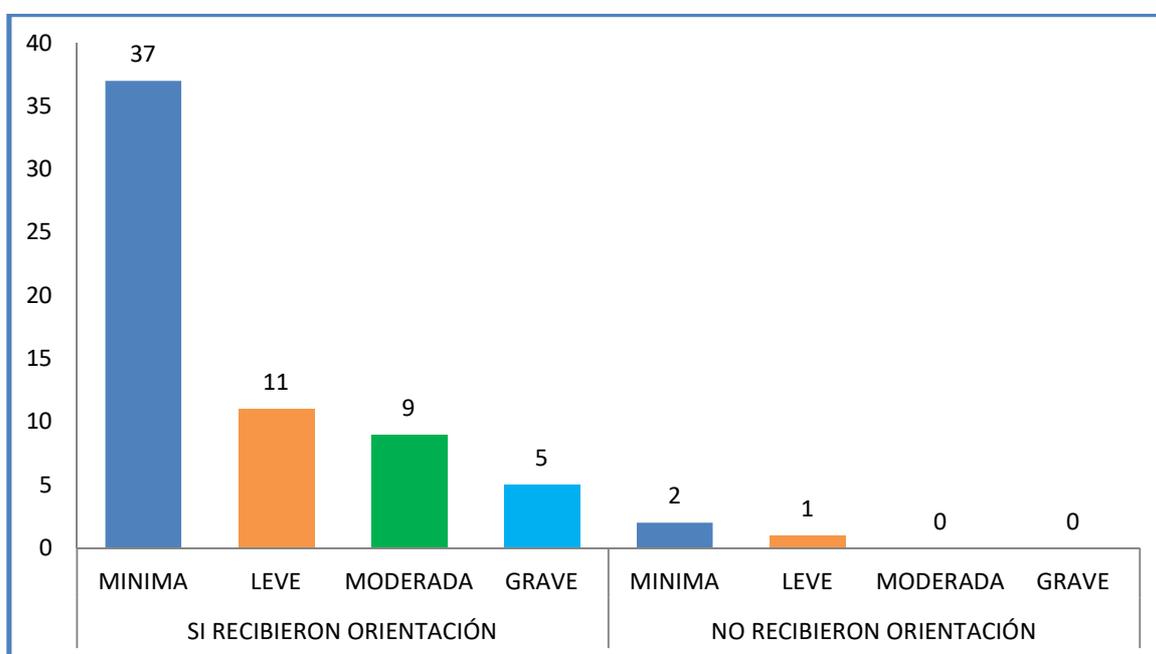
En el gráfico No. 20 se encuentra que en pacientes con una sola pareja sexual la mayor cantidad de ellas se encuentran en depresión mínima con un total de 17 pacientes, le continúan las de depresión leve con 7 pacientes, moderada con 4 pacientes y grave con 2 pacientes; con 2 parejas sexuales 11 están en depresión mínima, 3 con depresión leve al igual que 3 con depresión moderada y 1 con grave; con 3 parejas sexuales 8 pacientes se encuentran en depresión mínima, 1 en leve y 1 en moderada; con 4 parejas sexuales solo encontramos 2 pacientes de las cuales 1 está en depresión mínima y la otra en leve; con 5 parejas sexuales 2 pacientes de encuentran en depresión mínima, 1 en moderada y 1 en grave y por último 1 paciente con depresión grave refiere haber tenido 10 parejas sexuales.

Al hacer una revisión global de la gráfica No.20 se deduce que a mayor número de parejas sexuales mayor grado de depresión grave; hay una incidencia de

depresión mínima en las mujeres que solo tienen una pareja sexual, seguida de la de dos parejas y tres parejas respectivamente, con un ligero aumento de las que han tenido 5 parejas sexuales. La disminución de la presencia de depresión en cualquiera de sus grados es perceptible a partir de tres a más parejas sexuales registrando incluso 0 casos del trastorno mental, pero sin olvidar, que a mayor número de parejas sexuales se presenta mayor grado de depresión grave.

## ORIENTACIÓN MÉDICA Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 21 ORIENTACIÓN MÉDICA Y DEPRESIÓN



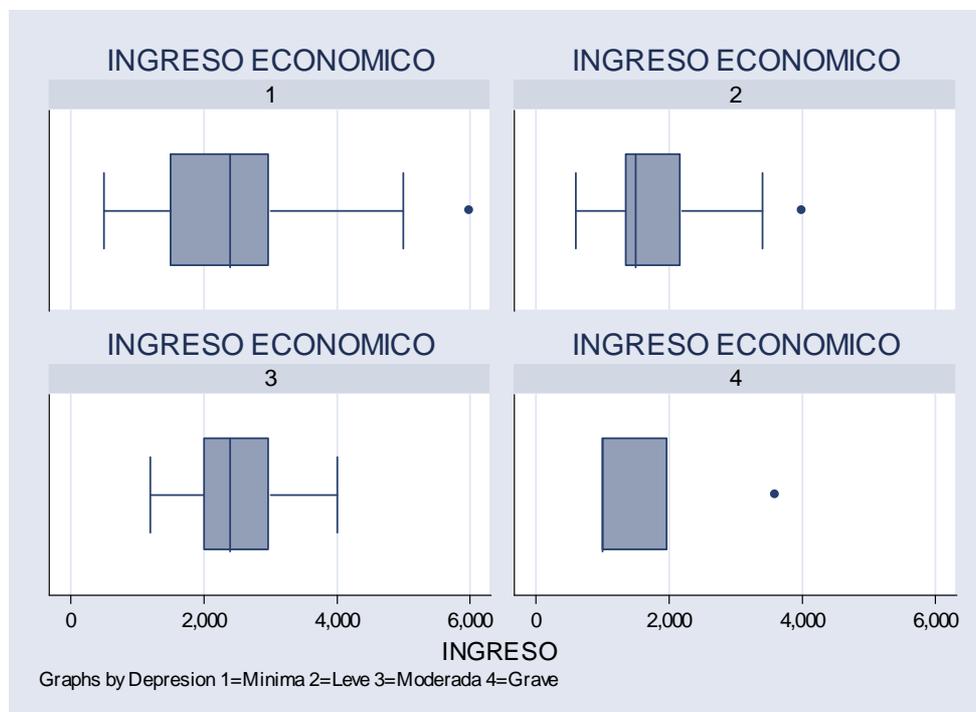
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

En la gráfica No. 21 se encuentra que del total de 65 pacientes, 37 de ellas se encuentran en depresión mínima de las cuales refirieron haber recibido orientación médica, 11 en depresión leve, 9 en depresión moderada y 5 en grave. De las que refirieron no haber recibido orientación médica, se encuentran solo 3 pacientes, 2 con depresión mínima y 1 con leve.

La gráfica muestra que a pesar de haber recibido orientación y/o atención medica las pacientes portadoras del VPH presentan depresión mínima con una prevalencia de 37 por cada 65 encuestadas, siendo innegable el comportamiento estadístico de esta grafica que mantiene una forma descendente hasta llegar a presentar 0 casos de depresión por no recibir orientación por parte de los profesionales.

## INGRESO MONETARIO MENSUAL Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 22 INGRESO MONETARIO Y DEPRESIÓN



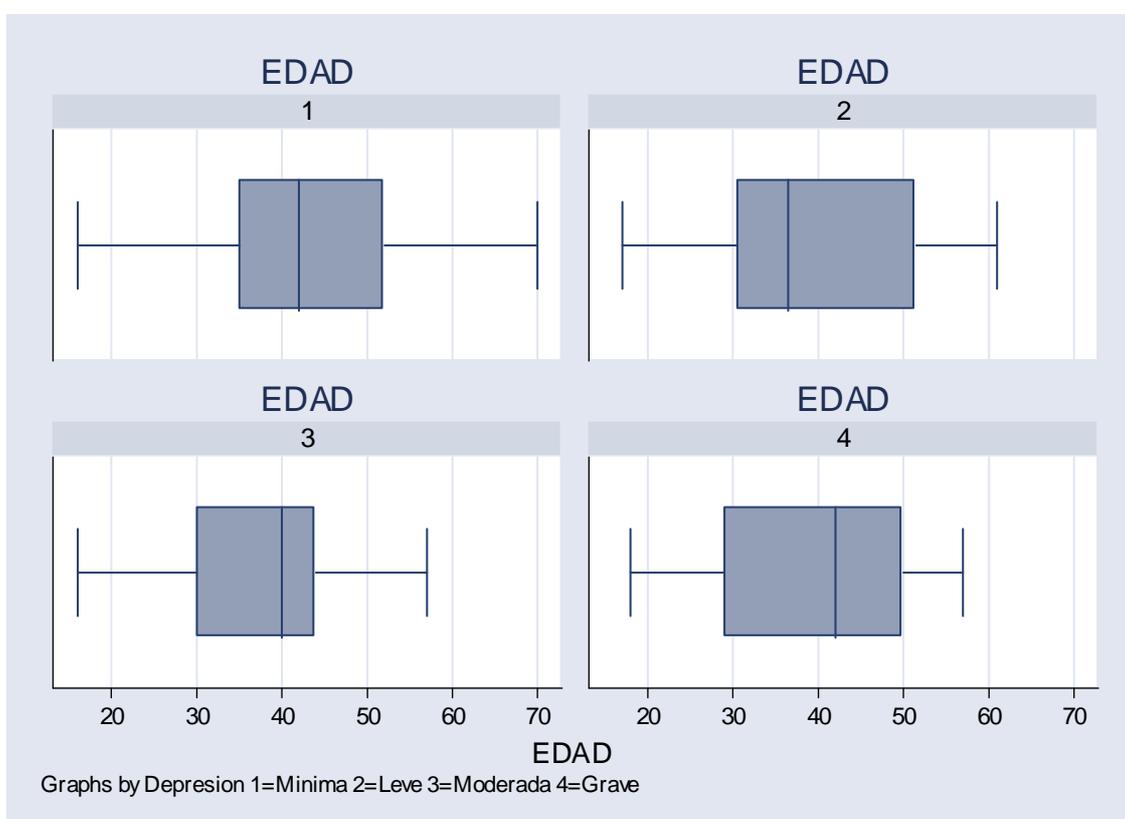
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

En esta representación gráfica podemos observar con un rango de 1800 – 2500 con una media de 2200 y un valor máximo de 4500 presentando un valor atípico en los 6000, en la casilla 2 un valor mínimo de 700 y un máximo de 3400 con un rango de 1200 a 2100 y una media de 1300, continuando con la caja 3 encontramos el valor mínimo en los 1100 con un rango de 2000 – 2500 y media de

2200 con valor máximo de 4000 y en la última ventanilla se carece de valores mínimos y extremos el rango es de 1000-2000 con una media de 1000 haciéndose perceptible un caso fortuito en los 3800.

## EDAD Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 23 EDAD Y DEPRESIÓN



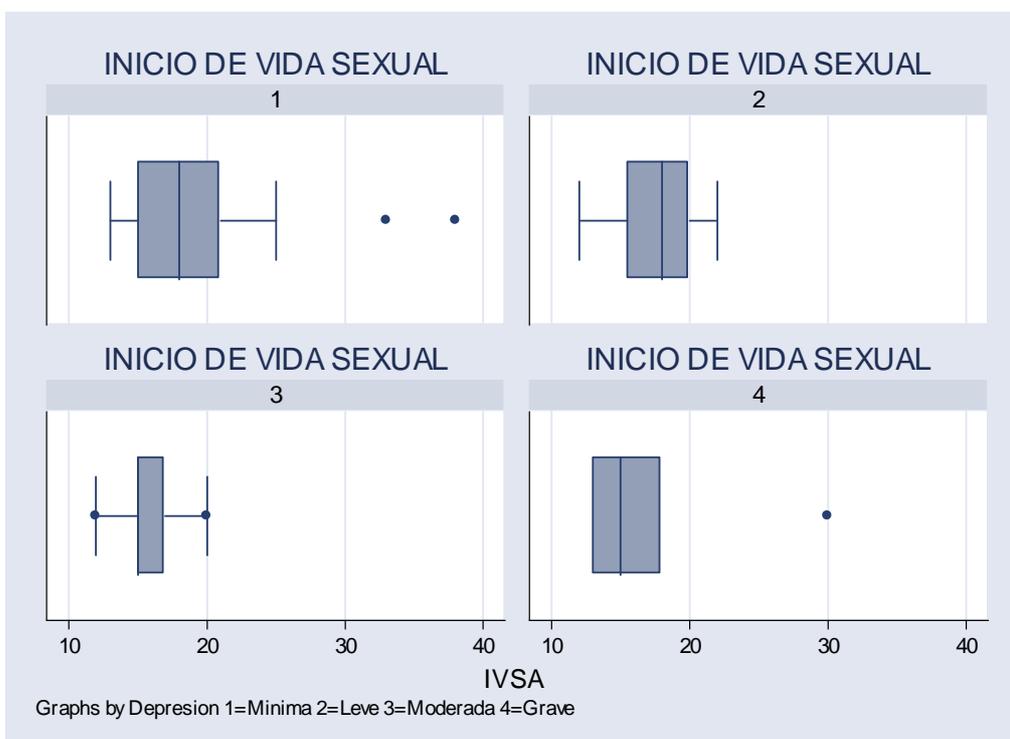
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

La diferencia entre los grupos de edad son estadísticamente diferentes, como podemos observar en edad y presencia de depresión mínima que va de un rango de 35-52 con una media de 42 y un valor máximo de 70, mientras que en edad y depresión leve el rango se presenta de 30 a 51 con una media de 36 y un valor máximo de 61, en lo que respecta a la edad y depresión moderada genera un

rango de 30 - 44 con una media de 40 y por último en edad y depresión grave se encuentra un rango de 29-50 con una media de 42; manteniéndose el valor mínimo de 16 en todas las cajas mostradas y en las últimas dos se encuentra un valor máximo de 58.

## IVSA Y DEPRESIÓN

GRAFICA No. 24 INICIO DE VIDA SEXUAL Y DEPRESIÓN



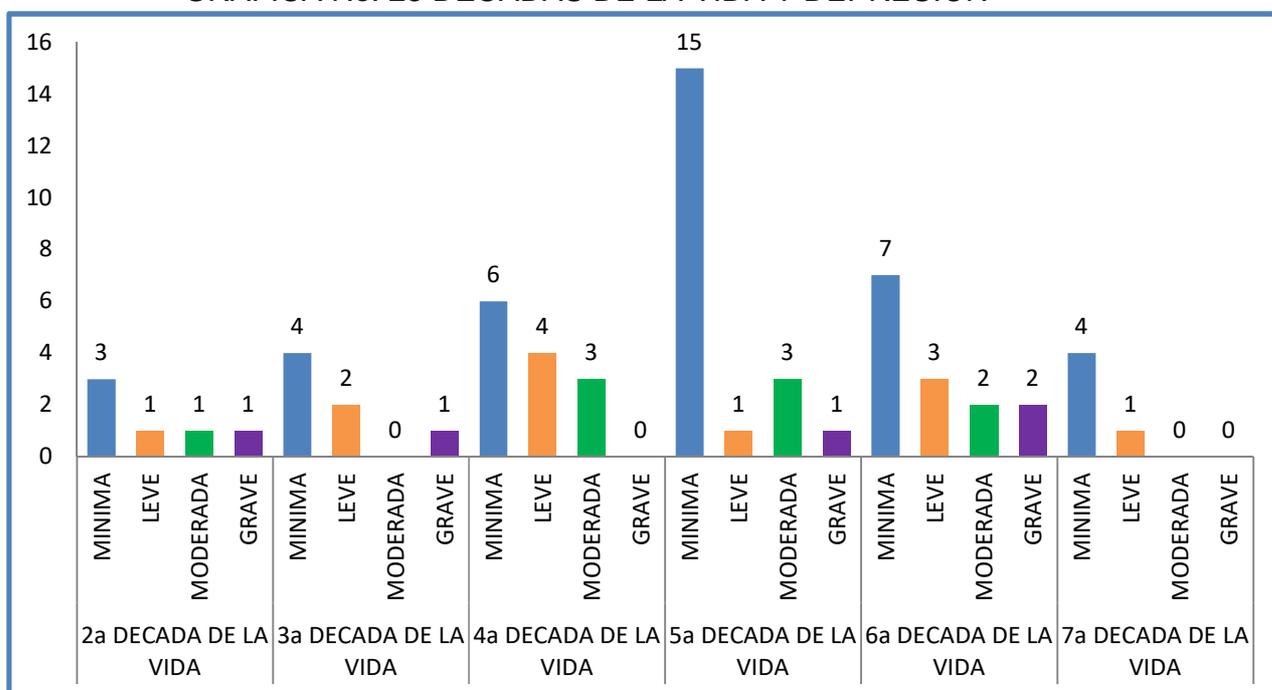
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

La gráfica muestra la frecuencia de depresión en sus diferentes grados con respecto al recuadro 1 (Depresión mínima) el valor mínimo es de 12 (presente en las representaciones gráficas 1, 2 y 3) con un rango de 15-21 y una media de 18 presentando 2 casos atípicos de entre los 30 y 40, en la caja 2 (depresión leve)

observamos una media de 18 y un valor máximo de 22, mientras que en la caja 3 (depresión moderada) encontramos un valor máximo de 20 presentando dos casos fortuitos en ambos extremos y por último en la representación 4 (depresión grave) no hay valores extremos, se hace presente un caso fortuito a los 30, con un rango de 12-18 y una mediana de 15.

## DEPRESIÓN EN LAS DÉCADAS DE LA VIDA

GRAFICA No. 25 DÉCADAS DE LA VIDA Y DEPRESIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada.

Un análisis global de la gráfica sobre el comportamiento de la presencia de depresión a lo largo de la vida de las portadoras del VPH, permite apreciar que es una gráfica de comportamiento irregular; la prevalencia de la depresión mínima y leve se hace presentes en todas las décadas de la vida aunque no con la misma frecuencia. Los decrementos más notorios se dan en la 7ma década de la vida y el aumento indiscutible se hace presente en la 5ta década.

## 11.- DISCUSIÓN

Los factores de riesgo que obtuvieron una mayor prevalencia, fueron el número de parejas sexuales con el 46% de depresión mínima en las mujeres que solo tienen una pareja sexual pero sin dejar de lado que a mayor número de parejas sexuales se presenta mayor grado de depresión grave, el grado académico de las participantes las cuales 52 de la muestra total de 65 solo cursaron el nivel básico y la edad de IVSA en edades tempranas lo cual se aproxima a los estudios revisados donde estos factores tienen una alta prevalencia (3, 4, 9, 10, 16 )

Según la investigación realizada por Sam Soto S. Ortiz de la Peña y Carranza A, Lira Plascencia el comportamiento en la adolescencia puede tener repercusiones durante toda la vida, el exceso de información sexual, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes a incurrir en prácticas sexuales de riesgo para la salud, en este estudio se pudo observar que el inicio de la vida sexual activa cada vez se presenta en menor edad, teniendo pacientes desde los 12 años con nivel de escolaridad básica con lo cual se está en acuerdo con dicha investigación (2).

Se ha observado en diversos estudios que los factores de riesgo que se encuentran relacionados aunque no son exclusivos con las ITS son: nivel educativo socioeconómico bajo, inicio de vida sexual temprana, antecedentes de haber tenido dos o más parejas sexuales, lo cual concuerda con este estudio ya que se observa que la mayoría de los pacientes el nivel socioeconómico es bajo, con un mínimo de 500 pesos mensuales además del IVS a temprana edad, teniendo pacientes con inicio de la misma a los 12 años; la mitad de las pacientes estudiadas a tenido más de dos parejas sexuales, observando un máximo de 10, además de observar mayor prevalencia de depresión en pacientes con escolaridad básica (1,9,10,11,16,19,20).

Se ha observado que las pacientes experimentan emociones fuertes en momentos críticos de la vivencia, como depresión y culpa, sin embargo en este estudio se observa que más de la mitad de la población estudiada no presenta tristeza ni culpa en el momento del estudio, sin embargo hay que recordar que debido haber sido un estudio transversal, no se descarta la posibilidad de haber experimentado dichas emociones en algún momento de la vida partir del diagnóstico de su enfermedad. (19, 21,24)

## **12.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

En base a los resultados obtenidos en la investigación y en relación con los objetivos planteados, se establece, que no existe una alta prevalencia de depresión en las pacientes diagnosticadas con virus del papiloma humano de la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca, sin embargo, el que no haya existido una significancia estadística en este estudio no significa que no exista una asociación entre las variables ya que podemos atribuirlo a que las encuestadas refirieron estar deprimidas al a ver sido informadas sobre su diagnóstico, determinando que el tiempo de evolución del ser portadora del virus aminora los signos y síntomas depresivos, por lo que la investigación tiene algunas desventajas respecto a esto debido a haber sido un estudio transversal.

En cuanto a los factores sociodemográficos detectados que están asociados con la presencia de depresión en las portadoras del VPH son la edad, estado civil, escolaridad e IVSA.

La década de la vida detectada donde la depresión es más frecuente suele ser la de los cincuentas.

Por último, la falta de información médica no está directamente vinculada con la presencia de depresión en las portadoras del virus del papiloma humano detectadas en la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca.

Con base a lo encontrado en esta investigación podemos enfocarnos a medidas de orientación y prevención que vayan encaminadas tanto a hombres como a mujeres dirigidas a la adopción de comportamientos sexuales seguros antes y durante las relaciones sexuales que no permitan contraer una ETS o que se le transmita a la pareja, como lo son: el uso de métodos de barrera, exámenes regulares para detectar ITS y contemplar la posibilidad de hacerse aplicar la vacuna contra el VPH.

En resumen, la educación de comportamientos sexuales más seguros requiere información precisa, planificación anterior, y comunicación óptima entre las parejas. Con tales medidas, las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual mientras minimizan los riesgos potenciales.

Sin dejar de lado el trabajo con un equipo multidisciplinar tanto médico y psicológico para tratar el impacto emocional causado por el diagnóstico, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, otorgándoles estrategias óptimas de afrontamiento.

## **13.- ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se le ha preguntado si quiere participar en este estudio de investigación (cuando se enuncie estudio se referirá a “estudio de investigación”). Su decisión es libre y voluntaria. Si no desea ingresar al estudio, su negativa no le causará consecuencia alguna. La siguiente información le describe el estudio y la forma en que participará como voluntario. Tome el tiempo necesario para hacer preguntas como requiera acerca del estudio, el médico responsable del estudio o el personal encargado del estudio en la podrán contestar cualquier pregunta que tenga respecto a este consentimiento o del estudio mismo. Por favor lea cuidadosamente este documento.

#### **Título:**

Prevalencia de depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la unidad de patología de cérvix del hospital general de Pachuca

#### **Patrocinador del Estudio:**

Dra. Berenice Cabrera Victoria. Médico Residente de Medicina Integrada. R2

#### **Sitio de Investigación:**

Unidad de patología de cérvix del Hospital General de Pachuca.

#### **Los Investigadores a cargo del estudio son:**

##### **Investigador Clínico Principal:**

Dra. Berenice Cabrera Victoria. Médico Residente de Medicina Integrada. R2

##### **Co-Investigador del Estudio:**

Dra. Anell Vicenta Castaño Suárez. Psiquiatra

#### **OBJETIVO DEL ESTUDIO:**

Saber el porcentaje de Depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca.

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

Las infecciones de transmisión sexual constituyen una de las enfermedades más comunes en el mundo. Se ha encontrado que en pacientes que padecen alguna de esas enfermedades, presentan depresión por su misma enfermedad, la cual pasa desapercibida y esto es muy importante debido a que la depresión puede llegar a ser causa de muerte, se le debe dar la importancia adecuada, siendo muy importante reconocerla debido a que puede agravar el padecimiento inicial por el cual el paciente acudió a recibir atención médica.

En este estudio se determinara la prevalencia de depresión en mujeres portadoras de virus del papiloma humano.

### **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de depresión en pacientes que acuden a la clínica de patología de cérvix para poderles dar la atención adecuada.

### **NÚMERO DE PARTICIPANTES:**

En este estudio participarán 65 pacientes que acudan a la unidad de patología de cérvix del Hospital General de Pachuca, que hayan cumplido con los criterios para participar en el mismo.

### **PROCEDIMIENTOS:**

Se les aplicará a las pacientes que acuden a la unidad de patología de cérvix portadoras del virus del papiloma humano, el Inventario de Depresión de Beck-II, el cual es un cuestionario que nos ayuda a saber si las personas sufren de depresión y en que grado.

### **Actividades:**

DIA 1 a 15

Se aplicará Inventario de Depresión de Beck-II a las pacientes que acudan a la unidad de patología de cérvix portadoras del virus del papiloma humano.

**DURACIÓN DEL ESTUDIO:**

El tiempo estimado para responder el cuestionario será de 10 minutos y la recolección total de la muestra se realizará en 15 días.

**RIESGOS:**

No existe ningún riesgo para los participantes.

**BENEFICIOS PARA EL VOLUNTARIO:**

- 1) Diagnóstico de su estado de salud sin costo alguno.
- 2) El estudio no tiene ningún beneficio terapéutico para usted.

**CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:**

1. El Hospital General de Pachuca guardará con estricta confidencialidad la información médica obtenida en este estudio, incluyendo los datos personales y de identificación de los voluntarios participantes.
2. Sólo el personal de la Secretaría de Salud de México (SSA), y los miembros de las Comisiones de Ética e Investigación del Hospital General de Pachuca, de la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), cuando se requiera, podrán revisar su historia clínica y la información obtenida durante el estudio.
3. Si se decide publicar los resultados de este estudio, en todo momento se mantendrá la confidencialidad de sus datos de identificación.

**PREGUNTAS Y ACLARACIONES:**

Este documento le ha informado de qué se trata el estudio.

1. El personal médico y de enfermería podrán responder cualquier pregunta que tenga ahora; si tiene alguna duda acerca del estudio o de los posibles daños que pudieran surgir como resultado del mismo, el Investigador Clínico Principal del Estudio podrá ayudarle. Para hacerlo podrá llamar a los siguientes teléfonos: 7-13-

72-55 o 7-13-46-49 o venir al Hospital General de Pachuca con el patrocinador del estudio y personal responsable.

2. Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como sujeto de estudio, puede llamar al Hospital General de Pachuca, de la Secretaria de Salud de Hidalgo (SSH) y comunicarse con el Presidente de las Comisiones de Ética, Dr. Raúl Camacho Gómez, quien se encuentra en el departamento de investigación del Hospital General de Pachuca o con médico investigador principal: Dra. Berenice Cabrera Victoria. Médico Residente de Medicina Integrada en el Hospital General de Pachuca.

---

Nombre y firma de la persona que explicó la forma de Consentimiento Informado

Fecha:

Hora en que se firmó el Consentimiento Informado:

**DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO:**

Estoy enterado de que éste es un estudio de investigación y he sido informado de los riesgos que esto implica, he realizado todas las preguntas que he querido, se me han aclarado satisfactoriamente y estoy de acuerdo en participar y cooperar con todo el personal del estudio titulado *“Prevalencia de depresión en mujeres portadoras del virus del papiloma humano que acuden a la Unidad de Patología de Cérvix del Hospital General de Pachuca”*.

En caso de que decidiera retirarme, me comprometo a seguir las indicaciones y procedimientos de salida que tiene el Hospital General de Pachuca.

Manifiesto que lo que he expresado en mi historia clínica y demás interrogatorios sobre mi actual estado de salud es veraz, y exento al Hospital General de Pachuca y a su personal, así como al patrocinador del estudio de toda responsabilidad legal que surgiera o se ligara a una declaración falsa u omisión por mi parte. Mediante la firma de este consentimiento, estoy autorizando que se dé a conocer mi historia clínica a las autoridades de salud de México (SSA), y a las Comisiones de Ética e Investigación cuando se requiera.

---

Nombre e Iniciales del voluntario

---

Firma Fecha (dd/mm/aaaa)

---

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

---

Edad

---

Dirección

---

Lengua materna del voluntario

---

1er. Testigo: Nombre e iniciales

---

Firma Fecha (dd/mm/aaaa)

---

Relación con el voluntario

Certifico que he revisado estos datos y que el voluntario ha sido adecuadamente informado del estudio aceptando participar en él.

---

---

Nombre y firma del Investigador Clínico Principal

## ANEXO 2

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y coloque en el recuadro de la derecha el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza. 0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.	
2. Pesimismo 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. 1. Me siento desanimado de cara al futuro. 2. siento que no hay nada por lo que luchar. 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
3. Sensación de fracaso 0. No me siento fracasado. 1. he fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.	
4. Insatisfacción 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	
5. Culpa 0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente	
6. Expectativas de castigo 0. No creo que esté siendo castigado. 1. siento que quizás esté siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.	

<p>7. Desagrado hacia uno mismo/a</p> <p>0. Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo</p> <p>2. Me siento decepcionado conmigo mismo</p> <p>3. No me gusto a mí mismo</p>	
<p>8. Autoacusación</p> <p>0. No me considero peor que cualquier otro.</p> <p>1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.</p> <p>2. Continuamente me culpo por mis faltas.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>	
<p>9. Idea suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.</p> <p>2. Desearía poner fin a mi vida.</p> <p>3. me suicidaría si tuviese oportunidad.</p>	
<p>10. Episodios de llanto</p> <p>0. No lloro más de lo normal.</p> <p>1. ahora lloro más que antes.</p> <p>2. Lloro continuamente.</p> <p>3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.</p>	
<p>11. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy especialmente irritado.</p> <p>1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p>2. me siento irritado continuamente.</p> <p>3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.</p>	
<p>12. Retirada social</p> <p>0. No he perdido el interés por los demás.</p> <p>1. Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>2. He perdido gran parte del interés por los demás.</p> <p>3. he perdido todo interés por los demás.</p>	
<p>13. Indecisión</p> <p>0. tomo mis propias decisiones igual que antes.</p> <p>1. Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p>3. Me es imposible tomar decisiones.</p>	
<p>14. Cambios en la imagen corporal.</p> <p>0. No creo tener peor aspecto que antes</p> <p>1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.</p> <p>2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p>3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p>	

<p>15. Enlentecimiento</p> <p>0. Trabajo igual que antes.</p> <p>1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.</p> <p>2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.</p> <p>3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.</p>	
<p>16. Insomnio</p> <p>0. Duermo tan bien como siempre.</p> <p>1. No duermo tan bien como antes.</p> <p>2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p> <p>3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p>	
<p>17. Fatigabilidad</p> <p>0. No me siento más cansado de lo normal.</p> <p>1. Me canso más que antes</p> <p>2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>	
<p>18. Pérdida de apetito</p> <p>0. Mi apetito no ha disminuido.</p> <p>1. No tengo tan buen apetito como antes.</p> <p>2. Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p>3. he perdido completamente el apetito.</p>	
<p>19. Pérdida de peso</p> <p>0. No he perdido peso últimamente.</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos.</p> <p>2. He perdido más de 4 kilos.</p> <p>3. He perdido más de 7 kilos.</p>	
<p>20. Preocupaciones somáticas</p> <p>0. No estoy preocupado por mi salud</p> <p>1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarras, etc.</p> <p>2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.</p>	
<p>21. Bajo nivel de energía</p> <p>0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.</p> <p>1. La relación sexual me atrae menos que antes.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>3. He perdido totalmente el interés sexual.</p>	

### ANEXO 3

#### Ficha de datos sociodemográficos y clínicos:

Edad:	
Sexo:	
Estado civil:	
Escolaridad:	
Ocupación actual:	
Nivel socioeconómico:	
Inicio de vida sexual activa:	
Número de parejas sexuales:	
¿Sabe usted que es la infección por virus del papiloma humano? Si o No	

#### 14.- BIBLIOGRAFIA

1. Ortunio Calabres MS, Guevara Rivas H, Herrera Leonett E, Jiménez Rojas K, Cardozo Catellano R, Sánchez Pilimur K. Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009; 69(3): 179-185.
2. Sam Soto S, Ortiz de la Peña y Carranza A, Lira Plascencia J. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecol Obstet Méx* 2011; 79(4): 214-224.
3. Zaldivar Lelo de Larrea G, Martín Molina F, Sosa Ferreyra CF, Ávila Morales J, Lloret Rivas M, Román Lara M, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(4): 315-321.
4. Lizano Soberon M, Carrillo García A, Contreras Paredes A. Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Cancerología* 2009; 4: 205-216.
5. Pruitt SL, Parker PA, Peterson SK, Le T, Follen M, Basen Engquist K. Knowledge of cervical dysplasia and human papillomavirus among women seen in a colposcopy clinic. *Gynecologic Oncology* 2005; 99: S236-S244.
6. Tatti AS, Paleksky J, Darragh TM, Aranda Flores C. Enfermedad precursora anal y VPH. *Archivos médicos de actualización en tracto genital inferior* 2010: 15-26.
7. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of VPH infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncology* 2012; 110: 54-57.
8. García PJ. Que hay en el horizonte sobre el virus del papiloma humano, vacunas y el control del cáncer cervical. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica* 2007; 24(3): 272-279.
9. Alaniz Sánchez A, Flores Grimaldo J, Salazar Atarcon CE. Factores de riesgo para desarrollo de la displasia leve cervical. *Rev. Fac Med UNAM.* 2009; 52(2): 69-72.
10. Hernández-Carreño L, Padilla Loredo S, Quintero-Soto ML. Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano. *Revista digital Universitaria* 2012; 13(9): 1-16.

11. Carrera R. JL, Figueira F. JV, González Blanco M. Imiquimod en el tratamiento de la infección vulvar por virus del papiloma humano. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012; 72(4): 261-268.
12. Sarduy Nápoles M. Características clínicas y sociodemográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. *Rev Cubana Invest Biomed.* 2009; 25(1): 1-14.
13. Bleeker MC, Heideman DA, Snijders PJ, Horenblas S, Dillner J, Meijer CJ. Penile cáncer: epidemiology, pathogenesis and prevention. *World J. Urol.* 2009; 27(2): 141-150.
14. Cardona Arias J, Puerta Suarez J, Flores Duque J. Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática. *Infectio* 2011; (4): 268-276.
15. Sarduy Nápoles M, Martínez Chang YM, Vasallo Prieto R, Caridad de Armas Fernández M, Alfonso Sabatier C, Herrera Páez B. Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2009; 35(3): 1-9.
16. De Guglielmo Croquer Z, Rodríguez Bermúdez A, Ávila Hernández M, Veitia Monsalve D, Fernández Beltrán A, Correnti de Plata M. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvicouterino. *Rev Venez Oncol* 2010; 22(1): 32-38.
17. Concha R. M. Diagnóstico y terapia del virus del papiloma humano. *Rev Chil Infect* 2007; 24(3): 209-214.
18. Mammas Ioannis N, Sourvinas G, Spandidos DA. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. *Eur J. Pediatr* 2009; 168: 267-273.
19. Meza Rodríguez MP, Carreño Meléndez J, Morales Carmona F, Aranda Flores C, Sánchez Bravo C, Espindola Hernández JG. Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 168-173.

20. Dell DL, Chen H, Ahmad F, Stewart DE. Knowledge about human papillomavirus among adolescents. *Obstet Gynecol* 2009; 96: 653-656.
21. Lomelli Pérez Z. Entendiendo las vivencias de transmisión sexual. *Revista comportamiento*. 2005; 7(2): 5-13.
22. Vázquez C, Herbas G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 2009; 5: 15-28.
23. Arellano Gálvez MC, Castro Vásquez MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cérvicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*. 2013; 21(42): 259-278.
24. Wiener Ceballos C, Acosta Peñaloza JA, Díaz del Castillo A, Tovar Murillo S, Salcedo Hidalgo H. Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma. *Rev. Col. Cancerol* 2009; 13(3): 145-156.
25. Meza Rodríguez MP, Mancilla Ramírez J, Morales Carmona F, Sánchez Bravo C, Pimentel Nieto D, Carreño Meléndez J. Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatol Reprod Hum* 2011; 25(1): 17-22.
26. García Maldonado G, Joffre Velázquez VM, Martínez Perales GM, Llanes Castillo A, Reyes Chong V, Martínez Salazar GJ. Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. *Revista argentina de clínica neuropsiquiatría* 2011; 17(1): 64-73.
27. Agudelo Vélez DM, Lucumí Acelas LM, Santamaría Quiroga YJ. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico* 2008; 4(10): 59-83.