

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES CON VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO DE LA UMF No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL
ESTADO DE MÉXICO 2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCÓYOTL**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. ANA ROSA OLIVA MARTÍNEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA
M. EN I.C LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES CON VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO DE LA UMF No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL
ESTADO DE MÉXICO 2012.”**

ÍNDICE

I.- MARCO TEÓRICO	1
I.1 Panorama General del Virus del Papiloma Humano.....	1
I.2.- Enfoque del Subsistema Conyugal	2
I.3.- Estadística del Virus del Papiloma Humano	4
I.4.- Antecedentes Científicos	6
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
II.1 Argumentación.....	8
II.2 Pregunta de Investigación.....	8
III.- JUSTIFICACIONES	9
III.1 Académica.	9
III.2 Social.	9
III.3 Familiar.	9
III.4 Económica.	10
IV.- HIPÓTESIS	11
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	11
IV.1.1 Unidades de Observación.	11
IV.1.2 Variables.	11
IV.1.2.1 Dependiente.	11
IV.1.2.2 Independiente.....	11
IV.1.3 Elementos lógicos de relación	11
V.- OBJETIVOS	12
V.1 General.....	12
V.2 Específicos	12
VI.- MÉTODO	13
VI.1 Tipo de estudio	13
VI.2.Diseño del estudio	13
VI.3 Operacionalización de variables	14
VI.4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra	16
VI.4.1 Criterios de inclusión	16
VI.4.2 Criterios de exclusión	16
VI.4.3 Criterios de eliminación	16
VI.5. Instrumento de investigación (NORTON)	16
VI.5.1 Descripción.....	16
VI.5.2 Validación.....	17
VI.5.3 Aplicación.	17
VI.6. Instrumento de investigación (GRAFFAR).....	17
VI.6.1 Descripción.....	17
VI.6.2 Validación.....	17
VI.6.3 Aplicación.	17
VI.7 Desarrollo del proyecto	18
VI.8 Límite de espacio y tiempo	18
VI.9 Diseño de análisis.....	18
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	19
VIII. ORGANIZACIÓN	19
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20

X. CUADROS Y GRÁFICOS	22
XI. CONCLUSIONES	32
XII. RECOMENDACIONES	33
XIII. BIBLIOGRAFÍA	34
XIV. ANEXOS	38

I.- MARCO TEÓRICO

I.1 Panorama General del Virus del Papiloma Humano

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos y parasitarios en los cuales la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica. Las ITS constituyen un problema importante de salud pública por su elevada incidencia y prevalencia, por las secuelas que pueden ocasionar (infertilidad, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer anogenital, trastornos psicosexuales, etc.) y por las consecuencias económicas derivadas. ⁽¹⁾

El virus del Papiloma Humano es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, misma que puede ser asintomática por largos periodos de tiempo. ^{(2) (3)}

La infección por Virus del Papiloma humano se puede dividir en infección de bajo grado (causando verrugas genitales) e infección de alto grado (causando neoplasia intra epitelial cervical). El Virus del Papiloma Humano es transmitido a través del contacto con piel o mucosa genital infectada. Las verrugas son altamente contagiosas debido a su carga viral alta. El periodo de incubación para las verrugas es de 3 semanas a 8 meses con un promedio de 2.9 meses. ^{(4) (5)}

La infección por Virus del Papiloma Humano puede tener un periodo latente, subclínico o clínico. El pico de prevalencia de infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres, ocurre en sus primeros 20 años de edad. ⁽⁶⁾ Después de esta edad, la prevalencia disminuye sin cesar, si bien un segundo pico se produce en las mujeres postmenopáusicas en algunas áreas geográficas. ⁽⁷⁾

El impacto del Cáncer cervicouterino asociado a VPH en el mundo es devastador, siendo la segunda causa de muerte en la mujer y la primera causa en naciones en vías de desarrollo. ⁽⁸⁾ El virus del papiloma humano se ha encontrado hasta en el 93% de los casos de cáncer invasor y de sus lesiones precursoras por lo que se considera a la infección por este virus como el factor de riesgo más importante para cáncer cervicouterino. La historia natural de esta enfermedad es de larga evolución que inicia con los cambios en el epitelio cervical (displasia), que gradualmente van acentuándose hasta que en un término de 15 a 20 años se transforma en carcinoma invasor. Se sabe que estos cambios están relacionados con la presencia del virus del papiloma humano. No todas las displasias evolucionan a cáncer: algunos estudios han demostrado que el 30% tienen regresión espontánea principalmente las displasias leves; alrededor del 20% se mantienen en forma estacionaria y un 45% son las que progresan a cáncer. ⁽⁹⁾

El contacto genital es el principal factor de riesgo para infección por Virus del Papiloma Humano, este riesgo aumenta con el número de parejas sexuales.⁽¹⁰⁾ Otros factores de riesgo para presentarlo como es el bajo nivel socioeconómico; el inicio temprano de vida sexual; el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales; la edad temprana del primer embarazo; tres o más partos; el uso de anticonceptivos hormonales y el tabaquismo.^{(11) (12) (13) (14)}

Hoy por hoy la citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou se sigue considerando la prueba ideal para tamizaje de detección del cáncer cervicouterino. Claramente se ha establecido que el frotis de Papanicolaou no es un método diagnóstico definitivo por sí solo, pues su función principal es identificar aquellas pacientes que requieren de procedimientos diagnósticos adicionales.⁽¹⁵⁾

Sin embargo, a pesar de las grandes campañas realizadas con el fin de llevar a cabo una detección oportuna del Ca Cu⁽¹⁶⁾, éste se reconoce aún en etapas avanzadas y por consiguiente se incrementa el número de muertes por dicha causa.⁽¹⁷⁾ El diagnóstico de cambios nucleares en citologías de apariencia normal se vincula en 16% con la presencia del VPH, mientras que por medios colposcópicos este porcentaje es mayor (48%). Es importante señalar que estas muestras se diagnosticaron como normales en el Sistema Bethesda.⁽¹⁸⁾

Algunos autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de crisis y disfunción familiar.⁽¹⁹⁾ El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial.^{(20) (21)}

Durante el año 2000, el 61% de las defunciones por Cáncer Cérvico uterino ocurrieron en 10 entidades federativas del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero. Sin embargo, los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100 000 mujeres de 25 años y más fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más.⁽²²⁾

I.2.- Enfoque del Subsistema Conyugal

Existe una relación bidireccional marcada entre la enfermedad y salud familiar, dicha asociación no presupone una relación causa - efecto, sin embargo es conveniente precisar la asociación ya que cualquier falla en el diagnóstico o manejo de esta dualidad, en cualquier etapa del ciclo vital familiar, condiciona los escenarios futuros, mismo que no son deseables para posibles problemas de índole biológica, psicológica y/o social.⁽²³⁾

Desde la perspectiva de la teoría general de los sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas.⁽²⁴⁾

La familia como un sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. ⁽²⁵⁾

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. ⁽²⁶⁾

Por lo tanto la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. ⁽²⁷⁾ Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares. ⁽²⁸⁾

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾

Una familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo en la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe en su entorno, mientras que el equilibrio en esta función de la familia se puede alterar por determinadas circunstancias y afectar a la salud de alguno o cada uno de sus integrantes. ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾

La familia se compone de subsistemas, en el cual se encuentra el subsistema conyugal (padre y madre), en la que la relación de pareja tiene gran importancia para todo el grupo familiar, siendo así el subsistema conyugal otra base importante para el bienestar entre sus miembros. ⁽³³⁾ La Funcionalidad Conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria. ⁽³⁴⁾

Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. ⁽³⁵⁾

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, presente o pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad y que conduce a un estado de alteración que requiere una respuesta adaptativa a la misma. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean

reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. ^{(36) (37)}

Los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas, cambios problemas interpersonales o marcados conflictos internos. Son de dos tipos: Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas) y Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas).

Las crisis normativas o evolutivas están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Las crisis paranormativas son experiencias adversas o inesperadas. Incluye eventos provenientes del exterior. Estas pueden ser de diferentes tipos, como enfermedades entre las que se encuentran las infecciones de transmisión sexual. ⁽³⁸⁾

I.3.- Estadística del Virus del Papiloma Humano

Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de Cáncer cervicouterino (CaCu), y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar CaCu. El riesgo y la sintomatología del VPH son distintos entre hombres, en los que generalmente es asintomático y mujeres, quienes llegan a desarrollar infecciones del tracto reproductivo. De más de 100 tipos de virus que existen, 15 serotipos se consideran de alto riesgo y dos de éstos (16 y 18) originan 70% de los casos de Ca Cu. ^{(39) (40)}

Los estudios coordinados por la International Agency for Research on Cancer (IARC) es más de 18,000 mujeres mayores de 15 años en 13 países han mostrado tasas de prevalencia de ADN de VPH que van desde 1.6% en España y Hanoi (Vietnam), con tasas de incidencia muy bajas de cáncer cervical, hasta 27% en Nigeria, con una tasa cervical muy alta. Existe una relación directa entre la prevalencia de la infección por el VPH y la incidencia de Cáncer cervical. La prevalencia es mayor en mujeres menores de 25 años, y disminuye paulatinamente hasta llegar a los niveles más bajos en la cuarta o quinta décadas. En algunos estudios se ha observado un segundo pico después de la quinta década, y da lugar a una curva bimodal que es muy común en la mayoría de los países latinoamericanos. El primer pico representa la rápida adquisición de la infección después del comienzo de la actividad sexual. Hay varias posibles explicaciones para el segundo pico observado en mujeres postmenopáusicas. Puede representar reactivación de infecciones latentes (pero todavía no se demuestra un estado de latencia para el VPH) o puede representar nuevas infecciones. ⁽⁴¹⁾

De acuerdo con estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud en 1995 se presentaron 30 millones de nuevos casos en el mundo. La incidencia global anual en México es mayor a 25 casos por 100,000 mujeres;

incrementándose en el periodo de edad entre 20 y 39 años a más de 1 por 1,000 mujeres; la frecuencia de VPH continúa incrementándose, multiplicándose 10 veces en los últimos 5 años. ^{(42) (43)}

Otro dato estadístico determina que en México, existen aproximadamente 25 millones de mujeres infectadas por VPH y se estima que cada año fallecen 4,000 mujeres por esta causa o por cáncer cervicouterino. ⁽⁴⁴⁾

El VPH tiene distribución mundial, siendo su reservorio natural el hombre, la transmisión es por contacto directo con las lesiones, en la mayoría de las ocasiones es por contacto sexual, ya sea genital, oral o anal. ⁽⁴⁵⁾ Se ha descrito recientemente la posibilidad de la transmisión indirecta vía fómites, como son los objetos, juguetes sexuales o la transmisión vertical durante el periodo perinatal. ⁽⁴⁶⁾ Otro mecanismo de transmisión es por la iatrogenia durante la exploración ginecológica y anal con el mismo guante, así como instrumental mal esterilizado. ⁽⁴⁷⁾

El Cáncer Cérvico uterino es un problema de salud para todas las mujeres. Su incidencia mundial anual para el año 2002 fue de 493,243 casos; el índice de mortalidad anual fue de 273, 505. Es la causa más común de cáncer en mujeres en todo el mundo; 78% de los casos ocurren en países en desarrollo en donde el Cáncer Cérvico uterino es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres. En México, en mujeres el 13.9% de las defunciones corresponden a cáncer cervicouterino y 15% a cáncer de mama. ⁽⁴⁸⁾

Las infecciones de transmisión sexual afectan principalmente a mujeres, pues del total de casos nuevos en 2007 (177 627), casi 96% son mujeres. El virus del Papiloma Humano, puede ser causante de lesiones que lleven a la mujer a desarrollar el cáncer Cérvico uterino, siendo muy superior en ellas con una incidencia de 38.21, mientras que en los hombres de de solo 1.95 por cada 100 mil habitantes. ⁽⁴⁹⁾

En México en el año 2002 se presentaron 12,512 casos nuevos de cáncer cervicouterino, de los cuales 5777 (46%) fueron descendos. Esta enfermedad fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros cánceres. Casi todos (99.8%) los casos de cáncer de cuello uterino se deben a tipos específicos de un virus DNA tumoral transmitido por vía sexual. El enlace entre el CaCu y VPH fue demostrado a principios de los 80's por el Dr. Harald zur Hausen y la infección es un requisito necesario para el desarrollo de esta enfermedad. ⁽⁵⁰⁾

En México, el cáncer cervicouterino se ha mantenido como la segunda neoplasia más importante entre la población mexicana y la segunda en la población femenina. La edad promedio del diagnóstico es de 45 años, pero la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida y, ocasionalmente durante el embarazo. En un estudio realizado en la ciudad de

México, Lazcano Ponce y colaboradores reportan que el riesgo de enfermedad para cáncer Cérvico uterino se incrementó hasta siete veces en mujeres con VPH 16 y 18 positivos.⁽⁵¹⁾

I.4 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

No se han encontrado algunos artículos relacionados con la disfunción conyugal y su relación con el virus del papiloma humano, sin embargo, hay reportes en la literatura de funcionalidad familiar en embarazadas con infecciones de transmisión sexual y reporte sobre factores sociodemográficos asociados al Virus del papiloma humano

- En el trabajo de González-Pacheco y cols (2008) sobre mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. Se realizó una investigación de casos y controles; el estudio fue prospectivo respecto de la presencia o ausencia del agente patógeno en la gestación y retrospectivo (indagación de experiencias adversas en la infancia). La evaluación de las ITS se efectuó por medio del laboratorio; la evaluación diagnóstica se efectuó con base en las Entrevistas Clínicas Estructuradas para la evaluación diagnóstica psiquiátrica de los Ejes I y II del DSM-IV. Se aplicó el instrumento Experiencias Adversas en la Infancia y/o Adolescencia (ACE, por sus siglas en inglés), con el fin de medir la amplitud de la exposición al abuso emocional, físico y sexual, así como la disfunción familiar en estas etapas de la vida. El instrumento comprende siete categorías: 1. abuso psicológico; 2. abuso físico; 3. abuso sexual; 4. violencia conyugal contra la madre; 5. vivir con padres o adultos con problemas de alcoholismo y/o que eran abusadores de sustancias; 6. vivir con padres o adultos con trastornos mentales o suicidas; 7. vivir con padres que fueron encarcelados. Se estudiaron dos grupos, el primero de casos integrado con 89 embarazadas con ITS viral y el segundo fue el grupo control integrado también con 89 gestantes, sin ITS. Se obtuvieron diferencias significativas en el nivel socioeconómico. Así mismo hubo una asociación significativa entre los padres de las mujeres con ITS que tuvieron algún problema con la ley por lo que habían sido encarcelados por un determinado periodo de tiempo (la razón de momios fue 3.311); y los que manifestaron leves problemas de alcoholismo (RM 2.073). Hubo una asociación significativa en: abuso pasivo, físico, emocional y sexual, donde destaca que la relación entre estas categorías y padecer una ITS por virus es altamente significativa. El grupo de las gestantes con ITS presentó un mayor número de problemas traumáticos (69.9%) en comparación con el grupo sin ITS que fue de 48.3%.⁽⁵²⁾
- En el trabajo de Hernández-Girón (2005) sobre Prevalencia de Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el Estado de Morelos. Se realizó un estudio de tipo transversal en una muestra de 274 mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de primer nivel de atención del Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuernavaca, Morelos,

durante el año 2000. Se obtuvieron muestras de exudado vaginal mediante autotoma, y se aplicó un cuestionario estructurado sobre características sociodemográficas, gineco-obstétricas y de comportamiento sexual. La detección de infección por VPH de alto riesgo, se realizó empleando un método de captura de híbridos. La prevalencia de infección por VPH fue de 37.2% (102/ 274). En promedio acudieron a su primera cita prenatal al sexto mes de embarazo; la media de edad fue 25.7 años. Los principales factores de riesgo asociados a infección por VPH fueron: edad, entre 20 y 29 años ($RM = 2.82$; $IC95\% 1.02-7.76$), 30 o más años (RM ajustada = 6.85; $IC95\% 1.22-38.2$); compañeros sexuales con otras parejas ($RM= 2.05$; $IC95\% 1.2-3.7$). Mostraron asociación positiva, aunque marginalmente significativas: escolaridad menor de 6 años ($RM = 1.67$; $IC95\% 0.67-4.3$); más de dos parejas sexuales en su vida ($RM = 1.54$; $IC95\% 0.7-3.4$); y tabaquismo actual ($RM= 1.6$; $IC95\% 0.6-5.0$).⁽⁵³⁾

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Una de las amenazas más serias para que se vea afectado el subsistema conyugal, consiste en enterarse de la existencia de una enfermedad de transmisión sexual la cual puede llevar a desarrollar cáncer, como es la infección del virus del papiloma humano.

Condicionando cambios en la forma de vida de ambos cónyuges desde limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral por lo que se modifican patrones, límites y jerarquías en el núcleo familiar.

En la actualidad se ha hecho mucho énfasis en cuanto a la detección del virus del papiloma humano sin embargo no se ha estudiado a fondo la relación de éste con la disfunción conyugal. Por lo que es importante determinar si existen otros factores asociados que desencadenen una disfunción conyugal o únicamente la presencia de virus del papiloma humano influye para esta disfunción.

Es por ello que se considera prudente indagar funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano.

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cómo se encuentra la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano de la U.M.F 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México?

III.- JUSTIFICACIONES

III.1 Académica.

Existen una gran cantidad de estudios sobre funcionalidad del subsistema conyugal, todos relacionados con diferentes enfermedades principalmente en diabéticos, hipertensos, adolescentes, hiperutilizadores de los sistemas de salud, etc. pero poco se ha estudiado en relación a la funcionalidad del subsistema conyugal y su relación con el virus del papiloma humano.

Es necesario conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con virus del papiloma humano para que el médico familiar trate de comprender a dichos pacientes y poder orientarlos en el momento adecuado.

Ya que una información completa y profesional puede minimizar el daño. Por lo que es necesario preparar a los profesionales de la salud para la orientación familiar ética y humana.

Y establecer políticas de salud pública encaminadas a entender la enfermedad desde diferentes perspectivas y no sólo desde el ámbito biológico, pues esto permitirá abordar la temática de manera más integral.

Además de lo ya enunciado cabe mencionar que el presente estudio es solicitado para lograr el diploma como especialista en medicina familiar.

III.2 Social.

Debido a que la infección por el Virus del Papiloma Humano representa un problema social, es importante estudiar la funcionalidad del subsistema conyugal en aquellas pacientes portadoras de dicha problemática.

III.3 Familiar.

Debido a que la infección por el Virus del Papiloma humano provoca cambios de vida significativos en la vida conyugal, es de vital importancia conocer la problemática que ésta causa en el subsistema conyugal ya que el sostén mas importante en la familia es la relación que se establece entre la pareja. Por ello consideramos que es de vital importancia conocer como se ve afectado este subsistema.

III.4 Económica.

Debido a que la infección por Virus del Papiloma Humano es factor desencadenante para Cáncer Cervicouterino y éste ha aumentado en los últimos años provocando repercusiones económicas en estas familias provocando repercusión en el subsistema conyugal.

IV.- HIPÓTESIS

Las mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano de la U.M.F 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México presentan funcionalidad del subsistema conyugal alterada.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano de la U.M.F 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Funcionalidad del Subsistema Conyugal.

IV.1.2.2 Independiente

IV.1.3 Elementos lógicos de relación

Las, presentan, alterada.

V.- OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Funcionalidad en el subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano de la UMF 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la edad de la esposa.
- Conocer la ocupación de la esposa.
- Conocer la edad del esposo.
- Conocer la ocupación del esposo.
- Identificar el estado civil de la pareja.
- Conocer los años de vida conyugal.
- Saber si hay presencia de Hijos.
- Identificar el Nivel socioeconómico de la pareja.
- Identificar al cónyuge que aporta el gasto en el Hogar.

VI.- MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio: Transversal, descriptivo, prospectivo y observacional.

VI.2.Diseño del estudio:

- El presente estudio se realizó de enero del 2011 a julio 2012 en la U.M.F 75 en un horario de 08:00 a 14:00 hrs tres veces por semana.
- Si identificaron mediante un censo nominal aquellas mujeres con Virus del Papiloma Humano.
- Se les localizó vía telefónica para invitarlas a participar en dicho estudio y se les citó en la U.M.F 75 para explicarles ampliamente en qué consistía dicho estudio.
- Si aceptaban se les aplicaba el instrumento de medición, se les solicitó que dieran lectura y firmaran el consentimiento de información donde se especificó en qué consistía el estudio además del tiempo requerido.
- Los datos obtenidos se capturaron en el paquete estadístico SPSS versión 20, al término del día.
- Al terminar la captura de todos los datos se procedió al análisis estadístico para el reporte de los resultados, análisis y presentación de los mismos.
- Elaboración de discusión, conclusiones y digitalización de la tesis.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	ITEM
Funcionalidad del subsistema conyugal.	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesan.	Es la forma en que cada pareja supera las crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante el Inventario Conyugal de Norton.	Cualitativa nominal.	1) Disfuncional (0-85) 2) Funcional (86-148)	15
Edad de la esposa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Años de la esposa al momento de la encuesta.	Cualitativa ordinal.	1) De 20-30 2) De 31-40 3) De 41-50 4) De 51-60 5) De 61-70	1
Ocupación de la esposa.	Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona.	Es el trabajo que desempeña la esposa.	Cualitativa nominal.	1) Hogar 2) Obrera 3) Empleada 4) Comerciante 5) Profesionista	2
Edad del esposo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Años del esposo al momento de la encuesta.	Cualitativa ordinal.	1) De 20-30 2) De 31-40 3) De 41-50 4) De 51-60 5) De 61-70	3
Ocupación del esposo.	Trabajo. Oficio, empleo que desarrolla una persona.	Es el trabajo que desempeña el esposo.	Cualitativa nominal	1) Hogar 2) Obrero 3) Empleado 4) Comerciante 5) Profesionista	4

Estado civil.	Es la situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Relación que tiene con una persona del sexo opuesto.	Cualitativa nominal.	1) Casada 2) Unión libre. 3) Otro.	5
Años de vida conyugal.	Es el tiempo en el cual la pareja llevan viviendo juntos bajo el mismo techo.	Son los años en que una pareja tiene viviendo juntos.	Cualitativa nominal.	1) De 0-10 años 2) De 11 a 20 años 3) De 21 a 30 años 4) De 31 a 40 años 5) De 41 a 50 años	6
Presencia de Hijos.	Del latín filius, se refiere aquella persona respecto de su padre o de su madre.	Son aquellos que son nacidos de sus padres.	Cuantitativa nominal.	1) Sí. 2) No.	7
Nivel socioeconómico.	Es la estratificación de los hogares urbanos (ciudades de 50,000 habitantes o más). Es una característica de cada hogar relativamente estable a través del tiempo.	Es la clase socioeconómica a la que pertenece la pareja. Se evaluará mediante el Método de Graffar.	Cualitativa ordinal.	1) Alto (04-06) 2) Medio alto (07-09) 3) Medio bajo (10-12) 4) Obrero (13-16) 5) Marginal (17-20)	8-11
Cónyuge que aporta el gasto en el hogar.	Es el pago que recibe de forma periódica un trabajador de mano de su empleador a cambio de cierta actividad productiva.	Es aquel cónyuge que aporta el gasto al hogar.	Cualitativa nominal.	1) Esposo. 2) Esposa. 3) Ambos. 4) Otro.	12

VI.4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra:

El universo de trabajo estuvo conformado por 100 mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano durante los meses de enero a diciembre del 2011.

Determinación del tamaño de la muestra: El tamaño muestral se determino por conveniencia conformando un total de 100 mujeres.

VI.4.1 Criterios de inclusión

- Mujeres con Infección por Virus del Papiloma Humano.
- Mujeres que desean participar en el estudio (previa carta de consentimiento informado).

VI.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que cursen previamente con disfunción del subsistema conyugal (ya diagnosticada).

VI.4.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

VI.5. Instrumento de investigación (Ver anexo)

El instrumento de evaluación utilizado para el presente estudio consta de una Cédula de Identificación, factores involucrados y los siguientes instrumentos: Inventario Conyugal de Norton y Método de GRAFFAR.

VI.5. INVENTARIO CONYUGAL DE NORTON

VI.5.1 Descripción.

El Inventario Conyugal de Norton es un instrumento que la Funcionalidad del Subsistema Conyugal. Consta de seis áreas las cuales son involucramiento, comunicación, expresión afectiva, tareas, toma de decisiones y respuesta ante conflictos. De acuerdo a la evaluación anterior, se clasifica en funcionalidad o disfuncionalidad conyugal.

VI.5.2 Validación.

El instrumento Conyugal de Norton aun no está validado sin embargo en una Ronda de 3 con 5 expertos en Medicina Familiar y Terapia Familiar de la U.M.F 75 del I.M.S.S. y Unidad Académica Profesional de la U.A.E.M Nezahualcóyotl, se validó dicho instrumento.

VI.5.3 Aplicación.

Fue aplicado por le Tesista en la consulta externa de la U.M.F 75 del IMSS.

VI.6. MÉTODO DE GRAFFAR.

VI.6.1 Descripción.

Mediante el Método de Graffar se puede determinar el nivel socioeconómico familiar. En la parte superior de la figura, las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable y de acuerdo con la evaluación anterior, se clasifica según su puntuación, de la siguiente forma:

04-06	Alto
07-09	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	Marginal

Las cuatro variables a evaluar son: Profesión del Jefe de Familia, Nivel de Instrucción de la madre, Principal fuente de ingresos y condiciones de la vivienda.

VI.6.2 Validación.

VI.6.3 Aplicación.

Fue aplicado por le Tesista en la consulta externa de la U.M.F 75 del IMSS.

VI.7 DESARROLLO DEL PROYECTO

Se llevó a cabo la elaboración del protocolo y una vez aprobado por el comité local de investigación se procedió a seleccionar a la población que participaría en el estudio. Mediante un censo nominal se seleccionaron aquellas mujeres con Virus del Papiloma Humano, se les explicó en qué consistía el estudio y se les pedía que dieran lectura y firmaran la carta de consentimiento informado, posteriormente se procedió a aplicar el instrumento de investigación. Se elaboró una base de datos para el análisis, posteriormente se interpretaron, analizaron y graficaron los resultados obtenidos para finalmente realizar la discusión y conclusiones.

VI.8 LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS Estado de México de Enero del 2011 a Julio del 2012.

Se aplicó un cuestionario a mujeres con Virus del Papiloma Humano.

VI.9 DISEÑO DE ANÁLISIS

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios se procedió a analizar y representar lo obtenido mediante cuadros y gráficos con el programa estadístico SPSS versión 20 y Microsoft Office Excel 2007.

Se realizó análisis univariado mediante el cálculo de frecuencias simples.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, república de ciudad África octubre de 1956, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl , Octubre del 2008.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito (ver Anexo I).

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Ana Rosa Oliva Martínez.

Director de Tesis: E.M.F. Edgar Rubén García Torres.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se efectuó un estudio transversal descriptivo en la UMF No. 75 del IMSS en el periodo comprendido de Enero del 2011 a Julio del 2012, evaluándose una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.

Se observó que el 88% de las parejas son disfuncionales y que solamente el 12% son funcionales. (Cuadro y Gráfico I)

Observamos además que las mujeres se encuentran en una edad entre 20 y 30 años con un 51%, entre 31 y 40 años con un 45% , seguido del rango entre 41 a 60 años con un 2% (Cuadro y Gráfico II)

En lo que corresponde a la ocupación de la esposa, se encuentra que un 34% son profesionistas, seguidas del hogar y empleadas con un 16% y en menor porcentaje son comerciantes (11%) y obreras (2%) (Cuadro y Gráfico III)

La edad del esposo se encuentra entre 31 y 40 años con el 62%, de 20 y 30 años con un 34% , entre 41 y 60 años con el 2% y con un 1% de más de 60 años (Cuadro y Gráfico IV)

En lo referente a la ocupación del esposo, se encuentra que un 41% es profesionista seguido de empleado y comerciante en un 21%, y solamente el 17% son obreros. (Cuadro y Gráfico V)

El estado civil que predomina es el de casados en un 74% y en segundo lugar con el 25% se encuentran en unión libre y solamente el 1% correspondió a otro. (Cuadro y Gráfico VI)

En lo que se refiere a los años de vida conyugal el 37% presentan entre 11 y 20 años, el 26% entre 0 y 10 años, el 15% entre 21 y 30 años, el 12% entre 41 y 50 años y en menor porcentaje con el 10% entre 31 y 40 años de vida conyugal (Cuadro y Gráfico VII)

En cuanto a la presencia de hijos, el 77% de las parejas tienen hijos y únicamente el 23% no tienen hijos. (Cuadro y Gráfico VIII)

En lo que corresponde al nivel socioeconómico el 34% de las parejas presentan un nivel socioeconómico medio alto, el 31% nivel socioeconómico medio bajo, el 24% obrero y el 11% un nivel socioeconómico alto. (Cuadro y Gráfico IX)

En lo referente a la aportación del gasto en el hogar se observa que es dado por ambos cónyuges en un 72% y que solamente en el 28% de las parejas es solamente el hombre quien lo aporta. (Cuadro y Gráfico X)

DISCUSIÓN.

En el presente estudio se investigó tanto la funcionalidad del subsistema conyugal con la presencia de infección del Virus del Papiloma Humano de la UMF No. 75 de Ciudad Nezahualcóyotl, por el momento no existen estudios previos que se hayan realizado en relación a disfuncionalidad del subsistema conyugal y el Virus del Papiloma Humano.

En cuanto a lo que respecta a la **funcionalidad del subsistema conyugal** encontramos en el presente estudio que las *mujeres con infección por el Virus del Papiloma Humano* presentan un subsistema conyugal **disfuncional** en el **88%** lo que coincide con lo que reporta Moreno Morales y cols. (2005).

Lo observado en este proyecto de investigación es que la **edad** más frecuente de infección por Virus del Papiloma Humano fue de *20 a 30 años* lo cual coincide con un artículo publicado por Hernández-Girón en el 2005.

Respecto a la **ocupación de la mujer, edad y ocupación del esposo**, no se ha reportado información en la literatura.

En cuanto al **estado civil** la mayoría están **casadas** en un **74%**, lo que coincide con lo que reporta Hernández-Girón en el 2005.

En lo que concierne a los **años de vida conyugal** y **presencia de hijos**, no se ha reportado información en la literatura.

En lo referente al **nivel socioeconómico** observamos que las adolescentes provenían de **clase media alta** en un **34%**, lo cual difiere con lo reportado por Hernández-Girón en el 2005.

En cuanto al cónyuge que aporta el gasto en el hogar observamos que tampoco se ha encontrado información en la literatura.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

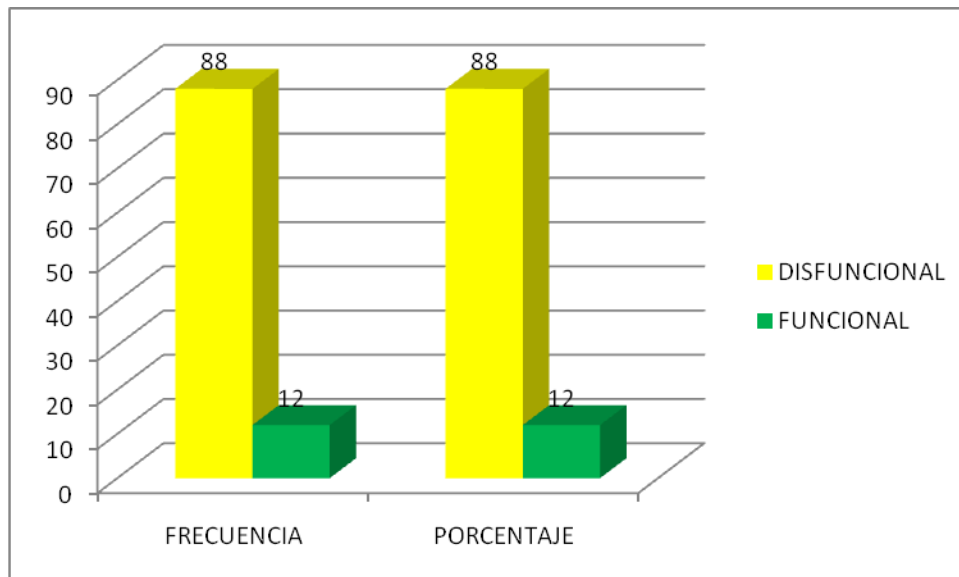
FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISFUNCIONAL	88	88
FUNCIONAL	12	12
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO I

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2

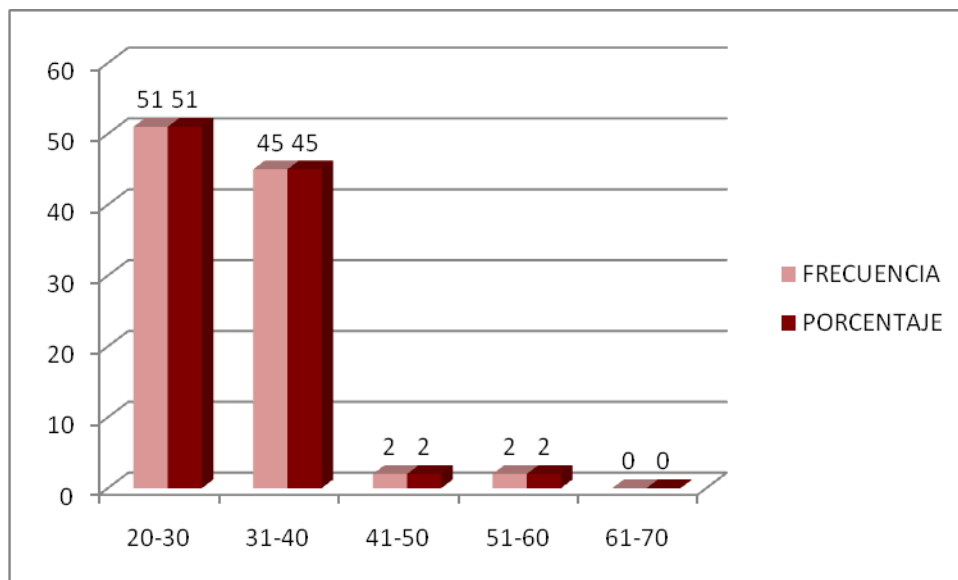
EDAD DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

EDAD MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30	51	51
31-40	45	45
41-50	2	2
51-60	2	2
61-70	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO II

EDAD DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 3

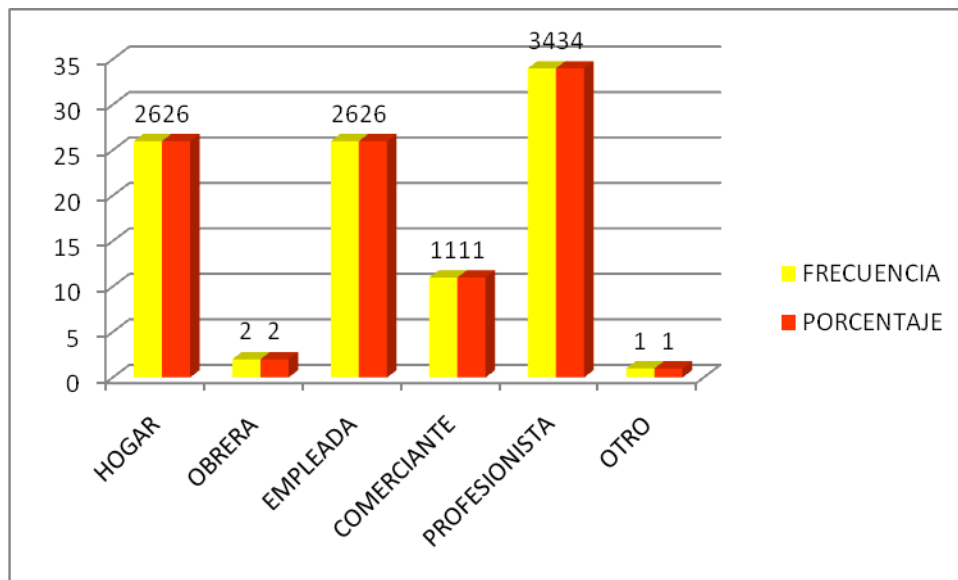
OCUPACIÓN DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

OCUPACIÓN MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	26	26
OBRAERA	2	2
EMPLEADA	26	26
COMERCIANTE	11	11
PROFESIONISTA	34	34
OTRO	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO III

OCUPACIÓN DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4

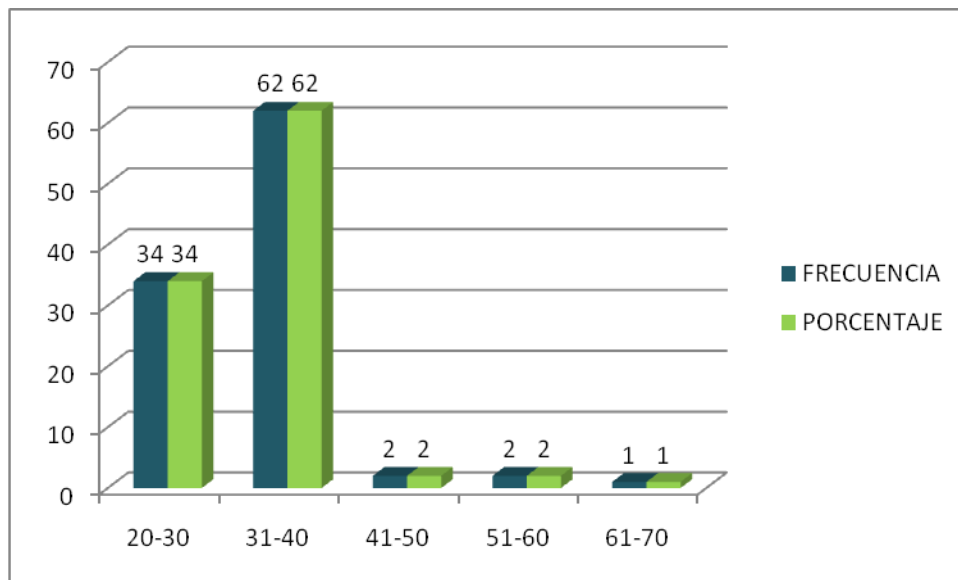
EDAD DEL ESPOSO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

EDAD ESPOSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30	34	34
31-40	62	62
41-50	2	2
51-60	2	2
61-70	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO IV

EDAD DEL ESPOSO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5

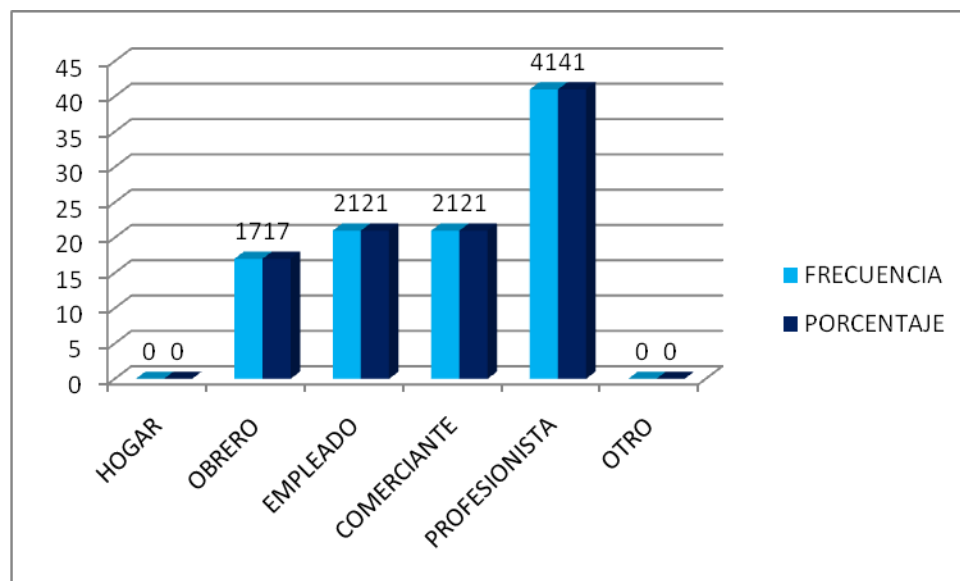
OCUPACIÓN DEL ESPOSO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

OCUPACIÓN ESPOSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	0	0
OBRAERO	17	17
EMPLEADO	21	21
COMERCIANTE	21	21
PROFESIONISTA	41	41
OTRO	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO V

OCUPACIÓN DEL ESPOSO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6

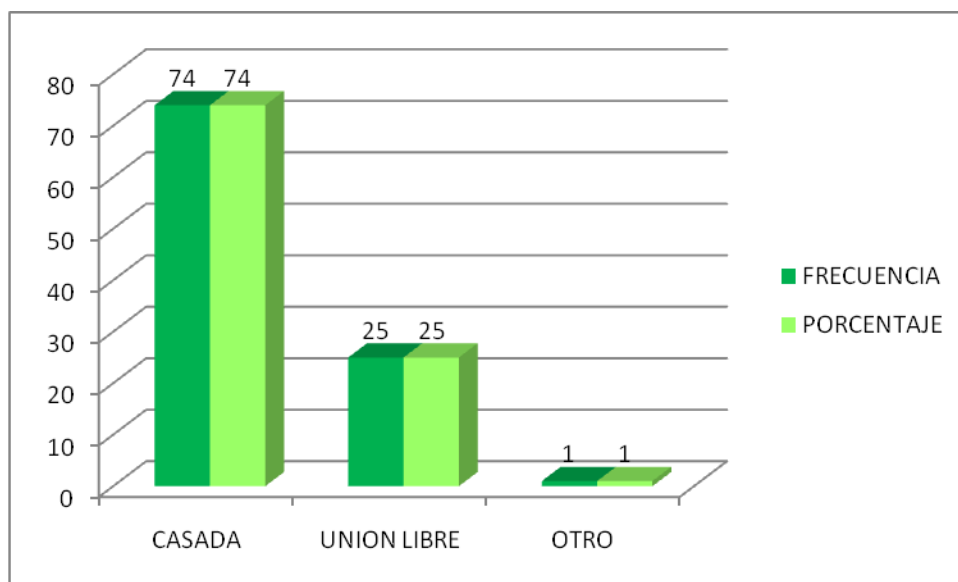
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	74	74
UNION LIBRE	25	25
OTRO	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO VI

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7

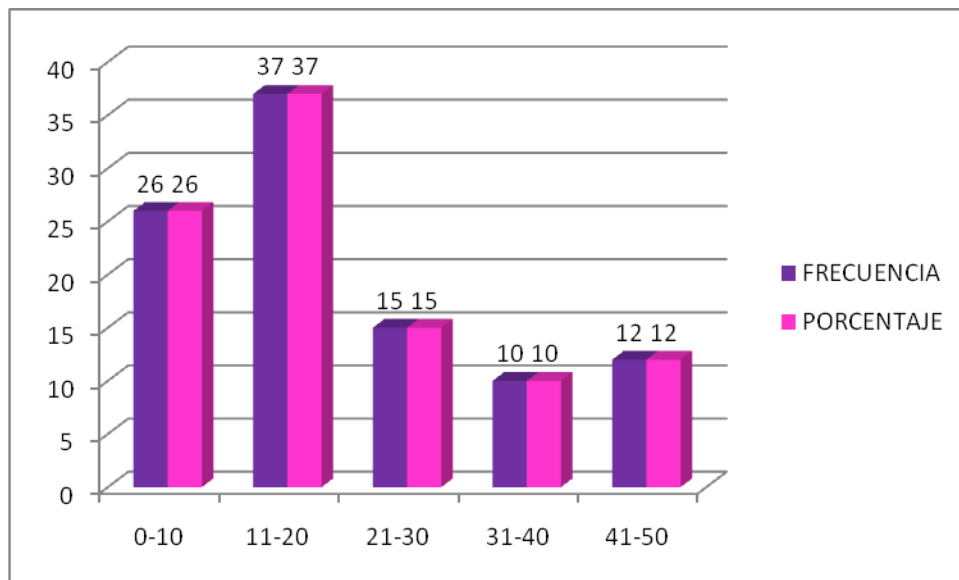
AÑOS DE VIDA CONYUGAL DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

AÑOS DE VIDA CONYUGAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-10	26	26
11-20	37	37
21-30	15	15
31-40	10	10
41-50	12	12
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO VII

AÑOS DE VIDA CONYUGAL DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 7

CUADRO 8

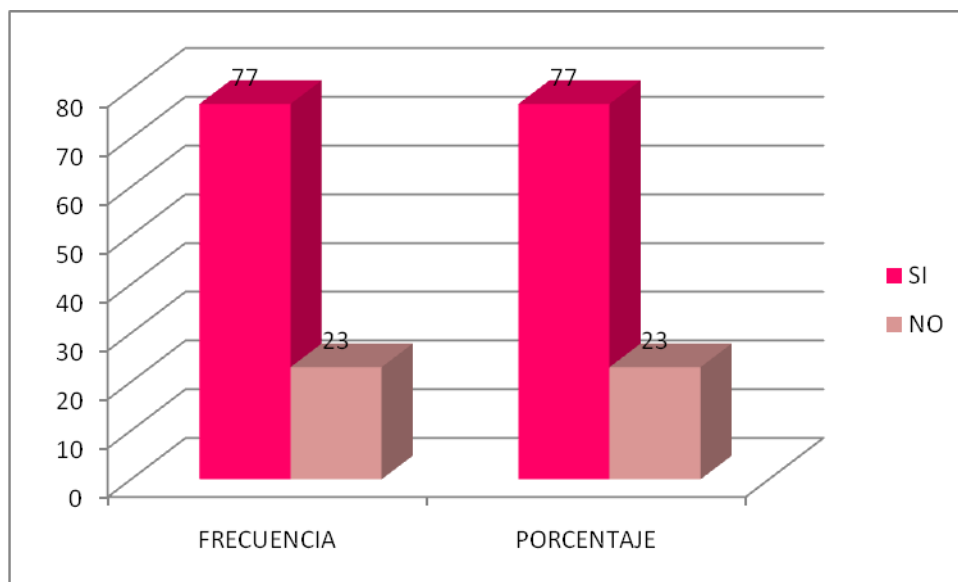
PRESENCIA DE HIJOS EN LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

PRESENCIA DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	77
NO	23	23
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO VIII

PRESENCIA DE HIJOS EN LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 8

CUADRO 9

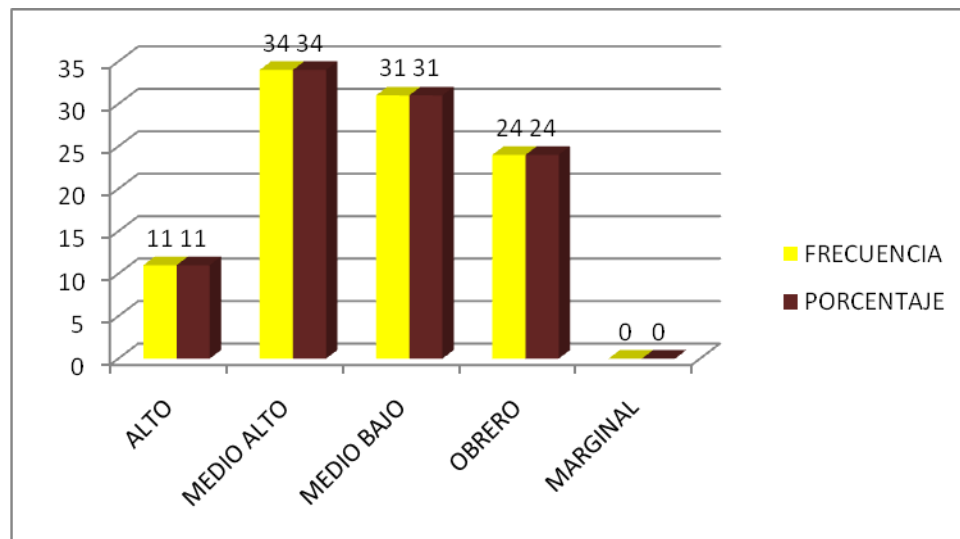
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	11	11
MEDIO ALTO	34	34
MEDIO BAJO	31	31
OBRERO	24	24
MARGINAL	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO IX

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 9

CUADRO 10

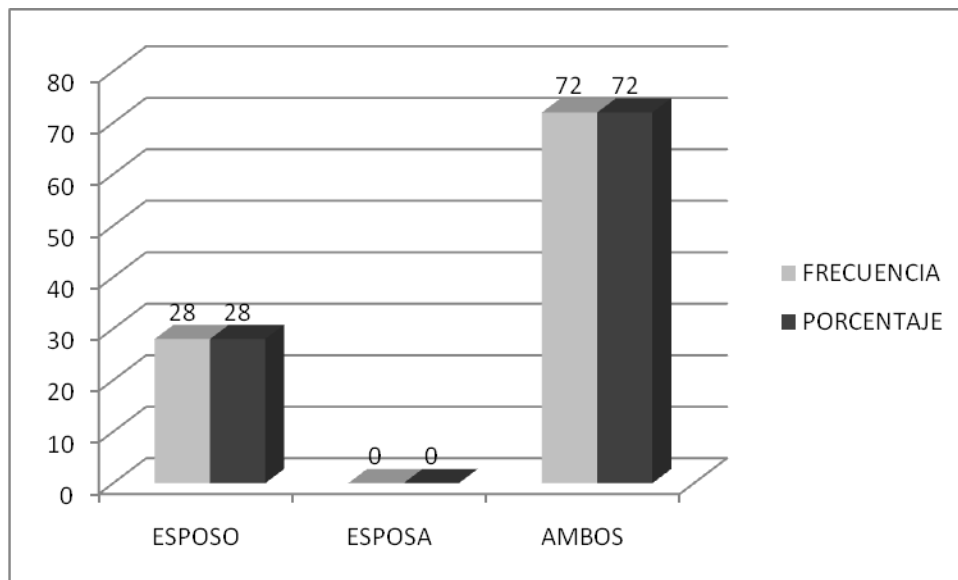
CONYUGE QUE APORTA EL GASTO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

SOSTÉN ECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPOSO	28	28
ESPOSA	0	0
AMBOS	72	72
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO X

CONYUGE QUE APORTA EL GASTO DE LAS MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 10

XI. CONCLUSIONES

En la investigación realizada acerca de la Funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano de la UMF No. 75 se concluyó que existe una disfunción en el subsistema conyugal secundario a la presencia de infección de transmisión sexual, toda vez que los resultados mostraron la presencia de disfunción conyugal en un 88% del total de las pacientes estudiadas. Por lo tanto la hipótesis se confirma ya que efectivamente las mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano de este universo de trabajo presentan disfuncionalidad del subsistema conyugal.

Dentro de los hallazgos más relevantes de este estudio encontramos que con respecto al estado civil predominó más la disfunción conyugal en parejas casadas quizá por las implicaciones religiosas y situaciones conservadoras y morales inculcadas dentro del núcleo familiar a comparación con aquellas que viven en unión libre.

También pudimos observar que la principal fuente de ingresos, la edad de las pacientes y de sus cónyuges, los años de vida conyugal, fueron considerados como factores asociados a dicha disfunción, quizá con menos trascendencia o que nos reflejara menos importancia necesaria como para modificar el comportamiento de pareja.

Así mismo reflejándose la persistencia de la disfunción conyugal determinada por el inventario de Norton en los rubros de comunicación y afecto puesto que la presencia de una enfermedad de transmisión sexual como lo es el Virus del Papiloma Humano resulta de forma impactante para una pareja, de predominio para el sexo femenino y más aun sabiendo la importancia y trascendencia que tiene ésta entidad ya considerada como una enfermedad de salud pública.

Con lo que una información completa y profesional en etapas tempranas de la enfermedad puede minimizar la repercusión en el subsistema conyugal de estas parejas.

XII. RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos de tan sólo 100 pacientes de la U.M.F No 75 del IMSS, nos damos cuenta que existen factores sociodemográficos que pueden modificar la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano sin embargo hay que tomar en cuenta que dicho estudio se realizó cuando ya estaba confirmado el diagnóstico de dicha enfermedad de transmisión sexual por lo que sería conveniente investigar esta situación en un estudio de cohorte para evaluar el impacto que se tiene en el subsistema conyugal ya que probablemente pudiera existir una modificación en el comportamiento del mismo o quizá también una mayor asociación con más factores determinantes.

También sería de vital importancia realizar un estudio no solamente a la pareja si no también a los hijos que de alguna manera tienen que enfrentarse con la problemática de sus padres.

Así mismo debemos de considerar uno de los pilares que se encuentra en el ámbito de la medicina familiar como lo es la prevención, por medio de pláticas y capacitaciones de cómo podemos prevenir enfermedades de transmisión sexual a través de educación desde los grupos de adolescentes para disminuir la prevalencia de Ca Cu por VPH en México como son:

- Promover el uso del preservativo para evitar el contagio de alguna enfermedades de transmisión sexual
- Promover la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humana en aquellas adolescentes entre 9 y 12 años de edad.
- Promover la detección oportuna del Virus del Papiloma Humano mediante la realización de Papanicolaou y/o colposcopia.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vives SA., Sarquella GJ. Infecciones de transmisión sexual. *Medicine*. 2010; 10(61): 4202-11.
- (2) Walboomers J, Jacobs M, Manos M, Bosch X, Kummer A, Shah K *et al*. Human Papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:13-19.
- (3) Cutts F, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G *et al*. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bull World Health Organ* 2007; 85:719-726.
- (4) Gregory J., MD, MPH, and Holly Hartman-Adams, MD, West Virginia University Robert C. Byrd Health Sciences Center School of Medicine. Morgantown, West Virginia. Human Papillomavirus: Clinical Manifestations and Prevention. *American Family Physician*. 2010; 82(10): 1209-1214.
- (5) Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP, *et al*. Development and duration of Human Papillomavirus lesions, after initial infection. *J infect Dis* 2005; 191 (5):731-738.
- (6) Nauclear P, RyD W, Tomberg S, *et al*. Human Papillomavirus and Papanicolaou test to screen for cervical cancer [published correction appears in *N Engl J Med* 2008; 359 (15): 1637]. *N Engl J Med* 2007; 357 (16): 1589-1597.
- (7) Bosh Fx, Burchell AN, Schiffman M, *et al*. Epidemiology and natural history of human Papillomavirus infections and tipe-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine* 2008; 26 (suppl 10): k1-k16.
- (8) Muñoz N, Bosch Fx. Cancer del Cerviz y virus del Papiloma Humano: evidencia, epidemiología y perspectivas para su prevención. *Sal Púb Méx* 1997; 39: 388-396.
- (9) Castellanos MR. Cáncer Cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. *Rev Fac Med UNAM Vol 46 No 2 marzo-abril 2003*; 63-66.
- (10) Wen LM, Estcourt CS, Simpson JM, Mindel A. Risk factors for the acquisition of genital warts: are condoms protective? *Sex Transm infect*. 1999; 75(5):312-316.
- (11) Tirado-Gómez L, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2005; 47:342-350.
- (12) De Villiers EM. Relationship between steroid hormone contraceptives and VPH, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *Int J Cancer* 2003; 103: 705-708.

- (13) Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Villegas RA, Medina E, Csendes A. Diet, smoking and reproductive history as risk factor for cervical cancer. *Rev Med Chil* 2001; 129: 597-603.
- (14) Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffeta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. *IARC Sci Publ* 1997; 138: 65-176.
- (15) Dzul-Rosado KR, Puerto-Solis M, González-Losa MR. Cáncer cervicouterino: Métodos actuales para su detección. *Rev Biomed* 2004; 15:233-241.
- (16) Muñoz N, Bosch X, San José S, Herrero R, Castellsagué X, Shah D, et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518-27.
- (17) Capdeville-García D,¹ Martínez-Garza SG,² Gutiérrez-Constante S,² Coronado-Pérez H,³ Piña-Aguilar RE,² Gutiérrez-Gutiérrez AM. Detección del virus del Papiloma Humano en pacientes sin coilocitosis pero con cambios nucleares en citologías cervicales. *GAMO Vol. 8 Núm. 5*, septiembre – octubre 2009. Pág. 184-188.
- (18) Solomon D, Nayar R. The Bethesda System for reporting cervical cytology. Definitions, criteria and explanatory notes. New York: Springer, 2004.
- (19) De la Revilla L, Aybar R, de los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1994; 13: 73-76.
- (20) Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arrollo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en Atención Primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993; 11:459-460.
- (21) Varela R. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de Atención primaria. *Med Fam (and)* 2000; 1:29-32.
- (22) Programa de acción: Cáncer cervico uterino. 1ra edición. 2002; 19.
- (23) Anzures CR., Chávez AV., García PM., Pons AO. *Medicina Familiar*. 2008: 411-412.
- (24) Castellanos-Morales MR. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46:63-66.
- (25) Arias L, Herrera J. EL APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica*. 1994; 25: 26-8.
- (26) Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med gen Integr* 1997; 13(6): 591-5.

- (27) Bouche J, Hidalgo F. IV Curso de Experto Universitario en Medición y Orientación Familiar 2003-2004 1ra ed. Madrid (España): Ediciones Dykinson S.L; 2003.
- (28) Vocabulario de Terapia Familiar: Simo, Stierlin, Wynne. 1ra ed. Buenos Aires (Argentina): 1988.
- (29) Rangel JL, L. Valerio, J Patiño y M García 2004. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 47(1):24-27.
- (30) Rodríguez E, A Gea, M Gómez and J García 1996. APGAR questionnaire in the study of family function. Ate Primaria 17(5):338-341.
- (31) Bellón-Saameño JA, A Delgado-Sánchez, JD LunaDel Castillo y P Lardelli-Claret 1996. Validez y funcionalidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. Atención Primaria 18(6):289-296.
- (32) Consenso Académico 2005. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar 2005; 7 (Supl 1): s15-s19.
- (33) Boo-Vera Darinel, Martínez-Torres Jorge, Montesinos-Balboa José Eduardo .Influencia del consumo de Alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. RESPYN Vol 11Núm 2 abril-junio 2010.
- (34) Salazar-Colín E, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Archivos en Medicina Familiar Volumen 7(2) 45-48 mayo-agosto 2005.
- (35) Huerta GJ. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Pág.14-15.
- (36) Kornblit A: Somática Familiar. Barcelona, Gedisa, 1984.
- (37) Ingamells D: Crisis Intervention. A practitioner´s guide. Aus Fam Phys 1989; 18: 1393-1399.
- (38) Huerta GJ. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Pág.40-41.
- (39) Hernández-Hernández D, Apresa-García T, Alvarado-Cabrera I, García-Carrancá A, Guido-Jiménez M, González-Sánchez J *et al.* Virus de papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) y neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en mujeres de dos hospitales de la Ciudad de México. Rev Invest Clin 2002; 54:299-306.
- (40) Castro V., Arellano-Gálvez MC .Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Pública de México Vol 52 mayo-junio de 2010 Pág.207-212.

- (41) Reina J.C, Muñoz Nubia, Sánchez GI. El Estado del Arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colomb Med* 2008; 39(2): 189-195.
- (42) PAC GO-1. Programa de actualización continua de ginecología y obstetricia México; Intersistemas, 1992.
- (43) 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 de Mex* 2002; 44(5): 442-7.
- (44) Prendville W. Relación del virus del papiloma humano con el Cáncer. *Clínicas obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*; 1995(3); 551-60.
- (45) Heish A. The Clinical Significance of HPV. *Nurse Pract* 2003; 28(10): 8-18.
- (46) Vargas HV. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. *Ginecol Obstet Mex* 1996; (64): 411-17.
- (47) Hernández-Colin V, Aguilar-Cacho FJ, Toraño-Zamudio VH, Sandoval-Jurado L, Ceballos-Martínez ZI. Identificación de mecanismos de transmisión del virus del papiloma humano en mujeres infectadas. *Rev Enferm IMSS* 2006; 14:75-79.
- (48) Guía de Práctica Clínica. Prevención y Detección oportuna del Cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención. Pág.1-40.
- (49) Instituto Nacional de estadística y geografía. *Mujeres y Hombres* 2010. Pág.76.
- (50) López-Saavedra A, Lizano-Soberón M. Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología* 1(2006):31-55.
- (51) Sánchez-Hernández JA, Sánchez-Tapia JA. Infección por VPH y cáncer cervicouterino. *Rev Mex Patol Clin* 2005; 52(4):222-233.
- (52) González-Pacheco I, Latirgue T, Vázquez G. Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud Mental* 2008;31:261-270 julio-agosto 2008.
- (53) Hernández-Girón C, Smith SJ, Lorincz A, Arreola CC, Lazcano E, Hernández-Avila M, Salmerón J. Prevalencia de infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el Estado de Morelos. *salud pública de México* / vol.47, no.6, noviembre-diciembre de 2005.

XIV. ANEXOS

ANEXO (1)



FOLIO: _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ORIENTE ESTADO DE MEXICO.
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

Por medio de la presente autorizo Para participar en el proyecto de investigación titulo **“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LA U.M.F No. 75, I.M.S.S., NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MEXICO 2012”** Registrada y aprobada por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es conocer la Funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano de la U.M.F 75.

Se me ha explicado que mi participación consiste en la aplicación del cuestionario de Norton así como el de una Cédula de identificación para determinar la funcionalidad del subsistema conyugal

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficio. El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en lo que considere conveniente, sin que ello afecte la asistencia médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad y confianza de que no se le identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que se obtenga del estudio y darme asesora de la forma correcta.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESISTA

ANEXO (2)



“INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FOLIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 75

CEDULA DE IDENTIFICACION

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar e investigar factores asociados a disfunción del subsistema conyugal en mujeres con Virus del Papiloma Humano de la U.M.F No 75 del IMSS.

Tiene una duración aproximada de 30 minutos.

INSTRUCCIONES

- Leer detenidamente y responder todas las preguntas.
- Escribir claramente en los espacios en blanco.
- Marque una sola respuesta por pregunta.

❖ **DATOS GENERALES.**

Folio: _____

❖ **DATOS DE LA ESPOSA.**

1.- **Edad:** _____

2.- **Ocupación:** (1) Hogar (2) Obrera (3) Empleada (4) Comerciante
(5) Profesionista (6) Otro

❖ **DATOS DEL ESPOSO.**

3.- **Edad:** _____

4.- **Ocupación:** (1) Hogar (2) Obrero (3) Empleado (4) Comerciante (5) Profesionista
(6) Otro

❖ **INFORMACION DE LA PAREJA.**

5.- **Estado civil:** (1) Casada (2) Unión libre (3) Otro

6.- **Años de vida conyugal:** _____

7.- **¿Tienen hijos?:** (1) Sí (2) No

❖ **ESTADO SOCIO ECONOMICO (GRAFFAR).**

8.- Profesión del jefe de Familia:

- (1) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- (2) Profesionista técnico, mediano comerciante, o de pequeña industria, etc.
- (3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- (4) Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- (5) Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

9.- Nivel de instrucción de la madre:

- (1) Universitaria o equivalente.
- (2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- (3) Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
- (4) Educación primaria completa.
- (5) Primaria incompleta, analfabeta.

10.- Principal fuente de ingresos:

- (1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- (2) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales.
- (3) Sueldo quincenal o mensual.
- (4) Salario diario o semanal.
- (5) Ingresos de origen público o privado (subsidios).

11.- Condiciones de la vivienda:

- (1) Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- (2) Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- (3) Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias.
- (4) Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.
- (5) Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

12.- **¿Cónyuge que aporta el gasto en su hogar?** (1) Esposo (2) Esposa (3) Ambos
(4) Otro.

Observaciones:

15. INVENTARIO CONYUGAL DE NORTON INTEGRADO.

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar e investigar el subsistema conyugal en mujeres con infección por Virus del papiloma humano de la U.M.F No 75 del IMSS.

Tiene una duración aproximada de 30 minutos.

INSTRUCCIONES.

- Leer detenidamente y responder todos los enunciados.
- Marque una sola respuesta por cada enunciado de acuerdo al número correspondiente.

INVOLUCRAMIENTO	NUNCA	RARAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Me gusta estar con mi pareja				
2.- Estoy dispuesto a dejar de hacer lo que me gusta, si se trata de hacer algo importante para mi pareja				
3.- Me agrada que pasare con mi pareja muchos años más				
4.- Siento orgullo de presentar a mi pareja con mis amigos y compañeros				
5.- Creo que me casaría con la misma persona si tuviera la oportunidad de hacerlo				
6.- Haciendo un balance, son más las satisfacciones que las penas en mi matrimonio				
7.- Siento que mi matrimonio me ayuda en mi desarrollo personal				

COMUNICACIÓN	NUNCA	RARAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Me siento bien cuando discuto mis preocupaciones con mi pareja				
2.- Mi pareja y yo decimos lo que deseamos el uno al otro				
3.- Para ponernos de acuerdo, mi pareja prefiere dialogar conmigo				
4.- Siento que mi pareja entiende las cosas importantes que trato de comunicarle				
5.- Mi pareja y yo, generalmente tenemos algo que decirnos, pero también podemos estar callados y relajados sin sentimientos incómodos				
6.- Puedo saber cómo se siente mi pareja aunque no me lo diga con palabras				
7.- Me siento capaz de decirle a mi pareja cualquier cosa que sea importante				

EXPRESIÓN AFECTIVA	NUNCA	RARAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Siento que me esfuerzo por demostrar a mi pareja lo que quiero				
2.- Siento que mi pareja se esfuerza por demostrarme lo que quiere				
3.- Mi pareja y yo reconocemos las cosas buenas que hacemos el uno por el otro				
4.- Cuando pido algo que deseo mi pareja lo acepta o lo rechaza; de todas formas me siento con la confianza de pedirlo				
5.- Creo que el intercambio de pequeñas caricias en nuestro matrimonio está balanceado				
6.- Creo que el número de conductas cariñosas que intercambiamos está balanceado				
7.- Creo que el número de conductas cariñosas que intercambiamos incluye la mayor parte de mis deseos				

TAREAS	NUNCA	RARAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Creo que la división de trabajos en nuestro matrimonio está balanceada, aunque no sea exactamente igual				
2.- Confío en que mi pareja hace lo acordado después de una negociación				
3.- Cumplo constantemente con lo que corresponde de las labores domésticas				
4.- Cuando repartimos las labores del hogar, mi pareja y yo buscamos la mejor solución para ambos, más que tratar de lo que individualmente nos conviene				
5.- Las peticiones de mi pareja son generalmente justas, por eso me siento confortado con situaciones a las que debo negarme				
6.- Los acuerdos a los que llegamos son bastante claros, de manera que yo sé cuando he hecho mi parte y cuando mi pareja ha hecho la suya				
7.- A menos que suceda algo extraordinario, yo sé con una semana de anticipación las tareas que me corresponden en casa, de manera que puedo planear como usar mi tiempo libre				

TOMA DE DECISIONES	NUNCA	RARAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Me siento con la autoridad para tomar decisiones independientes en las tareas que considero importantes para mi autonomía				
2.- Me parece bien que mi pareja tome algunas decisiones independientes				
3.- Cuando tomamos una decisión compartida cumplimos con lo acordado sin regresar continuamente al mismo tema para discutirlo nuevamente				
4.- Conozco perfectamente mis áreas de responsabilidad, así como las que corresponden a mi pareja				
5.- Siento que cuando tenemos que decidir algo entre los dos, mi pareja y yo consideramos los deseos del otro				
6.- Siento que cuando hay que tomar una decisión, mi pareja escucha respetuosamente mi punto de vista				
7.- Mi pareja y yo sentimos generalmente que hemos tomado la decisión correcta; esto es, que no hemos descuidado asuntos importantes de los problemas que intentamos resolver juntos				

RESPUESTA ANTE CONFLICTOS	NUNCA	RARAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Siento que mi pareja y yo tenemos no más que el promedio de peleas y desacuerdos				
2.- Cuando peleamos generalmente enfocamos el asunto que nos ocupa y evitamos amenazas y calificativos				
3.- Después de una pelea nos ponemos de acuerdo y raras veces nos vamos a dormir sin habernos reconciliado				
4.- Sé que mi pareja trata de contener su enojo y no utiliza tácticas de lucha en forma importante				
5.- Siento que puedo expresarme enojo libremente cuando algo me trastorna en forma importante				
6.- La mayor parte de nuestros asuntos en nuestro matrimonio, son manejados pacíficamente, ya que es raro que entremos en conflicto				
7.- Cuando algún conflicto ha terminado, buscamos la manera de acercarnos el uno con el otro				

Gracias por su participación!!!!