

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**Frecuencia de apoyo y Disfunción
Conyugal en pacientes infectadas por
virus del papiloma humano del Hospital
Gineco-Pediatría 3-A del IMSS**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:
GUARNEROS LÓPEZ MARIA DEL ROCÍO

Tutora:
DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
Asesor metodológico
DRA. SANTA VEGA MENDOZA
Asesor clínico
DRA. SILVIA GORDILLO RODRÍGUEZ.





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.

Vo. Bo.

TUTORA

**DRA.MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF N. 20**

Vo. Bo .

ASESOR METODOLÓGICO

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF. N .20**

Vo. Bo .

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
Y MAESTRA EN CIENCIAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.20**

Vo. Bo.

ASESOR CLÍNICO

**DRA. SILVIA GORDILLO RODRÍGUEZ
MEDICO ADSCRITO A HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRÍA 3A DEL IMSS
ESPECIALISTA EN COLPOSCOPIA.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por estar aquí y por brindarme la oportunidad de culminar una etapa más en mi vida.

A mi familia:

Mamá, Papá, Mano por su cariño y apoyo, los quiero mucho, a mis tías, tíos de mi Puebla Hermosa por apoyarme siempre y estar en momentos difíciles.

A mi esposo:

René por estar conmigo siempre y seguir este camino de nuestra vida apoyándome y dándome tu cariño en momentos difíciles, gracias por tus consejos y enseñanzas, eres genial....Te amo

A mis profesores de la clínica 20:

Dr. Balderas, Dra. Santillana, Dr. Mondragon, Dr. Jorge Balderas, Dr. Gallo, Dr. Rosas y Jefes de Departamento Clínico, gracias por enseñarme tantas cosas básicas para mi formación.

A los Médicos del HGZ 24:

Dr. Camilo, Dr. Medel, Dra. Lugo, Dr. Ríos, Dra. Ángeles, Dr. Romero, Dr. Aguilar, Dr. Castillo, Dr. Félix Rodríguez, Dr. Galán, Dr. Silva, Dr. Maldonado, Dra. Armenta, Dr. Lira, a todos ellos por compartir sus conocimientos y por hacer amena cada guardia y rotación.

A mis "pachis":

Ani, Chillona, Eve, Marina, Katy, Marlyn, por enseñarme el valor verdadero de la amistad y compartir buenos y malos momentos, a pesar de tantas experiencias salimos adelante porque somos únicas.

A mis compañeros:

Sandy Tapia, Tirso Jenny, Angie y, Gaby por su amistad y confianza gracias por los buenos momentos compartidos.

A la Dra. Silvia Gordillo:

Por su enseñanza y por ser mi asesora clínica para la elaboración de esta tesis, es una gran persona con sentido humano y amor a su profesión la admiro muchísimo gracias.

A Lolita, Rosy y Carlos por apoyarme siempre en la biblioteca.

A mis Jefes de enseñanza y tutoras.

RESUMEN ESTRUCTURADO

FRECUENCIA DE APOYO Y DISFUNCIÓN CONYUGAL EN PACIENTES INFECTADAS POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DEL HOSPITAL GINECO-PEDIATRÍA 3-A DEL IMSS.

Guarneros López MR¹. Aguirre García MC². Vega Mendoza S³. Gordillo Rodríguez S⁴.

Introducción: La infección en mujeres por virus del papiloma humano (VPH) afecta las relaciones, afectivas, emocionales y sexuales que repercuten en su funcionalidad conyugal. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de apoyo y disfunción conyugal en las mujeres infectadas con el virus del papiloma humano del Hospital de Gineco-Pediatría 3A IMSS. **Material y métodos:** Estudio descriptivo en 318 pacientes del Hospital Gineco-Pediatría 3A del IMSS. Muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el periodo comprendido 2007-2008, que asistieron a la consulta externa de displasias corroborando por colposcopia y biopsia diagnóstico de VPH de 6 meses de evolución. Previo consentimiento informado, se aplicó una cedula de identificación de factores sociodemográfico, antecedentes gineco-obstétricos y dos instrumentos validados en población mexicana para evaluar funcionalidad y apoyo conyugal. Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y DE). **Resultados:** Predominó edad media de 36 años; casadas 68.2%, ama de casa 48.8%, preparatoria 29.2%, índice de pobreza II 72.3%. Los antecedentes gineco-obstétricos presentados, edad media de menarca 12 años, vida sexual de inicio a 18 años, una pareja, dos embarazos, dos partos, dos hijos vivos, 9 meses de tiempo de diagnóstico de infección por VPH, sin antecedente de histerectomía 96.9%, ninguna otra enfermedad agregada 86.8%. La funcionalidad conyugal se refirió: funcional 70.4%, moderadamente funcional 24.2% y disfuncional 5.3%. El apoyo por parte de su pareja se percibió: con apoyo 60.3% y sin apoyo 39.6%. **Conclusión:** Una tercera parte de las pacientes infectadas presenta falta de apoyo y algún grado de disfuncionalidad conyugal.

Palabras clave: virus del papiloma humano, funcionalidad conyugal, apoyo conyugal.

1MedicoResidente de tercer año de medicina familiar. 2Titular Del curso de Especialización de medicina familiar. 3Profesor adjunto del curso de especialización de medicina familiar. 4Especialista em colposcopia

INDICE	PÁGINA
RESUMEN	
TITULO	
ANTECEDENTES.....	1
JUSTIFICACION.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
HIPOTESIS.....	11
OBJETIVOS.....	11
SUJETO MATERIAL Y METODOS.....	12
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
CRITERIOS DE INCLUSION.....	12
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	12
CRITEIOS DE ELIMINACION.....	12
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	12
VARIABLES.....	12
DESCRIPCION GENERAL.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIONES.....	28
CONCLUSIONES.....	30
COMENTARIOS.....	30
ANEXOS.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	38

ANTECEDENTES

Hace 5 años la Organización Mundial de la Salud (OMS), pidió a todos los médicos del mundo cambiar el término “enfermedad” por “infección”, este cambio de nomenclatura se promovió debido a que la palabra enfermedad sólo alude a la fase aguda del proceso y el término infección engloba toda la evolución, a partir del momento en que el microorganismo infectante entra al cuerpo humano hasta que se presenta la sintomatología y la enfermedad como tal. (1)

Un punto importante a destacar, es el hecho de que todas estas infecciones se adquieren al tener relaciones coitales con alguna persona previamente infectada. No se contagian por el uso de toallas, baños públicos, trastes y/o por abrazar a la persona infectada, además de que en la enorme mayoría de los casos no se notan a simple vista. (1)

El virus del papiloma humano o llamado papilomavirus es uno de los más frecuentes de transmisión sexual aunque también puede ser por transmisión perinatal, transplacentaria, por líquido amniótico, y sangre. (1)
Suele adquirirse en etapas tempranas de la vida, se ha demostrado la presencia de este virus en un 6% de la población infantil, 13% en adolescentes y 23% en adultos. (1)

Este virus se caracteriza por ser epiteliotropico es decir tiene afinidad por los epitelios, las superficies epiteliales son todas las cubiertas por piel y mucosas. (1,2)

Actualmente se han identificado mas de 100 tipos de virus , los de bajo riesgo que se han encontrado en México son 6 y 11 identificados mas frecuente en mujeres infectadas en el estado de Oaxaca., y los de alto riesgo 16,18,31,y 35,que se asocian a predisposición de cáncer de cérvix.(2)

De acuerdo con estimaciones hechas por la Organización Mundial de la salud en 1995 se presentaron 30 millones de casos nuevos en el mundo, la incidencia global anual en México es mayor a 25 casos por 100,000 mujeres, incrementándose entre el periodo de edad entre 20 y 39 años a más de 1 por 1000 mujeres, la frecuencia del VPH continua incrementándose, multiplicándose 10 veces en los últimos cinco años. (3)

Otro dato estadístico en México es que existen aproximadamente 25 millones de mujeres infectadas por VPH y se estima que cada año fallecen 4000 mujeres por esta causa o por cáncer cervicouterino. (3)

El VPH tiene una distribución mundial, siendo su reservorio natural el hombre el cual se encuentra en la mayoría de las veces asintomático, y lo transmite a su pareja, la cual la mayoría de las veces es detectada al realizarse un Papanicolaou o bien algún estudio de Colposcopia ya que el hombre es asintomático lo que retrasa mas el diagnostico en las mujeres, además de que

el virus del papiloma humano no da sintomatología hasta que se genere alguna lesión celular. (3)

La transmisión sexual es en mujeres jóvenes inmediatamente después de que inician su vida sexual y disminuye gradualmente con la edad posiblemente por la inmunidad adquirida y una disminución de parejas sexuales, después del desarrollo sexual la edad es el factor de riesgo determinante más importante para la infección por VPH del tracto genital. (4)

Algunos estudios indican una disminución en la prevalencia después de los 25 años, un segundo pico en la prevalencia de infección se presenta a los 55 años y se sugiere que esta relacionada con cambios debido a la menopausia y al estado inmunitario (4)

En tanto el hombre como la mujer están implicados en la cadena epidemiológica pudiendo ser al mismo tiempo portadores asintomáticos, transmisores y víctimas del VPH, en este sentido los factores de riesgo asociados a la infección por el VPH, están claramente relacionados con la conducta sexual del individuo, dentro de los más importantes son la edad precoz en el inicio de las primeras relaciones sexuales, elevado número de parejas sexuales a lo largo de la vida y el contacto frecuente con mujeres que ejercen la prostitución y en mujeres, contactos frecuentes con hombres con múltiples parejas sexuales.(5)

Todos estos antecedentes son importantes para que en una pareja exista disfunción conyugal, ya que la infidelidad es causante de la disfunción conyugal logrando crear distanciamiento en la pareja e inseguridad de la pareja, buscando un culpable de la transmisión, por lo regular, siempre el hombre es quién contagia a la mujer que en ocasiones solo ha tenido una sola pareja sexual, lo que crea aun más inseguridad y desconfianza hasta llegar a un punto de conflicto entre los cónyuges, hasta llegar en ocasiones al divorcio o la separación, teniendo como consecuencia una disfunción en el resto de la familia si es que existen hijos.(5)

La circuncisión masculina y el uso estricto y sistemático de preservativo, son factores que pueden reducir, aunque sin prevenir totalmente el riesgo de transmisión. (5)

Es importante diagnosticar el grado de la salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de las funciones familiares ante procesos patológicos tan importantes como lo es el Cáncer cervicouterino, esta situación es comprensible ya que la familia tipo trata de conservar su integridad, salud física, coherencia y afecto. (6)

Para lograrlo hace uso de sus recursos naturales intelectuales, morales, económicos etc. A fin de mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para continuar o generar acciones tendientes a cumplir cinco funciones básicas que son: mantener la relación afectiva sólida,

organización del sistema parental, reproducción, socialización y acciones y compromisos sociales (status).(5,6)

La funcionalidad familiar cursa cuatro etapas secuenciales: proceso de identidad, disposición al cambio, proceso de formación y estructuración de roles.(6)

La funcionalidad familiar se modifica por diversos eventos que le acontecen a las familias, para un autor la enfermedad, muerte del cónyuge, el divorcio y la separación marital son las principales causas de crisis familiar en 65 al 100% de los casos. Algunas patologías, por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras como el alcoholismo, el síndrome de Down, las enfermedades terminales, de transmisión sexual y neoplasias malignas. (6)

Resulta evidente que la familia estructural y funcionalmente deficiente contribuye negativamente a la sociedad en su conjunto, sus individuos lesionan las estructuras sociales. (6)

El análisis de funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal. (7)

Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. Por esta razón tal funcionamiento familiar es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos, lo anterior confirma que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso de la familia. (7)

Lo más sano no es una pareja sin conflictos, si no una pareja que sabe como manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en el momento de afrontarlos darles solución. (7)

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.(8)

La funcionalidad del núcleo familiar se involucra en un proceso dinámico para mantener su equilibrio. Para evaluarla se proponen cuali-cuantificaciones de las funciones familiares, describiendo elementos que tipifican a las familias sanas o funcionales, las características de la crisis familiar y la identificación de la disfunción moderada y severa. Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el médico familiar, tanto a la precisión diagnóstica como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento. (8)

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación , es decir de relación consigo mismo y con las estructuras sociales , situación compleja en si misma, ya que requiere de modificaciones estructurales y adaptativas de fondo

en todos los ordenes, confrontación de valores, sentimientos, costumbres domésticas y sociales, deseos sexuales, prácticas religiosas, nivel económico etc., que determinan la continuidad de la pareja con diferente grado de felicidad, situación que tiende al entropismo con el nacimiento de los hijos o con la incorporación de individuos de las familias de procedencia. (8)

Esta interacción de fuerzas positivas y negativas en su conjunto determinan las características de la dinámica familiar. (9)

Existen varias corrientes que hayan investigado la funcionalidad familiar proponiendo diferentes criterios para su evaluación una evalúa la comunicación, autonomía de los miembros, toma de decisiones, y reacción ante las demandas de cambio, otras califican la funcionalidad a través de evaluar la naturaleza y características de los límites de subsistemas, formación de alianzas y capacidad de modificarse. Otro intento de delimitar la funcionalidad familiar proponen tres ejes básicos o dimensionales: eje I aspectos del desarrollo de la familia, eje II disfunciones en los subsistemas familiares y eje III disfunciones de la familia como sistema. (9)

La escala de disfunción familiar aunque exprese en variables ordinales, puede tener limitaciones a la interpretación en lo funcional del individuo. Esta escala parece no estar ligada o aludida al cáncer, esto puede expresarse aunque la mayoría de los hogares en México son polinucleares, sin embargo éstas clasificaciones están orientadas exclusivamente a la funcionalidad psicodinámica y consideran a la familia inmersa en un contexto social ni como participe en la dinámica del proceso salud- enfermedad.(10)

Cuando una paciente recibe el diagnóstico de virus del papiloma humano puede presentar trastornos emocionales, siendo los mas comunes la pérdida del interés sexual en un 37%, sentimiento de culpa, problemas conyugales como perdida de la confianza en su pareja, infidelidades, separación de su cónyuge.(11)

Es necesario que los profesionales aborden a la paciente escuchando sus temores, sus angustias, y afrontar la situación, interrogando en relación a sus antecedentes sexuales., la filosofía de un programa de salud procura ver a la mujer como un ser individual que es parte de una familia, así que cuando uno de los miembros de la familia se encuentra en problemas se convierte en una unidad de cuidado, y debe involucrar a sus miembros. (11)

En la mayoría de los casos de mujeres infectadas por VPH, se debe a un sistema inmunológico deprimido, generalmente ya existe antecedentes de problemas conyugales, que se acentúan más cuando se emite el diagnóstico. (11)

Más allá de las distintas reacciones emocionales que puede generar la detección del VPH, deben considerarse otras consecuencias en la salud mental de la infectada, a las que algunos ginecólogos restan importancia. (12)

Humberto Acosta es uno de ellos. Él asegura que cuando una mujer se entera de su patología viral se angustia "innecesariamente" porque lo que más le preocupa es la infidelidad de su pareja.(12)

Como ha tenido que lidiar –en la mayoría de los casos- con las respuestas emocionales de sus pacientes, el ginecólogo afirma que basta con explicar a la infectada que el VPH pudo haber estado latente durante años, pero "un buen día" se cansó de estar escondido y produjo lesiones tanto subclínicas como clínicas.(12)

Por su parte, Juan Rivero Carrano, el ginecólogo del Centro Médico Docente La Trinidad, manifiesta que no todas sus pacientes, a la hora del diagnóstico del VPH, se inquietan. Según este ginecólogo, la reacción dependerá de la actitud de cada mujer.(12)

Rivero Carrano, junto con Acosta, afirma que la angustia nace en los pensamientos de la infectada, de sólo ésta imaginar la presencia de una tercera persona en su relación de pareja y agrega que la asociación del VPH con cáncer hace temblar a muchas de las pacientes.(13)

Por su parte la médico Cecilia Lozada admite que estudiantes infectadas con el virus le han confesado "sentirse sucias", reacción que no debería existir, admite la ginecóloga. (13)

Los tres galenos terminan por afirmar que una completa información acerca del VPH tranquiliza a las mujeres a quienes les ha sido detectada la infección viral. (13)

¿Qué piensa verdaderamente una mujer, a quien le acaban de diagnosticar VPH, cuando sale del consultorio de su ginecólogo?, ¿la información habrá sido suficiente para aplacar las reacciones que nacieron del diagnóstico?, ¿existirán otros sentimientos o trastornos que su ginecólogo ignora? (14)

Para Rubén Hernández Serrano, psiquiatra y sexólogo, a los médicos encargados de tratar las patologías que le son propias a la mujer se les escabullen ingredientes adicionales que lleva consigo la detección del virus.(14)

Al entrar al territorio de la Unidad de Terapia y Educación Sexual, más de 20 placas de reconocimiento, por parte de distintos organismos, dan la bienvenida a quien decide enfrentar sus tabúes sexuales. Una vez en la consulta, un hombre con bastantes kilos de exceso, de rostro redondo, nariz ancha y ojos escondidos entre un tumulto de carne, sentado en su cómoda poltrona, trata de dar respuestas a interrogantes, que no todos se atreven a expresar. (14)

Rubén Hernández Serrano es enfático "las consecuencias psicológicas del VPH son tremendamente importantes y mucha gente les otorga una interpretación equivocada". El sexólogo afirma que esta "es una de esas enfermedades silenciosas que pueden causar mucho daño" tanto en el organismo de la infectada como en su salud mental. (15)

Asimismo, Hernández Serrano manifiesta que las repercusiones del virus afectan más a la mujer que al hombre, dado que en el sexo masculino el VPH no ocasiona tantos problemas. En esta línea, el médico explica que es particularmente frecuente la presencia de disfunciones sexuales debido a las lesiones producidas por la infección. (15)

Tales trastornos entran en los cuadros clínicos de sexología. El psiquiatra afirma que principalmente aparecen la dispareunia o la presencia de dolor durante la actividad sexual y el vaginismo, que es la contractura de la musculatura de la vagina, cuya consecuencia es la imposibilidad de la penetración, "incluso de hasta objetos bastante delgados, como son los instrumentos ginecológicos".(15)

Aparte de los trastornos sexuales, Hernández Serrano indica los conflictos entre la pareja o el síndrome de discordia marital, "que muchas veces produce la ruptura de una pareja por falta de información". Acorde con las afirmaciones de los ginecólogos Humberto Acosta y Juan Rivero Carrano, el sexólogo manifiesta que uno de los miembros de la pareja, en especial la mujer, culpa al hombre del contagio por una supuesta actividad sexual extra-marital. (15)

Vinculado con el síndrome de discordia marital, también pueden presentarse en la pareja: rabia e incluso sentimientos de agresión, según explica el sexólogo, por la vía del amor de la que se vale el VPH para infectar a las personas.(16)

Hernández Serrano también indica que una paciente presenta lesiones recurrentes, puede desarrollar una neurosis hipocondríaca, en la que la persona siempre piensa que está enferma, con lo que "sus defensas se atenúan y disminuyen de manera muy marcada".(16)

Asimismo pudiera originarse un trastorno en la personalidad, en el cual "la depresión, la desesperanza y la tristeza están presentes". El último trastorno psiquiátrico, según menciona el sexólogo, es un trastorno obsesivo compulsivo que lleva a la persona a desenvolverse dentro de parámetros de un excesivo ritual, de una ideación objetiva, con el fin de manejar inconscientemente su angustia.(16)

Este hombre conocedor de la sexualidad aclara que "en la medicina, no siempre la suma de 2 más 2 equivale a 4", por lo cual no es conveniente generalizar. A pesar de la advertencia, Hernández Serrano asegura que "si una persona con VPH no aclara las dudas y los falsos conceptos que tiene acerca de su enfermedad, pues evidentemente se generan consecuencias psicológicas y psiquiátricas"(17).

De allí parte su queja en contra de los ginecólogos. En un principio porque se consideran capaces de manejar las repercusiones psicológicas, pero "luego te dicen que ellos no tienen tiempo para dedicarle una hora a la paciente con charlas acerca de la patología".(12)

Hernández Serrano considera que los ginecólogos no poseen las herramientas suficientes para controlar los problemas sexuales de las jóvenes. (17)

No es sólo la falta de información de algunos ginecólogos en relación con el virus de transmisión sexual. Requena revela que los mismos médicos "tienen pánico de hablar de sexualidad, no se atreven a preguntar nada sobre ello" porque temen que les aparezca "un cangrejo", que no sepan descifrar. "No saben qué hacer, cómo no saben qué decir acerca del papiloma", afirma el Decano. (17)

La presencia de este tema en la pareja toca sentimientos e involucra el fenómeno de los celos, infidelidad y fidelidad, la conformación de la pareja y sus vínculos afectivos. (18)

En nuestra sociedad hablar de infecciones de transmisión sexual continua siendo un tabú y es motivo de prejuicios y rechazo sobre todo dentro de la relación de pareja, de modo que el impacto al conocer la noticia de la infección genera una serie de situaciones que pueden frenar la posibilidad de tratarla oportunamente y ser objetivos en cuanto al manejo emocional que esta situación implica para la dinámica emocional. (19)

El hecho de enterarse de que el otro contrajo o tiene ya una infección de transmisión sexual, puede ser el detonante para que los conflictos salgan aún más a flote con el argumento de la infección. A partir de este momento, cualquiera de los dos puede dejar salir una serie de presiones, problemáticas o situaciones que ya se venían gestando desde antes. (20)

El apoyo de la pareja es un pilar fundamental en mujeres con diagnóstico de virus de papiloma humano, ya que de este depende también la recuperación en el ámbito emocional, así como inmunológico de la paciente para no caer en la llamada depresión, lo que conlleva a una alteración en el sistema inmunológico de la paciente así como disfunción conyugal y en ocasiones familiar. (21)

El apoyo de la pareja es fundamental en el éxito del tratamiento en mujeres infectadas, Y el buen resultado de ésta se verá potenciado porque esa pareja se mantenga junta", comenta Fernanda Errázuriz, psicóloga y terapeuta de la Corporación La Esperanza, quien también asegura que solo se recibe en un 30% el apoyo a mujeres por parte de su pareja, Esta estadística, sin embargo, no da cuenta del profundo quiebre que la mejoría que provoca en una pareja. (21)

• JUSTIFICACION

La incidencia del Virus del Papiloma Humano y su asociación a disfunción conyugal va en aumento , ya que las diferentes investigaciones a nivel nacional y mundial , nos indican que es frecuente la presencia de disfunciones conyugales, en parejas donde la mujer se encuentra infectada con el virus del papiloma humano, afectando las relaciones, afectivas, emocionales y sexuales.

La poca información otorgada a la población crea mas conflicto en las relaciones conyugales. El determinar si existe o no disfunción conyugal en estas parejas, reflejara la necesidad de implementar estrategias para disminuir la disfunción conyugal y evitar divorcios y la destrucción familiar.

El médico familiar no esta exento de enfrentar estos casos de disfunción conyugal, de las pacientes que son diagnosticadas de primer momento por medio de un Papanicolaou realizado en las UMF, y así poder dar orientación y terapia familiar.

Esto nos hará enfrentarnos a una realidad y problemática que sufren las familias en especial el sistema conyugal, donde los límites se vuelven cerrados, entre los integrantes de la familia y los cónyuges, creando tensión en la misma.

Si hemos de atender el proceso salud-enfermedad de manera integral, la mujer infectada de virus del papiloma humano será un punto de vista básico donde enfocar nuestros esfuerzos y buscar el apoyo para proteger contra la disfunción conyugal.

Por si esto no fuera suficiente la asociación del virus del papiloma humano al cáncer cervicouterino, es un impacto en la sociedad donde cada día miles de mujeres mueren y se encuentran dentro de un entorno familiar disfuncional, sin recibir apoyo emocional, ni moral.

• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente una de las mayores preocupaciones es la cantidad de mujeres que presentan infección por virus del papiloma humano y su asociación a varias complicaciones ya sean conyugales y de salud.

Familiares es decir referirnos a la disfunción conyugal que puede existir en el entorno familiar ya que se considera la infección del virus del papiloma humano como una enfermedad de transmisión sexual provocando así un ambiente tenso en el subsistema conyugal, creando distanciamientos en los matrimonios, desconfianza de la fidelidad de la pareja y distanciamiento de la misma, así mismo descuidando el cuidado de los hijos, presentando mayor importancia a este problema que podría considerarse social y emocional, ya que la mujer se afecta emocionalmente al saberse infectada.

De salud nos referimos a su asociación con cáncer cervicouterino en la mayoría de las veces.

Muchas mujeres llegan a la consulta externa con gran preocupación por su salud y por su disfunción conyugal que existe a partir del diagnóstico de infección por virus del papiloma humano, la mayoría de estas mujeres solo han tenido de 1 a 2 parejas y presentan un estado de depresión muy severo, y en ocasiones sin el apoyo de su pareja.

El poco conocimiento o ignorancia de las características y vías de transmisión de este virus provoca que existan dificultades en el entorno conyugal y así mismo desencadenar mala información del mismo.

• HIPOTESIS DE TRABAJO

Las mujeres con infección del virus del papiloma humano presentan disfunción conyugal y no tienen apoyo de su pareja ante la enfermedad.

El estudio no requiere hipótesis

• **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

• **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de apoyo y disfunción conyugal en las mujeres infectadas con el virus del papiloma humano del Hospital de Gineco-Pediatría 3A IMSS

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar la funcionalidad conyugal en las mujeres infectadas por el virus del papiloma humano del Hospital de Gineco-Pediatría 3-A IMSS

Identificar el apoyo conyugal en las mujeres infectadas por el virus del papiloma humano del Hospital de Gineco-Pediatría 3-A IMSS.

Identificar el perfil de las mujeres infectadas por el virus del papiloma humano del Hospital de Gineco-Obstetricia 3-A IMSS (edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico)

• **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.**

El presente estudio se realizo en la Zona Norte de la Ciudad de México, en el Hospital de Gineco-Pediatría 3A del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de colposcopia, durante el periodo comprendido 2007-2008

La población en estudio la integraron todas las mujeres diagnosticadas con virus del papiloma humano corroborado con colposcopia-biopsia, usuarias del hospital de Gineco-pediatría 3-A.

• **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Transversal, descriptivo.

• **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Ser mujer infectada con virus del papiloma humano diagnosticado y ya corroborado por colposcopia y biopsia.
- Mujeres con diagnóstico de 6 meses de evolución con virus del papiloma humano

• **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Mujeres infectadas con virus del papiloma humano en tratamiento y que se encuentran con algún tipo de disfunción conyugal en terapia.
- Mujeres infectadas con virus del papiloma humano que no cuenten con una pareja estable.

• **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- Mujeres que no terminen de contestar el instrumento
- Mujeres que fallezcan durante el periodo que abarca el estudio.

• TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue determinado por un grupo de mujeres infectadas del virus del papiloma humano con disfunción y apoyo conyugal, y el tipo de muestreo, fue por muestreo no probabilístico por conveniencia con variables de disfunción conyugal, y apoyo conyugal en mujeres infectadas por virus del papiloma humano corroborada por biopsia y colposcopia que queda acentuada en el expediente, por medio de EPINFO 6

Tamaño poblacional (mujeres infectadas) 857

Prevalencia esperada 50%

Peor resultado 55%

Nivel de confianza 95%

Perdidas esperadas 20%

Total de tamaño de muestra: 318 pacientes

• VARIABLES

DISFUNCION CONYUGAL

D.C. Estado de insatisfacción y/o distanciamiento emocional en la vida de pareja.

D.O. Se determinara de a cuerdo al cuestionario de disfunción conyugal que consta de 5 ítems determinando: pareja severamente disfuncional, disfunción moderada, y pareja funcional.

E.M. Cualitativa ordinal.

APOYO CONYUGAL

DC. Protección de la pareja en cualquier circunstancia.

D.O Se determinara de a cuerdo al cuestionario de apoyo a la pareja que consta de 59 ítems determinado; con apoyo y sin apoyo.

E.M nominal dicotómica

• VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD.

D.C. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de aplicación de la encuesta.

D.O. Se obtendrá en forma directa la edad en este momento que tiene la paciente.

E.M. Cuantitativa de razón.

ESTADO CIVIL

Condición de un individuo en lo que toca a su relación con la sociedad

D.O. Se obtendrá de forma directa el estado civil actual soltera, casada, unión libre y otros

E.M. Cualitativo nominal

OCUPACION

D.C. Empleo u oficio

D.O. Última actividad renumerada profesional, comerciante, ama de casa, otro.

E.M. Cualitativa nominal

ESCOLARIDAD

D.C. Máximo grado de estudio que tiene una persona

D.O. Se obtendrá del cuestionario que se aplicará a las mujeres infectadas nivel de estudio ninguno, primaria, secundaria, profesional

E.M. Nominal.

ENFERMEDADES AGREGADAS

D.O. Se obtendrá del cuestionario que se aplicara a mujeres infectadas diabetes, hipertensión, cardiopatías, otras

E.M. nominal

ESTADO SOCIOECONOMICO

D.C. Es el ingreso familiar, nivel educativo, condiciones de vida y estrato social de una persona.

D.O. Se obtendrá del cuestionario que se aplicara a mujeres infectadas nivel de pobreza sin evidencia de pobreza familiar, pobreza familiar baja, pobreza familiar media y pobreza familiar alta

E.M. cualitativo ordinal

ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS

D.C. Son los antecedentes de la vida ginecológica, obstetricia y sexual de la mujer

D.O. Se obtendrá del cuestionario que se aplicara a mujeres infectadas menarca, número de hijos, abortos, cesáreas, número de parejas sexuales.

E.M. cuantitativa discreta

TIEMPO DE DIAGNOSTICO

D.C. Es el tiempo de evolución de diagnostico de una enfermedad

D.O. Se obtendrá del cuestionario que se aplicará a mujeres infectadas con menos de un año de diagnostico y mas de un año de diagnostico.

E.M. ordinal

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

D.C. Es el número de parejas en la vida sexual de una persona

D.O. Se obtendrá del cuestionario que se aplicara a mujeres infectadas

E.M. Ordina

• DESCRIPCION GENERAL

Previo consentimiento informado el investigador aplicó una encuesta que constaba de dos secciones, la primera indagó el perfil sociodemográfico, antecedentes gineco obstétricos y la segunda la funcionalidad del apoyo conyugal para lo cual se utilizaron los siguientes instrumentos validados en familias mexicanas:

En la recolección de datos se utilizó el instrumento Subsistema Conyugal validado por la Dra. Ma Luisa Velasco que valoró a través de una escala cuali-cuantitativa la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, dando un valor numérico de 0, 5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta,.

Realizando la sumatoria de puntos y comparándola con una escala preestablecida en la que un valor de 0 a 40 puntos hablaba de parejas gravemente disfuncionales, valores entre 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncionales y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales.

El instrumento de evaluación de apoyo a la pareja con clasificación apoyo y sin apoyo validado por la Dra. Ma Luisa Velasco con el fin de evaluar la percepción del apoyo que se recibe y se da entre la pareja es un instrumento corto con una escala de respuestas de cinco opciones tipo Lickert, de 59 reactivos de los cuales 36 se refieren al apoyo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo, las definiciones de los factores del inventario son las siguientes:

51 puntos se considera apoyo positivo a la pareja y más de estos se clasifica como pareja sin apoyo o apoyo negativo.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó estadística descriptiva para las variables cualitativas distribución de frecuencias y porcentajes así como media, moda y mediana DE, para variables cuantitativas.

Utilizamos estadística inferencial valor de P, IC AL 95% RM.

• INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron 318 pacientes con Dx de VPH, usuarias del servicio de consulta externa en el área de Displasias del Hospital Gineco 3A del IMSS.

El perfil socio demográfico de predominio fue:

Estado civil casada en el 68.2% (n=217); Ocupación ama de casa en el 47.8% (n=152); Escolaridad preparatoria 29.2% (n=93) Ninguna enfermedad agregada en el 86.8% (n=276) y Nivel socioeconómico con grado de pobreza 2,72.3% (n=230). Cuadro 1,2

Los antecedentes ginecobstetricos referidos fueron: edad media de menarca de 12 años, edad media de inicio de vida sexual activa 18 años, numero de parejas sexuales 1, numero de embarazos 2,partos 2, hijos vivos 2,tiempo de diagnóstico de infección por virus del papiloma humano 9 meses, sin antecedente de histerectomía en el 96.9%(n=308) Cuadro 3

Se percibió funcionalidad conyugal en el 70.4% (n=224), moderada funcionalidad 24.2%(n=77) y disfuncionalidad en el 5.3% (n=17) cuadro 4.Figura 1.

Las áreas dentro de la funcionalidad conyugal se percibieron con afectación en comunicación 72% (n=22.64), roles 7.23% (n=23), sexualidad 58.49%(n=186), afecto 5.9%(n=19), decisiones 5.66%(n=18).Cuadro 5

Se percibió apoyo conyugal en el 60.3%(n=192), y sin apoyo en el 39.6% (n=126). Cuadro 6 Figura 3.

De a cuerdo al **apoyo conyugal** el perfil sociodemográfico que predomino fue:

Con apoyo:

Estado civil casada en el 70.8% (n=136); Ocupación ama de casa en el 48.4% (n=93), escolaridad preparatoria en el 30.2% (n=58); ninguna enfermedad agregada en el 89.1% (n=171); Nivel socioeconómico con grado de pobreza 2,76% (n=146)

Sin apoyo:

Estado civil casada en el 64.3% (n=81); Ocupación ama de casa en el 46.8% (n=59); escolaridad preparatoria en el 27.8% (n=35); ninguna enfermedad agregada en el 83.3% (n=105); Nivel socioeconómico con grado de pobreza 2,66.7% (n=84)Cuadro 7

En relación a la funcionalidad conyugal predomino el siguiente perfil sociodemografico:

Funcional: Edad 30 a 40 años 41.1%(n=92), casada en 67.4%(n=151), ama de casa 49.1%(n=110), preparatoria 32.1%(n=72), ninguna enfermedad agregada 87.9%(n=197), grado de pobreza II 71.9% (n=161). Cuadro 7.

Moderadamente funcional: Edad 30 a 40 años 32.5% (n=25), casada 70.1%(n=54), ama de casa 41.6%(n=32), secundaria 29.9%(n =23), ninguna enfermedad agregada 84.4% (n=55), grado de pobreza II 71.4%(n=55). Cuadro 7.

Disfuncional. Edad 20 a 30 años 41.2%(n=7), casada 70.6%(n=12), ama de casa 70.6%(n=12), secundaria 35.3%(n=6), ninguna enfermedad agregada 82.4% (n=14), grado de pobreza II 82.4% (n=14). Cuadro 8

La funcionalidad conyugal en relación al apoyo se comporta de la siguiente manera

Con apoyo

Funcional con apoyo en el 89.6%(n=172); Moderadamente funcional con apoyo en el 10.4%(n=20); Disfuncional con apoyo en el 0% (n=.0) cuadro 3.

Sin apoyo

Funcional sin apoyo en el 41.3%(n=52); Moderadamente funcional sin apoyo en el 45.2%(n=57); Disfuncional sin apoyo en el 13.5%(n=17). Cuadro 9.

En busca de relación entre la funcionalidad conyugal y la percepción del apoyo utilizamos estadística inferencial con valor de $p < 0.000$ OR 9.43 IC al 95% / 5 17.93 Cuadro 10

CUADROS Y FIGURAS.

CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LAS MUJERES INFECTADAS POR VPH

Variable	n%	%
EDAD		
-20	11	3.5
20-30	92	28.9
30-40	124	39.0
40-50	49	15.4
50-60	24	7.5
60-70	18	5.7
ESTADO CIVIL		
Soltera	39	12.3
Casada	217	68.2
unión libre	41	12.9
Otro	21	6.6
OCUPACION		
Profesional	49	15.4
Comerciante	81	25.5
ama de casa	152	47.8
Otro	36	11.3
ESCOLARIDAD		
Primaria	66	20.8
Secundaria	82	25.8
Preparatoria	93	29.2
Professional	47	14.8
Técnica	30	9.4
NIVEL SOCIOECONOMICO		
1 sin evidencia de pobreza	54	17
2 pobreza moderada	230	72.3
3 pobreza	34	10.0

Fuente HGP 3A IMSS

**CUADRO 2. CARACTERISTICAS CLINICAS
ENFERMEDADES AGREGADAS DE PACIENTES CON VPH**

VARIABLE	n%	%
Diabetes	9	2.8
Hipertensión	20	6.3
Cardiacas	3	0.9
Otras	10	3.1
Ninguna	276	86.8

FUENTE HGP3A IMSS

**CUADRO 3. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES
ENCUESTADAS**

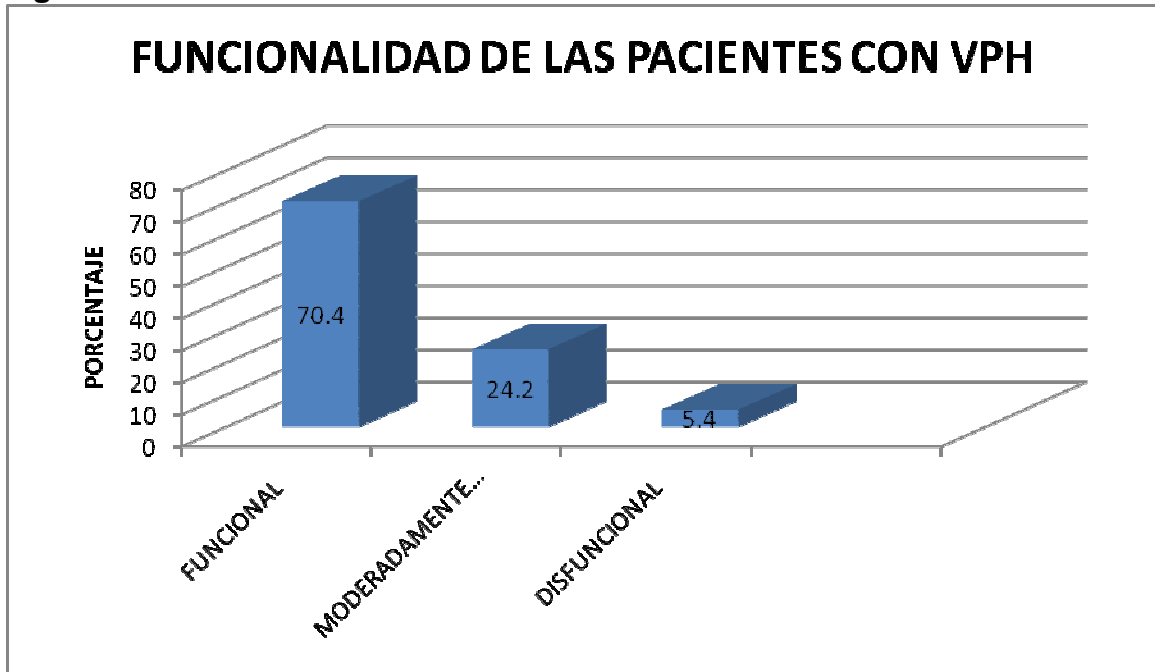
VARIABLE	MEDIA	RANGO	DESV. EST
Edad menarca	12.39	6	1.094
IVSA	18.76	19	2.449
Numero de parejas	1.4	5	0.75
Num de embarazo	2.26	10	1.491
Cesáreas	0.23	4	0.558
Partos	1.93	10	1.583
Abortos	0.11	2	0.342
hijos vivos	2.15	10	1.144
Tiempo de diagnóstico de VPH	9	8.9	0.9933
ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA	n	%	
Si	10	3.1	
No	308	96.9	

FUENTE HGP3A IMSS

CUADRO 4. FUNCIONALIDAD CONYUGAL		
VARIABLE	n%	%
Funcional	224	70.4
Moderadamente funcional	77	24.2
Disfuncional	17	5.4

FUENTE HGP3A IMSS

Figura 1.



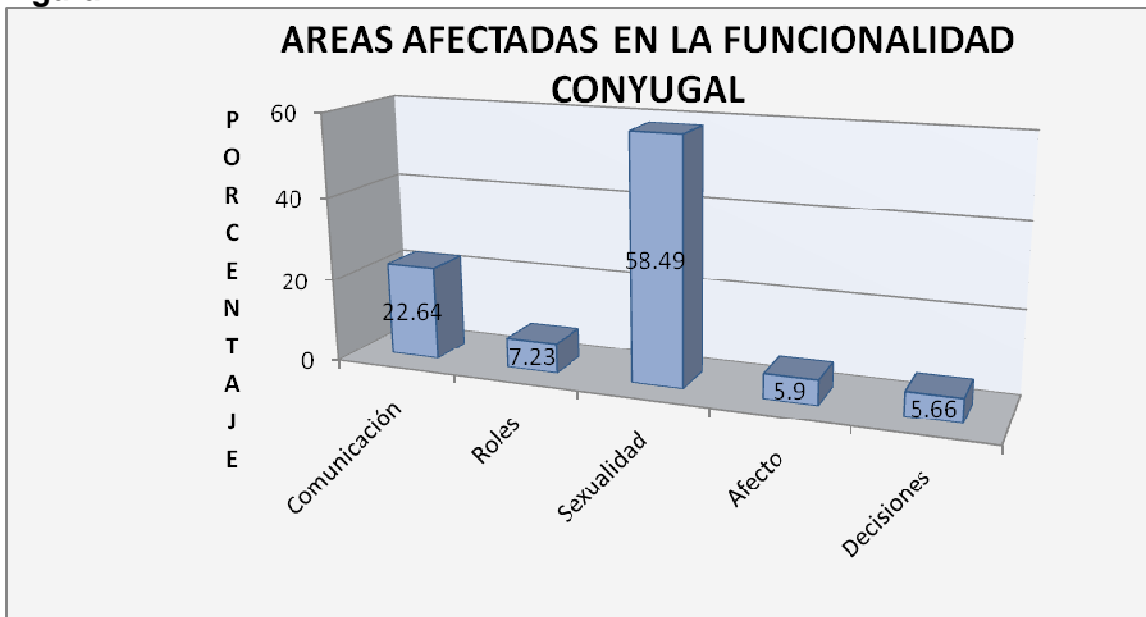
FUENTE HGP3A IMSS

CUADRO 5. AREA MAS AFECTADA EN LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL.

FUNCIONES DE PAREJA ALTERADAS	n	%
COMUNICACIÓN	72	22.64
ROLES	23	7.23
SEXUALIDAD	186	58.49
AFECTO	19	5.9
DECISIONES	18	5.66

FUENTE HGP3A IMSS

Figura 2.



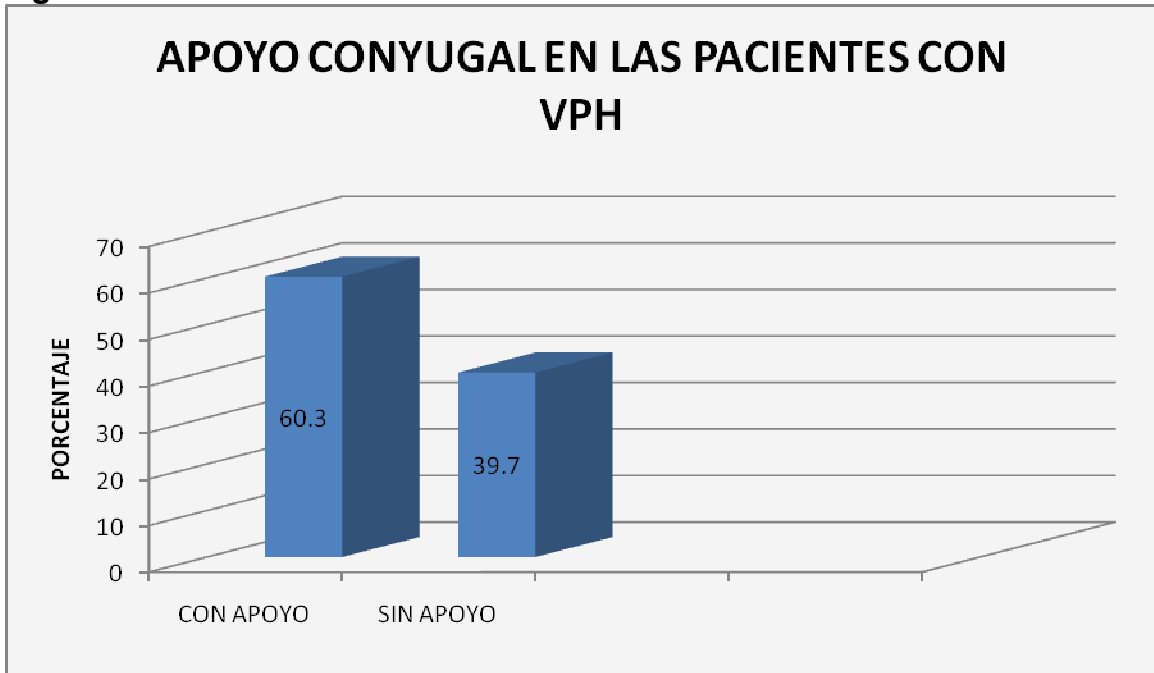
FUENTE HGP3A IMSS

CUADRO 6. PERCEPCION DE APOYO POR PARTE DE SU PAREJA

VARIABLE	n%	%
Con apoyo	192	60.3
Sin apoyo	126	39.7

FUENTE HGP3A IMSS

Figura 3.



FUENTE HGP3A IMSS

CUADRO 7. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO A LA PERCEPCION DE APOYO POR PARTE DE SU PAREJA

Variable	Con apoyo		Sin apoyo	
	n	%	n	%
EDAD				
-20	7	3.6	4	3.2
20-30	59	30.7	33	26.2
30-40	81	42.2	43	34.1
40-50	22	11.5	27	21.4
50-60	13	6.8	11	8.7
60-70	10	5.2	8	6.3
ESTADO CIVIL				
Soltera	24	12.5	15	11.9
Casada	136	70.8	81	64.3
unión libre	23	12.0	18	14.3
Otro	9	4.7	12	9.5
OCUPACION				
profesional	27	14.1	22	17.5
Comercio	53	27.6	28	22.2
ama de casa	93	48.4	59	46.8
Otro	19	9.9	17	13.5
ESCOLARIDAD				
Primaria	38	19.8	28	22.2
Secundaria	51	26.6	31	24.6
Prepa	58	30.2	35	27.8
Profesional	26	13.5	21	16.7
Técnica	19	9.9	11	8.7
ENFERMEDADES AGREGADAS				
Diabetes	3	1.6	6	4.8
Hipertensa	12	6.2	8	6.3
cardiacas	1	.5	2	1.6
Otras	5	2.6	5	4.0
Ninguna	171	89.1	105	83.3
NIVEL SOCIOECONOMICO				
1	31	16.1	23	18.3
2	146	76.0	84	72.3
3	15	7.8	19	15.1

FUENTE HGP3A IMSS

**CUADRO 8.PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO A SU
FUNCIONALIDAD CONYUGAL**

VARIABLE	FUNCIONAL		MODERADAMENTE FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	
	N	%	n	%	n	%
EDAD						
-20	9	4.0	2	2.6	0	0
20-30	68	30.4	19	24.7	5	29.4
30-40	92	41.1	25	32.5	7	41.2
40-50	28	12.5	20	26	1	5.9
50-60	13	5.8	8	10.4	3	17.6
61-70	14	6.2	3	3.9	1	5.9
ESTADO CIVIL						
Soltera	28	12.5	10	13.0	1	5.9
Casada	151	67.4	54	70.1	12	70.6
unión libre	32	14.3	7	9.1	2	11.8
Otro	13	5.8	6	5.8	2	11.8
OCUPACION						
profesional	35	15.6	13	16.9	1	5.9
Comercio	59	26.3	21	27.3	1	5.9
ama de casa	110	49.1	32	41.6	10	58.8
Otro	20	8.9	11	14.3	5	29.4
ESCOLARIDAD						
Primaria	43	19.2	19	24.7	4	23.5
Secundaria	53	23.7	23	29.9	6	35.3
Prepa	72	32.1	16	20.8	5	29.4
Profesional	36	16.1	10	13.0	1	5.9
Técnica	20	8.9	9	11.7	1	5.9
ENFERMEDADES AGREGADAS						
Diabetes	5	2.2	2	2.6	2	11.8
Hipertensa	13	5.8	7	9.1	0	0
cardiacas	2	.9	0	.0	1	5.9
Otras	7	3.1	3	3.9	0	0
Ninguna	197	87.9	65	84.4	14	82.4
NIVEL SOCIOECONOMICO						
1	42	18.8	12	15.6	0	.0
2	161	71.9	55	71.4	14	82.4
3	21	9.4	10	13.0	3	17.6

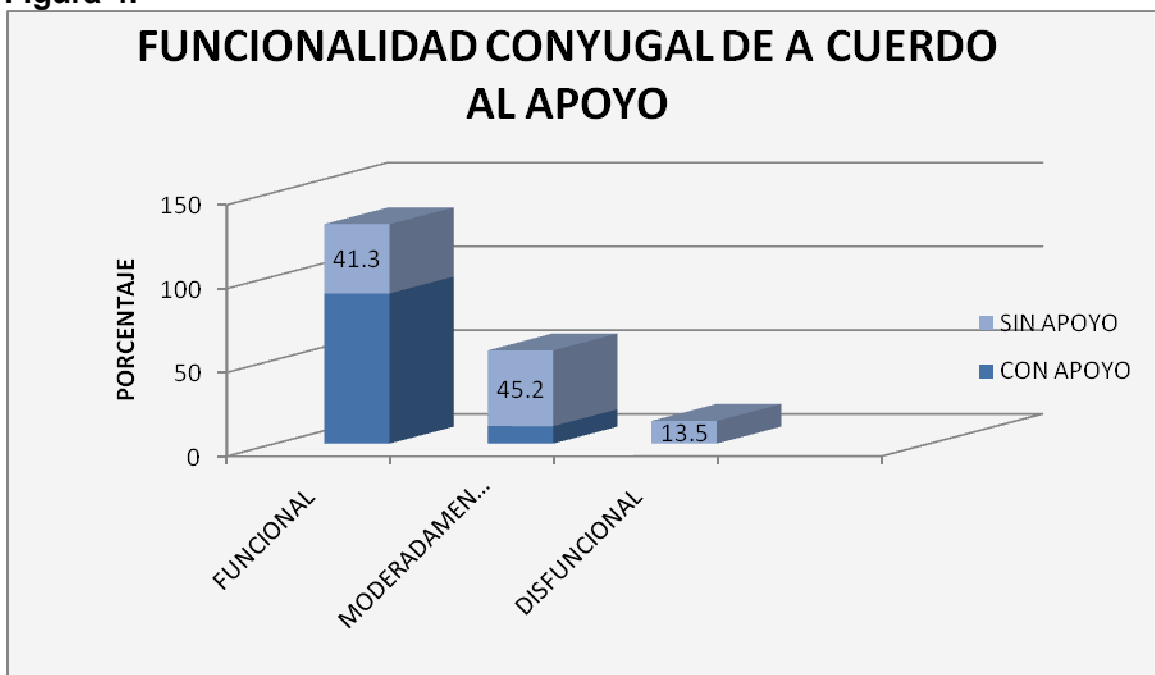
FUENTE HGP3A IMSS

CUADRO 9. ASOCIACION FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE ACUERDO AL APOYO CONYUGAL

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	APOYO CONYUGAL		SIN APOYO CONYUGAL		P
	n	%	n	%	
FUNCIONAL	172	89.6	52	41.3	0.000
MODERADAMENTE FUNCIONAL	20	10.4	57	45.2	
DISFUNCIONAL	0	.0	17	13.5	

Fuente HGP3A IMSS

Figura 4.



Fuente HGP3A IMSS

CUADRO 10. ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y PERCEPCION DE APOYO POR PARTE DE SU PAREJA

VARIABLE ASOCIADAS			OR	IC AL 95%	P
	FUNCIONAL	FUNCIONALIDAD MODERADA			
APOYO	172	20	9.43	5-17.93	0.000
SIN APOYO	52	57			
	APOYO	SIN APOYO			
FUNCIONAL MODERADAMENTE FUNCIONAL	172	52	9.43	5-17.93	0.000
	20	57			

DISCUSION.

El estudio demuestra que un tercio de las pacientes presenta algún grado de disfunción conyugal y falta de apoyo conyugal.

El perfil sociodemografico de la pacientes nos demuestra que la edad mas frecuente en que se infectan las mujeres es entre 20 y 30 años de edad, lo cual concuerda con la literatura que de acuerdo con estimaciones hechas por la Organización Mundial de la salud en 1995 se presentaron 30 millones de casos nuevos en el mundo, la incidencia global anual en México es mayor a 25 casos por 100,000 mujeres, incrementándose entre el periodo de edad entre 20 y 39 años a más de 1 por 1000 mujeres, la frecuencia del VPH continua incrementándose, multiplicándose 10 veces en los últimos cinco años. (3)

Sin embargo encontramos otras variables como la escolaridad predominante fue preparatoria; ocupación ama de casa, estado civil casado y nivel socioeconómico pobreza grado 2, que en la literatura no se encuentran referidas pero son relevantes porque externan las características de nuestra población..

En cuanto a los antecedentes ginecobstetricos de las pacientes encontramos que entre los mas relevantes se encuentra el numero de parejas sexuales que en nuestro estudio era de 1 pareja, así como inicio de vida sexual promedio a los 18 años, en la literatura nos menciona en tanto el hombre como la mujer están implicados en la cadena epidemiológica pudiendo ser al mismo tiempo portadores asintomáticos , transmisores y víctimas del VPH, en este sentido los factores de riesgo asociados a la infección por el VPH, están claramente relacionados con la conducta sexual del individuo, dentro de los mas importantes son la edad precoz en el inicio de las primeras relaciones sexuales ,elevado numero de parejas sexuales a lo largo de la vida y el contacto frecuente con mujeres que ejercen la prostitución y en mujeres contactos frecuentes con hombres con múltiples parejas sexuales.

La funcionalidad conyugal en la población de este estudio se percibió adecuada en la mayor parte, sin embargo se encuentra afectada en un tercio sobre todo el área de sexualidad, en la literatura se refiere a la infidelidad como causante de la disfunción conyugal logrando crear distanciamiento en la pareja e inseguridad de la misma, buscando un culpable de la transmisión, que por lo regular, recae en el hombre dado que es un portador asintomático y es quién contagia a la mujer que en ocasiones solo ha tenido una sola pareja sexual, lo que crea aun mas inseguridad y desconfianza hasta llegar a un punto de conflicto irreversible entre los cónyuges hasta llegar en ocasiones al divorcio o la separación, teniendo como consecuencia la alteración de la dinámica en el resto familia.

La funcionalidad familiar se modifica por diversos eventos que le acontecen a las familias, para un autor la enfermedad, muerte del cónyuge, el divorcio y la

separación marital son las principales causas de crisis familiar en 65 al 100% de los casos. Algunas patologías, por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras como el alcoholismo, el síndrome de Down, las enfermedades terminales, de transmisión sexual y neoplasias malignas. Resulta evidente que la familia estructural y funcionalmente deficiente contribuye negativamente a la sociedad en su conjunto, sus individuos lesionan las estructuras sociales.(6)

El análisis de funcionalidad de la relación de pareja es trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden estar ubicados en el subsistema conyugal. (7)

El apoyo de la pareja es un pilar fundamental en mujeres con diagnóstico de virus de papiloma humano, ya que de este depende también la recuperación en el ámbito emocional, así como inmunológico de la paciente para no caer en la llamada depresión, lo que conlleva a una alteración en el sistema inmunológico de la paciente así como disfunción conyugal y en ocasiones familiar. (21) así mismo el éxito del tratamiento en mujeres infectadas y el buen resultado de éste se verá potenciado por unión conyugal, comenta Fernanda Errázuriz, psicóloga y terapeuta de la Corporación La Esperanza, quien también asegura que sólo se recibe en un 30% el apoyo a mujeres por parte de su pareja, Esta estadística, sin embargo, no da cuenta de la profunda repercusión que le provoca a la pareja. (21).

En conclusión existe afectación de la funcionalidad conyugal y de la percepción del apoyo de la pareja en la mujeres infectadas por el VPH, por lo tanto es importante continuar evaluando las implicaciones familiares y sobre todo en el ámbito conyugal de las patologías como el VPH que se han incrementado en las últimas décadas así mismo comparar con población no infectada para determinar si el proceso infeccioso es el causante directo de la disfunción conyugal

CONCLUSIONES.

De esta manera concluimos que el presente estudio demostró que las pacientes que cursan con infección por virus del papiloma humano cuentan con el siguiente perfil sociodemográfico casada 68.2%, ama de casa en un 47.8%, escolaridad preparatoria en un 29.2%, ninguna otra enfermedad agregada en un 86.8% y nivel de pobreza grado II en un 72.3%.

Los antecedentes gineco-obstétricos presentados, edad media de menarca 12 años, vida sexual de inicio a 18 años, una pareja, dos embarazos, dos partos, dos hijos vivos, 9 meses de tiempo de diagnóstico de infección por VPH, sin antecedente de histerectomía 96.9%, y ninguna otra enfermedad agregada 86.8%.

La funcionalidad conyugal se percibió en un 70.4% como funcional, moderadamente funcional e el 24.2%, disfuncional en el 5.3%

Dentro de la funcionalidad se detectó que el área más afectada es la sexual con un 58.49%.

La percepción de apoyo por parte de su pareja es considerada solo con apoyo en un 60.3% de las pacientes el resto sin apoyo en un 39.6% refiere no hay apoyo de ningún tipo ni psicológico, emocional ni moral.

Comentarios

La presencia de disfunción conyugal y falta de apoyo en estas pacientes hace necesario la intervención integral del médico familiar tomando en cuenta los aspectos psicosociales y preventivos hacia las enfermedades de transmisión sexual, como el formar estrategias educativas encaminadas a orientación psicológica de la pareja con diagnóstico reciente para prevenir alteraciones en su dinámica conyugal.

ANEXOS.

INSTRUMENTO DE MEDICION FUNCIONALIDAD CONYUGAL

INSTRUMENTO DE VALIDACION DE APOYO A LA PAREJA

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
-----------	-------	-----------	---------

I. COMUNICACIÓN			
Se comunica directamente con su pareja	()	()	()
La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	()	()	()
Existe congruencia entre comunicación verbal y analógica.	()	()	()
ADJUDICACIÓN Y ROLES			
La pareja cumple los roles que se adjudican	()	()	()
Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	()	()	()
Se propicia el cambio de roles entre la pareja	()	()	()
III. SATISFACCION SEXUAL			
Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.	()	()	()
Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	()	()	()
IV . AFECTO			
Existen manifestaciones de afecto en la pareja.	()	()	()
El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.	()	()	()
Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	()	()	()
Perciben que son queridos por la pareja			
V. TOMA DE DECISIONES.			
Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	()	()	()

Marque con una X la opción que mejor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya, sea lo mas honesta posible, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias....

Siempre lo hace Muchas veces lo hace Algunas veces lo hace Rara vez lo hace Nunca lo hace

	Siempre lo hace	Muchas veces lo hace	Algunas veces lo hace	Rara vez lo hace	Nunca lo hace
1. Mi pareja con su amistad me brinda apoyo					
2. Ante mis problemas mi pareja se muestra comprensivo					
3. Mi pareja escucha mis problemas					
4. Ante mis problemas personales mi pareja me orienta.					
5. Ante un problema mío mi pareja me apoya cooperando con lo que puede					
6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.					
7. Ante mis conflictos personales mi pareja me brinda sostén emocional					
8. Mi pareja es solidaria ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales					
9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me evita					
10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja se preocupa					
11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me hace ver los pro y contras de aquellos.					
12. Ante mis problemas mi pareja me dice que esta conmigo					
13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas					
14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me condena					
15. Mi pareja me apoya dándome amor					
16. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.					
17. Ante una dificultad mi pareja me dice que yo puedo resolver cualquier problema.					

18. Ante un problema mi pareja me confirma que me quiere					
19. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me juzga					
20. Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas					
21. Ante mis problemas mi pareja muestra entendimiento.					
22. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me aconseja					
23. Ante un problema mi pareja me orienta en su solución					
24. Cuando le platico a mi pareja mis problemas me dice que debo hacer y que no.					
25. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.					
26. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me cree.					
27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja se comporta hostil.					
28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me acompaña en mi preocupación					
29. Cuando le platico los problemas a mi pareja me dirige en solución a ellos					
30. Cuando le platico mis problemas a mi pareja me critica.					
31. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema.					
32. Ante mis conflictos mi pareja se une a mis preocupaciones.					
33. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido					
34. Cuando tengo un problema mi pareja se une a mi para buscar solución					
35. Cuando le platico mis problemas a mi pareja es muy dura conmigo.					

36. Mi pareja me respalda en mis decisiones					
37. Ante un problema mi pareja me da soporte emocional.					
38. Cuando le platico mis problemas a mi pareja rechaza mis soluciones					
39. Ante mis dificultades mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.					
40. Cuando tengo un problema mi pareja me consuela					
41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja participa en una nueva reformulación de solución al conflicto					
42. Ante mis problemas mi pareja respeta mis decisiones					
43. Ante una dificultad mi pareja me guía en su solución					
44. Cuando tengo un problema mi pareja me ayuda a buscar una solución responsable.					

En esta segunda parte marque con una X el numero que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos, por favor sea lo mas honesto posible, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna.

Siempre lo hace Muchas veces lo hace Algunas veces lo hace Rara vez lo hace Nunca lo hace

45. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío					
46. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.					
47. Comparto mis problemas con mi pareja					
48. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.					
49. Cuando tengo un problema directamente pido a mi pareja su opinión					
50. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.					
51. Comunico mis problemas a mi pareja					
52. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.					
53. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.					
54. Ante mis problemas prefiero que mi pareja se mantenga al margen.					
55. A mi pareja le agradezco cuando me escucha.					
56. Ante un conflicto personal busco el consuelo de mi pareja.					
57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.					
58. Comparto mis conflictos con mi pareja					
59. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.					



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

INSTRUCCIONES: CONTESTE LAS RESPUESTAS CORRECTAS DEL SIGUIENTE CUESTIONARIO.

EDAD.

- 1)18 A 25 2) 25 A 39 3) 40 A 59 4)60 Y MAS

ESTADO CIVIL

- 1)SOLTERA 2) CASADA 3) UNION LIBRE 4) OTRO

OCUPACION

- 1)PROFESIONAL 2)COMERCIANTE 3) AMA DE CASA 4)OTRO

ESCOLARIDAD

- 1)PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA 4)PROFESIONAL

ENFERMEDADES AGREGADAS

- 1)DIABETES 2)HIPERTENSION 3)CARDIACAS 4)OTRAS

ESTADO SOCIOECONOMICO

- 1)BUENO 2)REGULAR 3)BAJO 4)MUY BAJO

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

- 1)MENARCA: 2)HIJOS: 3) PARTOS: 4) ABORTOS: 5) CESAREAS:

- 6)EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL : 7)NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:

TIEMPO DE DIAGNOSTICO CON VPH:

- 1) MENOS DE UN AÑO 2) MAS DE UN AÑO



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:

DISFUNCION CONYUGAL EN PACIENTES INFECTADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3-A

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD.

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL EN MUJERES INFECTADAS POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DEL HOSPITAL GINECO-PEDIATRIA 3-A.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN:

RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN INSTRUMENTO CON RESPUESTAS DE NUNCA, RARO,ALGUNAS VECES, A MENUDO Y SIEMPRE.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO QUE SON LOS SIGUIENTES:

EL IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL EN MUJERES INFECTADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, SERVIRA PARA DE SER NECESARIO IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA DISFUNCION CONYUGAL EN LAS PAREJAS Y BUSCAR EL BIENESTAR DE LA MUJER INFECTADA...EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y A ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO, LOS RIESGOS,BENEFICIOS O CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL .

TAMBIEN SE ME HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA
DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

BIBLIOGRAFIA.

1. Ho GYF, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papilloma virus infection in young women. *N Engl J Med* 2002;338:423-8.
2. Munoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England Journal of Medicine* 2003; 348(6):518–527.
3. Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición. Washington, 2001.
4. Muñoz Nubia, Bosch Javier. Relación Causal entre el virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. *Bol. Oficina Sanit Panam* 121(6), 2002
5. Manual TIPPS, Tema 6, Sexualidad. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México, 2001.
6. Shiroma M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población. Nuevo León: El Colegio de México, 2001
7. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. Cendoc Promudec. *Revista Bibliográfica sobre la Mujer* 2003;1:1-79.
8. Profamilia. Reflexiones para la investigación en el problema familiar. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social
9. Masters WH, Johnson VE.: *Human Sexual Inadequacy*. Boston. Little, Brown and Company; 2003
10. Velasco Campos, Ma. Luisa. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Ed. Pax México, 2006, pp. 1-27.
11. Sapetti A.: *El sexo y el varón de hoy*. Bs. As. Editorial Emecé; 2001
12. Sapetti A.: *El sexo y el hombre de hoy*. México. Editorial Planeta-Emecé; 2002
13. Millian VF, Fernandez AJ, Rodriguez LR, Rodriguez FT. Estudio de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales. *Rev. Cuabana Obstet y Ginecol* 2003; 25(3):181-9.

14. Registro histopatológico de Neoplasias en Mexico Ssa. Direccion General de Epidemiologia JGA Editores 2002.
15. Virus del Papiloma y Cancer . Epidemiologia y prevencion 4ta. Monografia de la sociedad espanola de epidemiologia 2006. Castellsague X, Albero G, Marti D, Pla MJ, Fernandez P, Bellovi C, Salinas M.
16. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: romper la cadena de transmisión para 2006-2015. Ginebra; 2006. 86 p.
17. Buendía Bermejo J. Et al. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir la calidad de vida en mujeres menopausicas: el cuestionario MENCAV. Atención primaria. 2001; 27 (2): 180-92.
19. Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio Estadístico. Extraído el 2 de diciembre, 2002, de <http://www.ine.cl/20-compendio/i-compendio.htm>
20. Medicina de Familia , Robert B Taylor, sexta edicion, Edit.Masson. pp.315,316,317.
21. Money J.: Reinterpreting the Unspeakable. New York, USA. The Continuum Publishing Company; 2000.