

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 28
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.
UNIDAD ACADÉMICA



“INFECCIÓN GENITAL POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO
FACTOR DESENCADENANTE DE DISFUNCIÓN CONYUGAL”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. ISMAEL GALINDO SANTILLANES
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF No. 28

DR. ABRAHAM RAMOS HERNÁNDEZ
Ginecólogo - Colposcopista
ASESOR TEMÁTICO

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

19 AGOSTO DE 2014.

AUTORIZACIONES:

Dra. María Elena Haro Acosta

Coordinadora Delegacional de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Alma Lilia Ibarra Romero

Jefatura de Enseñanza e Investigación
Unidad de Medicina Familiar No. 28

Dra. Rosa María Vizuet Martínez

Profesora Titular de la Especialidad
En Medicina Familiar IMSS-UABC

MC Rafael Iván Ayala Figueroa

Asesor Metodológico
Maestro en Ciencias UABC

Dr. Abraham Ramos Hernández

Ginecólogo - colposcopista
Asesor Temático

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento con infinita admiración y reverencia al creador del universo y fuente de inspiración, por concederme la oportunidad de vivir y la capacidad de entendimiento para interpretar cada uno de los valores desde mi punto de vista humano.

A mi madre que ha sido un ejemplo y pilar fundamental para seguir en este camino.

Al Hospital Rural de Oportunidades No. 69, el cual utilice sus instalaciones para el desarrollo de este proyecto.

Al Dr. Martin Castro Espinoza por su apoyo, esfuerzo y dedicación.

A T.S. Angélica Guadalupe Cervantes Ramos por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional, dándome esas herramientas para lograr mí objetivo.

A mis hijos José Guadalupe y Juan, que son mi motivo de superación día a día.

A las pacientes por su apoyo incondicional.

A todas las personas que estuvieron cerca de mí apoyándome y brindándome su colaboración y comprensión.

A todos, gracias...

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todos los pacientes que participaron en su realización.

ÍNDICE

RESUMÉN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Marco Teórico.....	10
CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN	
II.1. Justificación.....	22
II.2. Planteamiento del Problema.....	24
II.3. Pregunta de investigación.....	24
II.4. Objetivos	
II.4.1. Objetivo general.....	24
II.4.2. Objetivos específicos.....	24
II.5. Hipótesis	
II.5.1. Hipótesis alterna.....	25
II.5.2. Hipótesis nula.....	25
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
III.1. Diseño del estudio.....	25
III.2. Marco muestral	
III.2.1. Población.....	25
III.2.2. Muestra.....	25
III.2.3. Criterios de selección	
III.2.3.1. Criterios de inclusión.....	26
III.2.3.2. Criterios de exclusión.....	26
III.2.3.3. Criterios de eliminación.....	26
III.3. Operacionalización de variables.....	28
III.4. Instrumento de Medición.....	32
III.5. Procedimiento.....	33
III.5.1. Procedimiento a los que se sometieron los pacientes.....	33
III.5.2. Confidencialidad, privacidad y anonimato.....	33
III.5.3. Derechos de las participantes del estudio.....	34
III.5.4. Aspectos éticos.....	34
III.5.5. Riesgos potenciales de la investigación.....	35
III.6. Desarrollo de la investigación	35
III.6.1. Beneficios o rendimientos esperados de la investigación.....	35
III.6.2. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	36
III.6.3. Recursos físicos.....	37
III.7. Análisis estadístico.....	37

CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
IV.1. Características socioeconómicas.....	38
IV.1.1. Edad.....	38
IV.1.2. Sexo.....	39
IV.1.3. Escolaridad.....	39
IV.1.4. Ocupación.....	40
IV.2. Funcionalidad familiar del subsistema conyugal	
IV.2.1. Momento prediagnóstico.....	41
IV.2.2. Momento 1 mes posdiagnóstico.....	42
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	
	46
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	
	52
BIBLIOGRAFÍA.....	
	54
ANEXOS DOCUMENTALES.....	
	60

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La infección por virus del papiloma humano (VPH) constituye, en nuestros tiempos, una de las principales infecciones de transmisión sexual que al estar presente en alguno de los cónyuges, crea una crisis paranormativa en la dinámica familiar, con una probable evolución a disfunción conyugal.

OBJETIVO: Determinar si la infección genital por VPH es un factor desencadenante de disfunción conyugal, en parejas de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS de Mexicali, BC.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo, comparativo en una misma muestra de antes y después de aplicar un instrumento. Esta última fue calculada de manera no probabilística y obtenida por conveniencia. Se incluyeron 31 parejas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) No. 28 de Mexicali, Baja California, a las que se les estableció el diagnóstico de infección por VPH por citología cervicovaginal. Se aplicó el instrumento de Víctor Chávez Águilar para conocer la funcionalidad del subsistema conyugal previo a informar el diagnóstico de infección por VPH y 1 mes después se volvió a aplicar el mismo cuestionario para conocer si hubo cambio en la funcionalidad. La información que otorgó el investigador fue profesional, completa y uniforme. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales mediante el programa SPSS v21.

RESULTADOS: Se hallaron cambios en la funcionalidad familiar del subsistema conyugal a 1 mes posdiagnóstico de infección por VPH. Estos se correspondieron con la escala global. Sin embargo, todos estos cambios no fueron estadísticamente significativos, incluso presentándose equivalentes entre sujetos de distintas edades, sexo, escolaridad y ocupación.

CONCLUSIONES: Si bien el diagnóstico de VPH no afectó significativamente la funcionalidad familiar del subsistema conyugal al mes de ser realizado, las reducciones en los puntajes de la misma justifican la recomendación para efectuar estudios de

seguimiento en mediano plazo. Asimismo, se recomienda intervenir tempranamente desde estrategias de vida familiares, para hacer frente a los posibles impactos sobre la funcionalidad.

PALABRAS CLAVE: Virus del papiloma humano, Funcionalidad familiar, Funcionalidad conyugal, Diagnóstico de infección por virus del papiloma humano, Factores socioeconómicos.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Tanto la salud como la enfermedad están determinadas por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ubicados en este contexto holístico, se puede inferir que el bienestar del individuo depende de múltiples factores internos y externos; todos ellos difíciles de controlar por el ser humano. Por tanto el conjunto de enfermedades que se transmiten a través de las relaciones sexuales son heterogéneas. Desafortunadamente la persona enferma (contagiada), de no contar con una información y educación sanitaria adecuada, no informa a la pareja que padece una enfermedad y por lo tanto de forma consciente o inconsciente le transmitirá el agente que dará lugar a un padecimiento venéreo.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) comprenden todas aquellas en las que la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica y constituyen en la actualidad las más frecuentes en muchos países del mundo, sus complicaciones incluyen efectos tan graves como cáncer, demencia, infertilidad, tanto en el hombre como en la mujer, pueden ocasionar serias complicaciones para el feto y el recién nacido (1). Las ITS producen un severo problema de salud pública a nivel mundial. La mayoría de las ITS siguen siendo epidémicas en casi todos los países y reflejan fidedignamente la influencia de factores demográficos y de comportamientos. Los agentes etiológicos de las ITS abarcan bacterias, hongos, protozoarios, ectoparásitos y virus.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) constituye en nuestros tiempos una de las principales ITS y es reconocida como la más frecuente en el mundo, (2) siendo los niveles de prevalencia dependientes de la edad y del método de detección aplicado.

I.1. Antecedentes

La primera descripción de las verrugas en general se encuentra en los escritos de Celso (25 DC); en 1793, Bell reconoció que no estaban relacionadas con sífilis; el origen viral de las verrugas lo postuló Ciuffo en 1907 y la primera asociación del VPH con cáncer fue descrita por Lewandowski y Lutz en 1922 en un paciente con epidermodisplasia (3). En 1949 Strauss identificó al virus. La transmisión sexual de las verrugas fue afirmada en 1954 por Barret. En 1956, Hoss y Durfee acuñaron el término “atipia coilocítica”. Papanicolaou fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas, y describirlas con el término de “halo perinuclear” en 1960. En 1969 Almeida señaló la heterogeneidad de los tipos de VPH. Meisels postuló al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección de VPH en 1976; en ese año se estableció la heterogeneidad genética de los papilomas, lo que condujo a Gissman, Pfister y Zur Hausen a identificar cuatro tipos de VPH diferentes en 1977. En 1983 ocurrió un suceso importante que relacionó al VPH con cáncer, cuando Durst identificó ácido desoxirribonucleico (ADN) de VPH en cánceres cervicales. En el año 2008 el médico alemán Harald Zur Hausen recibió el premio Nobel de Medicina por el descubrimiento de VPH como una causa de cáncer cervical.

La prevención de las infecciones por estos virus tendría un gran impacto en la salud de las poblaciones, ya que ello no solo disminuiría la muerte por cáncer cervical sino también las complicaciones relacionadas con las manifestaciones clínicas de las infecciones benignas, tales como verrugas genitales.

En Colombia se evaluaron los conocimientos y prácticas sobre la infección de los VPH mediante una encuesta a 146 estudiantes del Colegio Mayor de Antioquia. Se encontró que 69.9 % de los encuestados no sabe cómo se realiza la transmisión del VPH, 84.9 % no sabe cuáles enfermedades causa, 43 % de los encuestados sabe realmente cuál es el uso de la citología y 50 % de las mujeres se ha realizado por lo menos una citología en su vida. Los jóvenes tienen su primera relación sexual a los 18.6 años y han tenido 2 compañeros sexuales; 23 % nunca utiliza condón cuando tiene relaciones ocasionales. Se concluyó en ese estudio que los jóvenes universitarios tienen muy pocos conocimientos

sobre los VPH y que una intervención educativa en jóvenes podría ser efectiva para prevenir las infecciones por VPH (4).

Para el caso de México, un estudio evaluó el grado de interés de conocimientos sobre el VPH y cáncer del cuello uterino en 140 estudiantes universitarios (79 % mujeres) de licenciatura del Centro de Estudios Latino Americano, Mérida, Yucatán. Particular y significativamente, ningún conocimiento se halló respecto de la relación entre el VPH y el cáncer de cuello uterino en el 10.3 % de las mujeres y poco conocimiento sobre las vacunas contra la infección por VPH en el 37.9 % de las mujeres, sobre cómo es el virus en el 32.3 % de las mujeres, sobre los tipos de virus en el 31.0 % de las mujeres y el 23.4 % de hombres, sobre los métodos diagnósticos para mujeres en el 34.5 % de las mujeres. Se concluyó acerca del elevado interés de los estudiantes por conocer acerca de la transmisión y prevención del VPH, aunque un reducido interés sobre aspectos específicos atinentes al sexo opuesto (5).

La adolescencia es una de las etapas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán en la vida adulta. Uno de los aspectos fundamentales en estas edades lo constituye el sexo, indisolublemente ligado al ser humano como ente biológico y que es un proceso instintivo natural modificado por patrones sociales. Esta etapa debe ser de disfrute pleno y para ello resulta necesaria una adecuada orientación. De no ser así, pueden generarse disímiles problemas como el aborto, la madre soltera, el embarazo precoz, alteraciones en los niños recién nacidos e ITS. En un estudio explorativo descriptivo en el que se analizaron grupos de adolescentes a los cuales se aplicó encuesta para la obtención de datos de interés relacionados con la sexualidad se detectó que los adolescentes incluidos en un programa educativo tienen una mayor información sobre el tema con resultados altamente significativos sobre consecuencias del aborto, peligro de tener relaciones sexuales precoces, métodos anticonceptivos existentes e ITS (6).

Actualmente se han roto tabú, prohibiciones y se ha hecho inevitable el crecimiento conjunto de jóvenes de ambos sexos. Esto propicia que durante la adolescencia, cuando

los impulsos eróticos se intensifican, existan una serie de posibilidades de satisfacerlos sin haber alcanzado aún la madurez emocional ni la educación necesaria para enfrentar con responsabilidad las demandas de esta etapa de la vida. Por lo tanto es necesario ubicar la educación sexual a la altura que exigen los cambios sociales en nuestros tiempos, como primer paso en el desarrollo de una conducta sexual saludable.

En Ciudad de La Habana se realizó un estudio de intervención en un grupo de estudiantes preuniversitarios y a un grupo de trabajadores con el objetivo de modificar el nivel de conocimientos y comportamiento sexual de la muestra en estudio. Para ello se desarrolló una intervención educativa sobre sexualidad e ITS encaminada a resolver las principales deficiencias encontradas, después del análisis de una primera encuesta aplicada. Posteriormente se aplicó una segunda encuesta midiendo las mismas variables con mayor grado de profundidad, obteniéndose mejoría del nivel de conocimientos sobre sexualidad e ITS (7).

En un estudio realizado en el Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro” de La Habana llamó poderosamente la atención que la mayoría de las adolescentes atendidas no se protegían y por otro lado, que un gran grupo de ellas eran parejas o tenían parejas infectadas por VPH. En este sentido, puede hacerse una idea pronóstica sobre lo que se enfrentará en el futuro, considerando no solo lesiones de este tipo, sino múltiples enfermedades que pueden provocar daños permanentes o irreversibles e incluso la muerte. Todo esto nos obliga a reevaluar las acciones que se han venido desarrollando en este grupo etéreo con el fin de fortalecer la educación sexual de las mismas. Debemos profundizar aun más en la educación sexual de nuestra población, mantener una estrecha relación entre las consultas de infanto-juvenil y patología de cuello uterino con el fin de brindar una atención integral a las adolescentes (8).

Aquellos que hayan adquirido una de las ITS se lamentarán cuando ya todo es demasiado tarde, debido a que no se les proporcionó en tiempo y forma la información clara, objetiva y realista de su sexualidad; información que estas personas necesitan para comprender su cambios físicos y psicológicos.

En la práctica es una forma de evitar una educación sexual abierta, franca, directa y oportuna, es una forma de evadir hablar de la sexualidad con sus realidades. Se promueve la idea de que el sexo puede dañar los planes de vida, desconociendo que lo que puede afectar los planes de vida, a cualquier edad, no es el sexo en sí, sino el ejercicio del sexo irresponsable con la aparición de enfermedades. Esto muchas veces margina a las personas no solo de su trabajo, sino que también son cortadas por completo por la misma sociedad, la que no las orientó al buen uso de su sexualidad sino que más bien los dio a que la mostraran y que pensara que el tener sexualidad coital con preservativo era la opción de ser libres de gozar del cuerpo, cuando en realidad esto implicaba una responsabilidad por el resto de sus vidas.

Las parejas en que se haya detectado el VPH deben de ser correctamente informadas sobre los siguientes aspectos:

- Ambos deben de tener una comunicación amplia, abierta, desprejuiciada sobre el VPH y su repercusión sobre la salud.
- No hay manera segura de saber cuándo fue infectado ni quien lo infectó.
- Los condilomas pueden transmitirse por una persona sin signos visibles del mismo.
- Los condilomas pueden aparecer hasta años después de la infección.
- Se puede estar infectado y no tener síntomas.
- Las parejas pueden compartir el VPH.
- No se sabe porque algunas personas desarrollan papilomas y otras no.
- El riesgo se puede disminuir por el uso del condón pero no hay una garantía total de que este haga una protección del 100 %.

Esto último resulta de gran importancia dado que, siendo de especial interés para el presente estudio, existen diversos antecedentes que han planteado una relación causal entre el diagnóstico de infección por VPH y disfuncionalidad familiares del subsistema conyugal. Al respecto, Hurtado Rodríguez y Camacho Pérez (9) desarrollaron un estudio no experimental, longitudinal y prospectivo orientado a evaluar los efectos del diagnóstico de infección por VPH sobre la funcionalidad del subsistema familiar dado entre los cónyuges. Sobre un total de 30 parejas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar

(UMF) N° 26 de Taretan Michoacán, aplicando el cuestionario sobre funcionalidad familiar del subsistema conyugal de Chávez Aguilar antes y 1 mes posinformación del diagnóstico de infección por VPH, se halló un impacto negativo, aunque el mismo no fue significativo. En este sentido, se concluyó que la minimización del impacto podría lograrse mediante la provisión de información completa y profesional sobre la patología, siendo necesario formar a los profesionales asistenciales en materia de orientación familiar.

Diógenes et al. (10) desarrollaron un estudio bibliográfico orientado a evaluar los problemas relacionados con la infección por VPH, específicamente aquellos asociados con la salud mental de la mujer y el contexto familiar. Los autores indicaron que el diagnóstico de infección por VPH, cuando afecta a la mujer, con frecuencia provoca inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y desarmonía conyugal. En este sentido, son esenciales acciones de intervención que abarquen no solo lo patológico orgánico en sí, sino también que permitan la promoción y prevención de la enfermedad, siempre considerando el cuidado individual del grupo familiar y de la comunidad, dentro del contexto de la salud psicofísica de la mujer.

Jeng et al. (11) desarrollaron un estudio no experimental, transeccional y retrospectivo orientado a evaluar los efectos de la infección por VPH en la vida sexual de mujeres y sus parejas. Sobre un total de 20 mujeres con VPH de alto riesgo oncogénico se halló que a mejor relación de pareja, menores fueron las iniciativas por contar la verdad sobre la patología a la pareja. La mayoría de las pacientes instaron a sus parejas a realizarse chequeos y aconsejar a amigos para ello. Las relaciones de pareja por lo general no se presentaron afectadas por la infección, independientemente del estilo de vida sexual, aunque en algunos casos el deseo sexual fue minimizado a causa del malestar físico y psicosocial del tratamiento, así como por el temor de propagar la infección. La mayoría de los pacientes recibió muy poco apoyo desde su pareja, familia y amigos, siendo que las relaciones sí se vieron afectadas por mitos maritales y sexuales. En este sentido, se concluyó que la infección por VPH tuvo un efecto negativo sobre las relaciones sexuales de las mujeres, esto requiriendo una mayor atención psicofísica por parte de los prestadores de servicios de cuidado.

Reed et al. (12) desarrollaron un estudio de casos y controles, orientado a evaluar el impacto psicosexual de la infección por VPH en mujeres. Considerando grupos de mujeres con y sin infección por VPH, no se hallaron diferencias significativas entre el momento basal y de seguimiento respecto de las características psicosexuales (funcionalidad y actitudes asociadas al diagnóstico). Estos resultados no fueron afectados al estratificar los datos según existencia de infección vaginal, nivel de ingresos, etnia, edad, estado marital y antecedentes sexuales. En este sentido, se concluyó que las mujeres con bajo riesgo de ITS, pero con VPH, fueron psicosexualmente similares a aquellas sin tal virus, así como respecto de los cambios adversos consecuentes al diagnóstico.

McCaffery et al. (13) desarrollaron un estudio no experimental, transeccional y retrospectivo orientado a evaluar el impacto psicosocial de la infección por VPH en mujeres. Sobre un total de 74 mujeres, se halló que la infección por VPH se asoció significativamente con impactos sociales y psicológicos negativos, incluyendo principalmente la naturaleza de transmisión sexual del virus y el riesgo asociado de cáncer de cuello de útero. Las mujeres describieron sentimientos de estigmatización, ansiedad y estrés respecto de sus relaciones sexuales, así como preocupación por comentar la infección a sus parejas. La ansiedad relacionada con la infección fue generalizada, siendo que el impacto psicológico de la misma se asoció con el estado y antecedentes relacionales, las normas sociales y culturales, las prácticas sexuales, y el conocimiento sobre aspectos clave del VPH. En este sentido, se concluyó que la evaluación diagnóstica de infección por VPH debe estar acompañada por programas de educación sanitaria para proveer de información importante y desestigmatizar la patología, así intentando minimizar cualquier impacto adverso sobre el bienestar de la paciente.

Ferenidou et al. (14) desarrollaron un estudio no experimental, transeccional y retrospectivo orientado a demostrar el impacto negativo del diagnóstico de infección por VPH sobre la función sexual y salud mental de mujeres. Sobre un total de 51 pacientes, sobre la mayoría se halló ansiedad y temor por la salud futura, mientras prácticamente la mitad de la muestra experimentó sentimientos de culpa, enojo, angustia, vergüenza,

estigmatización y menor autoestima. Asimismo, fue frecuente la disminución del deseo y el acto sexual. En este sentido, se concluyó que la infección por VPH desencadena diversos sentimientos negativos y reduce el deseo sexual, más allá del impacto físico.

En este sentido, prácticamente la totalidad de los estudios relevados plantean una relación significativa entre la infección por VPH y un impacto psicosocial negativo en las mujeres con tal diagnóstico, esto afectando principalmente la funcionalidad familiar del subsistema conyugal en los casos que se encuentran casados.

I.2. Marco teórico

I.2.1. Infección genital por VPH

I.2.1.1. Virología

Los VPH, pertenecientes a la familia Papillomaviridae, son un grupo diverso de virus ADN que muestran un tropismo epitelial, induciendo un amplio espectro de lesiones de distinto grado de severidad. Infectan la piel y membranas mucosas de humanos así como de variedad de animales. (15)

Los VPH son estructuras pequeñas, icosaédricas de aproximadamente 55 micras de diámetro con un núcleo central denso de ADN, (16) una cápsula proteínica que le rodea y un peso molecular de aproximadamente 5×10^6 daltons. El ADN del VPH es de doble banda y se presenta en forma de círculo cerrado, con 800 pares de bases. Son virus epiteliotrópicos, infectando los núcleos de las células epiteliales (17). Dentro del núcleo, el ADN del VPH se encuentra como episoma, o sea una estructura próxima no integrada al ADN de la célula huésped. Se necesitan de 10^7 a 10^8 partículas intactas de virus para obtener el crecimiento del VPH en cultivo de tejido.

Son virus muy estables que no poseen membrana de envoltura. Resisten bien las condiciones adversas del medio y son muy infectocontagiosos.

Son virus desnudos capaces de provocar lesiones epiteliales de tipo maligno, aunque también constituyen la causa de una amplia gama de lesiones proliferativas de naturaleza benigna.

Los VPH pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. También pueden infectar la boca y la garganta. La mayoría de las personas que se infectan por el VPH ni siquiera saben que lo están.

El VPH no es igual al virus del herpes o al VIH. Todos estos virus se pueden transmitir durante el contacto sexual, pero causan síntomas y problemas de salud distintos.

I.2.1.2. Clasificación

La clasificación de los VPH se basa en el análisis serológico de determinantes antigénicos u homología de nucleótidos.

Se han identificado 216 diferentes tipos de VPH, de los cuales aproximadamente 80 han sido totalmente secuenciados y se ha logrado la secuenciación parcial de otros 120 tipos. Del total de tipos de VPH reportados alrededor de 40 infectan la mucosa cervical y se han clasificado como de alto y bajo riesgo en dependencia de la frecuencia con que aparecen asociadas lesiones malignas y premalignas, con el riesgo de desarrollar cáncer cervical o de otro tipo. (17) Dentro del grupo de papilomas de alto riesgo el mejor prototipo conocido es el VPH 16 y que incluye, además del ya mencionado, cerca de 13 tipos de virus VPH sexualmente transmitidos entre los que encontramos a los tipos 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68. Estos son diferentes de los que causan verrugas (15, 17, 18).

Estos VPH de alto riesgo son capaces de immortalizar queratinocitos humanos y sus oncoproteínas se unen de forma eficiente a las proteínas celulares represoras de tumor p53 y RB, tienen la capacidad de inducir aberraciones cromosómicas y de actuar por sí solos como carcinógenos celulares (18, 19).

Una persistente infección por el sub-grupo conocido como de alto riesgo puede favorecer al desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial (CIN), neoplasia vulvar intraepitelial (VIN), neoplasia peneana intraepitelial (PIN) y neoplasia anal intraepitelial (AIN).

Esas son lesiones precancerosas y pueden progresar a cáncer invasivo. Una infección de VPH es un factor necesario en el desarrollo de casi todos los casos de cáncer cervical (20-22).

Cuando las células epiteliales están infectadas por VPH de bajo riesgo (como los VPH 6, 11 y 5) estos, no son capaces de inducir la carcinogénesis.

Los VPH también pueden ser clasificados según su composición de ácidos nucleicos y su localización en el cuerpo.

Algunos tipos de VPH pueden causar condilomas, mientras que otros producen infecciones subclínicas.

Todos los VPH se transmiten por contacto piel a piel. Entre 30 y 40 VPH se transmiten típicamente por contacto sexual, infectando la región anogenital. Se han descrito también infecciones orofaríngeas y amigdalitis causadas por ellos.

Algunos de los tipos de transmisión sexual (tipos 6 y 11), pueden causar verrugas genitales. Mientras que otros pueden infectar los genitales y no causar signos apreciables de infección.

I.2.1.3. Epidemiología

La infección por VPH es la más frecuente de las transmitidas sexualmente, debido quizá a los cambios en la conducta sexual. Se considera que 2 % de todas las mujeres en edad fértil tienen VPH y el 30 % de las que tienen actividad sexual están infectados. Entre el 25 y 65 % de las personas que han tenido contacto sexual con personas infectadas la adquieren y solo de 60-80 % de los infectados a nivel anal informan una relación

anogenital. La transmisión es generalmente de tipo sexual aunque se sugiere que se puede transmitir por otras vías (3, 23).

El período de incubación es de 2 a 3 meses después de tener el contacto con la persona infectada con el virus del VPH, sin embargo cuando se transmite el virus de una persona a otra, este solo infecta las capas superiores de la piel y puede permanecer inactivo o latente por meses o años en aparecer las verrugas. (16)

La mayoría de las personas infectadas no saben que están infectadas o que están transmitiendo el virus a su pareja sexual. También es posible contraer más de un tipo de VPH. En muy pocos casos, una mujer embarazada que tiene el VPH genital puede transmitir el virus a su bebé durante el parto.

Se desconoce su historia natural y establecer la forma de transmisión es difícil, sin embargo, el intervalo entre la exposición y la detección de condilomas varía de tres semanas a ocho meses con una media de tres meses, lo cual tiene importancia al buscar los contactos. La eliminación de condilomas acuminado no significa desaparición del VPH (16, 17).

Atendiendo a su vía de transmisión fundamentalmente sexual, la población susceptible de infectarse es toda aquella sexualmente activa con prácticas riesgosas, desprotegidas y mayoritariamente las personas muy jóvenes de ambos sexos comprendidas en el rango de edad de 15-24 años.

Otros grupos de personas enfrentan un riesgo más alto de padecer algunos problemas de salud relacionados con el VPH. En estos grupos se incluyen los hombres homosexuales, bisexuales y las personas con sistemas inmunitarios débiles, como las portadoras del VIH (18).

El VPH genital es la infección más común de transmisión sexual en EE. UU. De acuerdo a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), hacia los 50 años, más del 80 % de las mujeres estadounidenses contraen al menos uno de los tipos de VPH genital (19).

Alrededor de 20 millones de estadounidenses están infectados actualmente por el VPH. Otros seis millones de personas contraen anualmente la infección por primera vez. El VPH es tan común, que al menos el 50% de las mujeres y los hombres sexualmente activos lo contraen en algún momento de su vida (20).

La asociación entre un agente etiológico sexualmente transmisible y el cáncer cervical ha sido reconocida desde hace décadas y apoyada por múltiples evidencias epidemiológicas. La infección con VPH es la causa principal de casi todos los casos de cáncer cervical (21).

En México este cáncer representa la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres de vida reproductiva. El cáncer cervicouterino que proviene de una ITS en nuestro país causa la muerte de más de 4000 mujeres. Las políticas, programas y servicios que ofrece tanto el Sector Salud como la medicina privada, siguen sin atender la causa verdadera de enfermedad, sufrimiento y muerte (22).

El comienzo a temprana edad de las relaciones sexuales y el número de parejas son factores de riesgo muy importantes a tomar en cuenta. (24, 25) Es sobresaliente la tendencia a comenzar cada vez en edades más tempranas las relaciones sexuales, siendo esta una tendencia universal. Particularmente en México, los principales tres factores de riesgo para la infección por VPH son las relaciones sexuales precoces (≤ 16 años), el tener más de dos parejas sexuales y el llevar a cabo relaciones sexuales sin protección. (8, 26, 27) A ello deben agregarse el tener otras ITS y el usar píldoras anticonceptivas de emergencia, (26) edad de 20 o más años, escolaridad < 6 años y el tabaquismo, (27, 28) y/o tener al menos una pareja con VPH (29, 30).

Las relaciones sexuales con varias parejas constituyen uno de los principales factores de riesgo para la infección por VPH. Si la persona tiene varios compañeros sexuales en un corto período de tiempo, mayor será la exposición al VPH, de tal manera que el comportamiento sexual incrementa el riesgo de padecer dicha enfermedad (31).

También se ha sugerido una relación entre la infección por VPH y el uso de anticonceptivos orales. Otro factor descrito es la predisposición genética, como factor individual que determina la susceptibilidad a la infección por algunos subtipos potencialmente oncogénicos de VPH. (32) También otros subtipos del VPH son el agente etiológico de los condilomas acuminados de los genitales externos, región perianal y de los condilomas planos del cérvix, que ha sido considerado una importante causa de neoplasia intraepitelial cervical (33-35).

Estudios realizados por Sobel en 1997 señalaron que la presencia de VPH es más frecuente en mujeres con tricomoniasis por lo que el hecho de presentar una infección por *T. vaginalis* pudiera aumentar la posibilidad de infección por VPH. Posteriormente, esta asociación también fue señalada en un estudio realizado con un total de 275 adolescentes atendidas en los hospitales ginecoobstétricos Ramón González Coro y Eusebio Hernández de Ciudad de La Habana (36).

Teóricamente, se plantea que el virus entra en el aparato genital femenino y accede hacia las células germinales y replicativas del epitelio basal facilitado por las lesiones que puede provocar el parásito en la superficie de la mucosa. Sin embargo, otros autores consideran al parásito como elemento transportador de agentes patógenos. En el interior del parásito se identificaron plásmidos y microorganismos (37) que aunque pueden servir como nutrientes, pudieran de esta forma ser introducidos en las zonas más susceptibles del tracto genital.

Los condilomas aparecen o surgen durante el embarazo como resultado de los cambios hormonales, mayor vascularidad y la disminución de la inmunidad celular. No se requiere tratamiento en lesiones pequeñas asintomáticas; las grandes se extirpan después del primer trimestre. Una vez descartado el cáncer se pueden observar hasta el final del embarazo. El riesgo de infección fetal o neonatal como la papilomatosis laríngea juvenil se presenta a los cinco años de vida, es causado por VPH-6 y VPH-11. Posiblemente la transmisión sea por el líquido amniótico o el canal del parto. Sin embargo, el riesgo de presentarla es de 2 a 5 %, por lo que este riesgo no es suficiente para recomendar la cesárea rutinariamente, y solo se indica en casos de obstrucción del canal del parto (38).

Todos los años, en los Estados Unidos alrededor de 1500 mujeres contraen cáncer de la vulva, 500 mujeres contraen cáncer de la vagina, 400 hombres contraen cáncer de pene, 2700 mujeres y 1500 hombres contraen cáncer de ano, todos asociados al VPH (39).

I.2.1.4. Diagnóstico

Al producirse la relación sexual se produce un microtrauma que favorece la transmisión. La infección genital frecuentemente es subclínica, regresando un tercio de las lesiones. La progresión depende de diversos factores, entre los que se señalan el tipo de VPH, la localización y tamaño de la lesión y las características de los pacientes. A los 9 meses puede presentarse una remisión clínica sostenida, en que el paciente se mantiene infectivo para su pareja. También puede continuar en fase activa lo que puede conducir al desarrollo de una neoplasia.

En el 90 % de los casos, el sistema inmunitario del cuerpo elimina el VPH de manera natural en un lapso de dos años. Pero algunas veces, las infecciones por VPH no se curan y se presentan diversos síntomas y signos.

En la mayoría de las mujeres, la infección genital por VPH generalmente es asintomática y su sistema inmunológico eliminará la infección sin que siquiera lo hayan notado. Por lo que la mayoría se enteran después de un resultado anormal; más tarde de haberse realizado una prueba de Papanicolaou. Cuando la enfermedad se manifiesta clínicamente la lesión clásica es el condilomas acuminado, que se caracterizan por protuberancias semejantes a una coliflor que se pueden notar y producir hinchazón. En ocasiones se refiere prurito, quemazón o dolor.

Estas verrugas pueden sangrar con facilidad o producir comezón. Los sitios más comunes de aparición en mujeres son los labios vaginales menores o alrededor de la abertura vaginal; en hombres, el glande es el sitio donde se presentan más frecuentemente, también pueden aparecer en escroto y ano, incluso meses después de la exposición al VPH.

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y tener diferentes localizaciones en el hombre o en la mujer, donde se presentan en la vulva, cuello uterino, vagina y región perianal (37).

La Colposcopia es el método indispensable para el diagnóstico de la infección del cuello uterino y es indispensable para evaluar la extensión del proceso. La Colposcopia ayuda a visualizar con detalle el cuello del útero y permite la toma de biopsias del sitio previamente seleccionado, a fin de realizarle pruebas histológicas. A través de la Colposcopia se observa la presencia de un epitelio blanco nívoo en forma de placas asimétricas y satélites de bordes bien definidos, con discreto relieve en su superficie, yodo negativas a la prueba de Schiller.

La citología permite detectar células atípicas que puedan desarrollarse posteriormente en cancerígenas y es el método más conveniente para el diagnóstico. El análisis citológico se realiza por la técnica descrita por Papanicolaou y se emplea el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluye 10 categorías.

A todas las mujeres se les recomienda realizarse anualmente una citología vaginal (Papanicolaou) para detectar anormalidades celulares causadas por VPH. Cerca de 6.2 millones se infectan con VPH genital cada año.

La biopsia confirma el diagnóstico citológico, establece el tipo de tumor y determina el grado de extensión del mismo, si es *in situ*, microinfiltrante o francamente invasor, lo que tiene implicaciones terapéuticas (40).

De las mujeres infectadas, solo el 10-20 % tienen lesiones clínicamente evidentes, las restantes requieren citología y biopsia dirigida por colposcopia para su diagnóstico (41).

Los métodos para la detección del virus o sus productos son la microscopía electrónica y las técnicas de hibridación, que ha sido utilizada en sus múltiples variantes para la detección del genoma del VPH en muestras de tejido o células infectadas. A pesar de que la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es más sensible la hibridación continúa siendo la técnica de referencia.

La PCR es un método *in vitro* que ha sido ampliamente usado en investigaciones de bioquímica molecular y el diagnóstico microbiológico (42). La PCR es la técnica más sensible empleada hasta el momento para el diagnóstico del VPH y permite detectar tipos de VPH no secuenciados e incluso desconocidos y aquellos tipos de alto riesgo asociados a carcinomas.

Las técnicas serológicas son de gran utilidad en estudios epidemiológicos y detectan anticuerpos específicos contra los diferentes tipos de VPH. La presencia de estos anticuerpos específicos permite hacer análisis inmediatos o retrospectivos de la infección por VPH y definir que pacientes pueden desarrollar carcinoma cervical (43, 44).

I.2.2. Disfunción del subsistema conyugal

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, es el medio a través del cual los seres humanos se desarrollan; esto hace que el vínculo matrimonial se vuelva un área de suma importancia en la formación de individuos para construir una sociedad equilibrada, en armonía y facilitar la funcionalidad dentro de un contexto. El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal (45).

Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes, es por ello que el médico familiar debe orientar a la pareja y contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de disfuncionalidad sin perder de vista el marco social en el que se encuentra inmerso (46).

I.2.2.1. La pareja

Podría entenderse a la pareja como la relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión; la cual implica afinidad en proyectos de vida conjuntos a futuro. Esta unión es el resultado de un período de asentamiento en el cual los sujetos que se implican determinan una forma característica de enlace al que se le denomina

vínculo. Este intento de definición establece ciertas dificultades, pues implica en sí la necesidad de ciertas clarificaciones previas.

I.2.2.2. La relación de pareja

Debemos tomar en cuenta que desde el punto de vista de funcionalidad, la pareja no se forma con el matrimonio, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja. Luis Leñero señala cuando menos 3 factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja: 1. residencia en una determinada comunidad, 2. pertenencia a una determinada clase social y 3; involucramiento en un determinado círculo social (47).

Otros autores (48) identifican distintos requisitos de la pareja para poder constituirse como haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social, reconocer creencias afines, disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes, contemplar expectativas económicas semejantes, disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual y los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poder incorporar.

I.2.2.3. La Funcionalidad de la pareja

Una vez conocidos los esquemas individuales y que se ha asentado un sistema lógico entre la emoción, el pensamiento y el comportamiento, se puede dar respuesta a la pregunta de ¿para qué le quiero? Ella plantea la necesidad de esclarecer de manera adecuada, el propósito relacional bajo el cual se ha de establecer el parámetro base del enlace. En esta fase se debe de resolver cuales son los tipos de vínculos relacionales en los que se puede desenvolverse con éxito la persona. No todos los tipos de uniones pueden ser practicados por todos los sujetos que les conozcan. El hecho de saber que existen formas de enlace basadas en lo económico o en el poder por ejemplo, no implica que se posea la habilidad o las características necesarias para unirse de esa manera. Es probable que en la construcción individual de la personalidad, no se hayan adquirido las herramientas necesarias para moverse en todos los ámbitos de relación (48).

De entrada, en este apartado, es requerido decidir en cuales vínculos sí se puede envolver, de acuerdo con las características propias de cada persona, asegurándose encontrarse realmente habilitado para funcionar en la especificidad del enlace vincular. Esto conlleva la correcta comprensión y seguridad de las reglamentaciones intrínsecas de cada tipo de unión. Por ejemplo, las uniones de tipo sexual, al carecer de la monogamia como base, hace que sea imposible y absurdo un reclamo de fidelidad; en caso de que se experimente la sensación de celos, o la incomodidad por la libertad sexual de la otra parte, se ha de considerar en primer término si realmente se encuentra facultado para continuar con este tipo de relación. En segundo lugar, debe de explorarse la posibilidad de que se desee unilateralmente un cambio en el estilo del enlace, lo que lleva a consultar a la pareja si se desea cambiar al respecto. Hay que entender que esta modificación, en caso de que se quiera poner en práctica, no es una decisión individual. De igual manera el comprender con certeza el tipo de unión en la que se encuentra involucrado, permite saber cuándo la contraparte se encuentra confundida al respecto, desea establecer un cambio en la forma vinculante, o bien intenta más no logra desenvolverse en los términos de la relación. Esta situación provoca nuevamente el planteamiento personal referente a si se está dispuesto a permanecer, aclarar lineamientos o bien abandonar la unión (48, 49)'

I.2.2.4. Funciones conyugales

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que éstos se presenten y en el momento que se presenten. Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones (49).

La función de la comunicación debe ser clara; es decir, que los mensajes vayan dirigido al receptor sin ninguna distorsión, que no esten matizado por un mensaje enmascarado o significado distinto o contrario a lo que se dice. Directa, es decir, que el mensaje vaya dirigido al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia. Y congruente; que lo que

se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal, en este sentido toma importancia relevante las expresiones como gestos y actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge (50).

La adjudicación y asunción de roles: la pareja se adjudica los roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuma esos roles se reflejan en un mayor o menor disfuncionalidad, las características deben ser las siguientes: congruencia, satisfacción y flexibilidad.

La función de satisfacción sexual. En la pareja la gratificación sexual es fundamental para llevar a cabo otras funciones. A la pareja recién formada le lleva de 6 a 9 meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria. La frecuencia se debe de investigar 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. En relación a la satisfacción de la actividad sexual solo es suficiente investigar si dicha actividad resulta satisfactoria (48).

La función de afecto debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que en este sentido debe investigarse las manifestaciones físicas como abrazos, caricias, besos y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja. La calidad de la convivencia, debido a que puede ser que permanezcan juntos durante períodos largos, sin embargo la gratificación percibida es poca o nula. La reciprocidad implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe, ya sea en afecto, recreación, individualidad y actividades extrahogar.

En la función de toma de decisiones es importante investigar como se da el proceso de la toma de las mismas, esto produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentales, donde los estilos más frecuentes son: la toma de decisiones conjunta; es donde ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar lo que provoca un sentimiento de

coparticipación e interés. La toma de decisiones individuales; es cuando uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión de otro cónyuge, esta modalidad esta muy arraigada en las familiar tradicionales, en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir (49).

CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN

El conocimiento de las mujeres de sus propios cuerpos, la menstruación y la sexualidad, es extremadamente limitado y proviene más de la experiencia que de la enseñanza, (51) los temas referentes al sexo y funcionamiento biológico en la población femenina en México, siguen siendo temas tabúes impregnados de perniciosas influencias, falsas creencias, ignorancia y clandestinidad; lo anterior es atribuible en parte, al fracaso del sistema educativo implantado en el país, a la alta influencia que ejerce sobre la población la Iglesia católica y algunos factores de origen cultural.

Por otro lado, las mujeres no se encuentran en posibilidades reales de negociar ni plantear ante sus parejas, sus necesidades, gustos ni planes en materia sexual (lo que es otra gran limitante de éxito de los programas de planificación familiar, ITS, salud materno-infantil, etc.), debido a que no se encuentran en un plano de igualdad (52). Por su parte, la mayoría de las mujeres del país no realizan actividades productivas, por lo que no son consideradas en la toma de decisiones en el hogar y por otro lado, la sociedad adulta espera y exige a sus adolescentes que sean responsables con su vida sexual coital, sin embargo se comportan irresponsablemente en la manera como asumen la educación sexual (53).

La prohibición ha sido insuficiente para ejercer control sobre la conducta sexual de los jóvenes y mucho menos para formarla. La familia y la escuela no forman intencional y sistemáticamente la sexualidad, es por eso que la disfuncionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener presente en su consulta diaria, para su detección oportuna y canalización inmediata al servicio de psicología para su control y seguimiento adecuado (54).

Se considera que la infección del tracto genital femenino por este virus es la ITS más común. Se estima que el VPH es la ITS más frecuente en EE.UU. Cerca de 6.2 millones de estadounidenses entre 15 y 44 años se infectaron con VPH genital en el año 2000. De estos, el 74 % tenía entre 15 y 24 años (39). Las infecciones por VPH ocurren a nivel mundial. Una infección de VPH es un factor necesario en el desarrollo de casi todos los casos de cáncer cervical y de otras localizaciones (23, 55).

Cabe mencionar que el VPH se encuentra presente en mujeres cada vez más jóvenes, secundario al inicio de relaciones sexuales a edades tempranas y al número de parejas sexuales, los cuales son factores importantes a considerar; donde los tipos de VPH que infectan el área de los genitales se propagan principalmente mediante el contacto genital y la mayoría de las infecciones genitales por VPH no presentan signos ni síntomas. Por esta razón, un alto porcentaje de las personas que cursan la infección no se dan cuenta de que están infectadas; sin embargo, sí pueden transmitir el virus a su pareja sexual y ser causal de conflicto conyugal y es aquí donde la magnitud del problema explica por sí sola la necesidad de realizar investigaciones en este campo, con la finalidad de evaluar el impacto de la infección por VPH sobre la funcionalidad familiar del subsistema conyugal, resaltando la importancia, como muchos antecedentes dejaron sentado, de diseñar y establecer programas educativos sanitarios sobre las implicaciones de la enfermedad para proveer de información importante y desestigmatizar la patología, con énfasis sobre la salud psicofísica de la mujer.

II.1. Planteamiento del problema

La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la sexualidad de la pareja y la funcionalidad familiar, secundarios a la desinformación y falta de comunicación de su integrantes. Desde hace algunos años esta situación, ha creado la necesidad de estudiar y conocer los problemas que hoy en día preocupan a las parejas.

La presencia de lesiones en los genitales externos constituye un suceso preocupante en la vida del ser humano. Con implicaciones físicas, psíquicas y sociales; miedo al contagio, complicaciones perinatales, conducta sexual y otras inquietudes disímiles provocan que el estudio de éstas merezca una especial atención.

Las mujeres en consulta externa de medicina familiar cuando son diagnosticadas de infección genital por VPH expresan su preocupación por la posibilidad que esta afecte la relación de pareja y que desencadene disfunción de la misma.

Como es fácil de entender, la infección por VPH tiene un serio y negativo impacto en la estabilidad y funcionamiento de la pareja. Debemos entender que, desde el accionar de la especialidad de medicina familiar, tratamos al ser humano y a su medio, tanto del punto de vista preventivo como curativo y para reintegrar la salud con sus componentes biológico, psicológico y social de la pareja.

En este contexto de interpretación, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Es la infección genital por VPH un factor desencadenante de disfunción conyugal, en parejas de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California?

II.2. Objetivos

II.2.1. Objetivo general

Determinar si la infección genital por VPH es un factor desencadenante de disfunción conyugal, en parejas de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California.

II.2.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal en parejas con infección genital por VPH según el criterio de cada cónyuge.
- 2) Identificar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal en parejas con infección genital por VPH según, edad, sexo, escolaridad y ocupación.

II.3. Hipótesis

II.3.1. Hipótesis alterna

La funcionalidad conyugal cambia con el diagnóstico de infección genital por VPH, en parejas de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California.

II.3.2. Hipótesis nula

La funcionalidad conyugal no cambia con el diagnóstico de infección genital por VPH, en parejas de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

III.1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo, observacional, prolectivo y comparativo.

III.2. Marco muestral

III.2.1. Población

Parejas en edad reproductiva que acudieron a su control de citología vaginal, al servicio de consulta externa, de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California.

III.2.2. Muestra

Se incluyó en el estudio a 31 parejas en edad reproductiva (15 a 49 años), con reporte de papanicolaou compatible con infección genital por VPH, que acudieron al servicio de consulta externa a realizarse la citología vaginal de control, en la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California, durante el período comprendido entre octubre y diciembre de 2013.

La muestra se conformó mediante un procedimiento de muestreo no probabilístico, por conveniencia, intencional e incidental, el mismo justificándose principalmente ante la necesidad de analizar la funcionalidad conyugal.

Por su parte, tal tipo de muestreo también se justificó a partir de las limitaciones de disponibilidad de las parejas, siendo dos personas las que debieron estar disponibles para cada instancia de recolección de datos.

III.2.3. Criterios de selección

III.2.3.1. Criterios de inclusión

- Parejas de 15 a 49 años de edad cumplidos antes de la entrevista; es decir, parejas en edad reproductiva, ello justificándose por la elevada incidencia de la infección por VPH en este grupo etario.
- Poblaciones vulnerables o especiales: parejas con al menos uno de los miembros con infección por VPH, ello justificándose a partir de la posibilidad de efectuar un análisis eficiente de detección oportuna de disfunción conyugal.
- Parejas que aceptaron colaborar con la realización de la encuesta.
- Parejas de clínicas ambulatorias.
- Parejas que, por lo menos, acudieron a una visita a consulta externa de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, BC.

III.2.3.2. Criterios de exclusión

- Parejas que presentaron una edad no acorde con la edad establecida.
- Parejas que no aceptaron colaborar con la realización de la encuesta.
- Parejas que contestaron de forma parcial el cuestionario.

III.2.3.3. Criterios de eliminación

- Parejas con reporte de VPH mediante el análisis citológico realizado con la técnica de Papanicolaou no concluyente.

- Parejas que no acudieron a la segunda cita para la aplicación del cuestionario.

III.3. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables analizadas.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Parámetro de Medición	Escala de Medición
Disfunción conyugal	Alteración en las funciones del subsistema conyugal, y que provocan desequilibrio, como lo son: Comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.	Se aplicó el instrumento propuesto por Chávez Aguilar	El cuestionario de Chávez-Aguilar el cual evalúa cinco funciones básicas (Comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones), y consta de 13 ítems.	0-40 Pareja severa mente disfuncional 41-70 Pareja moderada mente disfuncional 71-100 Pareja funcional	Nominal
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la anamnesis de una persona	Tiempo que ha transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento	1. 15-19 años 2. 20-29 años 3. 30-39 años 4. 40-49 años	Registros de la UMF 28/ Años	De intervalo

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Parámetro de Medición	Escala de Medición
		actual referido por el encuestado			
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer. Se refiere exclusivamente al ámbito de lo biológico y lo natural, a las diferencias biológicas entre personas, las que determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano	Sexo o género indicado para cada sujeto.	1. Femenino 2. Masculino	Registros de la UMF 28/ Género	Nominal
Escolaridad	Conjunto de grados académicos que cursa una persona para su desarrollo, profesional.	Grado académico que posee el paciente entrevistado	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato	Grado académico	Nominal

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Parámetro de Medición	Escala de Medición
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Cuentapropista: Aquella persona que trabaja un oficio de forma independiente. Ama de casa: Aquellas personas que nunca han tenido vínculo laboral y se dedican a las labores domésticas. Estudiante: Aquella persona que actualmente se encuentra realizando algún estudio. Obrero: calificado: Aquellas personas	1. Comerciante 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Obrero calificado	Entrevista	Nominal

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Parámetro de Medición	Escala de Medición
		que desempeñan un oficio para el cual han obtenido una calificación.			

III.4. Instrumento de medición

Se utilizó para la evaluación de este estudio, el instrumento de evaluación de funcionalidad conyugal según Víctor Chávez Aguilar y Velazco (48), el cual valora a través de una escala cuali-cuantitativa:

- 1) La comunicación.
- 2) La adjudicación y asunción de roles.
- 3) La satisfacción sexual.
- 4) El afecto.
- 5) La toma de decisiones en la pareja.

Dando un valor numérico de 0, 2.5, 5, 7.5, 10 y 15 según el grado de satisfacción para cada pregunta, realizando la suma de puntos y comparándola con una escala preestablecida, en la que un valor de:

- 1) 0 a 40 puntos corresponde a parejas gravemente disfuncionales.
- 2) 41 a 70 puntos corresponde a parejas moderadamente disfuncionales
- 3) Más de 70 puntos parejas consideradas como funcionales.

El instrumento propuesto por Chávez Aguilar y Velazco Orellana (48) surgió a partir de la inespecificidad de otros cuestionarios para evaluar la funcionalidad familiar del subsistema conyugal. Esta deficiencia se halla, particularmente, en instrumentos como el APGAR familiar, el Índice de funcionamiento familiar, la Clasificación triaxial de la familia, la Prueba de McMaster y el Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar.

Por su parte, el instrumento en cuestión ha sido validado en la práctica, durante la labor de profesionales de medicina familiar. Es decir, el cuestionario no cuenta con medidas psicométricas que validen su utilización; por el contrario, ha sido evaluado y reformulado a medida que fue utilizándose en la práctica médica, enfatizando sobre la necesidad de explorar la toma de decisiones como una de las funciones principales de la pareja.

III.5. Procedimiento

III.5.1. Procedimientos a los que se sometieron los pacientes

El primer paso fue reclutar a los pacientes, para lo cual se consultó a los registros del servicio de medicina preventiva de la UMF No. 28, del IMSS, Mexicali, Baja California, del mes de octubre a diciembre de 2013. De esta manera se pudo identificar la muestra total de participantes.

La conformación del grupo, se efectuó haciendo caso del reporte de la citología vaginal (Prueba de Papanicolaou). Así, los protocolos de orientación, consejería médica y psicológica fueron determinados en su respectivo momento, en función a las necesidades de cada pareja.

Los mismos fueron contactados por diversos medios, presencialmente en la unidad, por teléfono y visita a sudomicilio. Explicándoles ampliamente los objetivos y requerimientos de participación en el estudio, posteriormente le solicitó de forma gentil su participación y se procedió a la lectura del consentimiento informado y firma de la carta de consentimiento informado.

Posteriormente, se llevaron a cabo las entrevistas y cuestionarios, por parte del investigador, esto sucediendo antes y después de la intervención realizada por el centro asistencial, la misma no siendo controlada desde este estudio.

III.5.2. Confidencialidad, privacidad y anonimato

La confidencialidad, privacidad y anonimato de las participantes fueron tres elementos transversales en todas las fases del estudio. La privacidad se refiere al control del individuo sobre sus fronteras personales para compartir información. La confidencialidad alude a lo que la UMF No. 28 del IMSS encargado de los estudios podrá o no hacer con sus datos; y el anonimato es el compromiso que asume el equipo de investigación de que no se dará ninguna información que permita identificar a las participantes en el estudio de investigación. Cabe destacar que los mitos y prejuicios sobre el VPH expuestos por los

entrevistados fueron verificados y corregidos por el investigador, una vez se concluyó la encuesta. Para asegurar la confidencialidad y el anonimato se seguirán los siguientes procedimientos estándares: a) uso de un código de números, b) almacenamiento en archivos con llave de todos los formularios y datos, particularmente la información con identificadores individuales; y c) manejo de bases de datos del estudio solo por el investigador principal en la computadoras de su propiedad.

La intimidad de cada pareja fue garantizada a partir de las siguientes instancias: La participación de cada pareja fue de manera anónima. Solo el analista conoció la identidad de los mismos, para ello, no se solicitaron datos identificativos en el cuestionario. Se entrevistó a la pareja en las instalaciones adecuadas para este fin.

III.5.3. Derechos de las participantes del estudio

Confidencialidad protegida a través de la entrega de los resultados de la prueba solo a la persona a la que se le ha hecho la prueba. Las personas que pidan asistencia serán referidas al servicio de psicología y medicina familiar para su orientación y asesoría. Tendrán suficiente tiempo para tomar la decisión de participar en el estudio.

Se evitaron dificultades a las entrevistadas relacionadas con el estudio. Se ofreció información verbal e impresa a los entrevistados sobre el tema y recursos existentes de atención y prevención sobre los temas de estudio.

III.5.4. Aspectos éticos

El presente estudio no puso en peligro la vida de las participantes y los datos obtenidos solo fueron utilizados con fines de investigación y se solicitó por escrito la autorización para dicho uso a las parejas.

Los lineamientos éticos del estudio son congruentes con los propuestos por la Declaración de Helsinki.

Particularmente, esta investigación tomó en cuenta los siguientes principios éticos establecidos por la anterior declaración:

- a) Respeto de la autonomía que implica la participación libre y voluntaria por medio del consentimiento informado, el respeto por la normas de confidencialidad y por la privacidad de los sujetos.
- b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada.
- c) Beneficencia: Maximizar beneficios y disminuir riesgos.
- d) Justicia: Darle a cada uno lo que se le debe.

III.5.5. Riesgos potenciales de la investigación

Dada la naturaleza no experimental del estudio, el único riesgo potencial importante a considerar fue el no localizar o perder contacto con las pacientes, siendo que tal acontecimiento derivaría en la exclusión de la pareja de la muestra de análisis.

En función a este riesgo, la medida tomada para minimizarlo fue la de revisar la base de datos del servicio de medicina preventiva, así como el expediente clínico de cada paciente, para favorecer la selección intencional del elemento muestral, en el sentido de continuidad de la misma en el estudio.

III.6. Desarrollo de la investigación

III.6.1. Beneficios o rendimientos esperados de la investigación

- Generar datos científicos sobre un contexto espacial y temporal específico, para así contar con datos de comparación sobre infección genital por VPH y disfunción conyugal.
- Hacerse de un fundamento científico para la toma de decisiones asociadas a la asistencia sanitaria de la infección genital por VPH.
- Mejorar la calidad de los abordajes de las parejas disfuncionales de la UMF No. 28, IMSS, Mexicali, BC, así como de las medidas terapéuticas que se generarán.

- El beneficio del estudio para las parejas es darles a conocer si tienen una infección íntima no reconocida como tal y al mismo tiempo indicar el tratamiento de ésta.
- Así mismo dar un seguimiento a las parejas con disfunción conyugal y contactarlos con un equipo calificado para sesiones de psicohigiene familiar.

III.6.2. Recursos, financiamiento y factibilidad

El protocolo fue realizado por el investigador responsable: Dr. Ismael Galindo Santillanes, médico de posgrado interesado en obtener el Diploma de especialista en Medicina Familiar. Capacitado y orientado por sus coordinadores.

El presupuesto destinado a ésta investigación, fue financiado con recursos propios.

Para éste estudio se utilizaron los siguientes recursos materiales:

- Hojas de papel tamaño carta.
- Formato de recolección de datos.
- Expediente clínico electrónico de las pacientes.
- Cuestionarios impresos para la evaluación de la disfunción conyugal.
- Material bibliográfico.
- Lápices.
- Gomas.
- Impresora.
- Tinta.
- Computadora personal.
- Unidad de Internet.
- Programas: Microsoft Office, SPSS v21.
- USB.
- Medios de transporte.

III.6.3. Recursos físicos

Áreas de consultorio, aula y sala de espera de la UMF No. 28, en condiciones de privacidad.

III.7. Análisis estadístico

El análisis de datos se efectuó siguiendo dos estrategias principales, la descriptiva y la inferencial.

En el primer caso, se presentaron estadísticos descriptivos (media, intervalo de confianza al 95 % IC 95 %, desviación típica, mínimo y máximo) para variables continuas y frecuencias absolutas informadas en porcentajes para variables nominales. Estas estrategias descriptivas se efectuaron para cuatro instancias de análisis: características socioeconómicas y funcionalidad prediagnóstico vs posdiagnóstico.

Respecto de los análisis inferenciales, los mismos se asociaron con dos instancias analíticas: los efectos de los factores socioeconómicos sobre los puntajes de funcionalidad, y el efecto del factor tiempo sobre los puntajes de funcionalidad. La decisión sobre qué herramientas inferenciales implementar, estuvo sustentada en los resultados de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, orientadas a evaluar la normalidad de las varianzas de las series de datos. (56)

Consecuente con la base datos se analizó si existieron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías implicadas mediante la prueba de *t* de student.

Todos los análisis se realizaron mediante el programa estadístico *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) v21.0 para Windows, refiriendo diferencias significativas cuando $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

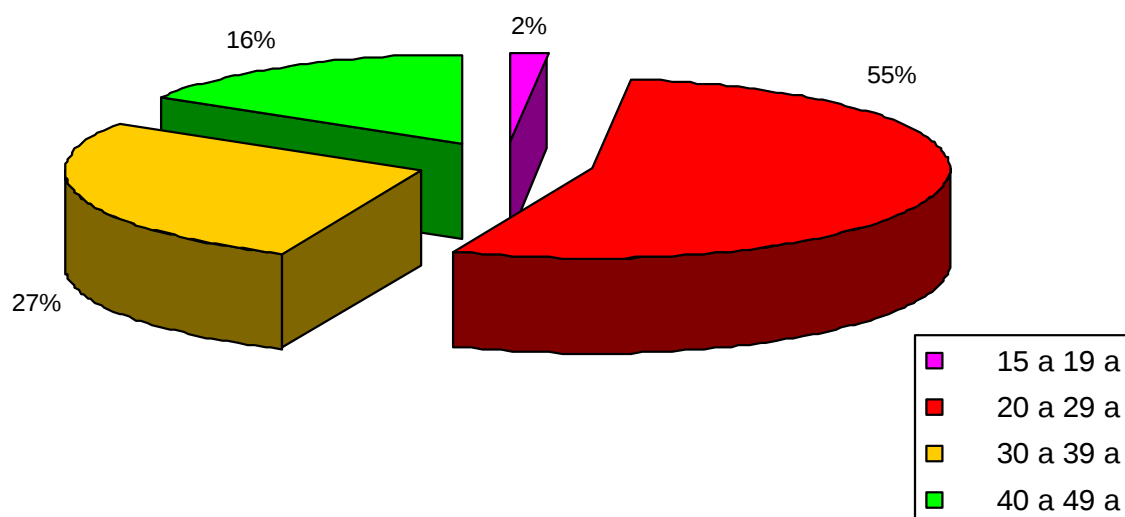
En este capítulo se presentan los resultados obtenidos. Se inicia con la descripción de las características demográficas de los participantes, seguido de la estadística descriptiva de las variables de estudio. Finalmente se describen los resultados de la estadística inferencias aplicada para la verificación de hipótesis.

La muestra final estuvo comprendida por 31 parejas participantes en el estudio. La edad promedio de los sujetos fue de 30.6 años de edad ($DE = 6.6$ años) la edad mínima fue de 18 años de edad y la máxima de 44 años de edad.

La mayoría de sujetos participantes se encontró en el grupo etario de 20 a 29 años con una frecuencia de 34 sujetos. El grupo de edad de 30-39 años presentó una frecuencia de 17 participantes. El grupo etario de 40 a 49 años presentó con una frecuencia de 10 sujetos y con una frecuencia de 1 participante se encontró al grupo de edad de 15 a 19 años.

La mayoría de sujetos participantes se encontró en el grupo etario de 20 a 29 años lo que representa al 54.8 % del total de la muestra. Un 27.4 % se encontró en el grupo de edad de 30-39. El grupo etario de 40 a 49 años representó al 16.1 de la muestra con y el grupo de edad de 15 a 19 años de edad representó el 1.6 % del total de la muestra, como se muestra en la gráfica siguiente.

Gráfica 2. Porcentajes de Edad por grupo etario

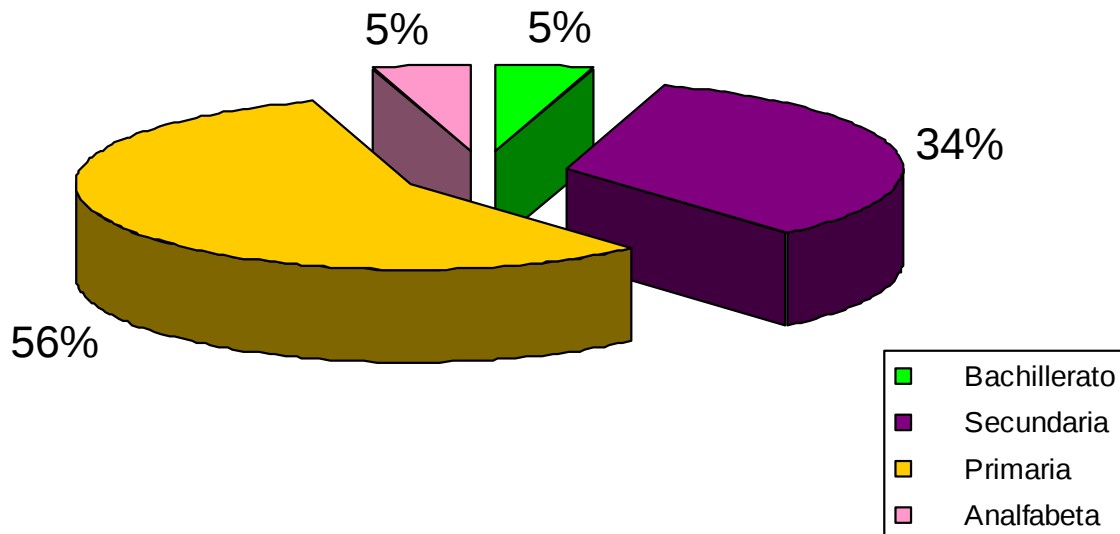


Respecto del sexo de los participantes, todas las parejas fueron heterosexuales, así obteniéndose una cantidad igual de mujeres y hombres; es decir, 31 sujetos para ambas categorías de sexo.

En cuanto a la escolaridad de los participantes en el estudio, una frecuencia de 35 sujetos tenía la primaria completa, seguida por aquellos con secundaria completa con una frecuencia de 21 sujetos y finalmente, analfabetos y con bachillerato presentó una frecuencia de 3 sujetos cada una de estas dos categorías.

En cuanto a la escolaridad de los participantes en el estudio, la primaria completa representó el 56.5 % de la muestra, seguida por aquellos con secundaria completa, correspondiente al 33.9 % y finalmente, analfabetos y con bachillerato presentó un 4.8 % en cada una de estas dos categorías, como se presenta en la gráfica siguiente.

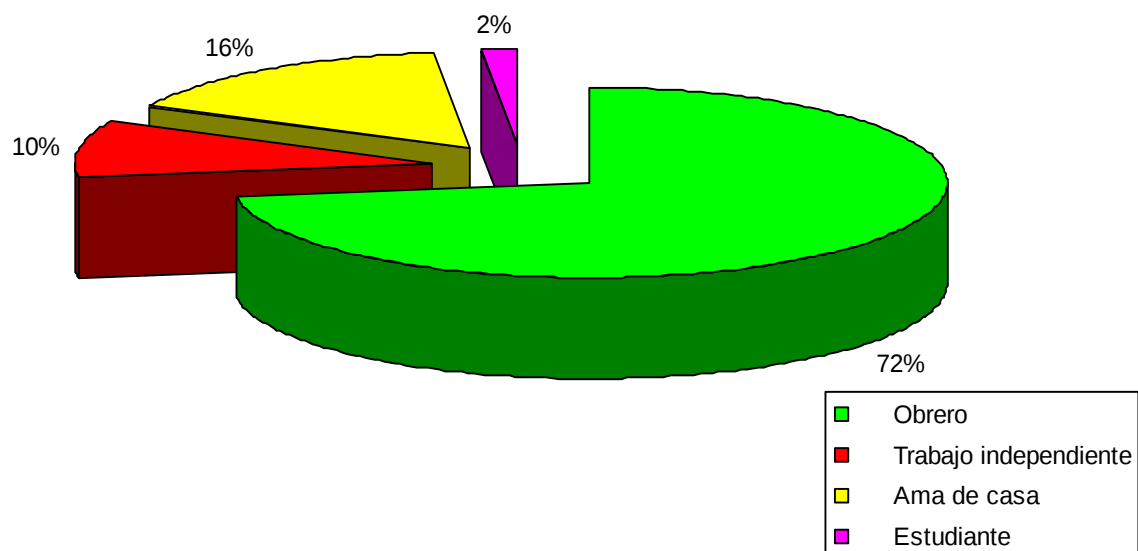
Gráfica 4. Porcentajes de escolaridad de los participantes.



Respecto a la ocupación de los participantes en el estudio, una frecuencia de 45 se clasificaron como obreros, 10 sujetos dijeron ser amas de casa, 6 sujetos del estudio dijeron trabajar por cuenta y 1 participante dijo ser estudiante.

Respecto a la ocupación de los participantes en el estudio, el 72.6 % se clasificaron como obreros, las amas de casa correspondieron al 16.1 %. 9.7 % dijeron trabajar por cuenta propia y el 1.6 % del total de la muestra fueron estudiantes, lo que se representa en la gráfica siguiente.

Gráfica 6. Porcentajes de ocupación de los participantes



Al evaluar el sistema de categorías dado para la evaluación del instrumento, en la primera medición, solo se halló un caso con disfuncionalidad severa, siendo prevalente la pareja funcional (41), seguida por aquellas moderadamente disfuncionales (20), según se representa en la siguiente tabla.

Tabla 1. Grados de funcionalidad conyugal. 1ra. Medición

Primera medición	Frecuencia	%
Funcionales	41	66.12
Moderadamente disfuncionales	20	32.25
Disfunció severa	1	1.61

Al considerar las categorías de funcionalidad, en la segunda medición, se hallaron solo 2 casos de parejas severamente disfuncionales, parejas moderadamente disfuncionales se halló una frecuencia de 27 y seguidas por aquellas parejas funcionales (33), según se representa en la siguiente tabla.

Tabla 2. Grados de funcionalidad conyugal. 2da. medición

Segunda medición	Frecuencia	%
Funcionales	33	53.22
Moderadamente disfuncionales	27	43.54
Disfunción severa	2	3.25

En la primera medición, 24 sujetos de estudio, no coincidieron en el diagnóstico de percepción de funcionalidad de pareja, la cual representa el 38.7 % de los participantes en el estudio.

En la segunda medición, 36 sujetos de estudio, no coincidieron en el diagnóstico de percepción de funcionalidad de pareja, lo cual representa el 58 % de los participantes en el estudio.

Los resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Percepción de funcionalidad de pareja

Primera medición	Frecuencia	%
Percepción de funcionalidad de pareja	38	61.3
Percepción de no funcionalidad de pareja	24	38.7
Segunda medición		
Percepción de funcionalidad de pareja	26	42.0
Percepción de no funcionalidad de pareja	36	58.0

En 24 individuos se obtuvo una modificación en su diagnóstico entre la primera y segunda medición, de los cuales 9 individuos mejoraron en el diagnóstico y 15 individuos empeoraron el diagnóstico.

En la primera medición, la calificación promedio de las mujeres fue de 70.65 ($DE = 13.71$) mientras que los hombres calificaron con 75.40 ($DE = 15.82$), mas tarde en la segunda medición, las mujeres calificaron 71.29 ($DE = 13.84$) y los hombres, 72.34 ($DE = 18.02$). Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 4. Estadística descriptiva de las mediciones

Primera medición	$\bar{x}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Mujeres	70.65	75	13.71	38	95
Hombres	75.40	77.7	15.82	45	98
Segunda medición					
Mujeres	71.29	70	13.84	38	93
Hombres	72.34	77.5	18.02	43	95

En preparación al análisis estadístico inferencial se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de la variable continua calificación dando un resultado de $p = 0.97$ por lo que se considera una distribución normal. Ver tabla 5.

Tabla 5. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Variables	<i>Da</i>	<i>P</i>
Edad	.103	.000
Calificación 1ra. Medición	.149	.002
Calificación 2da. Medición	.163	.097

Nota: D = estadístico de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, a = corrección de Liliefors, $gl = 62$, $n = 62$.

Dado el resultado anterior se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas, de donde se obtiene una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la medición de la calificación antes y después del diagnóstico. Para las diferencias de medias entre los grupos no se encontró significancia estadística ($p > .05$).

Tabla 6. Prueba de t de Student
Grupo de Hombres

Calificación	M	DE	t	gl	P
Primera medición	72.50	18.15	-.246	60	> .05
Segunda medición	69.83	15.32	-.246	61	> .05

Tabla 7. Prueba de t de Student
Grupo de Mujeres

Calificación	M	DE	t	gl	P
Primera medición	73.54	15.01	-.975	60	> .05
Segunda medición	73.79	16.53	-.975	60	> .05

Tabla 8. Prueba de t de Student

Calificación	M	DE	t	gl	P
Primera medición	73.03	16.52	34.788	61	<.05
Segunda medición	71.81	15.94	35.457	61	<.05

Para dar respuesta al objetivo 2. “Identificar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal en parejas con infección genital por VPH según, edad, sexo, escolaridad y ocupación” se describen los grados de funcionalidad encontrados.

Como se puede observar en la siguiente tabla 9, 25.8 % de las mujeres presentó un grado de funcionalidad conyugal en comparación con los hombres que alcanzaron el 27.4 %. Solo un 3.2 % de las mujeres presentaron un grado de disfunción severa, no estando presente en hombres.

El mayor porcentaje de funcionalidad conyugal se dio en el grupo etario de 20 a 29 años, con un 35.4 %, mientras que la disfunción conyugal severa se presentó en ese mismo grupo etario con un 3.2 %.

La funcionalidad conyugal se presentó en un 33.8 % en los participantes con escolaridad de primaria, la disfunción conyugal severa se presentó de igual manera con un 1.6 % de la muestra en personas con primaria y secundaria.

La funcionalidad conyugal se presentó en un 45.6 % en los participantes que dijeron ser obreros, en este mismo grupo la disfunción conyugal moderada se presentó en un 25.8 %, la disfunción conyugal severa se presentó 1.6 % en este grupo y en las amas de casa en un mismo porcentaje.

Tabla 9. Grados de Disfunción Conyugal por sexo, edad, escolaridad y ocupación

Grados de Disfunción Conyugal	Funcionalidad Conyugal		Disfunción Conyugal Moderada		Disfunción Conyugal Severa	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Sexo						
Mujer	16	25.8	13	20.9	2	3.2
Hombre	17	27.4	14	22.5	0	0
Edad						
15 -19 años	1	1.6	0	0	0	0
20 -29 años	22	35.4	10	16.1	2	3.2
30 -39 años	6	9.6	11	17.7	0	0
40 - 49 años	4	6.4	6	9.6	0	0
Escolaridad						
Analfabeta	3	4.8	0	0	0	0
Primaria	21	33.8	13	20.9	1	1.6
Secundaria	7	11.2	13	20.9	1	1.6
Bachiller	2	3.2	1	1.6	0	0
Ocupación						
Ama de casa	4	6.4	5	8	1	1.6
Comerciante	0	0	6	9.6	0	0
Estudiante	1	1.6	0	0	0	0
Obrero	28	45.6	16	25.8	1	1.6

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta la discusión de los hallazgos de esta investigación. Los resultados, fueron similares a los hallados por Hurtado Rodríguez y Camacho Pérez (9),

siendo este antecedente el más directo hallado en la literatura actual. Administrando el mismo instrumento de recolección de datos en iguales instancias temporales, también se halló un impacto negativo sobre la funcionalidad familiar del subsistema conyugal; es decir, reducción de los puntajes del cuestionario. Sin embargo, esta disminución no fue significativa en tal investigación ($p=0.055$) ni en el presente estudio ($p=0.561$), considerando la escala global del cuestionario. Desde los aportes propios, pudo hallarse que tal impacto negativo, no estadísticamente significativo, se correspondió negativamente con la funcionalidad conyugal (es decir, la misma tendió a deteriorarse) y positivamente con cualquier aspecto socioeconómico de los sujetos (edad, sexo, escolaridad y ocupación).

Se hallaron resultados contrarios a los del estudio de Diógenes et al. (10), en tanto una mayor desarmonía conyugal desde la mujer ante la presencia de infección por VPH. En el presente estudio, el impacto negativo de la enfermedad sobre la funcionalidad familiar del subsistema conyugal, no estadísticamente significativo, fue equivalente entre hombres y mujeres, sucediendo en la escala global.

Respecto del estudio de McCaffery et al. (13), al igual que el mismo, el diagnóstico de infección por VPH se asoció con impactos negativos en las mujeres. Sin embargo, en el mismo tales efectos fueron significativos, focalizándose sobre efectos sociales y psicológicos, entre los que se enfatizaron aspectos propios de la infección, más que en correlatos conyugales. No obstante, sí se halló ansiedad y estrés respecto de las relaciones sexuales, así como afectación sobre la función de comunicación con las parejas. McCaffery et al. (13) y Ferenidou et al. (14) enfatizaron sobre un potencial amplio espectro de efectos negativos en mujeres con VPH, incluyendo, además de las consecuencias orgánicas, sentimientos de culpa, enojo, angustia, vergüenza, estigmatización y menor autoestima. En el presente estudio solo se evaluaron los aspectos propios de la funcionalidad familiar del subsistema conyugal, no pudiéndose corroborar tales efectos negativos, sean significativos o no.

Particularmente sobre el incremento de la función de comunicación en la pareja a partir del conocimiento del diagnóstico de la infección por VPH, el mismo podría justificarse

desde unas mayores iniciativas por contar la verdad a la pareja luego de tal suceso, según indicaron Jeng et al. (11), aunque ello dependería de la calidad de la relación en sí. Las personas involucradas en la relación podrían estar buscando un sustento de apoyo para aminorar los efectos sociales psicológicos negativos consecuentes a la patología, siendo que, según indicaron los mismos autores, las mujeres tienden a recibir poco apoyo del entorno próximo, estando principalmente afectadas por mitos maritales y sexuales.

Al respecto, se recuerda lo ya comentado en la sección de Antecedentes, en tanto la importancia de las siguientes estrategias y premisas informativas de intervención temprana en las parejas con algún miembro diagnosticado con VPH (8): Ambos deben de tener una comunicación amplia, abierta, desprejuiciada sobre el VPH y su repercusión sobre la salud. Se puede estar infectado y no tener síntomas. Las parejas pueden compartir el VPH. Y por último el riesgo se puede disminuir por el uso del condón pero no hay una garantía total de que este haga una protección del 100 %.

La importancia de la comunicación entre los miembros de la pareja ante el diagnóstico de infección por VPH se encuentra ampliamente registrada en estudios científicos.

Marhefka et al. (57) desarrollaron un estudio no experimental, transeccional y retrospectivo orientado a determinar los factores asociados con la divulgación de los resultados de la prueba de VPH en hombres y la comunicación de los mismos a la pareja. Sobre un total de 251, se halló que el 82 % de los hombres encuestados compartió los resultados de la prueba con sus compañeras sexuales, siendo que tal hecho se vio favorecido por los resultados negativos, un elevado nivel educativo y un mayor compromiso con la pareja. Asimismo, tal comunicación se asoció con una mayor probabilidad de proveer información sobre la infección por VPH a sus compañeras sexuales, siendo que en casi el 50 % tales compañeras sexuales les realizaron preguntas sobre la patología. En este sentido, se reconoció un rol crítico de los hombres con síntomas de, evaluados o vacunados para la infección por VPH en la educación de sus compañeras sexuales.

Daley et al. (58) desarrollaron un estudio no experimental, transeccional y retrospectivo orientado a evaluar las diferencias psicosociales entre hombres con y sin diagnóstico de infección por VPH. Sobre un total de 536 hombres, se halló un elevado conocimiento sobre la infección en la muestra total. Mientras los participantes con diagnóstico positivo se asociaron con más emociones negativas y percepción de riesgos para la salud, aquellos sin la infección fueron más propensos a comunicar los resultados de las pruebas.

Hoover et al. (59) desarrollaron un estudio no experimental, transeccional y retrospectivo orientado a evaluar el impacto del diagnóstico de infección por VPH en las parejas de mujeres con resultados positivos. Sobre una amplia muestra de médicos de 7 especialidades quienes realizaron pruebas diagnósticas de cáncer del cuello uterino, entre el 48-73 % instaron a las mujeres con diagnóstico de VPH a que les digan a su pareja que consulte a un médico, que les comenten los resultados a su pareja cuando se realizó la prueba de VPH refleja (66-83 % ante resultados positivos y 29-50 % ante resultados negativos) y que les comenten los resultados a su pareja cuando se realizó la prueba de VPH adjunta (72-92 % ante resultados positivos y 30-52 % ante resultados negativos). En este sentido, se concluyó que la mayoría de los profesionales médicos instan a las mujeres con pruebas diagnósticas de cáncer de cuello uterino a comunicar a sus parejas los resultados de las mismas, así como a que las mismas también acudan a un médico.

Así, se halló que la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas y de información sobre la infección por VPH a las parejas representa un muy importante mecanismo de conocimiento y prevención de la patología. Esta comunicación bien se relaciona con el tipo de diagnóstico obtenido, así como con el género de la persona diagnosticada. Particularmente, se halló una mayor probabilidad de comunicación en casos con resultados diagnósticos positivos, así como cuando los mismos se obtuvieron en hombres.

A partir de estas discusiones, bien pudo evaluarse el estado de corroboración de las hipótesis postuladas, según se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2. Evaluación del estado de corroboración de las hipótesis del estudio.

Hipótesis	Aceptación/ rechazo	Justificación
Alternativa: La funcionalidad conyugal cambia con el diagnóstico de infección genital por VPH, en parejas de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California.	Rechazada	La hipótesis se rechazó en términos de significancia de los cálculos estadísticos, siendo que no se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) para los puntajes de la escala global de funcionalidad familiar del subsistema conyugal entre el momento previo y 1 mes posterior al diagnóstico de infección por VPH.
Nula: La funcionalidad conyugal no cambia con el diagnóstico de infección genital por VPH, en parejas de la UMF No. 28, IMSS de Mexicali, Baja California.	Aceptada	La infección por VPH no se relacionó con cambios significativos en los puntajes ni los recuentos de categorías de funcionalidad familiar del subsistema conyugal, ello sucediendo, incluso, independientemente de factores socioeconómicos (edad, sexo, escolaridad y ocupación).

Pese a esta evaluación de las hipótesis, se recuerda que sí se hallaron resultados negativos, no estadísticamente significativos, sobre la funcionalidad familiar del subsistema conyugal, los cuales tendieron a afectar la misma en todos los órdenes evaluados, salvo en lo que respecta a la comunicación de la pareja, la misma mejorando luego del diagnóstico de infección por VPH.

En este sentido, se halló una relación claramente probable entre el diagnóstico de infección por VPH y disfunción del subsistema conyugal, al igual que en la mayoría de los antecedentes relevados. Esto recalca la importancia del subsistema conyugal en la funcionalidad de la familia, el primero siendo primera causa de muchos de los problemas que acontecen en tal núcleo social (45).

Existe una relación consustancial entre la pareja y la familia que, en términos de funcionalidad y estructura, se retroalimentan constantemente, la segunda representando la institución básica de las sociedades modernas (24, 48).

En este contexto, la infección por VPH se interpreta como un problema atinente al vínculo relacional, con énfasis en las parejas con enlaces no focalizadas en el acto sexual. El abordaje del problema comentado debe sustentarse en la intención de que la pareja persista en el tiempo, enfatizando en la necesidad de participación activa de ambas partes ante la toma de decisiones de cualquier índole (48, 49).

En el presente estudio, el impacto negativo sobre la funcionalidad del subsistema conyugal pudo asociarse interpretativamente con mayores afectaciones sobre la funcionalidad del subsistema conyugal, pese a que la comunicación se asoció con mejoramientos.

En otras palabras, si bien se hallaron comunicaciones tendientes a ser claras, directas y congruentes a partir del diagnóstico de infección por HPV, no se hallaron adecuados parámetros de congruencia, en la funcionalidad de pareja (48-50).

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y discusiones elaboradas, a continuación se puntualizan las conclusiones del estudio:

1. La infección genital por VPH no produjo cambios estadísticamente significativos en la funcionalidad familiar del subsistema conyugal en parejas de la Unidad Médica Familiar No. 28, IMSS de Mexicali, BC.
2. La infección genital por VPH afectó negativamente la funcionalidad familiar del subsistema conyugal, ello sucediendo a nivel global como particular de las funciones de adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.
3. A partir del diagnóstico, se hallaron mejoramientos de la función de comunicación entre los miembros de la pareja.
4. Todos estos cambios fueron equivalentes según las características socioeconómicas (edad, sexo, escolaridad y ocupación) de los miembros de las parejas evaluadas.

En este contexto de interpretación, como sugerencias del estudio resultan importantes dos aspectos a realizar. Primero, si bien el diagnóstico de VPH no afectó significativamente la funcionalidad familiar del subsistema conyugal al mes de ser realizado, las reducciones en los puntajes de la misma justifican la recomendación para efectuar estudios con seguimientos en, al menos, el mediano plazo. Resulta muy factible estipular que se hallarán mayores niveles de disfunción conyugal en meses subsiguientes al primero posdiagnóstico.

En segundo lugar, aunque consecuente al anterior, es necesario intervenir de manera temprana para efectivizar la funcionalidad conyugal y prevenir mayores disfunciones. Las intervenciones en sobre esta temática se justifican no solo desde la funcionalidad de la pareja en sí misma, sino desde las potenciales consecuencias asociadas, estas siendo de carácter multifactorial: económicas como menor rendimiento laboral, afectando los ingresos familiares), sociales como el caso de conductas de aislamiento, separación de la

pareja, maltrato a la familia), culturales por ejemplo, idiosincrasia a nivel familiar respecto de la enfermedad, información sobre la misma y biológicas , por ejemplo, infección sobre otro miembro de la familia (5, 38, 41).

Se sugiere realizar estas intervenciones desde el enfoque de las estrategias de vida familiares, concepto, este último, que hace alusión a las conductas de las personas (conductas determinadas por la posición social) en tanto la formación y mantenimiento de unidades domésticas, incluyendo la reproducción biológica, la preservación de la vida y todas aquellas acciones, económicas y no económicas, destinadas al mejoramiento de la funcionalidad y estructura de tal unidad doméstica y de sus integrantes (45).

En este sentido, una aproximación conclusiva sobre las estrategias de vida familiares refiere a su carácter de individualización, considerando la unidad doméstica: las trayectorias vitales de los integrantes surgen como propiedad emergente a partir del sistema dado por las interacciones entre condicionamientos culturales, materiales, voluntades, etc.

Asimismo, para idear y llevar a cabo tales estrategias tienen lugar mediaciones entre las características contextuales y las oportunidades de los hogares, involucrando activos tangibles e intangibles. En general, a mayor disponibilidad de estos activos - capital material, humano y social- mayores serían las oportunidades de elección (45).

Mención especial como mediador alcanza el de la estructura de la familia, la cual se halla en constante cambio en la actualidad. La misma aportaría nuevos condicionantes para todos los miembros de la familia, las estrategias debiendo pensarse, en primer instancia, en función a tal estructuración, con énfasis en las diferencias de género (54, 60).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera R, Delgado J, Painel V, Barrero R, Larraín A. Mecanismo de infección y transformación neoplásica producido por virus papiloma humano en el epitelio cervical. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(2):135-40.
2. Cann AJ. *Principles of Molecular Virology.* 4a ed. Burlington, USA: Elsevier; 2005.
3. Krebs HB, Khir SM. *Human papillomavirus infections and genital tract cancers. Gynecology and Obstetrics.* Nueva York: JB Lippincott Company; 1994.
4. Gaviria AM. Conocimientos de los estudiantes universitarios del Colegio Mayor de Antioquia, Medellín, acerca del Papilomavirus humano. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2003; 21(2):43-8.
5. Suárez Allen RE, Puerto Solís M, González Losa MR. Interés en el conocimiento de las infecciones con virus del papiloma humano y el cáncer cervico-uterino entre estudiantes universitarios en Mérida, Yucatán, México. *Rev Biomed.* 2012; 23(2):47-52.
6. Lanza Águila MR, Bembibre Taboada R, Soto Canter A, Martín Lamas G. Impacto del programa crecer en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15(1):32-5.
7. Hernández Gutiérrez JM, Toll Calviño JC, Díaz Alonso G, Castro Suárez J. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr;* 2000; 16 (1):39-44.
8. Tamayo Lien T, Varona Sánchez J. Infección por papiloma virus humano en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Gineco.* 2006; 32(2).
9. Hurtado Rodríguez E, Camacho Pérez MJ. Impacto del diagnóstico de infección por virus del papiloma humano en la funcionalidad del subsistema conyugal. *Aten Fam.* 2009; 16(Supl. I):52-8.
10. Diógenes MA, Varela ZM, Barroso GT. Human papillomavirus: repercussion on the woman's health in the family context. *Rev Gaucha Enferm.* 2006; 27(2):266-73.
11. Jeng CJ, Lin H, Wang LR. The effect of HPV infection on a couple's relationship: a qualitative study in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2010; 49(4):407-12.

12. Reed BD, Ruffin MT, Gorenflo DW, Zazove P. The psychosexual impact of human papillomavirus cervical infections. *J Fam Pract.* 1999; 48(2):110-6.
13. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2006; 82(2):169-74.
14. Ferenidou F, Salakos N, Vaidakis N, Paltoglou G, Bakalianou K, Papadimitriou G, et al. The impact of HPV diagnosis on women's sexual and mental health: preliminary findings. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012; 39(1):79-82.
15. Larcen B. Vaginal flora in health and disease. *Clin Obstet Gynecol.* 1993; 36(1):107-21.
16. Doorbar J. The papillomavirus life cycle. *J Clin Virol.* 2005; 32 Suppl 1: S7–15.
17. Schiffman M, Castle PE. Human papillomavirus: epidemiology and public health. *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127(8):930-4.
18. Frisch M, Smith E, Grulich A, Johansen C. Cáncer en una cohorte poblacional de hombres y mujeres con parejas registradas homosexuales. *Am J Epidemiol.* 2003; 157(11):966-72.
19. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA.* 2007; 297(8):813-9.
20. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* 1999; 189(1):12-9.
21. Olesen TB, Svahn MF, Faber MT, Duun-Henriksen AK, Junge J, Norrild B, et al. Prevalence of Human Papillomavirus in endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2014; En prensa.
22. Ellenson LH, Pirog EC. The Female Genital Tract. En Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC, editores. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease.* 8a ed. Filadelfia: Saunders Elsevier; 2010. p. 1205-42.
23. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer.* 2006; 118(12):3030-44.

24. Moya J, Uribe M. Migración y Salud en México: Una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006. México: OPS/OMS; 2006.
25. Tizón García JL. Infancia, migraciones y salud mental. *Desenvolupament infantil i atenció precoç*. 2003; 21-22:47-73.
26. Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas FJ, Lazcano-Ponce EC, Conde-Glez CJ. Human papillomavirus incidence and risk factors among Mexican female college students. *Sex Transm Dis*. 2011; 38(4):275-8.
27. Hernández-Girón C, Smith JS, Lorincz A, Arreola Cháidez E, Lazcano E, Hernández-Avila M, et al. The prevalence of high-risk HPV infection in pregnant women from Morelos, México. *Salud Publica Mex*. 2005; 47(6):423-9.
28. Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Shah KV, Alonso P, et al. Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology. *Int J Cancer*. 2001; 91(3):412-20.
29. Morales R, Parada R, Giuliano AR, Cruz A, Castellsagué X, Salmerón J, et al. HPV in female partners increases risk of incident HPV infection acquisition in heterosexual men in rural central Mexico. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012; 21(11):1956-65.
30. Parada R, Morales R, Giuliano AR, Cruz A, Castellsagué X, Lazcano-Ponce E. Prevalence, concordance and determinants of human papillomavirus infection among heterosexual partners in a rural region in central Mexico. *BMC Infect Dis*. 2010; 10:223.
31. Zhang ZF, Begg CB. Is *Trichomonas vaginalis* a cause of cervical neoplasia? Results from a combined analysis of 24 studies. *Int J Epidemiol*. 1994; 23(4):682-90.
32. Viikki M, Pukkala E, Nieminen P, Hakama M. Gynecological infections as risk determinants of subsequent cervical neoplasia. *Acta Oncol*. 2000; 39(1):71-5.
33. Sayed el-Ahl SA, el-Wakil HS, Kamel NM, Mahmoud MS. A preliminary study on the relationship between *Trichomonas vaginalis* and cervical cancer in Egyptian women. *J Egypt Soc Parasitol*. 2002; 32(1):167-78.
34. Bechtold E, Reicher NB. The relationship of *Trichomonas* infestations to false diagnosis of squamous carcinoma of the cervix. *Cancer*. 1952; 5(3):442-57.

35. Soto Y. Papovavirus. En: Llop A, Valdés-Dapena MM, Zuazo JL, editores. Microbiología y Parasitología médica. Tomo II. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 109-42.
36. Sobel JD. Vaginitis. N Engl J Med. 1997; 337(26):1896-903.
37. Rojas L, Sarría C, Sariego I, Goicolea A, Morales E. Trichomonosis en pacientes con patología de cuello uterino. Rev Mex Pathol Clin. 1998; 45:177-80.
38. Narváez Traverso A. Vacuna del virus del papiloma humano: implicaciones sociales y sanitarias en España. ROL. 2008; 31(5):9-12.
39. Weinstock H, Berman S, Cates W Jr. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. Perspect Sex Reprod Health. 2004; 36(1):6-10.
40. Vancini RG, Benchimol M. Entry and intracellular location of Mycoplasma hominis in Trichomonas vaginalis. Arch Microbiol. 2008; 189(1):7-18.
41. López-Olmos J. Infecciones vaginales y lesiones celulares cervicales (III): Características de la sexualidad. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2012; 39(3):90-101.
42. Balsdon MJ, Herane Herane MÍ. Verrugas genitales e infección por papilomavirus humano. Bol Hosp San Juan de Dios. 1995; 42(2):64-71.
43. American Cancer Society. What are the key statistics about cervical cancer? 2014; [1 página]. Disponible en: URL: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-key-statistics>
44. Peyton CL, Schiffman M, Lörincz AT, Hunt WC, Mielzynska I, Bratti C, et al. Comparision of PCR- and hybrid capture-based human papillomavirus detection systems using multiple cervical specimen collection strategies. J Clin Microbiol. 1998; 36(11):3248-54.
45. Torrado S. El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina: Orientaciones teórico-metodológicas. Buenos Aires: Centro de Estudios Urbanos y Regionales, Cuaderno N° 2; 1982.

46. Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas F, Conde-González CJ. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud pública Mex.* 2002; 44(5):442-7.
47. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.* 1992; 112(1): 64-105.
48. Chávez Aguilar V, Velazco Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Méd IMSS (Méx.).* 1994; 32(1): 39-43.
49. Leñero Otero L. Etapa constitutiva de la Familia. En: Leñero Otero L, editor. *La familia.* México: ANUIS; 1976. p. 97-107.
50. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación. En: Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD, editores. *Teoría de la comunicación humana.* Barcelona: Herder; 1981. p. 49-72.
51. Sánchez Azcona J. Etapas de la familia. En: Sánchez Azcona J, editor. *Familia y sociedad.* México: Joaquín Mortiz; 1976. p. 25-52.
52. Understanding the roles of men and women in fertility decisions. *Prog Hum Reprod Res.* 1994 ;(29):7.
53. Pacheco E, Blanco M. Three modes of analysis in the incorporation of a gender perspective in socio-demographic studies of urban labor in Mexico. *Papeles Poblac.* 1998; 4(15):73-94.
54. Coleman M, Ganong LH. Family Resilience in Multiple Contexts. *Journal of Marriage and Family.* 2002; 64:346-8.
55. Anzures CR, Chávez AV, García PC, Pons AO. *Medicina Familiar.* México D. F.: Intermédica; 2008.
56. Guisande González C, Barreriro Felpeto A, Maneiro Estraviz I, Riveiro Alarcón I, Vergara Castaño AR, Vaamonde Liste A. *Tratamiento de datos.* Madrid: Díaz de Santos; 2006.
57. Marhefka SL, Daley EM, Anstey EH, Vamos CA, Buhi ER, Kolar S, et al. HPV-related information sharing and factors associated with U.S. men's disclosure of an HPV test result to their female sexual partners. *Sex Transm Infect.* 2012; 88(3):171-6.

58. Daley EM, Buhi ER, Marhefka SL, Baker EA, Kolar S, Ebbert-Syfrett J, et al. Cognitive and emotional responses to human papillomavirus test results in men. *Am J Health Behav.* 2012; 36(6):770-85.
59. Hoover K, Friedman A, Montaña D, Kasprzyk D, Greek A, Hogben M. What about the partners of women with abnormal Pap or positive HPV tests? *Sex Transm Dis.* 2009; 36(3):141-6.
60. Benería L, Roldán M. Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad en la Ciudad de México. México: El Colegio de México/FCE; 1992.

ANEXOS DOCUMENTALES

Anexo 1. Consentimiento informado

Título: “Infección genital por virus del papiloma humano (VPH) como factor desencadenante de cambios en la funcionalidad conyugal”.

Investigador principal: Dr. Ismael Galindo Santillanes.

Sede donde se realizó el estudio: Unidad Médica Familiar No. 28, Mexicali, Baja California.

Registrado ante el comité de investigación médica con el número: _____

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

La justificación del estudio es: Diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente a pacientes con infección genital por VPH que cursen con alguna afección médica o psicológica.

El objetivo general es: Determinar si la infección genital por VPH es un factor desencadenante de disfunción conyugal, en parejas de la Unidad Médica Familiar No. 28, Mexicali, Baja California. Y como objetivos específicos son: Identificar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal en parejas con infección genital por VPH según el criterio de cada cónyuge, así como identificar el grado de funcionalidad conyugal en parejas con infección genital por VPH según, edad, sexo, escolaridad y ocupación.

Los beneficios de la investigación son:

- ✓ Generar datos científicos sobre un contexto espacial y temporal específico, para así contar con datos de comparación sobre infección genital por VPH y disfunción conyugal.
- ✓ Hacerse de un fundamento científico para la toma de decisiones asociadas a la asistencia sanitaria de la infección genital por VPH y disfunción conyugal.

- ✓ Mejorar la calidad de los abordajes de las parejas disfuncionales del HRO No. 69 del IMSS, así como de las medidas terapéuticas que se generarán.
- ✓ Darle a conocer si tiene una infección íntima no reconocida como tal y al mismo tiempo otorgarles el tratamiento adecuado.
- ✓ Dar un seguimiento a las parejas con disfunción conyugal y contactarlos con un equipo calificado para sesiones de psicohigiene familiar.

Aclaraciones:

1. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
2. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
3. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
4. No recibirá pago por su participación.
5. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
6. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.
7. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
con número de afiliación: _____ he leído y
comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera
satisfactoria. _____

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1_____
Fecha_____
Testigo 2_____
Fecha

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Instrucciones: Por favor conteste el siguiente cuestionario marcando con una "X" la respuesta que mejor describa su situación conyugal: solo debe marcar una respuesta y sin dejar pregunta sin contestar. Este cuestionario es totalmente confidencial.				
Edad:		Estado civil:		
Escolaridad:		Ocupación:		
Evaluación del subsistema conyugal según Chávez Aguilar		Nunca	Ocasional	Siempre
1	¿Cuándo quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente?			
2	¿La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia?			
3	¿Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica?			
4	¿La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican?			
5	¿Son satisfactorios los roles que asume la pareja?			
6	¿Se propicia el intercambio de roles entre la pareja?			
7	¿Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales?			
8	¿Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual?			
9	¿Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja?			
10	¿El tiempo que se dedica la pareja es gratificante?			
11	¿Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja?			
12	¿Perciben que son queridos por su pareja?			
13	¿Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente?			
Total				
Diagnóstico:				

Instrucciones: Por favor conteste el siguiente cuestionario marcando con una "X" la respuesta que mejor describa su situación conyugal: solo debe marcar una respuesta y sin dejar pregunta sin contestar. Este cuestionario es totalmente confidencial.				
Edad:		Estado civil:		
Escolaridad:		Ocupación:		
Evaluación del subsistema conyugal según Chávez Aguilar		Nunca	Ocasional	Siempre
1	¿Cuándo quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente?	0	5	10
2	¿La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia?	0	5	10
3	¿Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica?	0	5	10
4	¿La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican?	0	2,5	5
5	¿Son satisfactorios los roles que asume la pareja?	0	2,5	5
6	¿Se propicia el intercambio de roles entre la pareja?	0	2,5	5
7	¿Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales?	0	5	10
8	¿Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual?	0	5	10
9	¿Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja?	0	2,5	5
10	¿El tiempo que se dedica la pareja es gratificante?	0	2,5	5
11	¿Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja?	0	2,5	5
12	¿Perciben que son queridos por su pareja?	0	2,5	5
13	¿Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente?	0	7,5	15
Total				
Diagnóstico:				

Calificación de la escala de evaluación	
0 a 40	Pareja severamente disfuncional
41 a 70	Pareja moderadamente disfuncional
71 a 100	Pareja funcional

