



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 SAN ÁNGEL

IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN MARITAL ANTE EL
DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN
MUJERES DE 20-35 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NO. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA" IMSS.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MONICA JAIMES VILLALOBOS



MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“IMPACTO DE LA SATISFACCION MARITAL ANTE EL
DIAGNOSTICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MONICA JAIMES VILLOBOS

DR. MIGUEL OCTAVIO SILVA BERMÚDEZ
**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8. SAN ÁNGEL**

AUTORIZACIONES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
DRA. BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8 SAN ANGEL

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
DR. FERNANDRO CRUZ CASTILLO
Especialista en Medicina Familiar
H.G.Z.No. 8 “San Angel”

ASESOR CLINICO DE DE TESIS
Dr. HUGO SANCHEZ
Especialista en Ginecología y obstetricia
H.G.Z.No. 8 “San Angel”

ASESOR DE TEMA TESIS
Dr. Moisés Huerta Ríos
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Sub especialidad en Colposcopia

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DRA- BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
IMSS. H.G.Z. No. 8 “San Ángel”

ASESOR DE TEMA TESIS
Dra.Maria Guadalupe Guiza Soria
Especialista en Pediatría
IMSS. H.G.Z. No. 8 “San Ángel”

AGRADECIMIENTOS:

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir, aprender y estudiar una carrera y postgrado.

A mis padres

Que han estado conmigo llevando e iluminando mi camino, tolerando y brindado todo su apoyo incondicional, motivándome para ser mejor ser humano cada día.....con todo mi amor.

A mi hermana

Por tolerar los momentos difíciles, por su ayuda y apoyarme en todo.

A los profesores y asesores

Por su enseñanza y asesoría durante la especialidad

A mis compañeras y amigas

Por lo que me enseñaron y aprendí con ellas

A todos
Gracias

ÍNDICE

1. Resumen	7
2. Abstract.....	11
3. Introducción.....	16
4. Marco Teórico.....	16
5. Objetivos.....	47
6.Hipotesis.....	48
7.Justificacion.....	49
6. Material y Métodos.....	51
7. Resultados.....	62
8. Discusión.....	64
9. Conclusiones.....	66
10. Bibliografía.....	74
11. Anexos	78

**IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN MARITAL ANTE EL DIAGNÓSTICO DE
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE 20-35 AÑOS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA” IMSS.**

I. RESUMEN:

El matrimonio, la unión legal y/o religiosa entre individuos, sirve para estabilizar una relación ofreciendo, al menos en teoría, a los participantes, seguridad, satisfacción de múltiples necesidades y un estatus social, esto se logra mediante un compromiso entre las dos partes. Universalmente se otorga a esta figura de unión una forma de obtener física, moral, emocional y económicamente un cierto nivel de seguridad. Este nivel se logra con la colaboración de los miembros de este contrato que, de acuerdo a la cultura y época jugarán diversos roles buscando mediante la cooperación alcanzar estas nuevas metas.

Sin embargo, y a pesar de la constante dedicación en la búsqueda de la felicidad en el matrimonio, mucha gente parece perder la satisfacción cuando se casa, o cuando han llegado los hijos, o bien, cuando existen muchos años de vida en pareja.

Creemos que de plantearse de forma más clara las expectativas individuales y exponer lo que se está dispuesto a dar antes de “firmar” este contrato se lograrían grandes mejoras en la expectativa de vida de estas uniones y relaciones más armoniosas mientras dure la unión.

En el presente trabajo se buscó determinar si existen alteraciones en la vida marital de mujeres de 20-30 años de edad una vez que se les informa sobre el diagnóstico de virus de papiloma humano.

Para el estudio se capturaron 157 pacientes del Hospital General de Zona no. 4 “Luis Castelazo Ayala” con diagnóstico positivo para el virus del papiloma humano en mujeres de 20-35 años de edad. La estadística descriptiva se realizó por

medio de frecuencias, porcentaje y media, describiendo éstos resultados por medio de cuadros y gráficas.

De un total de 157 pacientes encontramos que para el número de parejas sexuales una media de 5.22 y una mediana de 5.00 moda= 3.0 con un rango de 16, rango mínimo 1 y rango máximo de 17, la mayoría tenía vida sexual activa desde los 15 años y tarde hasta los 20, la mayoría para el momento del diagnóstico tenía como mínimo dos años de vida sexual activa y la uqe más cerca de 15 años.

Entre otras cosas encontramos que debe concientizar a la población femenina que inicia vida sexual activa sobre la importancia de realizarse la toma de citología cervicovaginal en una forma periódica de acuerdo a factores de riesgo como es el inicio de vida sexual y el número de parejas sexuales además entendemos que deberían estar informadas de forma tal que el diagnóstico no altere la dinámica en pareja.

OBJETIVO: Determinar si existen alteraciones en la satisfacción marital y la comunicación marital en la población femenina de mujeres de 20-35 años posterior al diagnóstico del virus del papiloma humano.

MATERIAL Y METODOS: Se capturaron 157 pacientes del Hospital General de Zona no. 4 “Luis Castelazo Ayala” con diagnóstico positivo para el virus del papiloma humano en mujeres de 20-35 años de edad, las pacientes cuentan con la característica de ser derechohabientes del IMSS y se encuentran en edad reproductiva. Durante el periodo que se realizó el estudio; se realizaron las encuestas en base a cuestionarios ya validados de satisfacción marital, seleccionando de éstas el número requerido para el tamaño de la muestra de acuerdo a la fórmula estadística para estimar proporciones. La estadística

descriptiva se realizó por medio de frecuencias, porcentaje y media, describiendo éstos resultados por medio de cuadros y gráficas.

RESULTADOS: Se realizó el estudio a 157 pacientes femeninas del H.G.Z. No.4 “LCA” contando con diagnóstico positivo para el virus del papiloma humano, que comprenden la segunda y tercera década de la vida, en donde se pudo observar que la presencia del virus del papiloma humano, en cuanto a su transmisión, incubación y modo de adquisición altera la satisfacción marital así como la comunicación marital, dado que en nuestro país aún cuenta con raíces machistas en donde la problemática y adjudicación de culpa se le denomina a la mujer, no haciendo consciencia que la transmisión del virus se incrementa con el número de parejas sexuales y de no responsabilizarse de su vida sexual, con medidas de protección (métodos de planificación familiar), que no solo evitan la concepción sino que también evitan la transmisión de enfermedades venéreas, chequeos periódicos con su medico y de mantener una vida sexual plena, de compromiso con la pareja y de asumir responsabilidades.

Se reporta que de un total de 157 pacientes encontramos que para el numero de parejas sexuales una media de 5.22 y una mediana de 5.00 moda= 3.0 con un rango de 16, rango mínimo 1 y rango máximo de 17.

Para VSA en años, una media de 7.74 años mediana 8años y una moda de 8 años, con un rango de 13 años, rango mínimo de 2 años y rango máximo de 15 años.

Edades, con una media de 27.55 años, moda de 20 años y mediana de 28 años. Con un rango de 15 años, rango mínimo de 20 años y un rango máximo de 35años.

CONCLUSIONES: El impacto de la enfermedad en México nos obliga a considerar indicadores que permitan evaluar con mayor precisión los costos económicos y sociales ante el diagnóstico del virus del papiloma humano.

Hacer consciencia en la población que dicho diagnóstico se puede evitar en cuanto se lleve una vida sexual plena, con control de la promiscuidad, número de parejas sexuales y exposición a los factores de riesgo. Realizar campañas para toma de citologías vaginales con respuesta y manejo oportuno de las enfermedades presentadas, así como de realizar mayores programas de difusión de dicha lesión y de documentar que dicha lesión cuenta con un periodo de incubación de hasta 20 años, por lo que en cualquier etapa del inicio de la vida sexual se pudo contraer el virus.

Actualmente la citología Cervicovaginal es una prueba aceptada para la detección de lesiones precursoras del cáncer invasor del cuello uterino, como es la infección por el virus del papiloma humano, y es propuesta para practicarse de forma anual a mujeres con vida sexual activa y cada 6 meses en caso de encontrarse positiva a imagen de virus del papiloma humano para un adecuado seguimiento. Debe concientizarse a la población femenina que inicia vida sexual activa sobre la importancia de realizarse la toma de citología cervicovaginal en una forma periódica de acuerdo a factores de riesgo como es el inicio de vida sexual y el número de parejas sexuales.

Es necesario para las instituciones de salud medir y evaluar la efectividad de las intervenciones a fin de establecer intervenciones en la atención a la salud.

SUMMARY:

The marriage, the legal and/or religious union between individuals, serves to stabilize a relation offering, at least in theory, to the participants, security, satisfaction of multiple necessities and estatus social, this is obtained by means of a commitment between the two parts. Universally a form is granted to this figure of union to obtain physics, moral, emotional and economically a certain level of security. This level is obtained with the collaboration of the members of this contract that, according to the culture and time will play diverse rolls looking for by means of the cooperation to reach these new goals. Nevertheless, and in spite of the constant dedication in the search of the happiness in the marriage, much people seem to lose the satisfaction when house, or when the children have arrived, or, when many years of life in pair exist. Let us think that to consider of form clearer the individual expectations and to expose what has been arranged to give before "signing" this contract they would manage great improvements in the life expectancy of these unions and more harmonious relations while lasts the union. In the present work one looked for to determine if years of age exist alterations in the marital life of 20-30 women once it inquires to them on the diagnosis of human virus into papiloma. For the study 157 patients of the General Hospital of Zone no. 4 captured themselves "Luis Castelazo Ayala" with positive diagnosis for the virus of papiloma human in 20-35 women years of age. The descriptive statistic was made by means of frequencies, average percentage and, describing to these results by means of pictures and graphs. Of a total of 157 patients we found that for I number of

sexual pairs 5,00 a medium average of 5,22 and one of fashion = 3,0 with a rank of 16, minimum rank 1 and maximum rank of 17, the majority had active sexual life from the 15 years and late until the 20, the majority for the moment of the diagnosis had like minimum two years of active sexual life and uqe more near 15 years. Among other things we found that it must concientizar to the feminine population that initiates active sexual life on the importance of being made the taking of cervicovaginal cytology in a periodic form according to risk factors as it is the beginning of sexual life and the number of sexual pairs in addition we understand that they would have to be informed so that the diagnosis does not alter dynamics in pair. OBJECTIVE: To determine if alterations in the marital satisfaction and the marital communication in the feminine population of 20-35 women exist subsequent to years the diagnosis of the virus of papiloma human. MATERIAL And METODOS: 157 patients of the General Hospital of Zone no. 4 captured themselves "Luis Castelazo Ayala" with positive diagnosis for the virus of papiloma human in 20-35 women years of age, the patients count on the characteristic of being rightful claimants of the IMSS and they are in reproductive age. During the period that was made the study; the surveys on the basis of questionnaires already validated of marital satisfaction were made, selecting of these the number required for the sample size according to the statistical formula to consider proportions. The descriptive statistic was made by means of frequencies, average percentage and, describing to these results by means of pictures and graphs. RESULTS: The study to 157 feminine patients of the H.G.Z. No.4 "LCA" was made counting on positive diagnosis for the virus of papiloma human, that includes/understands

the second and third decade of the life, in where it was possible to be observed that the presence of the virus of papiloma human, as far as its transmission, incubation and acquisition way alters to the marital satisfaction as well as the marital communication, since in our country still it counts on machistas roots in where problematic and the awarding of fault denominates the woman to him, making conscience that the transmission of the virus is not increased with the number of sexual pairs and not taking responsibility of its sexual life, with protection measures (methods of familiar planning), that nonsingle avoid the conception but that also they avoid the periodic transmission of venereal diseases, controls with his medico and to maintain sexual a life total, of commitment with the pair and to assume responsibilities. It is reported that of a total of 157 patients we found that for I number of sexual pairs 5,00 a medium average of 5,22 and one of fashion = 3,0 with a rank of 16, minimum rank 1 and maximum rank of 17. For VSA in years, an average of 7,74 years medium años and one fashion of 8 years, with a rank of 13 years, minimum rank of 2 years and maximum rank of 15 years. Ages, with an average of 27,55 years, medium fashion of 20 years and of 28 years. With a rank of 15 years, minimum rank of 20 years and a maximum rank of 3 años. CONCLUSIONS: The impact of the disease in Mexico forces to us to consider indicators that allow more accurately to evaluate the economic and social costs before the diagnosis of the virus of papiloma human. To make conscience in the population that this diagnosis can be avoided as soon as takes a total sexual life, with control of the promiscuity, numbers of sexual pairs and exhibition to the risk factors. To make campaigns for taking of vaginal cytologies with answer and oportune handling of the

presented/displayed diseases, as well as to make greater programs of diffusion of this injury and to document that this injury counts on a period of incubation of up to 20 years, reason why in any stage of the beginning of the sexual life could be contracted the virus. At the moment the Cervicovaginal cytology is a test accepted for the detection of precursory injuries of the invading cancer of the uterine neck, as it is the infection by the virus of papiloma human, and is propose to practice of annual form to women with active sexual life and every 6 months in case of it found positive to image of virus of papiloma human for a suitable pursuit. It must be concientizar to the feminine population that initiates active sexual life on the importance of being made the taking of cervicovaginal cytology in a periodic form according to risk factors as it is the beginning of sexual life and the number of sexual pairs. It is necessary for the institutions of health to measure and to evaluate the effectiveness of the interventions in order to establish interventions in the attention to the health.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existe diferencia en el impacto de la satisfacción marital y la comunicación marital ante el diagnóstico del virus del papiloma humano en mujeres de 20-35 años que acuden a la consulta del servicio de Colposcopia en el Hospital General de Zona no. 4 “Luis Castelazo Ayala” IMSS?

INTRODUCCIÓN

MARCO TEORICO

- **SATISFACCION MARITAL**

A través de la mayor parte de la historia occidental, la sociedad en forma general apoya el matrimonio y la familia, ya que ambos aspectos con “bienes” que se mantienen de manera continúa en nuestra sociedad cambiante.

Tanto el matrimonio como la familia, poseen valores que se basan en creencias religiosas, enseñanzas personales y tradiciones sociales, sin embargo, en este siglo XXI, se observa y se deja entrever, que ambas instituciones, que son sólidas y valiosas para la sociedad, pierden su fuerza de alguna u otra forma, de modo que en el matrimonio moderno experimenta rápidos y numerosos cambios.

A raíz de lo anterior, ha surgido una preocupación real y que cada vez toma mayor fuerza e interés de investigación. Tal factor es el relacionado con la satisfacción marital.

El matrimonio necesita y significa satisfacción de muchas necesidades: de seguridad, de esperanza de garantía ante la sociedad. Brinda una solución aceptable a los deseos individuales de cada miembro de la pareja, desde diversos puntos de vista, tanto moral, emocional y físico.

Sin embargo, y a pesar de la constante dedicación en la búsqueda de la felicidad en el matrimonio, mucha gente parece perder la satisfacción cuando se casa, o cuando han llegado los hijos, o bien, cuando existen muchos años de vida en pareja.

Como se ha podido observar, formar un matrimonio y una familia, acarrea que tanto hombre como mujer, se formen expectativas diferentes acerca de lo que son ambos conceptos.

Por naturaleza humana, hombre y mujer piensan, creen, funcionan e interactúan de manera diferente. Sin embargo, cuando se unen este hombre y mujer deciden forman un matrimonio y deben de estar conscientes que cada uno puede sufrir cambios en su vida, no significando esto, inestabilidad en la vida emocional.

Aún en la vida íntima deben de tener en cuenta que este aspecto es uno de los más importantes de su vida en común.

“Hombre y mujer deben de aprender a aceptarse y a conocerse, sin esperar a que les sean ofrecidas fórmulas hechas”.(1). Cada uno de los miembros de cada una de las parejas tienen una individualidad propia, pero cuando se encuentran y se aman, debe impulsárseles a la búsqueda de la personalidad real del otro para hacer posible la aceptación y la convivencia.

Tanto hombres como mujeres esperan de su relación (matrimonio) que las expectativas que tenían de manera individual sean cubiertas dentro de la nueva relación que empiezan. Es en ésta medida de que se puede hablar de satisfacción o insatisfacción marital, es decir; si se cumplen o no estas expectativas.

A propósito de las expectativas, Richard Klemer (1978) propone que para que exista una buena satisfacción marital, y que el llama felicidad en el matrimonio, aún después de casarse, es simple si se acepta un principio: “Para lograr satisfacción en cualquier cosa (y especialmente dentro del matrimonio), primero usted debe saber lo que espera, así como también lo que esperan de usted,

entonces debe hacer lo que de usted se espera, mejor de lo que los demás pensaban. Si lo que esperan es demasiado, si no se aclara qué es lo que espera de usted, o incluso si no esperan demasiado, no es probable que usted obtenga mucha satisfacción” (2). Lo anterior tiene que ver con premisas básicas acerca de: demasiadas expectativas; estas tienen su origen en la niñez y en la adolescencia, en estos periodos, tanto las actitudes como los valores se condicionan de tal manera que adquieren un dominio emocional en cada uno de los individuos. Aquí pueden darse una gran cantidad de factores que afectan al matrimonio ya que cuando uno de los integrantes se da cuenta de que su compañero es incapaz de satisfacer sus expectativas, sobrevienen las dificultades.

Este tipo de expectativas “irreales” disminuyen la satisfacción en el matrimonio.

El papel que cada uno de los miembros de la pareja desempeñe dentro de su familia, tiene un vínculo tal, con las expectativas, que pueden ser causa tal, que en matrimonios modernos exista una “disminución de felicidad”.

Ambos miembros que forman una pareja, deberían de tener expectativas más reales, al mismo tiempo que una iniciativa más creativa en lo que respecta a su relación de pareja.

Otra premisa existente, es la que se denomina como expectativas confusas; estas expectativas confusas, se refieren a que uno o en ambos miembros de la pareja, no están clarificadas del todo las ideas y los papeles que deberán desarrollar dentro de su matrimonio. Este tipo de confusión conduce a una ambivalencia psicológica, que a su vez puede obstaculizar la satisfacción marital. (3). Si la pareja estuviera totalmente de acuerdo en cuanto a los papeles que se esperan el

uno del otro, una mayoría considerable de matrimonios, sería un poco o un mucho más estables.

La siguiente premisa tiene que ver con las expectativas insuficientes; en épocas algo recientes, la satisfacción de alguno de los miembros de la familia no deja crear suficientes expectativas. Es en ese punto cuando los miembros de la pareja son personas ya de edad, pero jóvenes aún para desempeñar algún trabajo o actividad que les haga crecer y no carecer de realización y satisfacción.

La siguiente y última de las premisas que sostiene Klermer es la que denomina como expectativas diferentes; aquí la importancia de las expectativas que cada uno de los cónyuges lleva al matrimonio, es vital, ya que pueden desencadenarse, malos entendidos y una mala comprensión entre la pareja. Cada individuo lleva al matrimonio una serie de expectativas condicionadas de hombre y de mujer, de actitudes y valores que son importantes emocionalmente para cada uno de ellos, ya sea de manera consciente o inconsciente.

Haring B. (1966), plantea al matrimonio y a la familia caracterizados por la diferencia entre hombres y mujeres y su coordinación recíproca. Esto es, como se desempeña cada uno en el matrimonio y cuales son sus diferencias estructurales. El hombre incorpora la interiorización femenina, se complementan ambos en el mutuo enriquecimiento a nivel interior. Ayudan a la construcción de su mundo exterior y de su mundo interior, esto no es exclusivo de las relaciones matrimoniales. Los estudios hacen mención a la familia; describiéndola y analizando las relaciones causales y la orientación terapéutico social.

Para la mayoría de los hombres, la familia es el factor esencial de la virtud y de la felicidad, primero en la infancia, tiempo de su formación, después en edad adulta, en el hogar que ellos fundan. La familia forma a los hijos y sostiene a los adultos. Se considera a la familia como el principio de la continuidad social y la manera de conservar las tradiciones humanas, es decir; “es el elemento conservador de la civilización” (5). Esta familia se encarga de transmitir al individuo las aportaciones de la tradición, esto es, irlo formando paso a paso.

Continuando con el lineamiento general de la familia, es necesario aclarar cual es la importancia de la reiteración de este aspecto. Se ha analizado a la familia como un sistema al que se denominará matrimonio y en el cuál existe el satisfactor o no satisfactor que a la presente investigación interesa.

Pues bien, se considera a la familia como un sistema abierto, no estático que autorregula sus pautas de interacción en base a los acontecimientos externos e internos. Existen dentro de este proceso, periodos de equilibrio u otro de cambio y transformaciones.

Si es rígida una estructura, y no es posible dar lugar a roles y funciones acordes al ciclo vital, de manera que no permite la individualidad y el crecimiento de la familia, una crisis surgida, evolutiva, no encuentra solución, se congela en síntomas individuales o en crisis familiares importantes.

Enfoque:

En nuestra sociedad se considera como camino único para construir una familia al matrimonio. Sin embargo, se puede observar como cada vez existen más parejas que dan estabilidad a su relación sin la necesidad del matrimonio.

El casarse significa para unos realizar un matrimonio conveniente, para otros es unirse a una persona que posea las cualidades que él o ella consideran ideal, para otros es casarse enamorado, sin ver defectos e inconvenientes que pueda tener la persona elegida. Lo curioso es que, no importa cual de éstas razones haya sido la fundamental para casarse, la vida conyugal puede resultar éxito o bien fracaso.

El amor es uno de los muchos elementos más importantes que dan continuidad a la pareja y cuando éste se acaba o disminuye se empieza a crear conflictos y problemas en la pareja que en ocasiones obstaculiza o destruye por completo la posibilidad de establecer el vínculo afectivo.

La estabilidad entre los miembros de la pareja y el elemento amor son fuentes de satisfacción o insatisfacción en el matrimonio. Una fuente de conflicto de una pareja que se encuentra ya establecida, es “el desconocimiento que tenemos de la persona de la que nos hemos enamorado primero y con quién ahora hemos constituido una pareja”. (Alvarez Gayou), por un lado plantea que solo se ven las cualidades de la persona y por otro lado se convierten de potenciales defectos en cualidades positivas.

Cuando una relación de pareja se establece, la comunicación juega un papel importante y trascendental en la relación de ambos y si ésta permanece ausente reciente sus efectos en la relación afectiva. También se proponen dos aspectos primordiales en la comunicación, el primero se refiere al poder explicar otro

sentimiento y temores, y el segundo se refiere a la capacidad de detenerse a pensar la respuesta al mensaje que se envió.

Para Berni (1977), el hombre y la mujer deben de estar conscientes de que sufrirán un cambio importante en su vida. El amor y la comprensión son elementos de su teoría, del mismo modo que el tacto para decir las cosas en lo íntimo. Ambos miembros deben aceptarse y conocerse sin dejar de lado la propia individualidad de cada individuo.

La capacidad de sufrir cambios en la vida de cada miembro de la pareja, no significa inestabilidad en la vida emocional. La búsqueda de la personalidad real del otro, impulsará la aceptación y la convivencia, esto será la satisfacción o insatisfacción marital.

Para Alvarado A (1987), el cumplimiento de las expectativas antes y después del matrimonio son las fuentes de la satisfacción o insatisfacción en el matrimonio.

Para William Betcher (1989), la disposición para el esparcimiento es vital para una relación satisfactoria, así como el aspecto sexual y propone la comunicación como fuente para renovar el matrimonio. Por su parte, Pick y Andrade (1988), toman tres indicadores de la satisfacción marital, la interacción con el cónyuge, los aspectos emocionales y de estructuración y organización del cónyuge, son la base medular de una satisfacción –insatisfacción marital.

Definiciones de matrimonio unidos a la satisfacción:

Un matrimonio no es en sí ni bueno ni malo., depende de cada miembro de la pareja el éxito o el fracaso del mismo. El matrimonio es una cosa por hacer, no una cosa hecha. La voluntad que tengan los cónyuges, forjará los cimientos de un verdadero matrimonio.

Dos seres reconocen que son distintos tanto moral como intelectualmente, el aceptarse, vivir y convivir. Con esas diferencias es lo que a diversos aspectos interaccionales, dan como resultado, que se den varias definiciones a este respecto.

Algunas de ellas son las siguientes:

Para Johnson, H.M. (1967) “el hecho esencial respecto del matrimonio es que una relación estable en la que se permite socialmente a un hombre y a una mujer tener un hijo, sin pérdida de su reputación en la comunidad. El derecho de tener hijos implica derecho de las relaciones sexuales. Según una definición escrita del matrimonio se deben dar otras dos condiciones: una regular o normal, cohabitación en la misma casa y cierto grado de cooperación económica” (7).

El matrimonio implica inevitablemente el experimentar momentos ásperos que se superan y que sirven como cimientos en las diversas etapas del ciclo vital de la familia.

Se puede asegurar que hay ciertas actitudes básicas para alcanzar y preservar el amor y la felicidad conyugal. La comprensión, la ternura, el mutuo respecto y la autonomía de cada uno de los cónyuges, además del compañerismo, el deseo de servir, la vivencia y orgullo de los logros compartidos, la apariencia física, el apoyo y estímulo en los momentos de adversidad, serán los factores que se entremezclen para obtener una satisfacción personal que tendrá como consecuencia que el amor conyugal se vuelva cada vez y cada día más fuerte y con un constante nutrimento.

La sensibilidad de cada uno de los miembros de la pareja, será una importante red de apoyo y ayuda para satisfacer las necesidades de su compañero y las suyas propias, para así poder lograr la afinidad certera, sólida y firme de su relación.

Para hablar de un matrimonio “ideal”, ambos cónyuges deben ver las cosas con los mismos ojos, es decir; llegar al matrimonio con el mismo tipo de expectativas y sabiendo lo que se esperan de cada uno de ellos. Cuando las discrepancias de expectativas son notorias, debe existir cierto grado de adaptabilidad, para que su camino tenga satisfacciones y recompensas, los cuales hagan sentir seguridad y protección para ambos y que a la vez rodee a la familia que han conformado. Además es necesario que surja comprensión en la vida en común, ya que con ésta, se podrán incorporar al sistema de los diversos aspectos o factores que intervienen a lo largo del ciclo vital de la familia.

Por lo tanto, se entiende como satisfacción marital, la comunicación de pareja y la sexualidad en el matrimonio; este ultimo entendido como una faceta señalada en el matrimonio, que adquiere importancia trascendental al no ser tomado como la simple unión de dos cuerpos, sino como una expresión completa de dos personas que superan una soledad individual y se hacen sentir un solo ser.

Factores importantes en la satisfacción marital: comunicación marital y vida sexual:

Se considera a la pareja, como una unión que está en constante cambio y desenvolvimiento. Para fines del presente estudio, se tomará a la pareja como un “todo”, tratándola de analizar en conjunto y no tomando a cada uno de los individuos por separado.

El Dr. Gilbert Tordjajn (1988), escribe: “la pareja humana no es, pues, la convivencia de dos individuos que mantienen relaciones de buena o mala vecindad (también en la cama), sino una realidad cuya cohesión es tal que se hace imposible comprender uno de sus dos elementos sin comprender primero el conjunto”.

El Dr. Tordjajn habla también de una disposición entre los miembros de la pareja, que es generalmente inconsciente en cuanto a roles o papeles que cada uno de los miembros de la pareja desea que el otro desempeñe.

La comunicación interpersonal en la pareja, parece que se reduce con el paso de tiempo, como si su dominio fuera imposible o inalcanzable... Ya que el matrimonio es una interacción social y que se basa en un sistema compartido de significado entre los miembros de la pareja, cuando no hay significados, la interacción entre la pareja disminuye y aparecen diferencias entre ambos. La comunicación ha sido considerada como parte inherente del matrimonio, ya que si no existe ésta entre los cónyuges, la relación no tendrá éxito.

Se ha considerado que la comunicación marital es uno de los elementos más importantes para una interacción marital positiva. Esto se basa en la capacidad de compartir actitudes y creencias personales, así como cantidad y grado de información que se intercambia con ajuste marital y funcionalidad de la relación marital. A esta funcionalidad que va aunada con la comunicación, se habla pues, entonces, de la satisfacción o insatisfacción en el matrimonio.

Otro elemento importante dentro de la interacción marital, y que en muchas ocasiones es causa de conflicto y desavenencia es el aspecto sexual.

Se da una mayor satisfacción cuando los miembros de la pareja proceden libremente en este aspecto. Las experiencias sexuales en el matrimonio se han ido incrementando por el paso del tiempo. Este aspecto se encara al igual que cualquier otro dentro del matrimonio. Pocas personas disfrutan de la actividad sexual en su matrimonio.

Pocas personas disfrutan de la actividad sexual en su matrimonio. Amor y sexo van unidos y no se pueden concebir como entidades separadas, "en los matrimonios más felices, el sexo es diversión "(Maslow 1954).

La sexualidad es un campo del conocimiento, que tiene más mitos y mal interpretaciones, pero a su vez es un área que despierta gran interés.

Los problemas sexuales en la pareja son causa importante no solo de la anulación o el divorcio. Estos pueden agravar cualquier otro tipo de problemas que existen en la pareja.. La desavenencia marital es tal vez la fuente más importante de la desdicha humana. No son tan extraños entonces, los diversos intentos que se han hecho a lo largo del tiempo para ayudar a estas parejas.

Como se mencionó en el principio del capítulo, hablar de matrimonio, pareja o vida en común, implica hablar de una gran cantidad de factores que en ésta intervienen, sin embargo, es necesario que se delimiten para fines de trabajo, cuáles son los factores fundamentales que se analizarán. Se ha visto como la comunicación marital y la actividad sexual de las parejas son los elementos principales y aunados a algunos datos sociodemográficos que intervienen en la satisfacción-insatisfacción marital a lo largo del ciclo vital de la familia.

Para aclarar un poco más el aspecto sexual en el matrimonio, se revisará el siguiente tópico de manera un tanto superficial.

- **COMUNICACIÓN MARITAL:**

Los problemas relacionados con la vida sexual desde el sustrato biológico hasta el psicosocial son piedra angular de la salud mental. La importancia que tienen los estudios de sexualidad humana resulta de reconocer que es un área fundamental en la salud integral del individuo como lo refiere la organización mundial de la salud, quien establece que la salud sexual es parte de la salud mental del individuo.

La comunicación marital y el estilo de la comunicación son considerados como relevantes en la conducta humana, pues abarcan la observación y el estudio de aspectos que van más allá de los procesos internos, dado que son manifestaciones observables de cómo se establecen las relaciones entre los individuos. En este sentido, Musitu, señala que la comunicación es uno de los fenómenos más genuinamente humanos, así el estudio y la sistematización de éstas manifestaciones observables entre los individuos explican, en gran medida la conducta humana. En otras palabras estas manifestaciones se dan a través de la comunicación y ésta tiene un efecto sobre la conducta, pudiéndose observar en las diferentes formas de las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones de mayor intimidad, como lo es : la relación de pareja.

Pick y Andrade realizaron el constructor de comunicación marital para la pareja mexicana mostrando que era una variable multidimensional encontrando seis dimensiones de comunicación e intercambio de información en las parejas: 1) Sentimientos, emociones y disgustos: se refiere a externar los sentimientos y

emociones propios del cónyuge, así como lo que le disgusta de la interacción con su pareja y lo que le da vergüenza, 2) Familia extendida: se refiere a la información que se da sobre la familia del cónyuge y sobre su propia familia, sobre su influencia en la relación de pareja y la manera de interactuar con ellos, 3) Vida Sexual: se refiere a la información sobre la actividad que lleva a cabo la pareja su satisfacción y su molestia. 4) Hijos: se refiere a la información sobre el cuidado y la educación de los hijos, así como las reglas que se les impone y las responsabilidades sobre ellos. 5) Relación Marital: se refiere a los aspectos generales en la interacción de la pareja, al tiempo dedicado al cónyuge y a la relación, lo que se piensa del otro, 6) Trabajo: se refiere a la información del trabajo fuera del hogar que cada cónyuge desempeña.

Analizar el contenido de la comunicación en pareja permite identificar sus carencias y sus recursos, así como crear técnicas de abordaje cuando la comunicación sea deficiente. Dentro de la comunicación en la pareja hay un elemento crucial para su buen funcionamiento: EL ESTILO DE COMUNICACIÓN, en este sentido no solo es importante que la pareja se comunique, sino la forma como lo hace. Desde luego hay parejas que tiene mucha comunicación, pero que solo sirve para generar más conflictos o para complicar aún más la situación marital disfuncional.

Pick y Andrade también estudia varios estilos de comunicación en la pareja: 1) POSITIVO: cuando alguno de los miembros de la pareja tiene una actitud abierta, quiere escuchar al otro tratando de comprenderlo, dándose intercambios, tanto de información como de ideas, con una expresión amable. Educada y afectuosa. 2) NEGATIVO: cuando alguno de los miembros de la pareja es conflictivo,

rebuscado y confuso ante situaciones de conflicto o desacuerdo, se desemboca en una comunicación inadecuada. 3) RESERVADO: cuando alguno de los cónyuges es poco expresivo al comunicarse crea barreras en el proceso asumiendo un rol pasivo, lo que desfavorece la comunicación. 4) VIOLENTO: cuando la comunicación de pareja se percibe como hostil, los cónyuges se mueven en situaciones de conflicto, de agresión verbal o física, afectándose irremediabilmente la relación y propiciando la ruptura; la violencia puede ser consecuencia de sentimientos anteriores o de sentimientos presentes y decepción. Así mismo Hawkins y Weinsberg consideran que el estilo de comunicación se refiere a la forma como el mensaje se da entre los cónyuges, mas que al contenido de la misma, refleja la calidad de la relación marital y puede ayudar a mantener de forma estable la relación conyugal.

En cuanto a la comunicación marital el estilo de comunicación y su relación con la vida sexual satisfactoria, Purnine y Carey encontraron que el ajuste sexual esta íntimamente ligado a la comunicación positiva de la pareja que tiene que ver con entendimiento mutuo y la capacidad para llegar a acuerdos.

El propósito de ésta investigación es detectar y comparar algunos factores de riesgo que puedan asociarse a la presencia de alteración en la comunicación marital y de la satisfacción marital.

- **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

La infección por el virus del papiloma humano (VPH), es considerada en la actualidad como una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial, principalmente en los países en vías de desarrollo. Se presenta

tanto en hombres como mujeres, predominantemente en la etapa reproductiva. En el año 2000 ya se estimaba que existían 270 millones de mujeres infectadas por VPH a nivel mundial. (13,14) Hoy en la actualidad prácticamente se acepta que es el principal precursor del cáncer cervicouterino, ya que ésta está considerada como una enfermedad de transmisión sexual, todo esto tiene mucha importancia ya que desde 1987 a 1990 México ocupó el primer lugar de mortalidad por CaCu, es la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer a partir de los 25 años de edad, y mueren alrededor de 12 pacientes/día y en el Instituto Mexicano del Seguro Social por cada 10 defunciones 4 son por CaCu (13).

Al VPH se le ha asociado con enfermedades benignas y malignas, prácticamente en cualquier parte del organismo. Hasta el momento se han descrito alrededor de más de 200 subtipos, siendo aproximadamente 30 los relacionados con problemas a nivel genital, produciendo desde lesiones benignas en piel, hasta en mucosas como la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), y hasta el CaCu. Aún cuando se sabe que es un virus antiguo, es en los últimos 20 años del siglo pasado y en lo que va del presente, cuando más se ha investigado acerca del VPH y aunque existen avances importantes en todas las disciplinas involucradas, continúa siendo un problema grave de salud pública, en el que debe de tomar parte un grupo multidisciplinario de profesionales en la salud, resaltando la importancia de que el clínico esté entrenado para participar en programas de prevención, así como actualizándose para evitar los errores de diagnóstico, tratamiento y el pronóstico de los mismos.(15,16,17)

- CARACTERISTICAS DEL VIRUS:

El VPH es un virus de DNA, cuya estructura es muy pequeña, pertenece a la familia Papoviridae, posee una cápside constituida por dos proteínas, en cuyo genoma se encuentran alrededor de 8000 pares de bases. Es exclusivamente escamotrofo y es como un plásmido extracromosómico de autorreplicación, llamado episoma. Las proteínas reguladoras especificadas por los genes virales tempranos (E y Fc) crean un brote inicial de replicación del episoma y producen otros genomas virales, que pasan a células vecinas. Estos plásmidos virales episódicos se replican conforme la célula huésped se divide, evitando la dilución del número de copias virales con el tiempo. El periodo de incubación puede variar de semanas a meses, (algunos autores hasta por más de 20 años), durante los cuales grandes zonas de epitelio ano genital son colonizadas por “infección latente” estable de VPH. (18,19)

La evolución de replicación episómica a viral productiva incluye la participación de permisividad celular, tipo de virus y estado inmunológico del huésped. Hasta el momento no es posible cultivar el VPH.

- EPIDEMIOLOGIA:

La evaluación citológica se ha utilizado en países desarrollados de manera masiva, éstas investigaciones han mostrado prevalencia de 0.3 a 1.6% de presencia de cáncer cervical así como de 3.5 a 6% de infección del virus del papiloma humano. La edad creciente, posición económica, número de parejas sexuales e inicio de vida sexual activa son indicadores que se relacionan a la presencia del virus del papiloma humano.

Con la introducción de campañas de detección adecuada con la citología vaginal se ha observado una disminución de la incidencia y mortalidad por CaCu, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasivas displasias o neoplasias intraepiteliales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitosos, Sin embargo, en muchos países en desarrollo, la incidencia de VPH ha aumentado espectacularmente, hablándose en ocasiones incluso de “proporciones endémicas” siendo esto atribuido a los siguientes factores: **aumento en el número de parejas sexuales, disminución en la edad de inicio de vida sexual activa.** En la actualidad, la infección por VPH constituye la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, así como la razón más habitual de consulta.

- CLASIFICACION DE LOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:

Se clasifican de acuerdo al riesgo relativo de producir cáncer: de alto poder oncogénico, mismos que se han implicado notablemente con los NIC de alto grado (NIC 2 y 3) y con el cáncer ano-rectal en ambos sexos, especialmente el CaCu y los de bajo poder oncogénico y que se asocian a lesiones o NIC de bajo grado (NIC 1) y a las verrugas genitales (condilomas). (19, 20,21)

Los virus de alto poder oncogénico más frecuentes son el 16 y el 18, el subtipo 16 se ha identificado en más del 50% de los casos de carcinoma epidermoide y el 18 se encuentra en mayor proporción en el adenocarcinoma.

Los virus de bajo poder oncogénico más comunes son el 6 y el 11. En las lesiones producidas por el VPH pueden estar involucradas virus tanto de bajo poder como de alto poder oncogénico (20,21).

- FACTORES DE RIESGO:

Son múltiples los factores de riesgo, sin embargo los de mayor importancia son los relacionados con el comportamiento sexual, tal es el caso del número de parejas sexuales y el inicio de la vida sexual antes de los 18 años, en virtud de la inmadurez de los epitelios de la zona de transformación.

Existe también cofactores que se ven implicados en la presencia de VPH, tales como el tabaco, la exposición a hormonales, el embarazo, la deficiencia nutricional, otras infecciones del tracto genital inferior e inmunodeficiencia. Las recidivas son mayores y la prevalencia del VPH en pacientes con inmunosupresión, como es el caso del VIH (SIDA), mismas que tienen un riesgo 5 veces mayor de adquirir VPH y de 7 a 8 veces mayor de presentar un NIC. En términos generales los factores de riesgo para la infección por VPH, son los considerados como factores de riesgo para el CaCu. (13, 14,26)

- PATOGENIA:

La principal vía de transmisión es la vía sexual y aunque en menor grado, se acepta la transmisión no sexual como fomites, instrumental, así como la transmisión horizontal y vertical, produciendo en esta aunque en bajo porcentaje infección laríngea del producto y menos frecuentemente en mucosas y piel. La vía de transmisión en infantes es controversial, inclusive debe descartarse el abuso sexual. (22, 23,24)

El virus penetra al organismo a través de micro traumatismos durante el coito o abrasiones de la piel y los viriones penetran en la capa basal y atraviesan la membrana celular, el genoma viral se transporta hacia el núcleo de la célula,

donde es traducido y transcrito, se codifican dos clases de proteínas específicas del virus, la transformación de las proteínas induce ciertas funciones de la célula huésped y hay proteínas reguladoras que controlan la expresión del gen viral dando lugar a una infección productiva o transformante.(24)

- HISTORIA NATURAL DEL VPH:

El periodo de incubación oscila entre 3 semanas y 8 meses, aunque algunos autores consideran un periodo de hasta más de 20 años.

La vía que seguirán las lesiones producidas por el VPH son regresión espontánea que ocurre hasta en un 80% de los casos, un 10% con persistencia de la lesión y solo un 5% progresarán a la siguiente etapa, en donde se ven involucrados virus de alto poder oncogénico. (26,27)

- MANIFESTACIONES CLINICAS:

A la infección por el VPH, se le considera como una enfermedad loco regional en virtud de que puede presentarse en diversas áreas del tracto genital inferior. Sus manifestaciones clínicas, el aspecto histológico y la historia natural dependen básicamente del **tipo viral, carga viral y el estado inmunológico del huésped.**

Las lesiones se manifiestan de múltiples formas dependiendo del sitio anatómico siendo las más frecuentes en la vulva como son: las lesiones acuminadas, las maculares, las papilares y en el cérvix: las maculares y difusas, evidenciadas como “epitelio blanco”. (19, 22, 26,27)

La infección productiva vegetativa es el proceso en el que ocurre replicación del virión en la superficie epitelial, con una alteración celular sustancial vinculada. La infección por VPH se mantiene latente con células basales, conforme las células

de la progenie empiezan a diferenciarse, se encuentra los primeros signos de expresión activa en capa parabasal. Las proteínas en transformación codificadas por los genes “tempranos” actúan como estímulo mitogénico y producen aumento de la división celular (acantosis) y subcrecimiento capsular (papilomatosis). La síntesis continúa de DNA dentro de las células parabasales e intermedias se observa microscópicamente como hipercromatismo leve, discariosis y retraso de la maduración superficial, pero a pesar de alguna similitud morfológica con displasia, las células que muestran una infección vegetativa tienen todavía un contenido de DNA diploide.

Dentro de la infección productiva se han descrito tres fases (26, 27,28)

- Latente
- Subclínica
- Clínica

Mismas que se encuentran independientemente o de manera conjunta en una misma paciente.

La fase LATENTE, esta etapa en realidad no existen lesiones evidentes en el tracto genital inferior y ha sido detectada previamente la presencia de VPH a través de métodos de biología molecular o histopatológicos.

La fase SUBCLINICA, es menos común que la anterior, clínicamente no se aprecian lesiones, estas solo se evidencian por colposcopia como pueden ser: zonas acetoblancas únicas ó múltiples de dimensiones variables por fuera ó dentro de la zona de transformación.

La fase CLINICA, cuya característica es la lesión evidente a la inspección, corresponde al 1% de las lesiones por VPH, es la más contagiosa y representa la

punta del Iceberg de un fenómeno complejo. Estas lesiones son únicas ‘‘o múltiples, pueden confluir con forma de cresta o coliflor, generalmente de color blanco y de diferentes dimensiones. La localización más frecuente en la mujer es en Vulva, introito, vagina, periné, región perianal, cérvix y uretra. En el varón: en la base del pene, ano, región perianal, uretra, glande, frenillo, prepucio, periné y escroto. (21, 23,25)

Es en esta fase en la que frecuentemente se presentan síntomas que dependen fundamentalmente de la localización, tamaño y número de las lesiones, siendo los más comunes el ardor, prurito, dispareunia y sangrado secundario a traumatismos. A principios del siglo pasado fue descrita una lesión condilomatosa gigante y que actualmente se le denomina TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN, en honor a quienes lo describieron y que corresponde a la confluencia de múltiples condilomas en forma de coliflor a nivel vulvar o del pene, existiendo la posibilidad de convertirse en carcinoma invasor.(26)

□ Fase Preinvasiva de la Neoplasia Intraepitelial Cervical : (28)

Las lesiones de la neoplasia cervical intraepitelial (NIC) son asintomáticas. La media de edad para esta neoplasia es a 10 años menor que la del cáncer invasivo del cuello uterino, que se ubica en 45-50 años, dado que estos trastornos celulares no producen ulceraciones en el cuello uterino, es usual que tampoco haya anormalidades de hemorragia uterina. En algunas mujeres la lesión causa fragilidad suficiente del epitelio para que se produzca hemorragia al contacto, por lo que la paciente atenta suele advertir goteo de sangre después de duchas vaginales, examen ginecológico o coito.

No hay síntomas en 60% de las pacientes con carcinoma in situ, amén de que más de 20% de las restantes tiene otras anomalías pélvicas que podrían explicar los síntomas.

Es por esto que se deduce la importancia de una adecuada y oportuna detección de virus de papiloma humano a sabiendas de que se considera una causa primordial de alteración o cambios que puedan conllevar a displasias graves o presencia de cáncer cervicouterino.

El examen físico no suele ser útil en el diagnóstico de virus del papiloma humano, dado que no hay signos característicos, a la palpación o inspección del cuello uterino, y únicamente se puede detectar mediante la visualización cuando se trata de infección con virus de papiloma humano que haya producido condilomas, y cuyas lesiones si son visibles a simple vista. En circunstancias inusuales suelen detectarse algunos cambios mínimos, como la exuberancia o convexidad florida de una erosión, así como de color blanquizco del epitelio, sin que dejen de ser infrecuentes.

- ❖ Evolución desde la displasia leve hasta carcinoma clínico y sus características más relevantes: (13,17,20,28)
 - NIC I. Displasia leve: Afecta a un tercio basal, la edad media de aparición es a los 21 años, en un 50% evoluciona tardando unos 5 años aproximadamente.
 - NIC II. Displasia moderada: Afecta a dos tercios basales.
 - NIC III. Grave. Carcinoma in situ: Afecta a más de dos tercios. La edad media en América latina son los 35 años y en un 60% avanza a carcinoma invasor, tarda unos 10 años aproximadamente.

- CARCINOMA MICROINVASOR: Afecta un espesor menor de 5x7mm. La edad media son los 41 años, y en un 100% evoluciona a formas clínicas en dos años.
- CARCINOMA INVASOR OCULTO: Tamaño mayor de 5x7mm sintomático. Edad promedio a los 43años.
- CARCINOMA CLINICO: Independientemente del tamaño, sintomático. Aproximadamente a los 51 años.

Cabe mencionar que no todas las displasias evolucionan hasta carcinoma invasor, existe un porcentaje de éstas que experimenta regresión espontánea sin tratamiento. Pero cuando más avanzadas es la enfermedad, más probablemente progresarán y menos probablemente regresarán. La duración total de la enfermedad desde la displasia leve a carcinoma invasivo, puede ser de 10 a 20 años.

Clasificación del Cáncer Cervicouterino según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (FIGO).

ETAPA	0	Carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial cervical.
ETAPA	I	Carcinoma limitado al cèrvix.
	Ia	Carcinoma microinvasor (preclínico, menor de 5x7mm).
	Ib	Lesiones que miden más de 5mm
ETAPA	II	Sobrepasa el cuello, pero no afecta la pared pélvica ni el tercio inferior de la vagina
	IIa	Afecta a 2/3 superiores de la vagina.
	IIb	Afecta parametrios.
ETAPA	III	El carcinoma afecta tercio inferior de la vagina, pared torácica o Vías urinarias.
	IIIa	No hay extensión hacia la pared pélvica
	IIIb	Extensión hacia la pared pélvica o compresión de vías

		Urinarias.
ETAPA	IV	El carcinoma invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se Extiende más allá de la pelvis.
	IVa	Afecta clínicamente a vejiga o recto.
	IVb	Metástasis a distancia.

- **METODOS DE APOYO DIAGNOSTICO:**

Dentro del protocolo, los métodos tradicionales son la citología exfoliativa cervicovaginal donde se realizan las interpretaciones tradicionales con la de Papanicolaou y recientemente con la clasificación de Bethesda, la colposcopia y el estudio histopatológico. Estos se han complementado en la actualidad con pruebas de biología molecular como captura de híbridos o reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que permiten la tipificación viral, a diferencia de los primeros que evidencian las alteraciones producidas por el virus. (24,27)

La citología sigue siendo el método de tamizaje más importante aún sabiendo sus limitaciones, ya que existe un porcentaje alto de negativos falsos, por lo que un resultado negativo no excluye la presencia del VPH, siendo conveniente realizar estudios complementarios como la colposcopia.

La colposcopia se recomienda hoy sistemáticamente para la valoración de mujeres con citologías cervicovaginales anormales y para el seguimiento de pacientes con antecedente de VPH y para el seguimiento de las mismas con lesiones como NIC y con antecedente de CaCu como tal, en combinación con la información citológica e histológica, la colposcopia modifica las opciones de tratamiento y la extensión anatómica específica de los diferentes procedimientos, ha permitido el uso confiable de métodos conservadores de tratamiento, ayuda al diagnóstico y la erradicación de la enfermedad, evitando la aparición de lesiones

malignas invasivas y conserva del aspecto estético, anatómico y funcional del tracto genitourinario.

DESCRIPTIVA	NIC	SISTEMA DE BETHESDA	PAPANICOLAOU
Normal	Normal	Normal	Clase I
Negativo com inflamaciòn	Atipia	CEASND2	Clase II
Displasia leve	NIC 1	LEI 3 bajo grado o IVPH	Clase III
Displasia moderada	NIC 2	LEI alto grado	Clase III
Displasia severa	NIC 3	LEI alto grado	Clase III
Carcinoma <i>in situ</i> (CIS)	NIC 3	LEI alto grado	Clase IV
Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor e invasor	Cáncer microinvasor e invasor	Clase V

TRATAMIENTO: (27,28)

El tratamiento esta encaminado a **eliminar las lesiones que produjo el VPH, más no la infección por virus del papiloma humano.**

No se dispone de un método perfecto para el tratamiento de las lesiones por VPH, la elección terapéutica depende de varios factores como la localización, la extensión y el número de lesiones, por otra parte es necesario conocer la experiencia, la destreza y los recursos con que cuenta el médico y principalmente la opinión de la paciente.

Existen métodos terapéuticos que deben ser aplicados por el médico y otros que pueden ser aplicados por la paciente, y se catalogan en: Invasivos y No Invasivos.

Se consideran **no invasivos**: agentes cáusticos (ácido tricloroacético 85%, podofilina, interferón, 5 fluoracilo al 5%, y el imiquimod (aldara), que es un inductor de citocinas, modificador de la respuesta inmune y que brinda un lapso mayor en la aparición de recidivas, cuando éstas se presentan, se utilizan en lesiones pequeñas, únicas o múltiples localizadas en zonas extensas, antes de realizar algún tratamiento no invasivo se recomienda tener presente las reacciones y efectos secundarios de estos medicamentos y hacerlos notar al paciente y los cuidados que debe tener muy presente a la paciente embarazada ya que algunos no están indicados en éste.

En los métodos **invasivos**: están los de escisión y destrucción tales como la: crioterapia (congelamiento con hidrógeno, óxido nítrico), la asa diatermia (realización de cono cervical con electrocirugía) y el uso de láser (usado principalmente en lesiones de mayor extensión como puede ser la vagina y región vulvar). Estos tratamientos deben ser aplicados por personal o médicos que hayan recibido capacitación adecuada tanto para el manejo del equipo como para elegir el mejor método y determinar si aplica un método o varios.

El VPH es capaz de producir lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado (LIE B y AG) como son para las lesiones de bajo grado el NIC 1 y de alto grado el NIC 2 y 3.

La LIEBG (NIC 1) puede presentar regresión espontánea hasta en el 80% de los casos es factible, brindarle la oportunidad de llevar solo seguimiento y vigilancia por espacio de un año con controles citocolposcopicos y dependiendo de la evolución se normara nueva conducta.

Para las lesiones de alto grado (NIC 2 Y 3) se recomienda dependiendo del tipo y extensión de las lesiones el uso de tratamiento invasivos o no invasivos. Algunos pacientes que cursan con infecciones por VPH, debido a la naturaleza y origen del problema y la mala información que tienen aun para médicos, experimentan secuelas psicológicas, expresando sentimientos de culpa y vergüenza que generan problemas con su sexualidad y en núcleo familiar, causando ruptura de la misma. El médico debe brindar asesoría adecuada, profesional y ética y de ser necesario apoyarse en otros profesionales de la salud para no afectar el pronóstico y la evolución física y mental de las pacientes.

- PAPEL DEL VARON EN LAS ENFERMEDADES REALACIONADAS CON EL VPH

El que estas enfermedades sean de transmisión sexual, implica la participación hetero u homosexual mínimo de 2 personas, lo que hace imperativa la revisión de los involucrados en la relación. El varón funge usualmente como transmisor, siendo la mujer quien desarrolla más frecuentemente las lesiones.

Es necesario considerar la exploración y la realización de la androscopía (también conocida como Penescopía), a la pareja sexual de las pacientes a quienes se les

ha diagnosticado infección por VPH, displasias o carcinomas, así como en caso de recidivas.

Otra razón no menos importante para realizar la androscopia, es la tranquilidad de ambos integrantes de la pareja. La utilidad de la citología de la uretra del pene es controversial y en cuanto a los métodos de tipificación viral aplican los conceptos considerados en la mujer que ya han sido mencionados.

Estudios realizados en pequeños grupos, han informado la presencia de VPH en piezas quirúrgicas de pacientes con carcinoma o hiperplasia prostática, por lo que se sospecha que la próstata pueda ser reservorio del VPH, al igual que las vesículas seminales y la uretra.(14,18,19)

El tratamiento debe instituirse en todos aquellos pacientes que presenten lesiones en fase clínica, no así en la fase latente y subclínica, a menos que en esta última se encuentre patología agregada o bien que el clínico lo considere necesario.

- VPH Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

Los informes de la relación del VPH y NIC son variables en función de la población y métodos utilizados por el autor. La prevalencia en pacientes con citología negativa es de aprox. 35-40%, aumentando en presencia del NIC: a mayor grado mayor prevalencia. Diversos estudios informan prevalencias del VPH que van desde los 60 al 90% encontrados en las lesiones de alto grado (NIC 2 y 3), mismas que con base a informes de estudios realizados en Europa sugieren, que son precedidas por la persistencia de virus de alto poder oncogénico. Actualmente se considera que las LIE de bajo y alto grado, corresponden a orígenes diferentes, remitiendo la mayoría de las primeras tendiendo persistencia o progresión la mayoría de las segundas. (23, 26,27)

Existe controversia en cuanto a si se tratan las LIEBG o solo llevar un seguimiento, a veces la decisión deberá individualizarse tomando en cuenta los factores que tenga la paciente, tales como la edad, paridad, etc.

En las lesiones de LIEAG, por el contrario el consenso es que deben ser tratadas y estudiar primeramente las muestras obtenidas bajo guía colposcópica y el resultado obtenido del procedimiento adecuado o aplicar el tratamiento quirúrgico definitivo en su caso.

Se considera que las LIEAG tardan alrededor de 10 años o más en transformarse en cáncer invasor, lo que nos da la posibilidad de interrumpir la historia natural de la enfermedad, si la paciente asiste a revisiones médicas, ofreciéndole tratamiento oportuno y adecuado, evitando las repercusiones personales de pareja, familiares, sociales, etc.

Es importante que tanto la paciente como su pareja, estén conscientes de lo que implica cursar con una infección por VPH e insistir en que modifiquen en la medida de lo posible los factores de riesgo que puedan ser modificados como el tabaquismo y la promiscuidad.

La fase clínica del VPH es la más contagiosa, sin embargo el virus puede transmitirse en fase latente y subclínica, el porcentaje de recidivas de las lesiones producidas por VPH es alto, situación que es conveniente comunicarle a la paciente antes y después de ser tratada.

La presencia de VPH puede generar a nivel genital únicamente una infección o bien asociarse a LIE de bajo o alto grado y hasta transformarse. Solo un bajo porcentaje de mujeres con infección por VPH evolucionan a cáncer cervicouterino.(27,28)

De acuerdo a diversos estudios, se habla de un 5 a 10% que evolucionan a cáncer invasor, si no son tratadas oportunamente son comunes los tratamientos innecesarios, incluyendo a mujeres jóvenes que no han tenido hijos, por lo que debe contemplarse la primera intención de realizar tratamientos conservadores.

El VPH asociado al embarazo no significa que esta deba interrumpirse (hasta el momento no hay estudios que digan que es teratogénico o que afecta con la fertilidad o el mismo curso del embarazo). La vía de interrupción del embarazo es controversial, de no existir lesiones evidentes en el momento del padecimiento del producto, este se puede llevar a cabo por vía vaginal.

- VACUNAS:

El desarrollo de vacunas contra el VPH es una prioridad para diversos grupos en todo el mundo. En la actualidad existen muchos proyectos a nivel mundial (inclusive en México en la UNAM se esta llevando a cabo uno), sobre la posibilidad de usar vacunas profilácticas, los avances en esta área son prometedores, sin embargo pasaran varios años antes de que se determine si se pueden utilizar con éxito en la población de riesgo y/o afectada.(26)

- PREVENCIÓN:

La medicina preventiva juega un papel importante y determinante y mas aun cuando la infección por VPH como se ha mencionado, esta directamente relacionada con el comportamiento sexual de los pacientes. La capacitación a la población en general debe contemplar el conocimiento de los factores de riesgo, además de las medidas preventivas como el uso del condón, especialmente cuando existe mas de una pareja sexual, ya que disminuyen el contagio de enfermedades de transmisión sexual agregadas a pesar de que no cubre todas las

superficies de riesgo durante el coito y de que no hay claras evidencias de que evite la transmisión del VPH. Muy importante también es el educar y/o capacitar al personal de la salud para que de esta manera se puedan llevar tratamientos específicos de una manera profesional y con toda la ética posible.(28)

OBJETIVOS

OBJETIVO DE LA GUIA CLINICA

El presente estudio se realiza con el fin de conocer los factores de riesgo que desencadenan la presencia del virus del papiloma humano así como las consecuencias que implica en la relación de pareja; es decir, en cuanto a su satisfacción marital y la comunicación de pareja. De la importancia que debe de proporcionar el médico ante el diagnóstico, tratamiento y prevención de dicha patología y de fomentar mayor difusión del virus del papiloma humano

III. c. OBJETIVOS DEL ESTUDIO GENERAL:

Determinar el impacto de la satisfacción marital y la comunicación marital ante el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano en mujeres de 20-35 años que acuden a la consulta del servicio de Colposcopia en el Hospital General de Zona no. 4 "Luis Castelazo Ayala" IMSS?

III. d. Objetivos Específicos:

- Describir el impacto en la relación de pareja ante el diagnóstico del Virus del papiloma Humano.
- Determinar la comunicación marital posterior al diagnóstico del Virus del Papiloma Humano.
- Describir y analizar la disfunción marital en las parejas con diagnósticos de Virus del Papiloma Humano.

HIPOTESIS:

El diagnóstico del virus del papiloma humano tiene impacto en la satisfacción marital así como repercusión en la comunicación marital en mujeres de 20-35 años que acuden a la consulta del servicio de Colposcopia en el Hospital General de Zona no. 4 "Luis Castelazo Ayala" IMSS?

HIPÓTESIS NULA:

El diagnóstico del Virus del Papiloma Humano no modifica la satisfacción marital ni repercute en la comunicación marital.

JUSTIFICACION:

De acuerdo a los índices de salud-enfermedad los padecimientos ginecológicos se han incrementado hasta un 10-15% exponencialmente; siendo en la actualidad dentro de las primeras causas el virus del papiloma humano en un porcentaje de hasta el 20% lo que hace un problema de salud pública.

En el que debemos de emplear todos los recursos físicos y humanos para minimizar las complicaciones tardías, ya que debido a los informes internacionales y con relación a la población de los estados unidos de América las cifras económicas se elevaron en un 40% aproximadamente, esto en los países en vías de desarrollo superaría cualquier economía ya que la esperanza de vida se ha incrementado, alargando los tratamientos; no solo afectando el ámbito económico sino de la vida familiar con su entorno causando una desestabilización y crisis que no llegan a ser superadas.

Es por esto que queremos relacionar lo tan importante de mantener una amplia información sobre el virus del papiloma humano y de sus repercusiones que pueden trascender en el sistema conyugal, su satisfacción sexual y la comunicación conyugal que mucha de las veces se ve truncada a falta de información y genera inestabilidad en la pareja. Dicha evaluación se llevara a cabo por el instrumentos elaborado por Pick y Andrade, que principalmente evalúa la satisfacción marital y la comunicación marital en sus diferentes áreas como son la comunicación, satisfacción sexual, afecto, vida sexual y toma de decisiones.

De esta forma podremos evaluar la repercusión que se tiene ante la satisfacción sexual como buena, regular o mala así como sus repercusiones en la

comunicación y poder crear estrategias que nos permitan mejorar la atención integral del paciente, sobretodo en el sistema conyugal, mejorando así las redes de apoyo que promoverían una calidad de vida mejor y el control de su padecimiento, evitando así la aparición de complicaciones de manera temprana.

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Hoja recolectoras de información
- Papel de impresión
- Lápiz
- Bolígrafos
- Gomas
- Computadora
- Tablas para aplicación del Test
- Copias fotostáticas
- Software de computadora (Microsoft Word, Excel)
- Hoja de consentimiento informado (anexo)

RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARAN

Investigador

Medico colposcopista del H.G.Z.No.4 "LCA"

Asistentes médicas

Personal de ARIMAC

TIPO DE ESTUDIO

PROSPECTIVO: la información se recogerà después de la planeaciòn de la investigación.

TRANSVERSAL: Se utiliza una sola medición.

OBSERVACIONAL: La investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DESCRIPTIVO: Se cuenta con una sola poblaciòn para describir el fenómeno a investigar .

DISEÑO DE ESTUDIO

UNIVERSO DE TRABAJO

Se realizará el estudio en todas las pacientes mujeres de 20-35 años de edad que acudan a la consulta externa del servicio de Colposcopia con diagnóstico del virus del papiloma humano. Que cumplan los criterios de inclusión, aplicándose los instrumentos de satisfacción marital y comunicación marital en un periodo comprendido de Mayo del 2006 a Enero del 2007 en el Hospital General de Zona no. 4 “Luis Castelazo Ayala” IMSS del turno matutino.

AMBITO GEOGRAFICO EN EL QUE SE DESARROLLARA LA INVESTIGACION:

Se desarrollara en el área de consulta externa del servicio de Colposcopia del turno matutino del H.G.Z.No.4 “LCA” de la delegación 03 suroeste del Distrito Federal.

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y EXCLUSION:

1.-Inclusión

- Ser derechohabiente de la consulta Externa de Ginecología y Colposcopia del Hospital General de Zona No.4 "Luis Castelazo Ayala"
- Mujeres que cuenten con el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano.
- Acudir a control en la consulta de Colposcopia
- Aceptar participar en el estudio
- Contestar el test en forma completa
- Edad de 20-35 años.
- Pacientes que tengan vida sexual activa
- Casadas o en unión libre

2.-No inclusión

- No derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social y del H.G.Z.No.4 "Luis Castelazo Ayala".
- Menores de 20 años o mayores de 35 años.
- Mujeres que acudan al servicio fuera de los periodos referidos para la realización del presente estudio.
- Mujeres que no mantengas vida sexual activa
- Que no acudan a control
- Con trastornos neurológicos o psiquiátricos.
- Pacientes dependientes
- Pacientes que no acepten entrar al estudio
- Mujeres Histerectomizadas

3.-Exclusión

- Pacientes que no completen el Test
- Mujeres con antecedentes de displasia cervical o diagnóstico previo de infecciones por VPH o CaCu.

ESPECIFICACION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

a) VARIABLE DEPENDIENTE

- Satisfacción marital
- Comunicación marital

b) VARIABLE INDEPENDIENTE

- Virus del Papiloma Humano

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Satisfacción Marital:

a) Definición conceptual: Es la evaluación subjetiva de aspectos específicos de la vida matrimonial, es decir, la actitud hacia la interacción marital y otros aspectos del cónyuge. (Pick y Andrade, 1988)

b) Definición operacional: Se medirá esta variable por medio de los puntajes del sujeto obtenidos en la Escala de Satisfacción Marital (ESM) de Pick y Andrade (1988).

Es definida como la actitud hacia la interacción marital y los aspectos del cónyuge, la cual incluye satisfacción con las reacciones emocionales de la pareja, la relación en si y los aspectos estructurales, tales como la forma de organización, de establecimiento y cumplimiento de las reglas en la pareja y la educación de los hijos

La satisfacción marital, va a depender del grado de autoconocimiento que cada uno de los miembros de la pareja tenga y, del nivel de desarrollo de su capacidad amorosa, puesto que el amor verdadero, según Jung es maduro e implica la expansión de la propia conciencia. Éste sólo existe cuando una persona conoce a la otra y comienza a tratarla como la persona que real-mente es, como un ser humano y deja de exigirle que se comporte como "él/ella piensa" que debe de ser, es decir, como su *Ánima* o *Ánimus* pro-yectado. Existen factores en todas las relaciones que coadyuvan a que la pareja se mantenga unida y satisfecha, mientras que hay otros que tienden a controvertirla y separarla (Sanford, 1998).

Por lo tanto, en la evaluación que realizan las parejas, es notoria una clara distancia provocada por el género del sujeto, lo que confirma que el matrimonio es considerado como un juego de roles recíprocos, por lo que la satisfacción marital depende de la congruencia entre la percepción que tienen los cónyuges, tanto de sí mismo como de su pareja, en cuanto a los roles que desempeñan. Esto confirma la necesidad de correlacionar los rasgos de feminidad, masculinidad y androgínia con los niveles de satisfacción marital.

COMUNICACIÓN MARITAL:

a) Definición conceptual

Comunicación es las formas o maneras positivas o negativas en que se transmite la información verbal en la pareja (Nina, 1991).

b) DEFINICION OPERACIONAL

La comunicación se evalúa según el puntaje del sujeto obtenido a partir de la Escala de Comunicación Marital de Nina.

En todo ser humano hay un impulso propio de comunicación que cubre y satisface algunas de sus necesidades, describiendo los diferentes tipos de la misma. Como resultado de su investigación, concluye que la multifacética manera de ser, del ser humano y la infinidad de técnicas y posibilidades de comunicación que posee, se manifiestan básicamente en el aspecto no verbal, que, definitivamente, es el más extenso y productivo, al igual que necesario para el humano, como ser social.

Koch (1998) describe como, en la interacción diaria de la pareja, cada uno de los miembros se encuentra en la necesidad de emplear estilos de comunicación específicos para establecer su relación. Después de llevar a cabo una revisión del desarrollo individual, desde el punto de vista Junguiano y de pareja, de acuerdo a Levinson y a otros teóricos, así como de estudios representativos sobre los estilos de comunicación en las parejas, concluye que los resultados obtenidos en su trabajo muestran que la actitud que mantiene el sujeto es decisiva para la forma en que lleva a cabo su comunicación, encontrando que existe una asociación indirecta entre el tiempo de casados de una pareja y el nivel de asertividad de la misma, así como una diferencia significativa entre el estilo de comunicación positivo y el tiempo de casados.

VARIABLE INDEPENDIENTE

La infección por el virus del papiloma humano (VPH), es considerada en la actualidad como una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial, principalmente en los países en vías de desarrollo. Se presenta tanto en hombres como mujeres, predominantemente en la etapa reproductiva. En el año 2000 ya se estimaba que existían 270 millones de mujeres infectadas por VPH a nivel mundial. Hoy en la actualidad prácticamente se acepta que es el principal precursor del cáncer cervicouterino, ya que ésta está considerada como una enfermedad de transmisión sexual, todo esto tiene mucha importancia ya que desde 1987 a 1990 México ocupó el primer lugar de mortalidad por CaCu, es la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer a partir de los 25 años de edad, y mueren alrededor de 12 pacientes/día y en el Instituto Mexicano del Seguro Social por cada 10 defunciones 4 son por CaCu

Al VPH se le ha asociado con enfermedades benignas y malignas, prácticamente en cualquier parte del organismo. Hasta el momento se han descrito alrededor de más de 200 subtipos, siendo aproximadamente 30 los relacionados con problemas a nivel genital, produciendo desde lesiones benignas en piel, hasta en mucosas como la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), y hasta el CaCu. Aún cuando se sabe que es un virus antiguo, es en los últimos 20 años del siglo pasado y en lo que va del presente, cuando más se ha investigado acerca del VPH y aunque existen avances importantes en todas las disciplinas involucradas, continúa siendo un problema grave de salud pública, en el que debe de tomar parte un grupo multidisciplinario de profesionales en la salud, resaltando la importancia de que el clínico esté entrenado para participar en programas de prevención, así como

actualizándose para evitar los errores de diagnóstico, tratamiento y el pronóstico de los mismos.

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Satisfacción marital : CUALITATIVA
- Comunicación marital CUALITATIVA

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Virus del Papiloma Humano: CUALITATIVA

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA

Se utilizó la cédula de registro (ver en anexos), la cual incluye nombre del paciente, edad, sexo, número de seguridad social, así como las preguntas sobre su satisfacción sexual y la comunicación de la pareja.

El formato fue llenado por el residente que atendió a la paciente, previamente el paciente o familiar firmó un consentimiento informado. Aunque la valoración no interfirió con el tratamiento del paciente.

DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 q}{E^2 p} \left[1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right) \right]$$

En donde:

n= tamaño muestral (157)

E= Error muestral (0.05)

Z=nivel de confianza (1.96)

p=valor de prueba éxito (0.10)

q= valor de probabilidad de fracaso (0.90)

N=universo (2000)

Se determinara con la formula para determinación del tamaño de la muestra para estimar proporciones

$$n = \frac{Z^2 q}{E^2 p} \left[1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right) \right]$$

Se estima prevaecía de Virus del papiloma Humano del 10 al 15%, por lo que se tomara para este estudio el 10%

$$p = 0.10$$

$$z = 1.96$$

$$q = 1-p = 0.90$$

$$d = (\text{coeficiente de confiabilidad}) (\text{error estándar}) = 0.05$$

$$n = 157 \text{ pacientes}$$

RESULTADOS

Se realizan encuestas a 157 pacientes, de acuerdo al tamaño de muestra especificada, de los cuales el 100% son de sexo femenino. De un total de 157 pacientes encontramos que las edades en estudio oscilan de los 20 a los 35 años, presentando para el número de parejas sexuales una media fue de 5.22%, una mediana 5.00%, una moda de 3%, con un rango de 16, rango mínimo de 1 y un rango máximo de 17.

Para la vida sexual activa (años) se reporta una media de 7.74 años, una mediana de 8 años y una moda de 8 años, con un rango de 13 años, rango mínimo de 2 años y un rango máximo de 15 años.

Para las edades se reportó una media de 27.55 años, una moda de 20 años, una mediana de 28 años, con un rango de 15 años, rango mínimo de 20 años y un rango máximo de 35 años.

Así mismo se reporta que para el tratamiento de VPH se reportó 77 pacientes (49%) recibiendo tratamiento conservador y 80 pacientes (51%) se manejaron con tratamiento bx cono.

Del VPH/ años se reportó 13 pacientes(8.3%) con diagnóstico previo de VPH de 1 año, 32 pacientes(20.4%) con diagnóstico de 2 años de antecedente de VPH, 26 pacientes (16.6%) con VPH de 3 años, 21 pacientes (13.4%) con VPH de 4 años, 11 pacientes (7.0%) con VPH de 6 años, 8 pacientes (5.1%) con VPH de 7 años, 6 pacientes (3.8%) con VPH de 8 años, 4 pacientes (2.5%) con VPH de 9 años, 7 pacientes (4.5%) con VPH de 10 años, 1 paciente (0.6%) con VPH de 11 años, 2 pacientes (1.3%) con VPH de 12 años.

En la escala de satisfacción marital previa al diagnóstico de VPH (sama) encontramos que 68 pacientes (43.3%) presentan mayor satisfacción marital, 57 pacientes (36.3%) presentan regular satisfacción marital y 32 pacientes (20.4%) mínima satisfacción marital.

En la escala de comunicación marital (coma) previa al diagnóstico de VPH se demuestra 62 pacientes (39.5%) con mayor comunicación, 64 pacientes (40.8%) regular comunicación, y 31 pacientes (19.7%) con mínima comunicación.

Y posterior al diagnóstico de VPH, se presenta una escala de satisfacción marital con las siguientes características:

6 pacientes (3.8%) con mayor satisfacción marital, 54 pacientes (34.4%) con regular satisfacción marital, y 97 pacientes (61.8%) con mínima satisfacción marital.

En relación con la comunicación marital (coma) se observa:

34 pacientes (21.7%) con mayor comunicación marital, 66 pacientes (42.0%) con regular comunicación marital y 57 pacientes (36.3%) de mínima comunicación marital. (ver anexos).

La encuesta realizada y los resultados obtenidos permiten también evaluar que área se encuentra más afectada dentro del sistema conyugal, enmarcadas por el instrumento utilizado para este fin.

Demostrando que los cambios que se observan alteran la satisfacción sexual y la comunicación de pareja enmarcadas por el instrumento utilizado para este fin.

ANALISIS

El instrumento utilizado para la valoración de la funcionalidad conyugal ante la presencia de un miembro dentro de este subsistema se encuentra con la presencia de Virus del Papiloma Humano, que ocupa en la actualidad una de las problemáticas de mayor demanda de atención en la mujer en edad reproductiva con vida sexual activa.

De acuerdo a la satisfacción marital(sama) antes del diagnóstico se observa que 68 pacientes (43.3%) presentan mayor sama, 57 pacientes (36.3%) regular sama, 32 pacientes (20.4%).

De la comunicación marital (coma) antes del diagnóstico del VPH se observa 62 pacientes (39.5%) con mayor coma, 64 pacientes (40.8%) con regular coma, 31 pacientes (19.7%) con mínimo coma).

De la satisfacción marital posterior al diagnóstico de VPH se observa 6 pacientes (3.8%) con mayor sama, 54 pacientes (34.4%) regular sama, 97 pacientes (61.8%) con mínimo sama.

De la comunicación marital posterior al diagnóstico del VPH se observa 34 pacientes (21.7) con mayor coma, 66 pacientes (42.0%) con regular coma, 57 pacientes (36.3%) con mínimo coma.

Con los resultados obtenidos, podemos observar la gran alteración que sufre el subsistema conyugal al reporte de la presencia del virus del papiloma humano en mujeres del grupo en estudio; es decir, como altera su satisfacción marital (sexual), así como la comunicación de pareja, confirmando que los factores de riesgo siguen siendo el inicio de una vida sexual temprana, número de parejas sexuales, múltiples infecciones, etc. Cabe destacar que la falta de información

sobre la transmisión del virus, su ciclo de vida y su periodo de incubación que oscila alrededor de 20 años, condicionan a una nula información, dicha falta de información y conocimientos; hacen pensar en la pareja factores de infidelidad, promiscuidad y condicionan a la ignorancia machista que hoy en día prevalece en las familias mexicanas.

Con los resultados obtenidos se puede observar que tanto en las áreas de satisfacción marital como de la comunicación se encuentran alteradas y presentan una repercusión sumamente agresiva al ser informados sobre el diagnóstico, y el comportamiento de pareja, los valores, la confianza, el placer sexual disminuyen en forma notoria.

De acuerdo para la medición de satisfacción marital (sama), se utilizó la prueba estadística de U de Mann-Whitney; en donde se rechaza hipótesis alterna con un valor de significancia $Z = -2.743$. por lo que podemos decir que P tiene un valor de $P = > 0.05$, por lo que hay diferencia estadísticamente significativa.

De acuerdo a la prueba estadística utilizada para la valoración de comunicación marital (coma), se utilizó la prueba de Willcoxon; en donde se rechaza la hipótesis alterna con un valor de significancia de $Z = -3.673$, por lo que podemos decir que P tiene un valor de $P = > 0.05$, por lo que hay diferencia estadísticamente significativa. (ver anexos)

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que la presencia de virus del papiloma humano con diagnóstico colposcópico presenta un gran impacto en las parejas mexicanas., donde se puntualiza que al saber el diagnóstico, y sus factores de riesgo alteran en la pareja la satisfacción marital y entorpecen la comunicación presentándose una alteración marcada en el cambio y la forma de discriminación en como después del diagnóstico se llega a valorar a la pareja, haciéndola culpable de la situación y del cambio formulado.

Es importante connotar que la presencia del virus y el manejo de la información de forma inocua genera grandes alteraciones en la pareja, por ende es necesario el concientizar a la población de la importancia que tiene el saber de cómo prevenir infecciones de transmisión sexual, de quitar ideas machistas que sobrepasan fronteras y que hacen culpables a la mujer.

Hacer consciencia en la población de que dicho diagnóstico se puede evitar en cuanto se lleve una vida sexual plena, con control de la promiscuidad, número de parejas sexuales y exposición a los factores de riesgo. Realizar campañas para toma de citologías vaginales con respuesta y manejo oportuno de las enfermedades presentadas, así como de realizar mayores programas de difusión de dicha lesión y de documentar que dicha lesión cuenta con un periodo de incubación de hasta 20 años, por lo que en cualquier etapa del inicio de la vida sexual se pudo contraer el virus.

Los años de vida saludable son indispensables para evitar la presencia de alteraciones en el ámbito conyugal, de ahí su importancia de responsabilizarse de

su vida sexual, la fidelidad a la pareja y de la difusión que se genere ante dicha problemática.

Es necesario para las instituciones de salud, medir y evaluar la efectividad de las intervenciones a fin de establecer prioridades en la atención de salud.

Es importante enfatizar que toda paciente con citología cervicovaginal con presencia de imagen del virus del papiloma humano es candidata a ser estudiada mas a fondo y a someterse a colposcopia con la subsecuente toma de biopsia dirigida de los sitios de lesión para el diagnostico microscópico adecuado y oportuno.

DIFUSIÓN QUE SE DARÁ A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.

De acuerdo a los resultados en el presente estudio nos permitimos proponer que se establezcan programas de difusión que aclaren las dudas, sobre las alternativas que existen para brindar una mejor vida sexual y evitar la presencia de múltiples infecciones de la pareja, encaminadas a proporcionar la satisfacción de los cónyuges y de su entorno, debiéndose hacer énfasis desde el noviazgo y haciendo hincapié que el tener relaciones sexuales debe de llevarse cabo con seguridad, consciencia y responsabilidad, asumiendo las responsabilidades y repercusiones a las que se pueden llegar a enfrentar, así mismo no confundiendo la libertad con el libertinaje que puede generar consecuencias fatales, encomendándose la tarea al médico familiar, quien deberá tener extenso conocimiento del tema para brindar una excelente participación como orientador sobre aspectos sexuales y de familia y poder observar una satisfacción adecuada a la pareja.

Una vez concluido el presente estudio se presentara en las sesiones médicas del HGZ/MF No.8 "San Ángel".

Se propondrá en las Jornadas Médicas de Medicina Familiar.

Se propondrá para su publicación en la Gaceta Médica de la UNAM

Se propondrá para su difusión en las jornadas del Consejo Mexicano de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

Es indudable que la medicina, como ciencia, debe sus avances a la experimentación. El progreso de la humanidad va de la mano con el desarrollo de las investigaciones científicas al servicio del hombre. La aplicación del Método científico ayuda a que el hombre vaya descubriendo los secretos de la naturaleza, con el fin de contribuir al bien de la humanidad. Cuando el científico experimenta debe hacerlo siempre con el propósito de que la humanidad progrese, y de que sea el hombre el ser humano el receptor de estos beneficios.

El presente protocolo se apega a las declaraciones que en materia de investigación, toma en cuenta la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio.

Declaración de Helsinki.

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y encomendada por la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia 1938) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (ONG Kong 1989).

Principios Básicos.

La investigación biomédica en seres humanos debe contar con los principios científicos generalmente aceptados y de debe basarse en experimentos bien realizados así como conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de

dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación.

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo este en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

La investigación debe proceder una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros, debe respetar el derecho a la integridad e intimidad del individuo.

Los médicos no realizaran investigación cuando los riesgos sean mayores que los beneficios.

Al publicar los resultados inherentes a la investigación se tiene la obligación de respetar su exactitud.

Cualquier investigación deberá otorgar información adecuada a cada persona participante en cuanto a los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Las personas deben ser informadas de que tienen la libertad para no participar en el experimento y para anular cualquier momento su consentimiento voluntario por escrito.

El consentimiento informado deberá darlo el padre o tutor legal en caso de incapacidad jurídica, física o mental, o cuando el individuo sea menor de edad.

El protocolo de investigación siempre mencionará las consideraciones éticas según el caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

*La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º., publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

*La Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987; en su Artículo 2º. Fracción VII, 68 fracción IV, 96 fracción I a VII, 97,98,99 y 100 fracciones I a VII; 101 y 102 fracciones I a IV, 103 y 115 fracciones V; 119 fracción I; 141,160,164 y 168 fracciones VI; 174 fracción I; 186 y 189 fracción I; 238, 321 y 324.

*El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987.

*El acuerdo con el que crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

*El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

*La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

*Los acuerdo 5/95 al 55/95 del 11 de enero 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización del Instituto.

*El manual de organización de la dirección de prestaciones médicas fechado en 1996

*Manual de Organización y operación del fondo para el fomento de la investigación médica (FOFOI), 1999.

*El acuerdo numero 27991 (19-IV-1991) del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social que establece la creación de la Jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del IMSS.

REFERENCIAS

REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Berni, R. (1977) "La vida sexual". México: Bruguera, S.A
- 2.-Klemer, R.H. (1978) "Encuentro hombre-mujer (madurez psicosexual para el matrimonio)".México: Pax Mex.
- 3.-Boch F. Sherman M, prevalence of human papillomavirus in cervical cancer, internacional Biological study, 1995.
- 4.-Álvarez-Gayou,J.L (1985)"La condición sexual del mexicano" México: Grijalbo.
- 5.-Leclerq,J. (1961) "La familia".Barcelona: Herder.
- 6.-Krebs H, Genital Human Papillomavirus infection. Clin. Obstet Gynecol 1989; 32(1):5-6
- 7.-Johnson,H.N.et all (1967) "Sociología y Psicología social de la familia". Buenos Aires: Paidós.
- 8.-Giraldo Neira O. (1986) "Explorando las sexualidades humanas" México: Trillas.
- 9.-Tordjman, G. (1988) "La pareja" México: Grijalbo.

10.-Alvarez –Gayou J.,L (1985) “La condición sexual del mexicano) México: Grijalbo.

11.-Bloos, B y Margaret (1980) “Sociología del matrimonio actual” México: Pax Mex.

12.- Foucault, M (1990) “Historia de la sexualidad. El uso de los placeres” México: Siglo XXI

13.- Alonso/ Lazcano/ Hernández, Cáncer Cervicouterino, Diagnóstico Prevención y control, ed Médica Panamericana, 1ra edición, Julio 2000. Buenos Aires Argentina.

14.-Apgar/Brotzman/ Spitzer, Colposcopia Principios y Prácticas, ed McGraw Hill, Interamericana, 1ra edición 2002.

15.-Chanen/ Dexus/De Palo, Patología y Tratamiento del Tracto genital inferior, ed Masson 1ra edición 2000. Barcelona.

16.-De Palo, colposcopia y Patología del Tracto genital inferior, ed Médica, panamericana, 2da edición 1997, España.

17.-Gross/Barroso, Human Papillomavirus infection a clinical atlas, Ed Ullstein Mosby, 1ra edition 1997. Alemania.

18.-Handsfield, H, Hunter, Enfermedades de transmisión sexual ,ed Marben, 21da edición 2002, Madrid,España.

19.-Koustsky I, Autt K, Wheeler C et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 196vaccine. N. Engl J Med 2002;347:1645-1651.

20.-Muñoz N, Bosch X, Sanosè S. Epidemiologic classification of human papillomavirus. Types associated with cervical cancer. New England J. Med 2003;348:518-527.

21.-Reeves WC, Brinton LA, García Met. al. Human Papillomavirus infection and cervical cancer in Latin America . New England J.Med 1989;320:1437-1441.

22.-Santiago, Pineda César, XII Reunión Internacional de Cáncer Cervicouterino y lesiones precursoras y IV Reunión Internacional de genética molecular e Inmunológica de VPH y lesiones cervicales, ed clínica de diagnóstico y prevención del cáncer de la mujer SA de CV, Diciembre 2001, Mèxico,D.F.

23.- Seidl, Stefan, Colposcopia practica compendio y Atlas, ed Masson 1ra edición 2000. Alemania.

24.-Trejo, Oscar y cols, Atlas de Patología Cervical, 1ra edición 1999, México.

25.-XVIII International Papillomavirus conference program and abstracts, VPH 2000. Barcelona.

26.-XXI International conference Papillomavirus and clinical Workshop 2004.

27.-Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales de Colposcopia. Interamericanas, McGraw Hill, 1ra edición 1993.

28.-Manual del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1998.

ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México DF. A _____ de _____ del 2006

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“El impacto en la satisfacción marital y la comunicación marital ante el diagnóstico de Virus del Papiloma Humano en mujeres de 20-35 años que acuden a la consulta del servicio de Colposcopia en el Hospital General de Zona no. 4 “Luis Castelazo Ayala” IMSS.”

Registrado en el comité local de investigación medica con el numero _____

El objetivo de este estudio es:

Hacer detección temprana de demencia para poder ser derivado para su estudio y tratamiento.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar las preguntas que me formularan de un test.

Declaro que se me ha informado sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de este estudio:

**Tiempo para contestar el test (aproximadamente 10 minutos máximo)*

**Detectar posiblemente demencia en forma temprana con la oportunidad de recibir atención oportuna.*

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y 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 y mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Dra . Mónica Jaimes Villalobos.

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

La forma como se califica este instrumento es la siguiente: a mayor puntaje, mayor satisfacción marital y a menos puntaje, menos grado de satisfacción marital., de ésta forma:

24x3=72	Máximo puntaje a obtener Indica mayor sama (satisfacción marital)
24x2=58	
24x1=24	Mínimo puntaje a obtener Indica menor sama (satisfacción marital)

SISTEMA DE CAPTACION DE INFORMACION:

CUESTIONARIO 1: ESCALA MEXICANA DE SATISFACCION MARITAL (ESM)

CUESTIONARIO 2: ESCALA DE COMUNICACIÓN PERSONAL MARITAL (COMA)

SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION

A) ESCALA MEXICANA DE SATISFACCION MARITAL (ESM)

Esta escala también llamada escala de sama, es un instrumento desarrollado para la población mexicana por SUSAN PICK DE WEISS Y PATRICIA ANDRADE DE PALOS, validada en 1988. En ella intenta medir los cambios en la percepción o en la posición del individuo, más que evaluar el estado del matrimonio en si. Una es en términos de ajuste en la pareja (SPAINER,1976; LOCKE y WALLACE, 1959) y

otra es en relación a las actitudes hacia la relación marital (BOWDEN, FRZIER y ROACH,1981), citados por PICK Y ANDRADE, 1988).

Este instrumento esta conformado por 24 reactivos que distinguen tres factores:

- Factor 1: satisfacción en la interacción con el cónyuge (S.I.C). Incluye 10 reactivos: del 1 al 8, el 10 y el 21 se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la relación que lleva con su pareja.
- Factor 2: satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (S.E.M) incluye 5 reactivos del 11 al 14 y 18, se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a las relaciones emocionales de su pareja.
- Factor 3: satisfacción en aspectos estructurales y de organización del cónyuge (S.E.S) incluye 9 reactivos: 9,15 al 17,19 y 22 al 24, se refieren a la satisfacción que un cónyuge expresa respecto a la forma de organización y el establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja.

Cada reactivo tiene tres opciones de respuesta:

(3) me gusta como esta pasando

(2) me gusta algo diferente

(1) me gusta muy diferente.

La forma como se califica este instrumento es la siguiente: a mayor puntaje, mayor satisfacción marital y a menos puntaje, menos grado de satisfacción marital., de ésta forma:

24x3=72

Máximo puntaje a obtener

Indica mayor sama (satisfacción marital)

24x2=58

24x1=24

Mínimo puntaje a obtener

Indica menor sama (satisfacción marital)

B) ESCALA DE COMUNICACIÓN PERSONAL MARITAL (COMA)

El instrumento para medir la comunicación personal marital, validada para población por PICK ANDRADE Y NINA ESTRELLA en 1987, es una escala constituida por 26 reactivos, que se refieren a los tres factores:

- Factor 1: comunicación sobre aspectos personales, incluye 12 reactivos: 1 al 12.
- Factor 2: comunicación con la pareja sobre aspectos sexuales y culpa, incluye 11 reactivos: 13 al 23.
- Factor 3: comunicación acerca de anticoncepción, incluye 3 reactivos: 23 al 26.

Cada uno de los reactivos de este instrumento cuenta con tres opciones de respuesta respecto a que tanto se le ha platicado al cónyuge al respecto, las opciones son las siguientes:

- 1) no se le ha platicado nada sobre esto
- 2) le he platicado regular sobre esto
- 3) le he platicado todo sobre esto.

La forma en que se califica este instrumento es la siguiente:

Como se describió para el instrumento anterior, en este también corresponde a mayor puntaje, mayor grado de comunicación personal marital y a menos puntaje menor grado de comunicación personal marital:

De esta forma:

$26 \times 3 = 78$ Máximo puntaje a obtener

Indica mayor coma

$26 \times 2 = 52$

$26 \times 1 = 26$ Mínimo puntaje a obtener

Indica menor coma.

RELACIONES CONYUGALES

CUESTIONARIO I.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de calificación. Por favor califique cada aspecto que se le pregunta:

Cada reactivo tiene tres opciones de respuesta:

(3) me gusta como esta pasando

(2) me gusta algo diferente

(1) me gusta muy diferente.

ASPECTO	CALIFICACION
<ul style="list-style-type: none">• EL TIEMPO QUE MI CONYUGE DEDICA A NUESTRO MATRIMONIO• LA FRECUENCIA CON QUE MI CONYUGE ME DICE ALGO BONITO• EL GRADO AL CUAL MI CONYUGE ME ATIENDE• LA FRECUENCIA CON LA QUE MI CONYUGE ME ABRAZA• LA FRECUENCIA CON QUE MI CONYUGE DA A MI APARIENCIA• LA COMUNICACIÓN CON MI CONYUGE• LA CONDUCTA DE MI CONYUGE EN FRENTE DE OTRAS PERSONAS• LA FORMA EN QUE ME PIDE QUE TENGAMOS RELACIONES SEXUALES• EL TIEMPO QUE DEDICA ASI MISMO (A)• EL TIEMPO QUE DEDICA A MI• LA FORMA COMO SE PORTA CUANDO ESTA TRISTE• LA FORMA EN QUE SE COMPORTA CUANDO ESTA ENOJADO• LA FORMA EN QUE SE COMPORTA CUANDO ESTA PREOCUPADO• LA FORMA EN QUE SE COMPORTA CUANDO ESTA DE MAL HUMOR• LA FORMA EN QUE SE COMPORTA CUANDO ESTA DE MAL HUMOR• LA FORMA COMO SE ORGANIZA MI CONYUGE• LAS PRIORIDADES QUE TIENE EN LA VIDA MI CONYUGE• LA FORMA COMO PASA SU TIEMPO LIBRE• LA RELACION DE MI CONYUGE CUANDO NO QUIERO TENER RELACIONES SEXUALES• LA PUNTUALIDAD DE MI CONYUGE• EL CUIDADO QUE MI CONYUGE LE TIENE A SU SALUD• EL INTERES QUE MI CONYUGE TRATA DE SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS• LAS REGLAS QUE MI CONYUGE HACE PARA QUE SE SIGAN EN CASA.	

CUESTIONARIO 2.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de calificación .Por favor califique cada aspecto que se le pregunta:

Calificación:

- 1) no se le ha platicado nada sobre esto
- 2) le he platicado regular sobre esto
- 3) le he platicado todo sobre esto.

ASPECTO	CALIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> • COMO ME ÉXITO SEXUALMENTE • LO QUE ME GUSTA SEXUALMENTE • LO QUE ME DISGUSTA SEXUALMENTE • MI ACTIVIDAD RELIGIOSA • LO QUE NECESITO PARA SER FELIZ • LAS COSAS DE MI APARIENCIA QUE ME GUSTAN MAS O DE LAS CUALES ESTOY ORGULLOSA (O) • LOS ASPECTOS FUTUROS QUE ME PREOCUPAN • MIS FORMAS USUALES DE LUCHAR EN CONTRA DE LA DEPRESION, ANSIEDAD Y ENOJO • FUENTES DE TENSION E INTENSIFICACION EN MI MATRIMONIO • LO QUE HAGO PARA MANTENER O MEJORAR MI APARIENCIA • MIS SENTIMIENTOS A INVOLUCRARSE EN ACTIVIDADES SEXUALES ANTES O FUERA DEL MATRIMONIO • LAS PARTES DEL CUERPO EN LAS QUE HE SIDO BESADA(O) • PENSAMIENTOS QUE HE TENIDO QUE ME CAUSESN REPULSION • MI ACTITUD ACERCA DE LA MASTURBACION • ASPECTOS EN LOS QUE PIENSO QUE MI CONYUGE PUEDE ESTAR DESADAPTADO (A) • MIS SENTIMIENTOS RESPECTO A SER TOCADO (A) POR PERSONAS DE MI MISMO SEXO • MI REACCION GENERAL FRENTE A UNA PERSONA DEL SEXO OPUESTO QUE ME ATRAE • UN CONOCIMIENTO DETALLADO DEMI VIDA SEXUAL, EL PRESENTE, ES DECIR; LOS NOMBRES DE MIS COMPAÑEROS (AS) SEXUALES EN EL PASADO, SI LOS HAY • AQUELLO DEL PASADO DE LO CUAL ME SIENTO MAS APENADO • SECRETOS RESPECTO A LOS CUALES ME SIENTO CULPABLE • EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR • CUAL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR USAR. 	

Anexo 3

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION:

Durante el periodo del estudio se revisaron 157 pacientes mujeres de un rango de edad entre los 20 a los 35 años, con presencia de virus del papiloma humano del Hospital de Ginecología y Obstetricia no. 4 “ Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, Distrito Federal, en dicho estudio se demuestra el impacto que presentan las parejas ante el diagnóstico del virus del papiloma humano en alguno de los cónyuges, es decir, sobre los factores de riesgo, número de parejas sexuales, inicio de vida sexual activa y número de infecciones vaginales; y que esto marca un cambio importante en la relación sexual y de comunicación en la pareja.

FRECUENCIAS

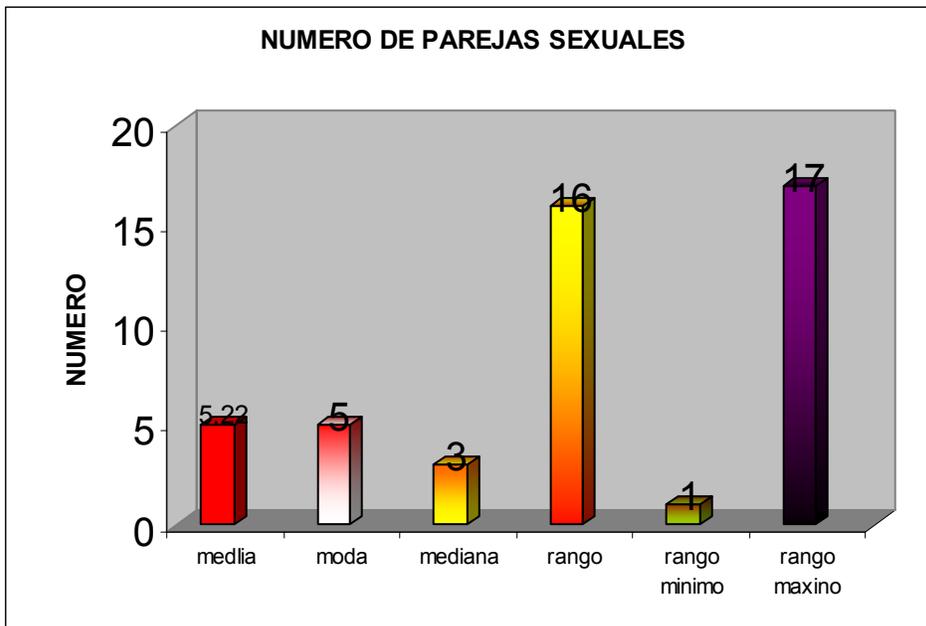
Statistics

		numero de parejas sexuales	vida sexual activa en años	edad
N	Valid	157	157	157
	Missing	0	0	0
Mean		5,22	7,74	27,55
Median		5,00	8,00	28,00
Mode		3 ^a	8	20
Range		16	13	15
Minimum		1	2	20
Maximum		17	15	35

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

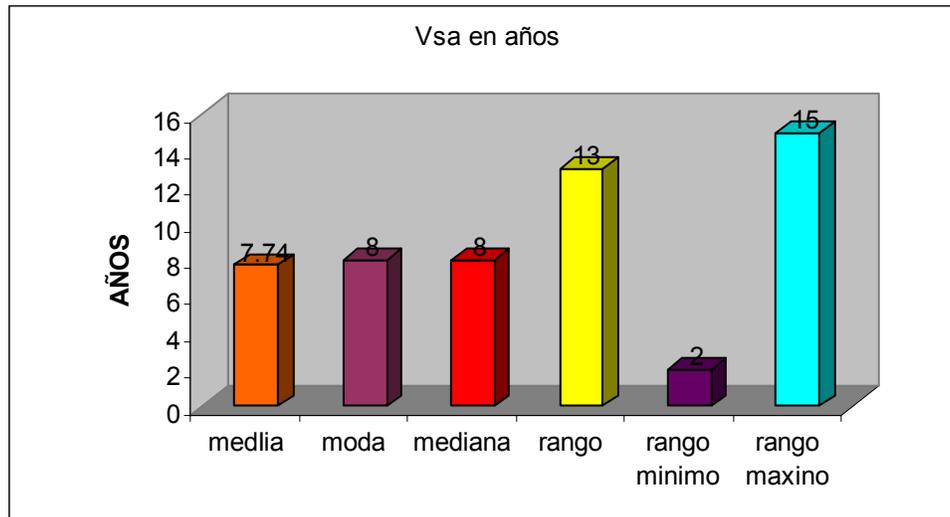
	parejas sexuales
media	5
moda	5
mediana	3
rango	16
rango mínimo	1
rango máximo	17



De un total de 157 pacientes encontramos que para el numero de parejas sexuales una media de 5.22, una mediana de 5.00 y una moda de 3.0, con un rango de 16, rango mínimo de 1 y un rango máximo de 17.

VIDA SEXUAL ACTIVA

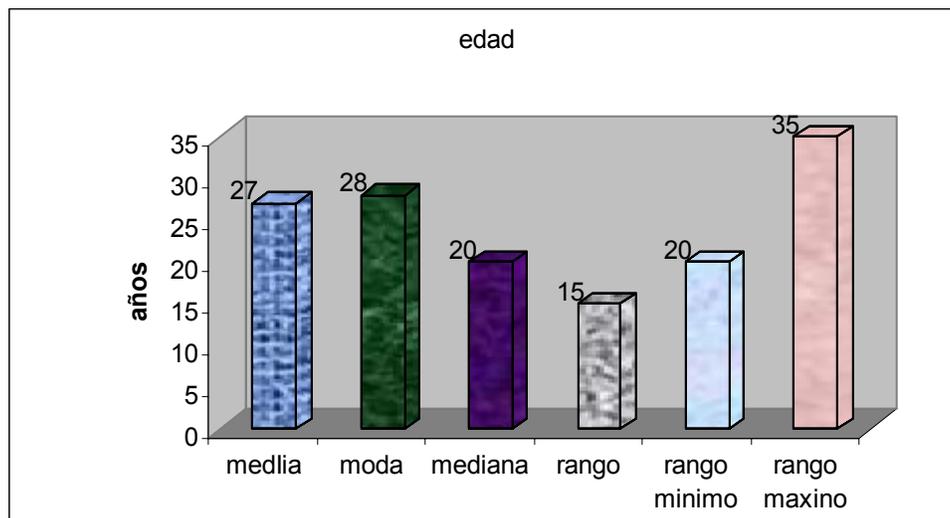
	Vsa en años
media	7.74
moda	8
mediana	8
rango	13
rango mínimo	2
rango máximo	15



Para la vida sexual activa en años encontramos una media de 7.74 años, una mediana de 8 años y una moda de 8 años, con un rango de 13 años, rango mínimo de 2 años y un rango máximo de 15 años.

EDAD

	edad
media	27
moda	28
mediana	20
rango	15
rango mínimo	20
rango máximo	35



Con respecto a la edad se reporta una media de 27.55 años, una mediana de 28 años y una moda de 20 años, con un rango de 15 años, rango mínimo de 20 años y un rango máximo de 35 años.

FRECUENCIA Y TABLA DE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

numero de parejas sexuales

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	8,3	8,3	8,3
2	23	14,6	14,6	22,9
3	24	15,3	15,3	38,2
4	17	10,8	10,8	49,0
5	24	15,3	15,3	64,3
6	12	7,6	7,6	72,0
7	8	5,1	5,1	77,1
8	12	7,6	7,6	84,7
9	4	2,5	2,5	87,3
10	6	3,8	3,8	91,1
11	2	1,3	1,3	92,4
12	6	3,8	3,8	96,2
13	2	1,3	1,3	97,5
14	1	,6	,6	98,1
15	2	1,3	1,3	99,4
17	1	,6	,6	100,0
Total	157	100,0	100,0	

En la tabla se observa el numero de parejas sexuales; de 13 pacientes (8.3%) solo tienen una pareja sexual, de 23 pacientes (14.6%) han tenido 2 parejas sexuales, de 24 pacientes (15.3%) 3 parejas sexuales, de 17 pacientes (10.8%) tienen 4 parejas sexuales, de 24 pacientes (15.3%) 5 parejas sexuales, de 12 pacientes (7.6%) 6 parejas , de 8 pacientes (5.1%) 7 parejas, de 4 pacientes (2.5%) 9 parejas, de 2 parejas (1.3%) 11 a 15 parejas sexuales.

FRECUENCIA Y TABLA DE VIDA SEXUAL ACTIVA

vida sexual activa en años

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	9	5,7	5,7	5,7
3	8	5,1	5,1	10,8
4	13	8,3	8,3	19,1
5	17	10,8	10,8	29,9
6	14	8,9	8,9	38,9
7	12	7,6	7,6	46,5
8	20	12,7	12,7	59,2
9	13	8,3	8,3	67,5
10	16	10,2	10,2	77,7
11	9	5,7	5,7	83,4
12	14	8,9	8,9	92,4
13	6	3,8	3,8	96,2
14	4	2,5	2,5	98,7
15	2	1,3	1,3	100,0
Total	157	100,0	100,0	

En la tabla se observa que de 9 pacientes (5.7%) llevan solo 2 años de VSA, de 8 pacientes (5.1%) 3 años de vsa, de 13 pacientes (8.3%) 4 años de vsa, de 17 pacientes (10.8%) 5 años de vsa, de 14 pacientes (8.9%) 6 años de vsa, de 12 pacientes (7.6) 7 años de vsa, 20 pacientes (12.7%) con 8 años de vsa, de 6 pacientes (3.8%) con 13 años de vsa, de 2 pacientes (1.3%) 15 años de vsa.

FRECUENCIAS Y TABLA DE FRECUENCIAS DE EDAD

edad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	15	9,6	9,6	9,6
	21	8	5,1	5,1	14,6
	22	8	5,1	5,1	19,7
	23	8	5,1	5,1	24,8
	24	4	2,5	2,5	27,4
	25	14	8,9	8,9	36,3
	26	9	5,7	5,7	42,0
	27	11	7,0	7,0	49,0
	28	12	7,6	7,6	56,7
	29	9	5,7	5,7	62,4
	30	6	3,8	3,8	66,2
	31	13	8,3	8,3	74,5
	32	12	7,6	7,6	82,2
	33	8	5,1	5,1	87,3
	34	8	5,1	5,1	92,4
	35	12	7,6	7,6	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mujer	157	100,0	100,0	100,0

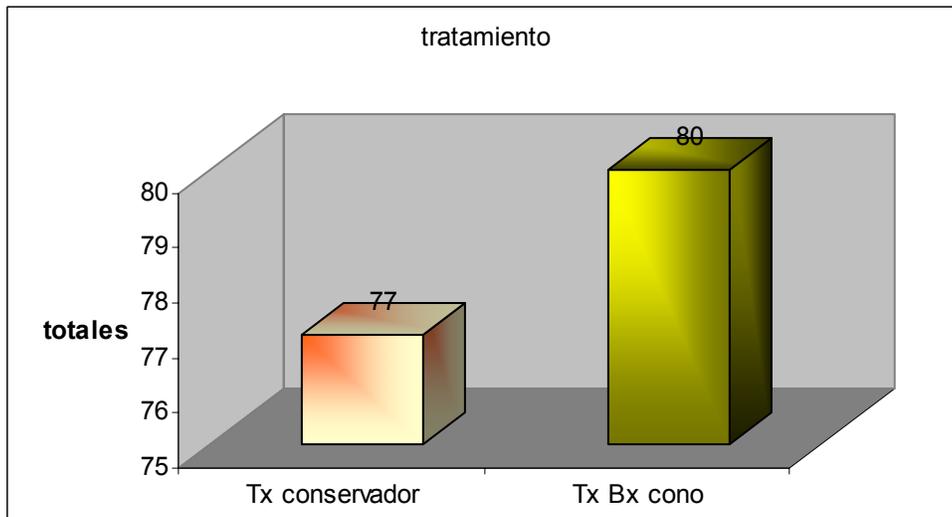
TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON VIRUS DEL PAPILOMA

HUMANO

tratamiento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid conservador	77	49,0	49,0	49,0
bx cono	80	51,0	51,0	100,0
Total	157	100,0	100,0	

Tx	tratamiento
conservador	77
Tx Bx cono	80



De un total de 157 pacientes encontramos que 77 (49%) mujeres recibieron tratamiento conservador, y 80 mujeres (51%) tratamiento de biopsia cono (bx cono).

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO/ AÑOS

virus papiloma humano

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid vph+	157	100,0	100,0	100,0

vph en años

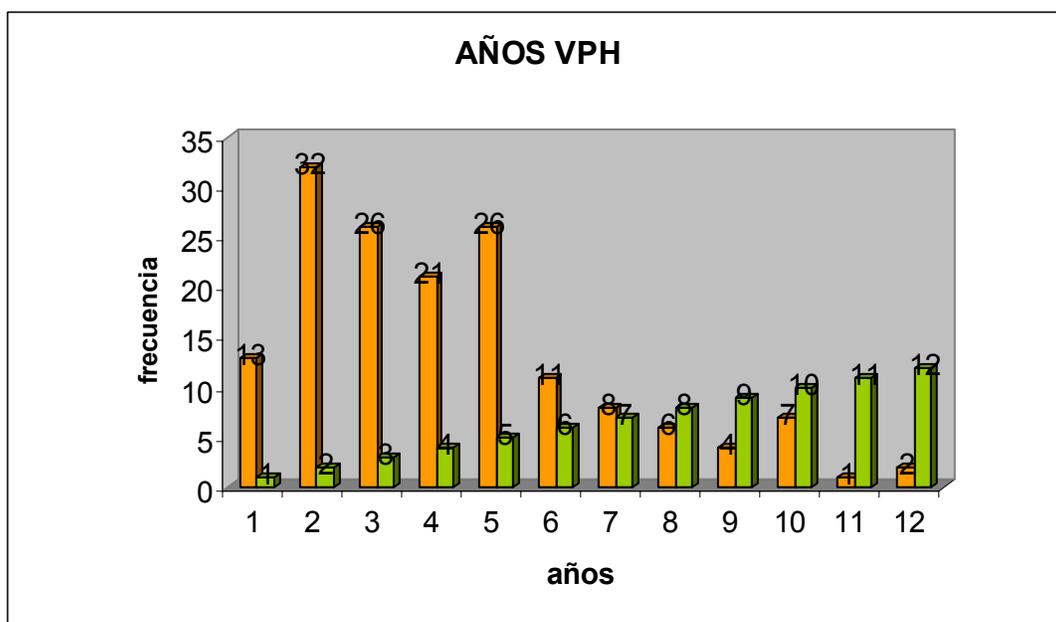
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	8,3	8,3	8,3
2	32	20,4	20,4	28,7
3	26	16,6	16,6	45,2
4	21	13,4	13,4	58,6
5	26	16,6	16,6	75,2
6	11	7,0	7,0	82,2
7	8	5,1	5,1	87,3
8	6	3,8	3,8	91,1
9	4	2,5	2,5	93,6
10	7	4,5	4,5	98,1
11	1	,6	,6	98,7
12	2	1,3	1,3	100,0
Total	157	100,0	100,0	

En relación con el diagnóstico de VPH en años se puede observar que de 13 mujeres (8.3%) cursan con 1 año de presencia del vph, 32 (20.4%) con diagnóstico de 2 años, 26 (16.6%) dx 3 años, 21 (13.4%) 4 años, 11 (7.0%) dx 6 años, 8 (5.1%) 7 años, 6 (3.8%) dx 8 años, 4 (2.5%) dx 9 años, 7(4.5%) dx de 10 años, 1(0.6%) 11 años, 2 pacientes (1.3%) dx 12 años.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO/AÑOS

frecuencia	añosVPH
13	1
32	2
26	3
21	4
26	5
11	6
8	7
6	8
4	9
7	10
1	11
2	12

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO/ AÑOS



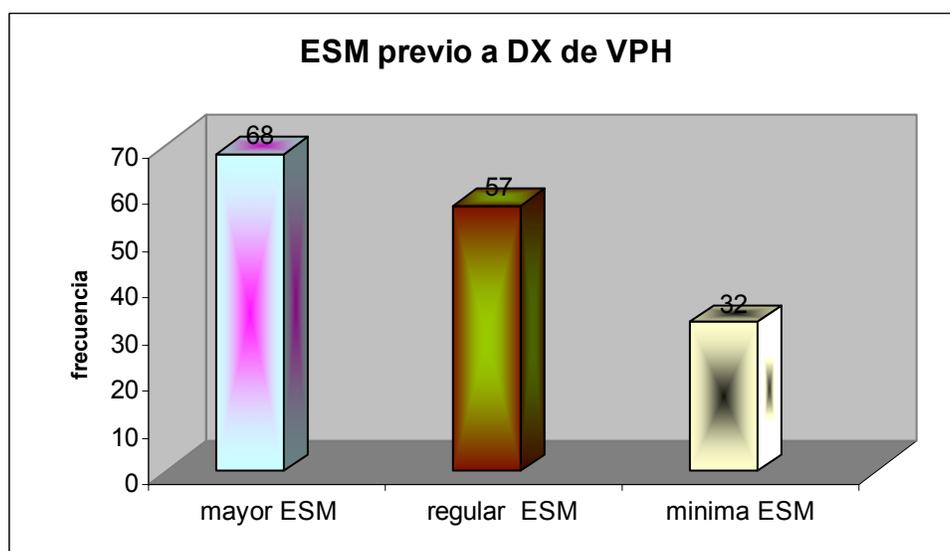
Como podemos observar de la relación del virus del papiloma humano en relación con los años de presentación, se observa 13 pacientes tenían diagnóstico previo de VPH de un año (8.3%), 32 pacientes 2 años de antecedente de VPH (20.4%),

26 pacientes 3 años de vph (16.6%), 21 pacientes (13.4%) con antecedente de 4 años, 16 pacientes (16.6%) con antecedente de 5 años, 11 pacientes (7%) con antecedente de 6 años, 8 pacientes (5.1%) con antecedente de 7 años, 6 pacientes (3.8%) con antecedente de 8 años, 4 pacientes (2.5%) con antecedente de 9 años, 7 pacientes (4.5%) con antecedente de 10 años, 1 paciente (0.6%) con antecedente de 11 años, 2 pacientes (2.3%) con antecedente de 12 años.

escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mayor de 72 puntos	68	43,3	43,3	43,3
	puntaje 58-70	57	36,3	36,3	79,6
	puntaje 24-56	32	20,4	20,4	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

ESM P DX VPH	
mayor ESM	68
regular ESM	57
minima ESM	32



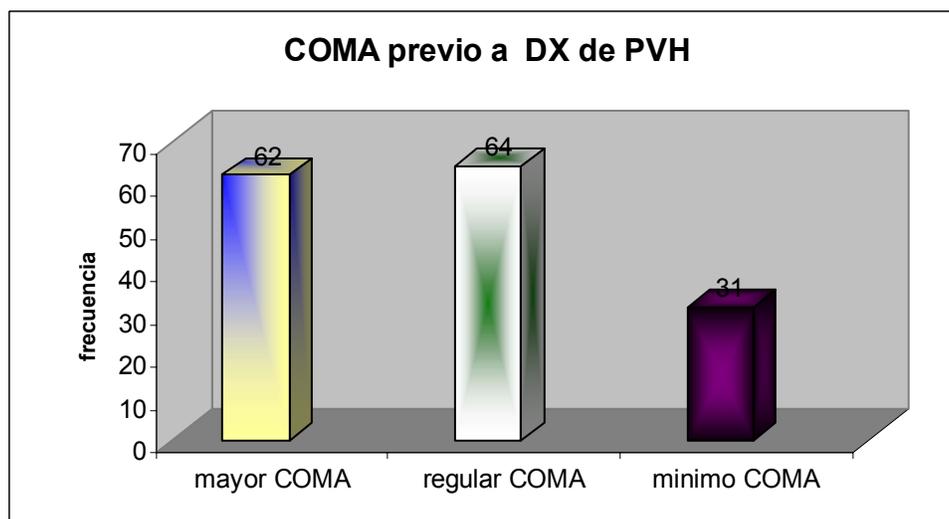
Se observa escala de satisfacción marital (sama) previo al diagnóstico del VPH en donde 68 pacientes (43.3%) tiene mayor satisfacción marital, 57 pacientes (36.3%) regular satisfacción marital y 32 pacientes (20.4%) de minima satisfacción marital.

comunicacion marital puntaje antes del dx vph

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	punataje 54-78	62	39,5	39,5	39,5
	punatje 40-52	64	40,8	40,8	80,3
	punataje 26-38	31	19,7	19,7	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

COMA P DX VPH

mayor COMA	62
regular COMA	64
minimo COMA	31

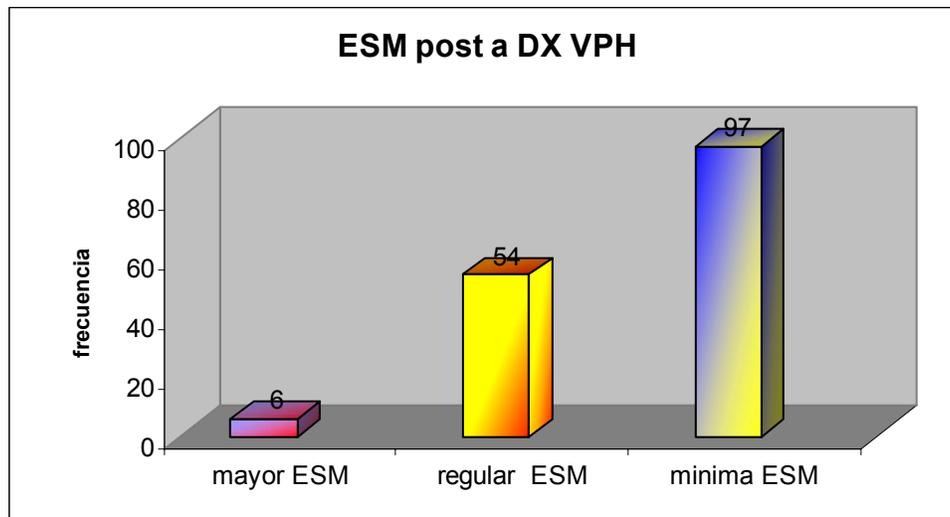


Se observa que la comunicación marital en 62 pacientes (39.5%) es mayor, en 64 pacientes (40.8%) regular comunicación marital y en 31 pacientes (19.7%) mínima comunicación marital.

escala de satisfacion marital post dx de vph

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mayor de 72 puntos	6	3,8	3,8	3,8
	puntaje 58-70	54	34,4	34,4	38,2
	puntaje 24-56	97	61,8	61,8	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

ESM PtsDX VPH	
mayor ESM	6
regular ESM	54
mínima ESM	97



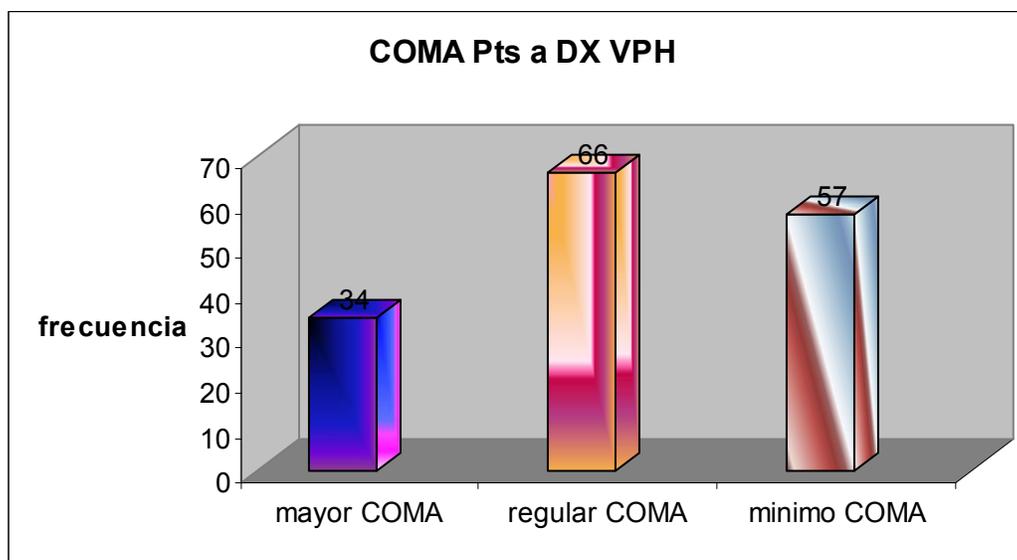
Se observa tabla posterior al dx de VPH donde se demuestra que 6 pacientes (3.8%) solo con mayor satisfacción marital, 54 pacientes (34.4%) con regular sama, y 97 pacientes (61.8%) con mínimo sama.

comunicaion marital post dx de vph

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	punataje 54-78	34	21,7	21,7	21,7
	punatje 40-52	66	42,0	42,0	63,7
	punataje 26-38	57	36,3	36,3	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

COMA Pts DX VPH

mayor COMA	34
regular COMA	66
mínimo COMA	57



Se observa en tabla sobre comunicación marital (coma) pos dx de VPH, observado que solo 34 pacientes (21.7%) presentan mayor coma, 66 pacientes (42.0%) regular coma, y 57 pacientes (36.3%) mínimo coma.

TABLAS COMPARATIVAS

virus papiloma humano * vida sexual activa en años Crosstabulation

Count

	vida sexual activa en años														Total
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
virus papilc vph	9	8	13	17	14	12	20	13	16	9	14	6	4	2	157
Total	9	8	13	17	14	12	20	13	16	9	14	6	4	2	157

Relación del VPH con la vida sexual activa en años.

virus papiloma humano * numero de parejas sexuales Crosstabulation

Count

	numero de parejas sexuales																Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	
virus papi vph	13	23	24	17	24	12	8	12	4	6	2	6	2	1	2	1	157
Total	13	23	24	17	24	12	8	12	4	6	2	6	2	1	2	1	157

Relación del VPH con el número de parejas sexuales

virus papiloma humano * escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph Crosstabulation

Count

	escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph			Total
	mayor de 72 puntos	puntaje 58-70	puntaje 24-56	
virus papiloma humano vph+	68	57	32	157
Total	68	57	32	157

Relación de VPH con escala de sama antes del dx de VPH

**virus papiloma humano * comunicacion marital puntaje antes del dx vph
Crosstabulation**

Count

	comunicacion marital puntaje antes del dx vph			Total
	punataje 54-78	punataje 40-52	punataje 26-38	
virus papiloma humano vph+	62	64	31	157
Total	62	64	31	157

Relación del VPH con escala de coma antes del dx de VPH

virus papiloma humano * escala de satisfacion marital post dx de vph Crosstabulation

Count

	escala de satisfacion marital post dx de vph			Total
	mayor de 72 puntos	punataje 58-70	punataje 24-56	
virus papiloma humano vph+	6	54	97	157
Total	6	54	97	157

Relación del VPH con escala de sama posterior al dx de VPH

virus papiloma humano * comunicaion marital post dx de vph Crosstabulation

Count

	comunicaion marital post dx de vph			Total
	punataje 54-78	punataje 40-52	punataje 26-38	
virus papiloma humano vph+	34	66	57	157
Total	34	66	57	157

Relación del VPH con escala de coma posterior al dx de VPH

escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph * comunicacion marital puntaje antes del dx de vph Crosstabulation

Count

		comunicacion marital puntaje antes del dx vph			Total
		punataje 54-78	punataje 40-52	punataje 26-38	
escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph	mayor de 72 puntos puntaje 58-70 puntaje 24-56	17 31 14	39 15 10	12 11 8	68 57 32
Total		62	64	31	157

Escala de coma y sama antes del dx de VPH

escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph * escala de satisfacion marital post dx de vph Crosstabulation

Count

		escala de satisfacion marital post dx de vph			Total
		mayor de 72 puntos	puntaje 58-70	puntaje 24-56	
escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph	mayor de 72 puntos puntaje 58-70 puntaje 24-56	0 1 5	16 25 13	52 31 14	68 57 32
Total		6	54	97	157

Escala de sama posterior del dx de VPH

comunicacion marital puntaje antes del dx vph * comunicacion marital post dx de vph
Crosstabulation

Count

		comunicacion marital post dx de vph			Total
		punataje 54-78	punataje 40-52	punataje 26-38	
comunicacion marital	punataje 54-78	15	18	29	62
puntaje antes del dx	punataje 40-52	10	32	22	64
vph	punataje 26-38	9	16	6	31
Total		34	66	57	157

Escala de coma posterior al dx de VPH

Test Statistics^b

	escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph
Mann-Whitney U	58,000
Wilcoxon W	1543,000
Z	-2,743
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,008 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: escala de satisfacion marital post dx de vph

Test Statistics^a

	comunicacion marital puntaje antes del dx vph
Mann-Whitney U	997,000
Wilcoxon W	1592,000
Z	-,973
Asymp. Sig. (2-tailed)	,331

a. Grouping Variable: comunicaion marital post dx de vph

De acuerdo a la prueba estadística de Willcoxon se rechaza la hipótesis alterna con un valor de $Z = -3.673$, con un valor de $P = >0.05$, por lo que existe diferencia estadísticamente significativa.

Test Statistics^b

	escala de satisfacion marital post dx de vph - escala de satisfacion marital mayor antes del dx de vph
Z	-7,282 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

De acuerdo a la prueba estadística de la U de Mann Whitney se rechaza la hipótesis alterna con un valor de $Z = -2.743$, por lo que podemos decir que p tiene un valor de $P = > 0.05$, por lo que existe diferencia estadísticamente significativa.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

<i>Actividades a realizar</i>	mayo	junio	julio	agosto	sep	octubre	Nov	Dic	Enero
Investigación del tema	*	*							
Realización del protocolo	*	*	*						
Recepción y Autorización			*						
Inicio del estudio			*	*					
Investigación			*	*	*	*	*		
Análisis e Interpretación					*	*	*		
Elaboración de la tesis						*	*	*	*
Presentación de la tesis							*	*	*