



Director de Educación e Investigación en Salud del ISSEMYM
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y

MUNICIPIOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

**INFLUENCIA DE LA CERVICOVAGINITIS EN LA DISFUNCIONALIDAD
CONYUGAL, COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LA
CLINICA REGIONAL DE JILOTEPEC, ISSEMYM EN EL PERIODO DE
JULIO A OCTUBRE DE 2009.**

TRABAJO QUE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M. C. MARIA ELBA SERNA MEDINA



TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme salud y permitirme culminar esta etapa de mi vida.

A Lucino el hombre que Dios puso en mi vida para compartir estos logros, mil gracias por tu apoyo por tu paciencia, por los desvelos, por tu espera incondicional y por impulsarme cada día. Te amo.

A mis padres Aristeo y Zenaida porque lo que soy se lo debo a ustedes, por la enseñanza de aferrarme hasta llegar a la meta y sobre todo por mostrarme que Dios es el motor en mi vida.

A mis hijos Lalo y Pepe que han sentido la ausencia de su mami, pero que les deja la gran herencia de aspirar a ser mejores y esforzarse siempre. Nunca los voy a dejar. Los amo.

A mis hermanas Gloria, Lili y Diana que siempre estuvieron pendientes de los avances.

A Cindy que todos los días me motivaste, eres parte importante en mi vida. Gracias nena.

A mis suegros Carolina y Lucino que siempre estuvieron al tanto de mis necesidades.

A mis queridos cuñados Guille y Armando que contaban conmigo los días para hacer más ligera la espera y al resto de la familia Oscar, Arturo, Lety y Jorge por enseñarme la grandeza del amor de hermano.

A la Dra. Berenice y al Dr. Daniel muchas gracias por la transmisión de sus conocimientos, dedicación, paciencia y ayuda para la conclusión de este trabajo, durante el cual siempre hubo disposición de tiempo extra, encontrando en ustedes personas con una excelente calidad humana.

**INFLUENCIA DE LA CERVICOVAGINITIS EN LA DISFUNCIONALIDAD CONYUGAL, ASI
COMO DETECCION DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LA CLINICA
REGIONAL DE JILOTEPEC, ISSEMyM EN EL PERIODO DE JULIO A OCTUBRE DE 2009**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. MARIA ELBA SERNA MEDINA

AUTORIZACIONES:

M.E. EDGAR DANIEL GODÍNEZ TAMAY

Profesor Titular de Especialización de Medicina Familiar

Sede ISSEMYM Toluca Estado de México

ASESOR DE TESIS:

M.E. MARTHA BERENICE HERNENDEZ MIRANDA

Profesor adjunto de Especialización de Medicina Familiar

Sede ISSEMYM Toluca Estado de México

M. en C. EDUARDO BREA ANDRES

Médico Especialista en Endocrinología por la UNAM

Maestro en Ciencias por la UNAM. Jefe de Investigación del ISSEMYM

DR. VICTOR MANUEL VILLAGRAN MUÑOZ

**INFLUENCIA DE LA CERVICOVAGINITIS EN LA DISFUNCIONALIDAD CONYUGAL,
COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LA CLINICA REGIONAL JILOTEPEC, ISSEMYM
DURANTE EL PERIODO DE JULIO A OCTUBRE 2009.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

M.C. MARIA ELBA SERNA MEDINA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

Coordinador de Investigación

Del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador de Docencia

Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

U.N.A.M.

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM**

INDICE

NUMERO	TITULO	PAGINA
1	Marco teórico	1
1.1	Definición	2
1.1.1	Vaginosis bacteriana	2
1.1.2	Diagnóstico	3
1.1.3	Tratamiento	3
1.1.2	Candidiasis	3
1.1.2.1	Manifestaciones clínicas	4
1.1.2.2	Diagnóstico y tratamiento	4-5
1.1.3	Tricomoniasis vaginal	6
1.1.3.1	Manifestaciones clínicas	7
1.1.3.2	Diagnóstico	7
1.1.3.3	Tratamiento	8-9
1.2	Funcionalidad familiar	10-12
1.2.1	Familia funcional	13-14
1.2.2	Familia disfuncional	15-18
1.3	Instrumentos de abordaje	19
1.3.1	Escala evaluación de FACES	19-20
1.3.2	Subsistema conyugal	21-22
1.4	Planteamiento del problema	23

1.5	Justificación	24
1.6	Objetivo general	25
1.6.1	Objetivos específicos	25
2	Material y método	26
2.1	Tipo de estudio	26
2.2	Diseño de investigación	26
2.3	Población, lugar y tiempo	27
2.4	Muestra	27
2.5	Criterios	28
2.5.1	Criterios de inclusión	28
2.5.2	Criterios de exclusión	28
2.5.3	Criterios de eliminación	28
2.6	Variables	28
2.6.1	Definición conceptual y operativa de las variables	29
2.7	Diseño estadístico	29
2.7.1	Propósito estadístico de la investigación	29
2.7.2	Grupos de estudio	29
2.7.3	Mediciones	29
2.7.4	Tipo de muestra	29
2.8	Instrumentos de recolección de datos	30
2.9	Método de recolección de datos	30
2.10	Maniobras para evitar sesgos	31
2.10.1	Sesgos de información	31

2.10.2	Sesgos de selección	31
2.10.3	Sesgos de medición	31
2.11.4	Sesgos de análisis	31
2.12	Procedimiento estadístico	32
2.14	Consideraciones éticas	32-35
3	Resultados	36-44
3.14	Gráfica de subsistema conyugal	44
3.15	Gráfica de cohesión	45
3.16	Gráfica de adaptabilidad	46
4	Discusión	46
5	Conclusión	47-48
6	Anexos	49-52
7	Bibliografía	53-54

RESUMEN

Objetivo: Identificar la influencia de la cervicovaginitis en la disfuncionalidad conyugal, cohesión y adaptabilidad familiar y en la Clínica Regional de Jilotepec, ISSEMYM.

Material y Métodos: Se realizó estudio transversal descriptivo y observacional con aplicación de test de subsistema conyugal y FACES III para identificar problemática de pareja y disfuncionalidad familiar en mujeres de 25 a 45 años de edad derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

Resultados: se encontró 64% (51) son parejas funcionales, con disfunción moderada se encontraron 29% (23) y parejas severamente disfuncionales 8% (6). En cuanto a la cohesión se encontró que el 53% (42) son familias relacionadas, el 20% (16) semirelacionadas, el 15% (12) no relacionadas y solo el 13% (10) fueron familias aglutinadas; en cuanto a adaptabilidad el 37% (29) resultaron caóticas, el 35% (28) flexibles, el 22% (17) caóticas y el resto 8% (6) de tipo rígidas.

Discusión: es importante mencionar que el cuestionario se aplicó a un solo miembro de la familia que a pesar de presentar cervicovaginitis en el subsistema conyugal salieron con parejas funcionales y en cohesión y adaptabilidad son familias funcionales.

Conclusiones: la cervicovaginitis en este estudio no fue un factor para que se presente alteraciones en la relación de pareja y en la funcionalidad familiar.

ABSTRAC

Objective: To identify the influence of dysfunctional cervicovaginitis in marital and family cohesion and adaptability in Jilotepec Regional Clinic, ISSEMYM.

Material and Methods: Descriptive cross-sectional observational study with application of marital subsystem test and FACES III to identify problems in relationships and family dysfunction in women aged 25 to 45 years of age entitled under the Social Security Institute of Mexico State and Municipalities.

Results: We found 64% (51) are functional pairs with moderate dysfunction were 29% (23) and severely dysfunctional couples 8% (6). As for cohesion was found that 53% (42) are related families, 20% (16) semirelacionadas, 15% (12) not related and only 13% (10) were bonded families, in terms of adaptability 37% (29) were chaotic, 35% (28) flexible, 22% (17) chaotic and the other 8% (6) type rigid.

Discussion: It is important to mention that the questionnaire was applied to a single member of the family that despite cervicovaginitis present in the subsystem functional couples got their marriage and family cohesion and adaptability are functional.

Conclusions: cervicovaginitis in this study was not a factor for the present disturbances in the marital relationship and family functioning.

1. MARCO TEORICO

Con la aparición de las terapias antimicrobianas en los años de 1940, se pensó que las enfermedades que se transmitían por vía sexual iban a desaparecer, por lo que el valor de éstas fue minimizado; posteriormente en países industrializados, volvieron a resurgir las nuevas infecciones ocasionando serias complicaciones e importantes repercusiones sociales, culturales y económicas.

La cervicovaginitis representa el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer contacto y a los servicios de ginecología de Estados Unidos de América del Norte. En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta entidad clínica se ubica dentro de las primeras doce causas de demanda de atención en las unidades de medicina familiar¹.

Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente 33 a 50 % de las mujeres con esta condición son asintomáticas, y a que las cifras informadas varían de acuerdo con la población estudiada: la vaginosis o vaginitis bacteriana se ha encontrado en 15 a 19 % de las pacientes ambulatorias, en 10 a 30 % de las mujeres embarazadas y hasta en 40 % de aquellas mujeres que acuden a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual¹.

La cervicovaginitis forma parte de las 20 principales motivos de consulta externa en la clínica regional Jilotepec del ISSEMyM ocupando el lugar 16 y en el último semestre reportando 163 casos²¹.

En cuanto a su etiología, más de 90 % es causado por bacterias, Candida o Trichomonas¹.

1.1 DEFINICION.

El término "cervicovaginitis" se refiere a la inflamación del epitelio escamoso de la vagina y el cuello uterino. En este cuadro, la mucosa cervical y vaginal responde a la infección con una reacción inflamatoria que se caracteriza por el daño a las células superficiales. Este daño conduce a la descamación y ulceración, que causan una reducción del espesor epitelial debido a la pérdida de células de la capa superficial y de parte de la capa intermedia (que contienen glucógeno). En las capas más profundas, las células sufren tumefacción con infiltración de neutrófilos en el espacio intercelular. La superficie del epitelio se halla cubierta por desechos celulares y secreciones inflamatorias mucopurulentas. Existe congestión del tejido conjuntivo subyacente con dilatación de los vasos superficiales y papilas estrómicas hipertróficas y dilatadas³.

1.1.1 VAGINOSIS BACTERIANA.

La vaginosis bacteriana (VB) es la causa principal de descarga vaginal anormal en mujeres en edad reproductiva, así como de consulta ginecológica, tanto en las clínicas de primer nivel de atención médica como en las especializadas en transmisión sexual^{3,4}.

La vaginosis bacteriana presenta una microbiología compleja en la cual los lactobacilos H₂O₂ positivos son reemplazados por un grupo de microorganismos que incluyen *Gardnerella vaginalis*, bacilos gramnegativos anaerobios como *Prevotella*, *Peptostreptococcus* y otros^{3,4}. Las bacterias anaerobias producen aminopeptidasas que degradan proteínas y descarboxilasas que convierten los aminoácidos en diaminas. Estas últimas contribuyen a la aparición de los signos y síntomas asociados con el síndrome³.

La prevalencia de vaginosis bacteriana varía según la población de estudio y la situación geográfica, con rangos que van del 4% en estudiantes universitarios al 33% en las clínicas de transmisión sexual³. El principal síntoma asociado a vaginosis bacteriana es la descarga vaginal maloliente; sin embargo, cerca de la mitad de las pacientes no refieren ningún síntoma³.

DIAGNÓSTICO

Un método diagnóstico para la vaginosis bacteriana fue propuesto originalmente por Amsel y col³, y aún es ampliamente usado hoy en día. La condiciones confirmada por la presencia de al menos tres de los cuatro criterios clínicos siguientes³:

- pH vaginal por encima de 4.5,
- La producción de un olor a 'pescado' al adicionar KOH al 10% a una muestra de secreción vaginal (prueba de aminas positiva),
- La presencia de células 'clave' y
- Un incremento en el flujo vaginal, el cual es de tipo lechoso homogéneo y adherente a la vagina.

TRATAMIENTO

De acuerdo a las recomendaciones el CDC^{4,5} los regímenes recomendados son:

Metronidazol, 500 mg, vía oral, dos veces al día, por 7 días, o Metronidazol gel, 0,75%, un aplicador lleno (5 g), intravaginal, una vez al día, por 5 días, o Clindamicina crema, 2%, un aplicador lleno (5 g), intravaginal, por la noche por 7 días⁴.

1.1.2 CANDIDIASIS VAGINAL

Es la enfermedad más benigna y común especialmente en mujeres en edad reproductiva, incrementándose en la última década hasta un 70%. Tiene prevalencia mundial con mayor frecuencia en las zonas de clima cálido. Representa hasta el 60% de los casos de infección genital. Hasta hoy se han identificado más de 200 cepas de Cándida en vagina, y todas con capacidad de colonizar e infectar⁹.

La Cándida es di mórfica y se encuentra en el humano en diferentes fases fenotípicas: como hongos filamentosos o como levaduras. Los blastosporos son los responsables de la colonización vaginal asintomática, como de la transmisión y de la producción de micelos, siendo la forma invasora de la enfermedad sintomática.

La candidiasis vaginal es entonces definida como una enfermedad inflamatoria de la vagina, producida por diferentes especies de Cándida, secundaria generalmente a condiciones fisiológicas alteradas que determinan disminución de la inmunidad local y se caracterizada principalmente por

la presencia de flujo vaginal blanco, inodoro como “ leche cortada”, prurito, sensación de quemadura, eritema y edema vaginal⁹.

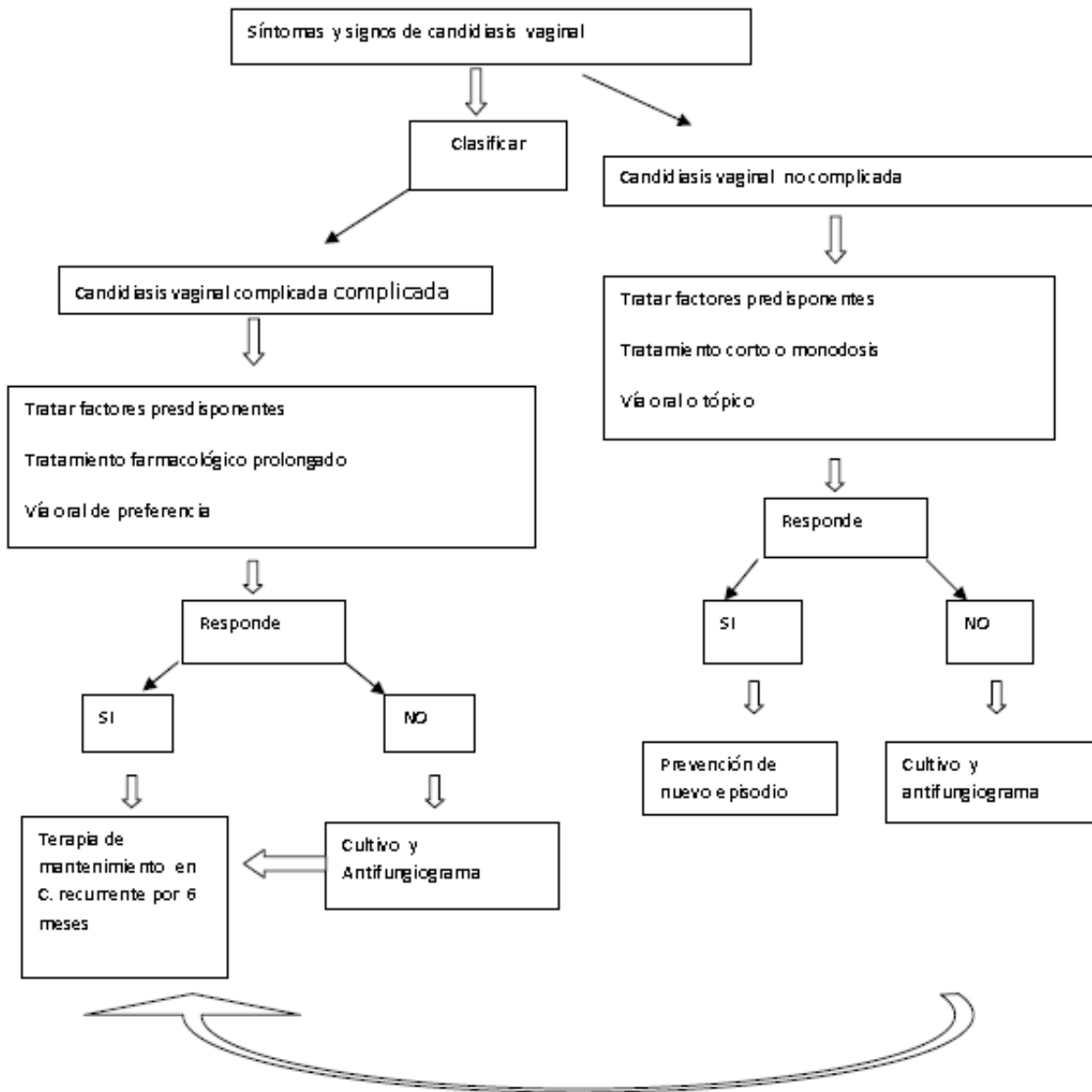
MANIFESTACIONES CLINICAS

Síntomas: Se presenta prurito y ardor vulvar, vulvodinea, sensación de quemadura, dispareunia y síntomas urinarios: Disuria, polaquiuria y tenesmo.

Signos: Flujo variable: Aspecto de leche cortada o blanco grisáceo con o sin flóculos , eritema vulvar, eritema vaginal, test de aminas negativo y pH vaginal 4.4 +- 0.7.

También se acompañan lesiones descamativas, exulceraciones y úlceras (secundarias a rascado) y rara vez lesiones costrosas, des pulimiento de la mucosa, edema, o congestión intensa⁹.

Algoritmo de manejo de la candidiasis vaginal



1.1.3 TRICOMONIASIS VAGINAL

La tricomoniasis es una vulvovaginitis muy frecuente. Se transmite, sobre todo, al sostener relaciones sexuales sin protección. El parásito que la produce (*trichomonas vaginalis*) muestra una amplia distribución, aunque se localiza habitualmente en la vagina y en las glándulas prostáticas. El parásito existe en las secreciones vaginales y cervicales de la mujer y en líquido seminal de los varones. Su reservorio puede ser mujer o varón, aunque la mayoría de los varones son portadores asintomáticos (60 %) y pueden transmitir la infección.

Una de cada cinco mujeres desarrollará tricomoniasis en su vida¹¹. Es asintomática en un 50% de las mujeres infectadas. Antes de 6 meses de evolución, aproximadamente 30% de las mujeres asintomáticas se vuelven sintomáticas. Su incidencia máxima ocurre entre los 16 y los 35 años, por ser este el periodo de máxima actividad sexual, lo que apoya el contagio por vía venérea¹¹.

El sistema de vigilancia epidemiológica reportó en 1996, 34353 casos en toda la República Mexicana¹¹. En particular esta infección obliga al personal médico a investigar otro tipo de padecimientos que se transmiten de igual manera y que están relacionados con la promiscuidad.

La tricomoniasis es producida por *Trichomonas vaginalis* que es un protozoo flagelado ovoide, móvil. Los sustratos para su desarrollo incluyen carbohidratos, aminoácidos, pirimidinas, purinas, ácidos grasos y hierro que se encuentran en el medio vaginal y aparentemente hay padecimientos que facilitan su desarrollo, tal es el caso de la vaginitis bacteriana.

Este protozoo puede adherirse fácilmente al epitelio vaginal por medio de adhesinas y además sus factores de virulencia están estrechamente relacionados a complicaciones prenatales entre ellas amenazas de parto pre término y ruptura prematura de membranas¹¹.

Es importante saber que no hay inmunidad protectora en la infección por *trichomonas* y es factible por consiguiente que haya múltiples re infecciones que por lo general cursan sin síntomas y de manera muy significativa en el hombre.

Factores para contraer la infección:

Tamaño del inoculo.

Número de parejas sexuales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

El periodo de incubación oscila entre los 4 y los 28 días¹¹.

Los síntomas inician durante o inmediatamente después de la menstruación.

Se estima que 25 a 50% de las mujeres infectadas permanecen sin síntomas¹¹.

En la mayoría de los casos, el síntoma inicial de la infección es disuria acompañada por quemazón u ardor, prurito vulvar y vaginal, cambio de consistencia del flujo vaginal y vulvitis.

A estos síntomas pueden sumarse también dispareunia, coito difícil o doloroso y cistitis recurrente.

Los síntomas más frecuentes son secreción vaginal (70 %), prurito vulvar (20 %), ardor (20 %), disuria (15 %), polaquiuria (8 %) y fetidez (10 %)¹¹.

La secreción vaginal varía en consistencia, desde fina, escasa a espesa, profusa y maloliente. La secreción clásica es espumosa y amarillenta (20 %), pero puede variar desde blanca y serosa hasta espesa y verde.

DIAGNOSTICO

Se basa en la demostración de la presencia de Tricomonas vaginales en las secreciones de las pacientes mediante microscopio y cultivo¹¹.

Las tricomonas pueden identificarse en el 80 % a 90 % de los pacientes. La prueba más sensible es el cultivo de la Tricomonas vaginales.

También pueden observarse en tinciones de PAP, aunque no tan confiable como el examen al fresco. También hay diferente sensibilidad entre los cultivos, según el medio utilizado. El medio de Feinberg – Whittington tiene una positividad del 93 % y el medio de Diamond el 89%¹¹.

La inmunofluorescencia directa con anticuerpos monoclonales, hace el diagnostico en un 86 % de los casos¹¹.

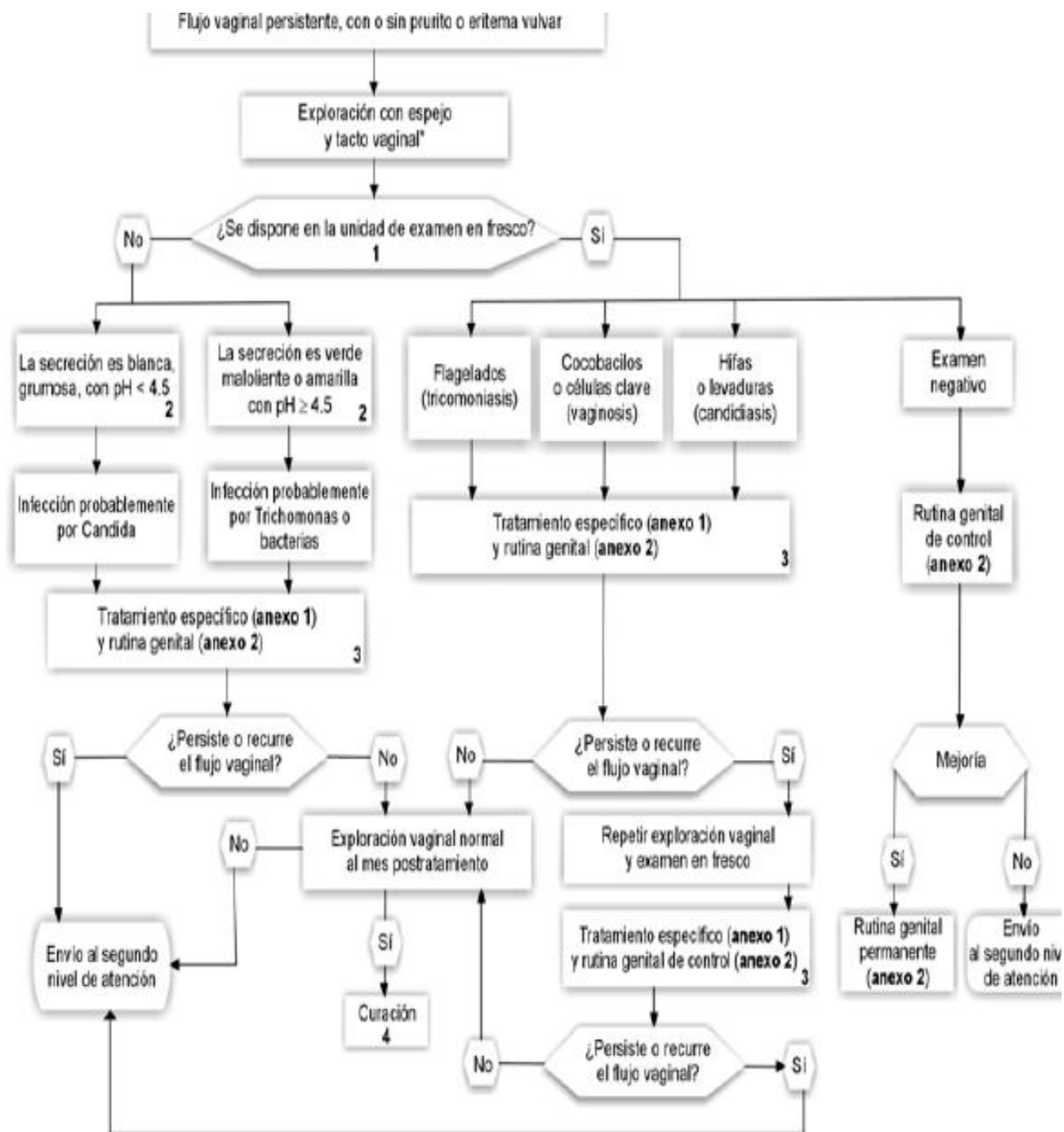
TRATAMIENTO

El fármaco de elección es el metronidazol de actividad selectiva para anaerobio y protozoos. La dosis habitual es metronidazol de 2 gr. Vía oral dosis única o dosis múltiples 500 mg dos veces al día por 7 días. Se trata siempre al compañero sexual^{8,9,10,11}. Las mujeres que no reaccionan al tratamiento inicial tratarla de nuevo con 500 mg dos veces al día x 7 días. Si el repetido carece de eficacia 2 gr de metronidazol una vez al día x 3 a 5 días.

Como alternativa puede utilizarse el clotrimazol vía vaginal, para rápido alivio de los síntomas en el primer trimestre.

Tanto el clotrimazol y miconazol son seguros durante el embarazo. El metronidazol se puede utilizar mas tarde en el II trimestre de gestación, para aquellas en quienes el tratamiento local no ha mejorado los síntomas.

Algoritmo 1. Diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Tricomonas y Candida



* Siempre deberá realizarse el tacto vaginal posterior a la inspección con espejo, para detectar datos de enfermedad pélvica inflamatoria:
 1. Crecimiento de anexos. 2. Dolor a la movilización del útero. 3. Abombamiento del fondo de saco

1.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo¹².

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás¹². En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.

Los intentos para medir y describir a la familia tienen cierto punto empírico, ya que la medición o evaluación del funcionamiento familiar es complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman y solo algunos autores han logrado estudiar este funcionamiento considerándolo como un proceso multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente, los cuales dan estilos de vida familiares con un funcionamiento específico¹².

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento¹². Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica.

En lo que se refiere a las funciones familiares, se puede señalar que desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. En cambio, la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo

Para entender el término “funcionalidad familiar” es necesario, recordar la definición de familia, abordar este concepto desde varias perspectivas y autores además de revisar y analizar los elementos que conforman la dinámica familiar, así como salud familiar y estructura familiar, los

cuales se podrán realizar las diferentes teorías que intentan explicar la compleja funcionalidad familiar.

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, no han permitido presentar estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de las familias con las técnicas y estrategias de intervención.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia¹³.

Tanto en México como en España, se ha usado con mayor frecuencia el Apgar familiar¹³. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos.

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia¹³.

Entre los más importantes se encuentran los siguientes:

Family Assessment Device (FAD), Self-report Family Inventory (SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale (FES), Family Functioning Index (FFI), Family Functioning Questionnaire (FFQ), Family APGAR y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

Al hablar de funcionalidad familiar encontramos que no existe un criterio único de medición de los indicadores del vínculo familiar. Los más utilizados son: las funciones básicas, la estructura dinámica e interacción y, las dos tareas del desarrollo: el ciclo vital familiar y de enfrentamiento, o crisis familiares no transitorias o para normativas.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

1.2.1 FAMILIA FUNCIONAL

Denominamos función familiar a esta propiedad del sistema familiar que lo convierte en un organismo similar a cualquier ser vivo y le permite diferenciarse.

La función familiar es un proceso, consecuencia de la evolución de un sistema, por lo que no puede detenerse para ser estudiada¹⁸.

La familia funcional presenta las siguientes características¹⁹:

LIMITES: La función de éstos, es marcar una diferencia entre los subsistemas y su definición, es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. La claridad de los límites es un parámetro muy útil en la valoración del funcionamiento familiar. Aquí existe entre sus miembros lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad, a pesar de las diferencias individuales, se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía. Se pueden diferenciar estos límites en tres tipos:

Límites o fronteras externas; claros y permeables lo cual permite que la familia y sus miembros puedan intercambiar información con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrollen su sentido de pertenencia.

Límites o fronteras entre sus subsistemas; claros, de modo que se puedan llevar a cabo las funciones específicas de cada subsistema, al mismo tiempo que se fortalece la jerarquía y se transmiten las reglas de socialización.

Límites o fronteras individuales; bien definidos, de tal manera que cada uno de los miembros de la familia llegue a desarrollar un sentido propio de individuación y autonomía, para desenvolverse en el mundo exterior, al mismo tiempo que perciban a los demás como fuentes de apoyo y aceptación. Donde no se limite la independencia ni haya una excesiva individualidad.

La JERARQUIA deberá estar en los padres o tutores, los cuales tendrán la función de brindar un ambiente de seguridad a sus hijos. Además, deberá ser clara y consistente a fin de evitar problemas entre los diferentes miembros que integran cada subsistema familiar. En este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). En la relación de esposos debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación de padre-hijos debe ser vertical (esto mientras exista la tutela de los padres).

Lo deseable es que la jerarquía más alta sea compartida flexiblemente por los padres en las proporciones que ellos decidan.

Los ROLES o tareas asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es necesario que exista flexibilidad y complementariedad de roles, o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

La COMUNICACIÓN clara, coherente, directa y asertiva tendría que ser la norma dentro de la familia, de manera que permitiera la negociación y resolución de problemas.

Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida familiar, se requiere de la comprensión mutua, es decir, que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y quienes los reciben lo hagan con apertura y buena disposición para evitar distorsiones.

Las REGLAS en su mayor parte deben ser explícitas y renegociadas a medida que la familia pasa a través de las diferentes etapas del ciclo vital, de manera que permitan el desarrollo familiar y la individuación de sus miembros.

Las COALICIONES no se presentarían en una familia funcional. Las ALIANZAS de tipo inflexible o rígido tampoco se presentan en una familia funcional.

La FLEXIBILIDAD O ADAPTABILIDAD que garantizan el desarrollo y coevolución de sus miembros, al mismo tiempo les da un sentido de pertenencia y estabilidad ante los problemas internos y externos a los que se va enfrentando. Los dos tipos de tareas del desarrollo requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia, para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio en sus miembros.

No se puede hablar de funcionalidad como algo fijo y estable, sino como un proceso móvil en ajuste constante

1.2.2 LA FAMILIA DISFUNCIONAL

La familia disfuncional o con funciones inadecuadas debe de ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros¹⁹.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia a toda la familia.

La familia como sistema constituye una unidad e integridad con interacciones; esta concepción de familia aporta mucho en relación a la causalidad de los problemas familiares, que son debidos a

deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe de verse no de manera lineal (causa-efecto), sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

Un indicador de síntoma de la disfunción familiar puede ser la descompensación de una enfermedad crónica, y hay que ver al paciente no como el problema, sino como el portador de la problemática familiar.

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus miembros, así como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas¹⁹.

CUADRO 1.

DIFERENCIAS ENTRE FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL SEGÚN EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Etapa	Fase	Periodo	Funcional	Disfuncional
Constitutiva	Preliminar o de encuentro	Noviazgo	Libre elección de la pareja	"influencias" en la elección de la pareja
	Recién casados sin hijos	Matrimonio	Complementariedad Adecuación Lealtad a la familia de procreación Negociación	Suplementariedad Variedad Nula adecuación Lealtad a la familia de origen Sin negociación

Procreativa	Expansión	Nacimiento y crianza de los hijos Nacimiento del primer hijo. Preescolares	Rol de padres	Incapacidad para asumir el rol de padres
	Consolidación y apertura	Hijos: escolares y adolescentes	Límites claros con familias de origen	Límites difusos o rígidos con familias de origen
Dispersión	Desprendimiento o	Separación de los hijos	Socialización secundaria Reajuste de roles Límites claros	Socialización secundaria inadecuada Mal ajuste de roles Límites rígidos o difusos

Etapa	Fase	Periodo	Funcional	Disfuncional
Final	Independencia	Cónyuges solos Jubilación y retiro	Aprender a ser independientes nuevamente como pareja Facilitar la independencia de los hijos Cambiar su rol de proveedor o de jefe de familia Renegociar funciones en el subsistema conyugal	Favorece la independencia de y para los hijos No aceptación del cambio de rol
	Disolución	Vejez de la pareja Viudez	Nuevas relaciones con los hijos, nietos, familia residual Aceptación de pérdida de habilidades	No adecuación de funciones en el subsistema conyugal Inadecuadas relaciones con los hijos, nietos, familia residual No aceptación de la pérdida de habilidades

El ciclo vital de la familia es útil para valorar la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia, a través de cada etapa, fase o momento por el que esté pasando, examinando las tareas o actividades a cumplir en dicha fase.

1.3 Instrumentos de abordaje auxiliares en el diagnostico de la familia disfuncional

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja^{15,16,17,18}. Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el autor Gómez Clavelina e Irigoyen¹⁷. Sin embargo en recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas:

Subsistema conyugal (padre y madre)

Subsistema paterno filial (padres e hijos), y

Subsistema fraternal (hermanos).

La familia tiene características que las hacen parecer similares o distintas a otras, son las características tipológicas. El conocimiento de éstas características permite al médico familiar englobar a la familia en un solo concepto: como fuente de salud o enfermedad, y, así mismo, encontrar el instrumento de abordaje apropiado para auxiliarse en el diagnóstico de su funcionalidad como familia, como sistema.

1.3.1 Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar FACES III

Es un modelo circunflejo de los sistemas familiares, inducido por Olson y colaboradores en los años setenta aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el autor Gómez Clavelina e Irigoyen¹⁵. Sin embargo en recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia¹⁵.

Esta escala de evaluación facilita la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias, así como el diálogo profesional entre clínicos e investigadores.

Integra dos dimensiones del sistema familiar: la COHESION y la ADAPTABILIDAD.

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado de factores de estrés normativo y no normativo.

Esta escala es fácil de evaluar, con una escala de cinco opciones, puede ser contestada por mayores de 12 años, permitiendo clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Nunca	1 punto
Casi nunca	2 puntos
Algunas veces	3 puntos
Casi siempre	4 puntos
Siempre	5 puntos

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

COHESIÓN

No relacionada	= 10 – 34 puntos
Semirelacionada	= 35 - 40 puntos
Relacionada	= 41 – 45 puntos
Aglutinada	= 46 – 50 puntos

ADAPTABILIDAD

Rígida	= 10 – 19 puntos
Estructurada	= 20 – 24 puntos
Flexible	= 25 – 28 puntos
Caótica	= 29 – 50 puntos

Las más funcionales:

- Mejor cohesión
- Mejor adaptabilidad

Las de mediana funcionalidad:

- Mejor cohesión
- Extrema adaptabilidad
- Extrema cohesión
- Mejor adaptabilidad

Las menos funcionales:

- Extrema adaptabilidad
- Extrema cohesión

1.3.2 SUBSISTEMA CONYUGAL

Como ya se mencionó en la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja¹⁷.

Evalúa la funcionalidad de la pareja, se considera que ésta debe ser gratificante y clara, sin perder de vista el entorno social en que se encuentra inmersa la pareja, además aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo.

El instrumento Subsistema Conyugal valora 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 habla de parejas gravemente disfuncionales, valores entre 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncionales y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales.

La calificación de este cuestionario se interpreta de la siguiente manera:

0 a 40	severamente disfuncional
41 a 70	con disfunción moderada
71 a 100	funcional

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hasta el 2002, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representó 38% de las consultas en mujeres de 20 a 50 años⁸.

En la clínica regional Jilotepec del ISSEMyM ocupa el lugar 16 y en el último semestre reportando 163 casos.

En 2004, la cervicovaginitis se sitúa en los principales motivos de consulta ginecológica en primer nivel por lo que el médico familiar debe de estar adiestrado en base a la norma ya que en esta se menciona el control de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo la cervicovaginitis así como criterios diagnósticos y tratamientos¹⁷.

Por lo anterior es importante el papel que juega el médico familiar no solo conociendo los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, si no también todo el entorno de la paciente con cervicovaginitis de una forma integral desde su entorno familiar y con la pareja.

Además que como médicos familiares se debe de conocer los criterios diagnósticos y tratamiento de dicha norma así como dar medidas generales para prevenir y controlar la cervicovaginitis y así disminuir la incidencia de dicha patología y sus repercusiones en la vida de la paciente.

Es relevante conocer la cervicovaginitis como patología y las repercusiones que trae consigo en el subsistema conyugal influyendo en la disfunción familiar, es de gran importancia tomar en cuenta el sentir de la pareja; de ahí que surja la inquietud de calificar en primer lugar si existe disfunción y en segundo el grado de disfunción existente.

1.5 JUSTIFICACION

La paciente con cervicovaginitis percibe su padecimiento como un factor que atenta contra la estabilidad de su vida en pareja.

La cervicovaginitis es una de las enfermedades más frecuente en la mujer y como ya se mencionó el interés de realizar esta investigación es acorde a la frecuencia en la clínica regional de Jilotepec en donde se reporta 163 casos²¹ en el último semestre, de los cuales no se ha estudiado que ésta patología ocasione problemática de pareja con certeza. La estadística en el Hospital Materno infantil del ISSEMyM en el periodo del presente estudio, es decir, julio a octubre de 2009 fue de 192 casos²². En México, de 1991 a 2002, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención en el IMSS y representó el 38% de las consultas a mujeres de 20 a 59 años¹¹. En 2004, la cervicovaginitis se situó en el decimotercer lugar de los principales motivos de consulta⁸.

Si bien en el desarrollo de la cervicovaginitis intervienen factores anatómicos, higiénicos y de inmunidad, la comunicación y la relación de pareja tiene un papel fundamental. Las actividades cotidianas que realiza el médico familiar incluyen acciones dirigidas a promover la higiene, prevenir la enfermedad y limitar la presencia de disfunción en la pareja.

Hay una serie de factores que se ven involucrados para que una mujer presente cervicovaginitis y para el control de ésta patología no basta la participación de la paciente por si misma sino también involucra al médico ya que se espera que la capacitación de éste debiera ser en teoría suficiente para lograr una adecuada competencia en el manejo control y sobretodo prevención para disminuir la presencia de cervicovaginitis.

Sin embargo, no hay descrito estudios que corroboren directamente cervicovaginitis con disfunción familiar o alteraciones con respecto a la funcionalidad familiar en el ISSEMyM, tampoco se encuentran publicaciones en México que relacionen directamente cervicovaginitis y alteraciones en el subsistema conyugal

1.6 OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia de la cervicovaginitis en la disfuncionalidad conyugal, cohesión y adaptabilidad familiar en la Clínica Regional de Jilotepec, ISSEMYM.

1.6.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la escolaridad de las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
2. Identificar la ocupación de las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
3. Identificar el número de parejas sexuales de las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
4. Identificar el número de hijos de las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
5. Identificar el método de anticoncepción más utilizado por las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
6. Identificar el tipo de familia de las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
7. Identificar la frecuencia de infecciones vaginales en un año en las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
8. Identificar el tipo de tratamiento más utilizado en las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
9. Identificar el grado de alteración en el subsistema conyugal en las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.
10. Identificar cohesión y adaptabilidad en las pacientes con cervicovaginitis de la Clínica Regional Jilotepec.

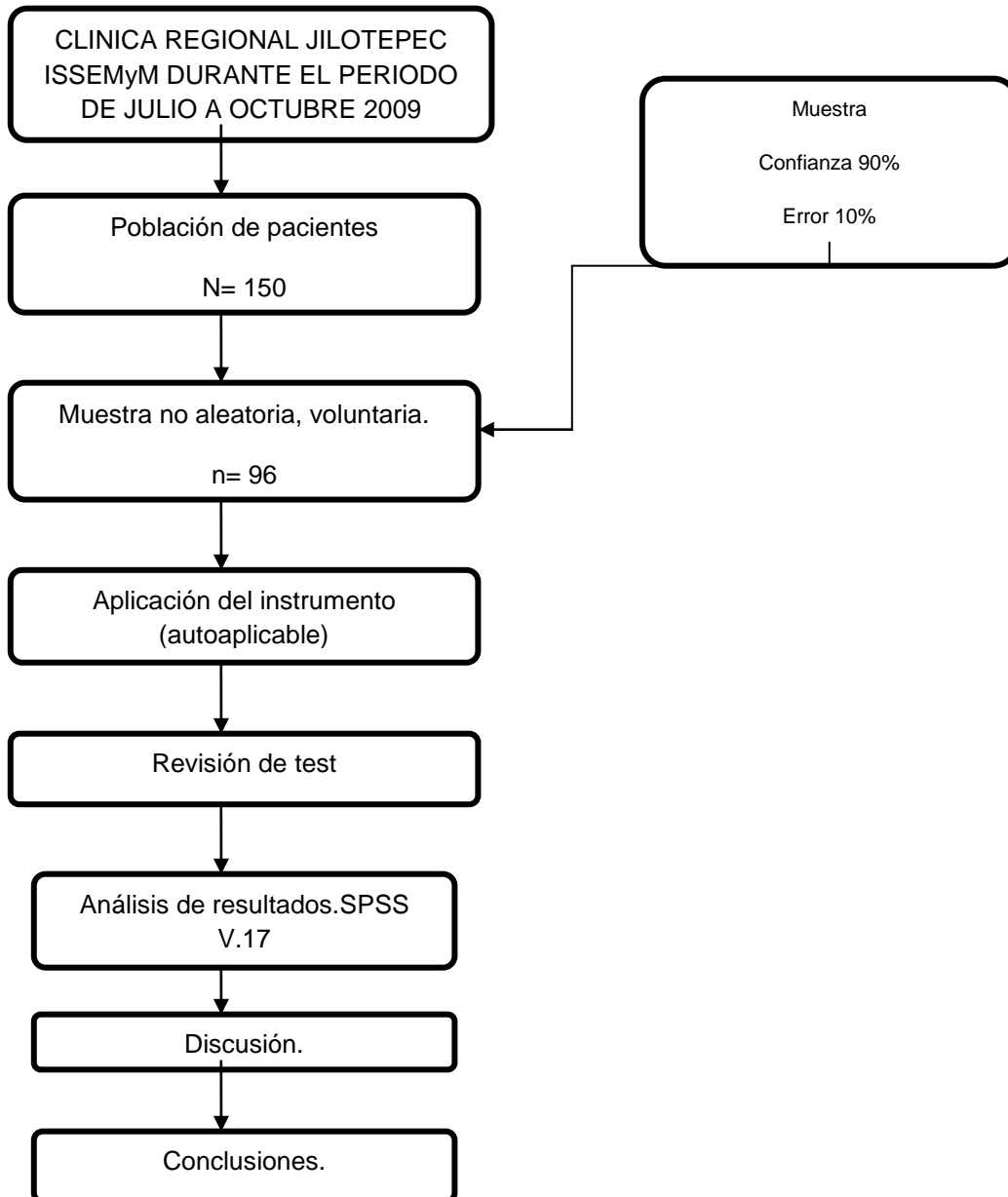
2. MATERIAL Y METODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal descriptivo y observacional

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Figura 1. Diseño de investigación del estudio.



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

El estudio se aplicará a mujeres con edad de 25 a 45 años que cursen con cervicovaginitis en el periodo comprendido de julio 2009 a octubre 2009 en la clínica regional de Jilotepec de ISSEMyM captadas en la consulta externa.

2.4 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se trata de una muestra no aleatoria, estadísticamente no significativa de 96 pacientes de la Clínica Regional Jilotepec y está basado en la fórmula para poblaciones menores a 10,00023.

$$no = \frac{Z^2q}{1 + \frac{Z^2q}{N} + \frac{E^2p}{N}}$$

2.5 CRITERIOS DE SELECCION.

2.5.1 Criterios de inclusión.

1. Pacientes derechohabientes de la clínica regional Jilotepec
2. Edad de 25 a 45 años de edad
3. Pacientes diagnosticadas con cervicovaginitis
4. Pacientes que asistan a la consulta externa en el turno matutino y vespertino.
5. Pacientes que acepten participar en el estudio
6. Pacientes con estado civil casadas
7. Cualquier escolaridad
8. Cualquier profesión
9. Cualquier nivel socioeconómico

2.5.2 Criterios de exclusión.

1. Pacientes que no autoricen participar en el estudio
2. Pacientes que cursen con cervicovaginitis pero no de forma recurrente
3. Pacientes sin familia aún cursando con cervicovaginitis
4. Pacientes no derechohabientes de ISSEMyM
5. Menores de 25 años y mayores de 45 años
6. Pacientes sin cervicovaginitis

2.5.3 Criterios de eliminación.

1. Cuestionarios mal llenados e ilegibles

2.6 VARIABLES.

Se estudiaron 48 variables que conforman el instrumento dividido en tres secciones tal como se presenta en el anexo 2.

En la primera sección se incluyen 14 variables de la ficha de identificación, en la segunda sección se incluyen 14 variables las cuales conforman el test de subsistema conyugal y la tercera sección esta conforma por 20 variables que conforman el test de FACES III.

Sección 1. Consentimiento Informado. Ficha de Identificación.

Sección 2. Subsistema conyugal

Sección 3. FACES III

2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa
Ficha de identificación	Cualitativo	Se refiere a los datos del paciente	Se revisa la ficha de identificación
Subsistema Conyugal		Escala cuali-cuantitativa que evalúa funcionalidad de la pareja exclusivamente	Consta de 5 etapas con 14 ítems a calificar
FACES III		Cohesión: vínculo emocional que tienen entre sí los miembros de una familia. Adaptabilidad: habilidad del sistema familiar para cambiar.	Se explora mediante 20 ítems

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la investigación.

Encontrar disfuncionalidad conyugal así como cohesión y adaptabilidad

Se investigó un solo grupo.

Se realizó una medición.

2.7.1 Grupos de Estudio.

Se aplicó dos cuestionarios: El de subsistema conyugal y FACES III

2.7.2 Mediciones.

Se realizó una medición en las unidades de muestreo.

2.7.3 Tipo de Muestra.

No aleatoria de pacientes femeninos de 25 a 45 años de la clínica de Jilotepec

2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento constó de 3 secciones, a través de una entrevista directa

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Folio y consentimiento informado Ficha de identificación	14
Sección 2	Subsistema Conyugal	14
Sección 3	FACES III	20

2.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El protocolo de investigación se dio a conocer al comité de Ética de la Clínica de la Clínica Regional Jilotepec.

Se aplicó el cuestionario a pacientes femeninos las cuales acudieron a la consulta externa por presentar cervicovaginitis en todos los consultorios de la Clínica Regional Jilotepec de ambos turnos, no sin antes autorizar su participación con el consentimiento informado.

Posteriormente se realizó la selección de cuestionarios de acuerdo a los criterios de elección.

Los cuestionarios se aplicaron en un periodo de julio a octubre del 2009.

Se aplicaron 96 cuestionarios de los cuales se eliminaron 16 acorde a criterios de eliminación y se procedió a introducir la información en el programa SPSS versión 17.

Posteriormente se realizó de acuerdo a tablas estadísticas los resultados y conclusiones del estudio.

2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS.

2.10.1 Sesgo de información.

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas que existe debido a que la información proporcionada por los pacientes. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

2.10.2 Sesgos de selección.

Se reconoce que lo hubo, ya que la participación fue voluntaria.

2.10.3 Sesgos de Medición.

Las encuestas fueron realizadas por el mismo investigador, para evitar durante la toma de datos sesgo inter-observador.

2.10.4 Sesgos de Análisis.

Respecto a los sesgos de análisis estadísticos se evito analizando la información de forma adecuada respecto a la naturaleza, tipo de variable, y procedimiento estadístico utilizado.

2.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.

Para la codificación de los datos en la base electrónica, se asignaron códigos alfanuméricos para su almacenamiento, como se muestra en el diseño de la base de datos.

Se construyeron una base de datos, y la otra con el resto de secciones del cuestionario.

2.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente". El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son solo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.

I. PRINCIPIOS BASICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.
10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Cuando el menor de edad esté de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

INVESTIGACION MEDICA COMBINADA

CON ATENCION PROFESIONAL (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.

4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente .

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

INVESTIGACION BIOMEDICA NO TERAPEUTICA

EN SERES HUMANOS (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.

2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

3. RESULTADOS.

Contestaron un total de 80 pacientes mujeres con cervicovaginitis.

El rango de edad encontrado fue de 25 a 45 años con una media de 37 y de una desviación estándar de 6.687

Con respecto al estado civil el 88% (70) de las pacientes son casadas y unión libre 12% (10).

Cuadro 1.

Estado Civil de las pacientes con cervicovaginitis
de la Clínica Regional Jilotepec.

Estado civil	frecuencia	porcentaje
Casada	70	87.5
unión libre	10	12.5
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

Un 38% (30) son amas de casa, el 33% (26) empleadas, 26% (21) son profesionales, el resto otras ocupaciones que corresponde a 3% (3)

Cuadro 2.

Ocupación de las pacientes con cervicovaginitis
de la clínica Regional Jilotepec.

ocupación	frecuencia	Porcentaje
ama de casa	30	37.5
estudiante	1	1.3
Obrero	1	1.3
empleado	26	32.5
profesional	21	26.3
directivo	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

Parejas sexuales

El 91% (73) de las pacientes tiene una sola pareja sexual, el 8% (6) han tenido dos parejas sexuales y el resto que corresponde al 1% (1) han tenido más de 3 parejas sexuales

Cuadro 3.

Número de parejas sexuales en las pacientes con cervicovaginitis
en la Clínica Regional Jilotepec.

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Una	73	91.3
Dos	6	7.5
mas de 3	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

Con respecto al número de hijos el 44% (35) tienen más de dos hijos, el 38% (30) tiene dos hijos y el 18% (15) tiene un solo hijo.

Cuadro 4.

Número de hijos en pacientes con cervicovaginitis
en la Clínica Regional Jilotepec.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	14	17.5
Uno	31	38.5
Dos	35	43.8
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

En escolaridad un 30% (24) son profesionistas, el 24% (19) terminaron la secundaria, el 16% (13) tienen primaria completa y el resto 30% (44) otra escolaridad.

Cuadro 5.

Grado de escolaridad de las pacientes con cervicovaginitis en la clínica Regional Jilotepec.

Escolaridad	frecuencia	Porcentaje
analfabeta	1	1.3
primaria incompleta	2	2.5
primaria completa	13	16.3
secundaria completa	19	23.8
preparatoria incompleta	1	1.3
preparatoria completa	9	11.3
Técnica	10	12.5
profesionista	24	30.0
Otros	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

El 68% (54) de las pacientes usa método de anticoncepción y el 33% (26) no utiliza.

Cuadro 6.

Tuvieron método de planificación familiar las pacientes con cervicovaginitis las pacientes de la clínica Regional Jilotepec

Método de planificación	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	67.5
No	26	32.5
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

El 88%(70) presenta familia nuclear y el resto 12% (30) presenta familia compuesta

Cuadro 7.

Familiares que viven con la paciente con cervicovaginitis en la clínica Regional Jilotepec.

Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Padres	5	6.3
Abuelos	3	3.8
Otros	2	2.5
Ninguno	70	87.5
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

El 100% de las pacientes presenta infecciones vaginales

Con respecto a las veces que ha presentado en un año infección vaginal el 64% (51) hasta dos veces, el 30% (24) de dos a cuatro ocasiones, el 4% (3) de 4 a 6 veces y el resto 2% (2) más de seis veces.

Cuadro 8.

Número de infecciones vaginales en un año en las pacientes con cervicovaginitis en la clínica Regional Jilotepec.

Cuántas en un año	Frecuencia	Porcentaje
1-2 veces	51	63.8
2-4 veces	24	30.0
4-6 veces	3	3.8
más de 6 veces	2	2.5

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

El 98% (78) si recibió tratamiento médico y el resto 2% (12) no recibió.

Cuadro 9.

Tratamiento en las pacientes con cervicovaginitis
en la Clínica Regional Jilotepec.

Recibió tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	97.5
No	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

En cuanto al tipo de tratamiento que recibieron son 62% (49) recibieron óvulos, el 32% (25) refieren pomadas, el 3% (2) tabletas orales y el resto 5% (4) otros tratamientos.

Cuadro 10.

Tipo de tratamiento otorgado en la Clínica Regional Jilotepec

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Óvulos	49	61.3
pomadas	25	31.3
tabletas orales	2	2.5
Otros	4	5.0
Total	80	100.0

Fuente: Pacientes encuestadas N=80

El 82% (65) no tuvo problemas con la pareja por infección vaginal el resto 19% (15) sí presentó problemática de pareja.

Cuadro 11.

Hubo problemática de pareja en las pacientes con cervicovaginitis en la clínica Regional Jilotepec.

Problemática de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	18.8
No	65	81.2
Total	80	100.0

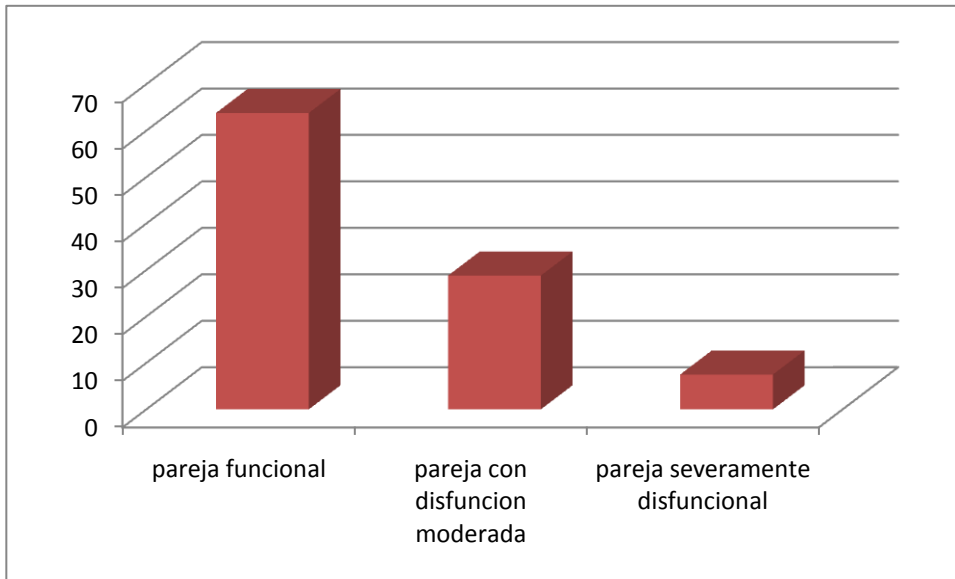
Fuente: Pacientes encuestadas N=80

3.1 Calificación de subsistema conyugal

Al aplicar test de subsistema conyugal para calificar problemática de pareja se encontró que la gran mayoría 64% (51) son parejas funcionales, con disfunción moderada se encontraron 29% (23) y parejas severamente disfuncionales 8% (6).

Grafica 1.

Subsistema conyugal



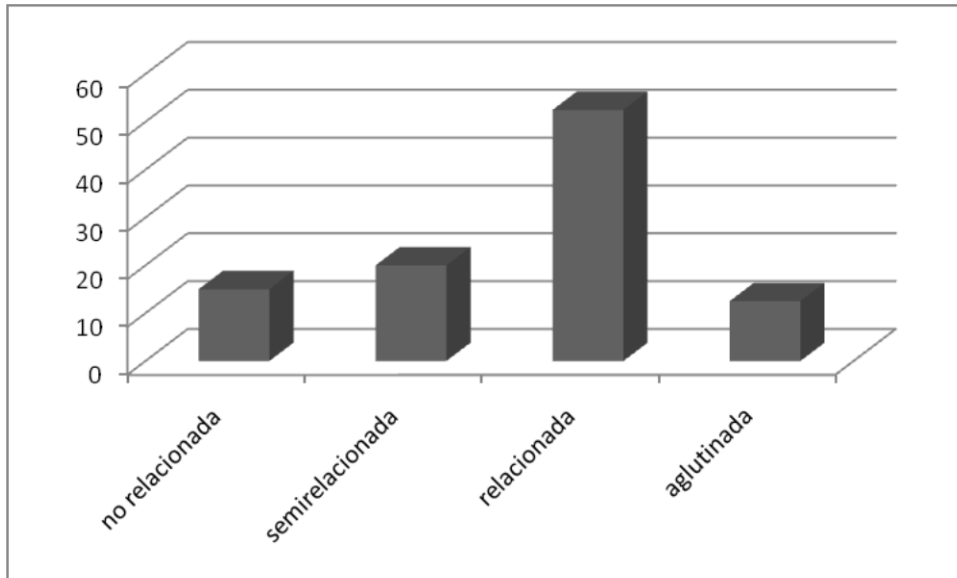
Fuente: Pacientes encuestadas N=80

3.1.2 Cohesión

En cuanto a la cohesión se encontró que el 53% (42) son familias relacionadas, el 20% (16) semirelacionadas, el 15% (12) no relacionadas y solo el 13% (10) fueron familias aglutinadas.

Grafica 2.

Cohesión en las pacientes con cervicovaginitis en la Clínica Regional Jilotepec.



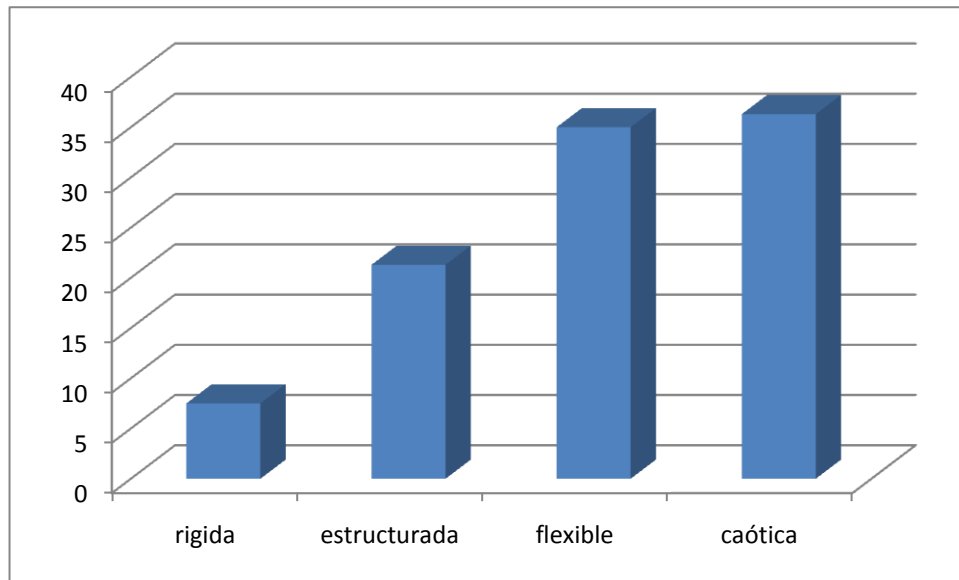
Fuente: Pacientes encuestadas N=80

3.1.3 Adaptabilidad

En las pacientes con cervicovaginitis se encontró que en cuanto a adaptabilidad el 37% (29) resultaron caóticas, el 35% (28) flexibles, el 22% (17) caóticas y el resto 8% (6) de tipo rígidas.

Grafica 3.

Adaptabilidad en pacientes con cervicovaginitis
en la Clínica regional Jilotepec.



DISCUSION

Es importante destacar que el presente estudio está enfocado únicamente a identificar la relación de cervicovaginitis y funcionalidad familiar es por ello que no se tomaron en cuenta algunos factores que podrían ser de gran utilidad, sin embargo no se descartan para abrir otra línea de investigación como lo es el tiempo de vida en pareja y la opinión directa de la misma, gérmenes causales o la misma recurrencia en un determinado periodo de tiempo.

En relación a la edad de las pacientes encuestadas se encontraron que oscilaban entre los 25 a 45 años de edad, que coincide con literatura revisada donde reporta que la mayoría de las infecciones vaginales se presenta en este rango, por ser ésta la edad de mayor vida sexual y con probabilidad de tener más parejas sexuales^{4,9}.

En el estudio realizado por García, P. en el 2007 investigando propiamente vaginosis bacteriana encontró la edad promedio para infecciones vaginales fue de 30 años⁴ oscilando en los resultados del presente estudio de 37 años.

En relación a la escolaridad en su mayoría eran profesionistas con un 30% y el 38% eran amas de casa. Con respecto a esta variable no hay literatura que estudie específicamente la relación de la escolaridad o profesión con la presencia de cervicovaginitis

Como ya se mencionó que uno de los factores de riesgo para la cervicovaginitis son el número de parejas sexuales en este estudio se encontró que aunque tengan una sola pareja sexual presentan por lo menos de una a 2 veces esta patología de las cuales el 98% sí recibió tratamiento médico a base de óvulos en un 61%.

García, P. en su investigación⁴ encontró, en cuanto al número de parejas sexuales de por vida, las pacientes que tuvieron 3 o más parejas también tuvieron una prevalencia mayor de cervicovaginitis, con diferencias estadísticamente significativas. Georgijevic obtuvieron resultados similares. Canto de Cetina et al, Nilsson et al y Taylor-Robinson et al también consideran el número de parejas sexuales como un factor asociado a cervicovaginitis⁴.

Por otra parte se observó que a pesar de presentar cervicovaginitis en el subsistema conyugal salieron con parejas funcionales y en cohesión y adaptabilidad son familias funcionales. Solo ocho de las 80 pacientes presentó parejas con disfunción moderada y solo cuatro fueron severamente disfuncionales. Sin embargo, se reconoce que pudo existir un sesgo debido a que solo exploramos la opinión de la mujer y falto conocer la opinión de sus parejas. En futuros estudios que se realicen en nuestro medio, valdrá la pena enfocarnos en este aspecto.

Es importante mencionar los aspectos para la dinámica familiar, se encontró que las familias que tienen más de dos hijos a comparación de uno son familias relacionadas y flexibles.

En la literatura no se informan estudios que identifiquen o estén dirigidos a caracterizar el diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis, la mayoría se enfoca principalmente a la prevalencia y etiología. En relación al número de veces que se presentó cervicovaginitis solamente dos pacientes no recibieron tratamiento.

Se encontró también que las pacientes con cervicovaginitis en su mayoría son amas de casa de ocupación empleadas y con licenciatura.

Un aspecto importante a evaluar es que si bien, encontramos que más de la mitad de las pacientes usan un método de planificación familiar, la prevalencia de cervicovaginitis es alta, desafortunadamente en este estudio no se especificó si la paciente usaba un método de barrera o un hormonal, por lo cual para futuros estudios valdría la pena explorar este aspecto y corroborando con la literatura solamente un autor demostró que las pacientes con DIU presentaron la prevalencia más alta (40,4%)^{4,11}. Otros autores también asocian el DIU con la presencia de cervicovaginitis¹¹. Sin embargo, a pesar de la evidencia, la asociación entre portadoras de DIU y cervicovaginitis no está clara debido a que se desconoce el mecanismo por el cual el dispositivo altera la flora vaginal.

Cabe mencionar que en este estudio solamente tenemos la percepción de la mujer, por lo cual se reconoce que podría haber un sesgo al no preguntarle al hombre su percepción sobre la funcionalidad conyugal.

CONCLUSIONES

A pesar de que solo se encuestó a la mujer para lo de subsistema conyugal, lo ideal sería a la pareja, se observó que aunque presentan una infección vaginal no han tenido problemas con su pareja sin embargo aquí podría haber una línea de investigación ya que no se preguntó acerca de la continuidad de vida sexual a pesar de las infecciones vaginales. Así mismo, como ya se comento, se reconoce el sesgo ya que probablemente por algunos prejuicios la mujer no sea del todo honesta al preguntársele sobre la funcionalidad del subsistema conyugal.

Con los resultados obtenidos se observó que la cervicovaginitis como tal no es un factor predominante para el desarrollo de disfuncionalidad en el subsistema conyugal y que esta disfunción no repercute en la cohesión y adaptabilidad de las familias estudiadas, sin embargo se debería estudiar más a fondo tomando en cuenta las características de la población estudiada en donde predominan los profesores. Las parejas que se reportaron severamente disfuncionales son esposas de policías y de empleados del ayuntamiento por lo tanto no se puede generalizar los resultados obtenidos. Igualmente valdría la pena que en futuras investigaciones se estudiara a fondo este sector de la población.

Como médico familiar se debe ser integral en la atención de los pacientes aunque la mayoría de las familias fue funcional, a pesar de que solo se encuestó a un miembro de ésta por lo que se debe de estudiar aquellos factores que intervienen en la disfuncionalidad conyugal así como en la disfuncionalidad familiar.

Además, hay que hacer detección oportuna así como tratamiento de las cervicovaginitis ya que todas las mujeres han presentado por lo menos una vez dicha patología.

Se sabe que las pacientes no siempre siguen las recomendaciones a las medidas preventivas, en algunas ocasiones debido a la falta de información y confianza en su médico tratante. Estas medidas complementarias preventivas, facilitaría el involucramiento de la mujer en la prevención y atención del daño de este padecimiento.

Cada enfermo tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida. Se requiere tener presente los criterios de diagnóstico y tratamiento descritos en la norma oficial mexicana y las guías clínicas para mejorar la calidad de la atención de las mujeres con cervicovaginitis^{7,10}.

En consecuencia, la contribución del equipo de salud para mejorar la calidad de vida en pareja y familiar, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y sobre el núcleo familiar de las pacientes.

Por último es adecuado mencionar que se lograron los objetivos propuestos al iniciar el estudio ya que lo principal fue saber si la cervicovaginitis es un factor que influye en el subsistema funcional en la pareja así como en la cohesión y adaptabilidad y todo lo relacionado, aunque se reconocen las limitaciones del estudio ya que solo estudiamos una percepción.

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar la dinámica a través de la Satisfacción o insatisfacción de las pacientes con su vida familiar, así como conocer la percepción del funcionamiento a fin de determinar si la cervicovaginitis es un factor que cause gran impacto en éste.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LA INFORMACIÓN QUE USTED OTORQUE EN LAS SIGUIENTES HOJAS SERA CONFIDENCIAL DE CARÁCTER ÚNICAMENTE PARA INVESTIGACION LA CUAL NO SERA PUBLICADA Y SE MANEJARA ÚNICAMENTE POR EL INVESTIGADOR EN DONDE USTED DECIDE SI DESEA PARTICIPAR O NO AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU COLABORACION.

SI ACEPTO COLABORAR

NO ACEPTO COLABORAR

ANEXO 3.

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
I- Comunicación:			
a. se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II- Adjudicación y asunción de roles			
a. la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. son satisfactorios los roles que asumen la pareja	0	2.5	5
c. se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III- Satisfacción sexual			
a. es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV- Afecto			
a. existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V- Toma de decisiones			
a. las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

ANEXO 4

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
11. Nos sentimos muy unidos
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
14. En nuestra familia las reglas cambian
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
19. La unión familiar es muy importante
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

BIBLIOGRAFIA

1. Trejo y Pérez j. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida 2003. 571-573.
2. Lesiones inflamatorias del cuello uterino. IARC, 150 Cours Albert Thomas, France 79. screening@iarc.fr
3. González-Pedraza Avilés. Factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana Aten Primaria 2004;34(7):360-5
4. García Pedro J. Vaginosis bacteriana. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:167-171
5. Centers for Disease Control. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 1998;47(RR-1):1-116
6. A. González-Pedraza Avilésa, R. Mota Vázquezb, C.Ortiz Zaragoza y R.E. Ponce Rosasd. Factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana . Aten Primaria 2004;34(7):360-5
7. Norma Oficial Mexicana, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. PROY-NOM-039-SSA2-2000. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/eventos/nomsida/its.pdf>
8. Martín Martínez-Ojeda, José Saldaña-González, Miguel Ángel. Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 249-254
9. Pimentel sarzuki B, Reynolds M. Eloy. Candidiasis vaginal. Revista Paceaña de medicina Familiar 2008; 22-27
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida 2007; 45 (3): 249-254
11. Martínez Castro k. Gérmenes patógenos más frecuentes encontrados en tracto genital de embarazadas en el trabajo de parto, entre las 35 – 40 semanas de gestación y sus complicaciones materno fetales, atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélez Paíz. Noviembre – Diciembre 2007. 21-26.
12. Méndez López D.M. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4)
13. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A. FACES III: alcances y limitaciones. Aten Fam 2005;12(1):10-11
14. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.
15. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2):45-57.
16. Herrera Avila A. La Familia Unidad de Análisis. Rev. Med. IMSS (Mex) 1983

17. Mendoza-Solís LA. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. Vol.8 (1) 27-32.
18. De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. DOYMA 1994. 91-94.
19. León Anzures R. Medicina Familiar: Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar. 1ª edición 2008. 228-270.
20. Gómez Navarro J.S. Sexualidad en la pareja y funcionalidad familiar.feb 2005. 5-10.
21. Departamento de Estadística de la Clínica Regional Jilotepec de ISSEMyM.
22. Departamento de Estadística Hospital Materno infantil de ISSEMyM.
23. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria AE. Atención Familiar. 2007; 14(2)44-53.