



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCIÓN CITOLÓGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Presenta:

Karla Liliana Quiroz Zarate

Residente del 3er año de la especialidad en Medicina Familiar
para médicos generales. Sede Hospital General de Zona No. 21,
Instituto Mexicano del Seguro Social

Corre electrónico: karlaquiroz75@hotmail.com

Director de tesis:

Dr. Raúl Guillén Ortiz

Unidad de Medicina Familiar N° 44,
Instituto Mexicano del Seguro Social, Arandas, Jalisco.
Consulta Externa Tel. 348 78 300, fax 01348 78 301.

TEL Móvil: 3311925322



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.

Correo electrónico: guillenraul@yahoo.com.mx

Asesor:

Dr. Sergio Emilio Prieto Miranda

Médico Internista

Jefatura de Educación e Investigación en Salud

Hospital General Regional No. 46

serpri@avantel.net

Contenido	Página
• Resumen -----	5-6
• Introducción.-----	7-8
• Marco Teórico.-----	9-14
• Justificación.-----	15
• Planteamiento del problema.-----	16
• Objetivos.-----	17
• Hipótesis-----	17
• Material y Métodos.-----	18-24
• Aspectos éticos.-----	25-26
• Recursos, financiamiento y factibilidad.-----	27
• Resultados.-----	28-30
• Discusión.-----	31-33
• Conclusiones.-----	33
• Cronograma de actividades.-----	35

- Referencias bibliográficas.----- 36-37

- Anexos.----- 38-46
 - Carta de consentimiento informado
 - Formato de identificación
 - Escala de Holmes
 - Dictamen de autorización del protocolo por el Comité Local de Investigación en Salud 1306

RESUMEN

CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCIÓN CITOLÓGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

INTRODUCCIÓN. El virus del papiloma humano (VPH) es la principal causa del cáncer cervicouterino (CACU). En mas del 95% de los casos esta implicado el VPH. Según datos del informe mundial sobre el cáncer del 2003 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimo que existían 630 millones de personas infectadas por el VPH en el mundo, 50% de los hombres y mujeres sexualmente activos, adquieren una infección por VPH en algún momento de su vida, la principal y casi única forma de transmisión del VPH se adquiere por contacto sexual.

A pesar de los avances, la técnica de citología cervical es la de mayor utilización, debido a su relativa simplicidad y bajo costo del examen, utilizado en las unidades de primer contacto. En las pacientes independientemente de la sensibilidad, especificidad o técnica utilizada el reporte o conocimiento de una enfermedad o en este caso detección del VPH genera un impacto psicológico personal o inclusive afectación familiar que puede implicar cuestionamientos de pareja por el conocimiento de su transmisión casi exclusiva por vía sexual.

Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, se determino en este estudio la asociación de la detección citológica del VPH en la presencia de crisis familiares.

OBJETIVO. Determinar la frecuencia de crisis familiares en un grupo comparativo de mujeres que se realizaron citología cervical con resultado positivo de virus del papiloma humano.

MATERIAL Y METODOS. Estudio de tipo transversal analítico. Realizado en usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino mediante citología cervical en la UMF 159, IMSS, Jesús María, Jalisco. Se incluyeron de manera consecutiva y no aleatorizada previa autorización mediante firma de consentimiento bajo información a pacientes que contaban y conocían el resultado de citología cervical hace un año antes del inicio del estudio por el factor tiempo para resolución de conflictos y con fines de aplicabilidad del instrumento de evaluación (Escala de Holmes), se formaron dos grupos de pacientes, uno con resultado citológico positivo para VPH (n=30) y otro grupo de pacientes con resultado citológico negativo para VPH (n=30) que sirvió como grupo control. En los grupos formados mediante la aplicación de la escala de Holmes se busco la existencia de diferencias en la frecuencia de crisis familiares.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se llevo a cabo estadística de carácter descriptivo para las variables de interés ya sean cuantitativas o cualitativas. Se estableció la distribución de normalidad en las variables de tipo cuantitativa mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov .

Para las variables de tipo cualitativa se utilizó chi cuadrada para comparación de proporciones con sus respectivos intervalos de confianza. Para variables de tipo cuantitativo se utilizó T de student para comparación de medias independientes.

Se calculó la fuerza de asociación a través del estimador de riesgo de los estudios transversales que es el Odds- Ratio con su intervalo de confianza respectivo.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 12.

RECURSOS. Se contó con dos investigadores, el director de tesis, que cuenta con la experiencia en la realización de protocolos y estudios previos de investigación, con desarrollo en área clínica; avaló, coordinó y asesoró al médico residente durante el proceso; el médico residente fue el responsable de la atención de los pacientes seleccionados, previa autorización mediante la firma de consentimiento informado, elaboró su entrevista y obtención de datos aplicando el formato de recolección de datos y la escala de Holmes. La unidad en donde se desarrolló el estudio fue la Unidad de Medicina Familiar N° 159, en pacientes usuarias de medicina preventiva del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

TIEMPO DE DESARROLLO. Se realizó en un tiempo aproximado de un año hasta la presentación de resultados del estudio.

RESULTADOS. La edad promedio de las pacientes en estudio fue de 36.7 ± 9.2 , en el grupo positivo a VPH fue de 37.5 ± 9.9 D.E. y de 36.0 ± 8.7 D.E en el grupo negativo a VPH, $p= 0.55$.

El estado civil de las pacientes para ambos grupos en su gran mayoría corresponde al estado de civil casada; siendo en el grupo de pacientes positivas para VPH 30 versus 25 de su grupo control ($p=0.05$, OR 1.55, IC 1.22-2.66). Existe mayor proporción de nivel escolaridad primaria en el grupo con resultado positivo a VPH de 23 versus 7 ($p=0.03$, OR 2.04, IC 1.04-3.98), tienen una mayor proporción de pacientes dedicadas a labores del hogar 29 versus 20 ($p=0.006$, OR 6.51, IC 0.99-42.8), la presencia de crisis familiares fue mayor en el grupo de pacientes con detección positiva de VPH comparada con pacientes negativas a VPH: 16 versus 7 ($p=0.33$, OR 1.83, IC 1.12-3.01).

CONCLUSIONES. En el grupo de estudio con citología positiva a VPH, se encontró con mayor proporción significativa comparado con su grupo control,

el nivel de escolaridad primaria, dedicadas al hogar y presencia de crisis familiares. Muestran tendencia mayor de crisis familiares leves y moderadas. Las crisis familiares graves no fueron encontradas en ambos grupos de estudio.

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) es la principal causa del cáncer cervicouterino (CACU). El VPH ha sido identificado en más del 95% de los CACU; incluso el ADN viral o sus proteínas han sido identificadas en los carcinomas invasivos. Se piensa que el ADN de los VPH se integra al genoma humano principalmente en el sitio E2, causando la transcripción persistente de los genes E6 y E7.

La subsecuente inactivación funcional del gen p53 por la proteína E6 o del gen Rb por la proteína E7 produce alteraciones en los mecanismos de control del ciclo celular.

Se conocen más de 100 subtipos de VPH, de los cuales cerca del 25% se encuentran frecuentemente en la mucosa del tracto genital; entre estos los que se encuentran asociados con el CACU y las lesiones precancerosas son los tipos 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68 y MM9. El tipo 18 se asocia con carcinomas poco diferenciados, adenopatías, pobre respuesta al tratamiento y una alta tasa de recurrencia, mientras que el tipo 16 se asocia con tumores de células queratinizadas grandes y una tasa baja de recurrencia.

La infección del tracto genital por el VPH es la infección más común que se transmite sexualmente. Generalmente no causa síntomas y con frecuencia no se identifica por signos clínicos sino a través de cambios celulares detectados inicialmente mediante técnicas de cribado como la citología cervical (1).

Según datos del informe mundial sobre el cáncer del 2003 por la OMS, se estima que existían 630 millones de personas infectadas por el VPH en el mundo, 50% de los hombres y mujeres sexualmente activos, adquieren una infección por VPH en algún momento de su vida, la principal y casi única forma de infección por VPH se adquiere por contacto sexual (2).

En México no existen informes adecuados u oficiales de prevalencia de VPH, por carecer de carácter obligatorio para el reporte de la enfermedad, sin embargo existen estudios que estiman una prevalencia en mujeres del 14.5% (3), en hombres 43% (4), en estudiantes universitarios 14.4% (5), en trabajadoras sexuales 43% (3), y coexiste en un 69% en personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana VIH (3).

La citología exo-endocervical ha sido el método utilizado como pesquisa para el CACU desde mediados del siglo XX y ha dado lugar a una disminución importante tanto en la incidencia como en la mortalidad de la enfermedad. La sensibilidad de la citología va del 30 % al 87 %, con un promedio de 50 %. Ha habido varios intentos para mejorar la sensibilidad de la citología como la preparación de la muestra en base líquida o incorporar otros métodos diagnósticos junto a la citología durante la pesquisa, como la realización de tipificación del VPH, inspección visual y colposcopia.

Los programas de pesquisa en oncología tienen como objetivo identificar lesiones cancerosas al comienzo de su desarrollo, con la premisa de que su detección temprana podría reducir la extensión del tratamiento y mejoraría la supervivencia. En el caso del cáncer de cuello uterino, las lesiones premalignas claramente lo anteceden, por lo que la pesquisa de este tipo de lesiones evitaría la incidencia del cáncer de cuello uterino y disminuiría los costos de tratamiento, así como la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad. La mayoría de los programas de pesquisa de lesiones malignas y premalignas de cuello uterino involucran sólo la realización de la citología. En algunos países se está incorporando la determinación del tipo de VPH por reacción en cadena de polimerasa (PCR) o por hibridación in situ, estudios muy costosos en nuestro medio (6).

En la actualidad, la única prueba de ADN VPH aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) es el test Hybrid Capture 2 (hc2), consistente en una señal de amplificación que detecta la presencia de 13 tipos de VPH oncogénicos (del alto riesgo). El hc2 se recomienda para la selección de mujeres que presentan células escamosas atípicas de significancia indeterminada (ASC-US) en la citología, una estrategia denominada prueba de reflejo del VPH o denominada prueba inconclusa.

Aproximadamente de 3 a 10% de los resultados de las pruebas citológicas se consideran "ASC-US". Cerca del 60% de las veces es un falso positivo. Pruebas posteriores demuestran que no hay VPH de alto grado presente y que no se han formado células anormales. El 40% restante son verdaderos positivos para VPH; la sensibilidad de la prueba de reflejo del VPH a sido reportada en un 53,8%. La sensibilidad de la prueba de ADN VPH combinada con citología es de 91%. En general, la especificidad del ADN VPH y citología es baja (7).

A pesar de los avances, la técnica de citología cervical es la de mayor utilización, el éxito de la citología cervical como método de tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino y detección de VPH se debe a su relativa simplicidad y bajo costo del examen, utilizada en las unidades de primer contacto (8).

En las pacientes generalmente por desconocimiento de términos médicos, independientemente de la sensibilidad, especificidad o técnica utilizada, el reporte o conocimiento de una enfermedad o en este caso detección del VPH puede generar un impacto psicológico personal o inclusive afectación familiar que puede implicar cuestionamientos de pareja por el conocimiento de su transmisión casi exclusiva por vía sexual, y hacer afrontamientos de culpa e infidelidad, circunstancias que fácilmente pueden generar crisis familiares si no existe un buen conocimiento y afrontamiento en la resolución de la situación presentada.

Se ha descrito que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia y más específico en casos de detección de VPH, la pareja pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas 2 acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que deben producirse una separación, antes de que pueda darse una elección (9).

Con el conocimiento de que la aparición de una enfermedad es generadora de un impacto individual y familiar, generadora de crisis, con la particularidad que la principal forma de transmisión del VPH es sexual se determino en este estudio si la detección citológica del VPH esta asociada en presencia de crisis familiares.

MARCO TEÓRICO.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Los papilomavirus son los microorganismos responsables de las verrugas cutáneas y genitales que afectan al ser humano y a los animales. La existencia de las mismas se conoce desde la era helenística, hace más de 2.500 años, aunque la naturaleza infecciosa de estas lesiones sólo fue sospechada por Ciuffo, a principios del siglo XX. El virus del papiloma, fue descrito por Shope en el papiloma de los conejos, en el año 1933, y posteriormente se describió el virus del papiloma en el ser humano.

Durante mucho tiempo, las verrugas producidas por el VPH han sido consideradas como una patología menor y de escasa relevancia en las consultas donde habitualmente era observada, principalmente ginecología, Urología y Dermatología. Pero desde mediados de los años ochenta se han producido hechos que han profundizado el estudio de esta infección. Por un lado, su inequívoca relación con los procesos neoplásicos malignos del área anogenital, y en concreto con aquellos que asientan en cérvix uterino. Actualmente, las infecciones producidas por el VPH se pueden considerar como una de las más frecuentes que afectan al ser humano.

El VPH es un virus epiteliotropo y no se aísla en los cultivos de tejidos habituales para virus. Su estudio detallado no ha sido posible hasta hace pocos años, gracias a los procedimientos de laboratorio basados en la biología molecular, fundamentalmente la hibridación, Southern blot y la PCR.

Los virus pertenecientes a este grupo están ubicados dentro de los PAPOVAVIRUS. Las partículas virales tienen un diámetro de 52-55 nm. Su genoma está compuesto por una doble cadena de ADN, constituida aproximadamente por 8.000 pares de bases, e incluida dentro de una cápside icosaédrica de 72 capsómeros, que contienen las proteínas L1 y L2. En el genoma se encuentran varias regiones: a) la región E (early, expresión temprana) con los genes E1 a E7 que codifican las proteínas implicadas en los procesos de replicación, transcripción y transformación del ADN celular; b) la región L (late, expresión tardía) con los genes L1 y L2 implicados en la producción de la cápside viral y c) la región LCR, que contiene los genes implicados en la regulación de la transcripción y replicación. La clasificación de los distintos genotipos de VPH se hace mediante la homología de secuencias, principalmente las correspondientes a E6, E7 y L1. En la actualidad se han descrito más de 130 genotipos en el mundo animal, de los cuales, cerca de 90 se aíslan en el ser humano, y al menos 30 tienen relación con el área genital. Cada año aumenta la descripción de nuevos tipos y su implicación en la patología humana. El ADN viral se puede encontrar de forma episómica, aislado del genoma celular, que es la forma habitual en las lesiones causadas por VPH denominados de bajo riesgo oncogénico -6, 11- o puede encontrarse integrado en el genoma de la célula huésped o de las células neoplásicas,

forma que suele corresponderse con los denominados genotipos de alto riesgo -16,18,31,33- que a diferencia de los de bajo riesgo, expresan las oncoproteínas E6 y E7. Estas oncoproteínas inactivan a las proteínas celulares p53 y pRB, implicadas en el ciclo de división celular, perdiendo la actividad reguladora del mismo y facilitando los procesos de transformación celular, escasa en los VPH de bajo riesgo pero importante en los de alto riesgo. Como se ha dicho en varias ocasiones, la infección por VPH es necesaria pero no suficiente; se necesitan otra serie de factores que actuando conjuntamente con el VPH produzcan la transformación oncogénica. Estos factores se han asociado principalmente a la desnutrición, tabaquismo, promiscuidad sexual, coinfección con otros microorganismos, Herpesvirus, Chlamydia, o VIH. No parece asociarse con el uso de contraceptivos orales, pero sí parece existir una relación significativa con el hecho de que los varones no estén circuncidados.

EPIDEMIOLOGIA Y FORMAS DE TRANSMISION

En EE.UU, la infección por VPH es la Infección de Transmisión Sexual (ITS) de origen viral más frecuente, en constante ascenso, pasando de 169.000 casos en 1966 a más de 1.150.000 en 1984; aproximadamente el 1% de los adultos sexualmente activos tienen condilomas acuminados y al menos el 15% de la población tiene infección subclínica, con las tasas más altas entre los 18 y 28 años de edad.

En la actualidad, algunos autores piensan que es la enfermedad más frecuente de este tipo de consultas sobre todo en su forma de infección subclínica.

En la mayoría de las mujeres con VPH, la infección se produce antes de los 25 años, suele durar de 8-10 meses y en condiciones de inmunidad habituales es eliminada en la mayoría de los casos; sólo persisten el 10% de las infecciones a los 35 años. Estos son los casos que deben ser seguidos más de cerca en la consulta de Ginecología ya que son las enfermas que pueden desarrollar procesos neoplásicos del área genital. En el varón la infección se produce, como en las mujeres, con el inicio de las relaciones sexuales, cada vez en edades más tempranas de la vida.

La transmisión del VPH se produce habitualmente durante las relaciones sexuales. Pueden existir excepcionalmente, algunas situaciones y circunstancias en las que la infección se pueda transmitir por vía extrasexual. Es conocida la transmisión vertical, durante el parto. Se ha demostrado que en niños y adultos, algunos genotipos del 1-4, se pueden transmitir a través de los dedos contaminados, por autoinoculación, produciéndose verrugas en el área anogenital sin que hayan tenido que existir abusos sexuales. Recientemente algunos trabajos han puesto de manifiesto la detección de VPH en la cavidad bucal y saliva de hombres y mujeres por lo que no se puede excluir el contacto sexual no genital, lo que implica nuevas interrogantes epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas.

Se ha descrito la existencia de VPH en espéculos vaginales, en pinzas, guantes y en las puntas de las sondas de crioterapia, incluso después de la esterilización con antisépticos y limpieza con alcohol.

Por último se ha señalado la posibilidad de la transmisión a través de ropas y se ha detectado ADN de papillomavirus en el humo generado después de la vaporización de lesiones condilomatosas con láser. De las situaciones anteriores se deduce la posibilidad del contagio del VPH por vía extrasexual en determinadas ocasiones, aunque la falta de contacto mucosa-mucosa, la escasa cantidad de partículas o la exposición del virus al medio ambiente hacen difíciles estas modalidades de contagio, que solamente podrían explicar una pequeña cantidad de casos pero no la mayoría, que se producen por vía sexual (10).

La presencia de anticuerpos contra el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) ha sido considerada como el marcador biológico óptimo para estudiar el comportamiento sexual en poblaciones humanas, ya que relaciona los comportamientos sexuales con la existencia de anticuerpos contra el virus 1,2 sin embargo, el desarrollo de métodos moleculares para diagnosticar diferentes infecciones de transmisión sexual (ITS) presentes en el momento, ha posibilitado la utilización de otros agentes como marcadores biológicos, potencialmente útiles para evaluar en estudios epidemiológicos el comportamiento sexual como fue el realizado con el VPH.

La papilomatosis tiene una prevalencia alta de acuerdo con estimaciones hechas por la OMS, al reconocer que en 1995 se presentaron 30 millones de casos nuevos en el mundo. Esta alta frecuencia se debe en parte a que dicho virus se compone de más de 85 genotipos, de los cuales 30 son transmitidos por contacto sexual y de éstos, al menos 13 se han asociado con el desarrollo de cáncer cervicouterino.

La prevalencia global del VPH en estudios realizados en estudiantes a sido de 14.4%, en las mujeres con dos o más parejas sexuales durante el último año presentaron mayor riesgo de infección por el VPH (OR 6.0 IC 1.7-21.1), al igual que las que utilizaron anticonceptivos hormonales y espermicidas en su última relación sexual (OR 3.0 IC 1.0-8.7). Los hombres que consumieron cocaína tuvieron más riesgo de infección por el VPH (RM 7.6 IC 1.3-45.1) (5).

Existen estudios en donde se pretendía encontrar la presencia del VPH en saliva de pacientes con carcinoma oral de células escamosas para servir de prueba de tamizaje en la detección de pacientes de riesgo, llamando la atención la detección alta del VPH en el grupo de pacientes sanos que sirvió como grupo control, obteniendo como resultado una detección de VPH en saliva de pacientes con carcinoma oral de células escamosas de 40.9% y de 25% en pacientes aparentemente sanos (11).

Es difícil estimar la incidencia de la infección por VPH en hombres, ya que no se han hecho estudios a gran escala. Esta infección puede prevenirse, una vez

instalada no es curable y es contagiosa. Se ha llegado a detectar la presencia de VPH en hombres mediante penoscopia en un 53.3% de los pacientes estudiados (12).

Estos estudios nos indican la alta prevalencia de esta infección y su asociación con la transmisión sexual.

TRATAMIENTOS

Para prevenir el carcinoma cervical asociado a VPH, se han desarrollado dos tipos de vacunas: una vacuna bivalente contra los VPH de alto riesgo 16 y 18, y una vacuna tetravalente contra VPH 16/18, y VPH 6/11 dos genotipos de bajo riesgo pero que son frecuentemente responsables de las verrugas genitales (13).

El tratamiento actual para las verrugas genitales no ha sido del todo satisfactorio, hasta la actualidad ninguna terapia ideal ha sido identificada, existen métodos de destrucción local entre los que se incluyen la escisión quirúrgica principalmente, la electrocauterización, la criocirugía y vaporización láser, todas pueden producir marcas con cicatriz y pueden presentarse recurrencias. Otras formas de tratamiento son realizados mediante métodos destructivos químicos que usan varios ácidos como el ácido tricloroacético, ácido bicloroacético y resina de podofilina, los cuales se aplican a los pacientes pero frecuentemente producen irritaciones locales. Existen otros tratamientos locales que inducen inmunidad como imiquimod y 5-fluorouracilo requiriendo varias semanas de tratamiento y también en ocasiones produciendo irritación de la piel, en la actualidad se están realizando estudios para el tratamiento de las lesiones mediante aplicación sistémica de medicamentos inmunológicos como el interferon (14).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADAS CON DETECCION DEL VPH

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales se han detectado la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, compañeros sexuales múltiples, uso prolongado de anticonceptivos orales, alta paridad, nivel socioeconómico bajo, mala dieta o deficiente en minerales y vitaminas, tabaquismo, recibir tratamientos inmunosupresores, tener parejas con promiscuidad sexual y vivir en estrés. (15).

ESTRÉS PSICOSOCIAL

El VPH se relaciona con la etiología de la neoplasia cervical, que aunque la infección del VPH es una causa necesaria, no es suficiente. Un porcentaje

pequeño de mujeres positivas al VPH desarrollan cáncer. La infección de VPH es normalmente temporal, pero la persistencia del virus es lo que se relaciona al desarrollo del cáncer. Esta persistencia o ausencia es responsable de una función del sistema de respuesta inmune que puede ser suprimida por la infección, hay evidencia que la tensión puede afectar el desarrollo de neoplasia cervicales disminuyendo el sistema inmunológico de una mujer.

Se ha relacionado como causantes de estrés variables psicosociales que enfatizan estilos negativos de vida como apoyo social limitado (16). Existe un estudio pequeño en 36 mujeres con VIH positivo en donde el pesimismo se asocio con una disminución del recuento celular de la inmunidad (17). Otros estudios también relacionaron los niveles altos de cortisol en pacientes con neoplasia cervical como indicador de tensión más alta y estrés de las pacientes (18).

Estos resultados sugieren que una actitud pesimista o la contestación negativa a la tensión de vida pueden afectar negativamente la función de la inmunidad.

(16).

Por otra parte el sexo sin protección y la escasez de parejas monógamas impulsan la rápida diseminación de las infecciones de transmisión sexual incluida la del VPH, más del 50% de los hombres y mujeres jóvenes en Salaam, Tanzania indicaron que habían tenido más de una pareja durante los últimos seis meses, y el 23% de los hombres y el 17% de las mujeres indicaron que mantenían relaciones continuas con más de una pareja (19). Otro estudio realizado en misma población en 2001 reveló que el 50% de los hombres y el 25% de las mujeres indicaron que durante el último año habían tenido una o más parejas sexuales casuales, y solamente el 35% de los hombres y el 24% de las mujeres indicaron que habían usado un condón durante la última relación sexual con una pareja casual (20).

Todo este ambiente puede generar conflictos de pareja, y en muchos de los casos familiares debido en primer lugar al impacto del diagnóstico y su relación con neoplasia, con importancia por su alta relación de transmisión sexual.

CRISIS FAMILIARES

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis, y son comúnmente clasificadas como transitorias o normativas y como no transitorias o paranormativas.

CRISIS TRANSITORIAS O NORMATIVAS. En los períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondientes al ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares.

Estas crisis son denominadas normativas o transitorias. El término transitoria está utilizado, "en un sentido cinético y no en el sentido temporal de la palabra, esto es: una crisis es transitoria en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis".

CRISIS NO TRANSITORIAS O PARANORMATIVAS. La dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones ajenas a los roles, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas.

Las crisis familiares han sido abordadas, dada la importancia que le atribuyen en la salud familiar.

Al término crisis se le han dado diferentes significados, según la intencionalidad, es una palabra que arrastra, desde siglos, un significado dramático y negativo, del cual, recién en los últimos tiempos y con el desarrollo de las nuevas concepciones sobre las crisis evolutivas, se ha tratado de dar un concepto más positivo. Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas 2 acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que deben producirse una separación (de algo - alguien), antes de que pueda darse una elección (de algo-alguien) como expresión de una evolución madurativa; y entre ambos un tiempo, un antes y un después.

La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción. Se han descrito como eventos de desmoralización los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonorosos) (21).

Para fines de este estudio se considero que la detección citológica de VPH podría estar asociada en el desarrollo de crisis familiares, dado que se reconoce la presencia de las enfermedades o agresiones a la salud como causantes de crisis familiares paranormativas; además de tener ya antecedentes del VPH en repercusiones en la mujer; por ejemplo existe un estudio realizado por el servicio de enfermería en donde se inicio a investigar al VPH en las repercusiones en la salud de la mujer y en el contexto familiar, teniendo en cuenta que cuando el VPH afecta a la mujer, causa la inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y, muchas veces desarmonía conyugal (22).

EVENTOS CRITICOS Y ESCALA DE HOLMES:

Los eventos críticos surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria; o afectivos, aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida diaria. Habitualmente se niegan, no se desean reconocer o se proyectan evadiendo responsabilidades; o bien se malinterpretan, adaptan o adecuan a otras condiciones de la vida familiar, razón por la cual los problemas y conflictos tienden a perdurar y a exacerbarse frecuentemente.

Cada una de las etapas del ciclo vital familiar conllevan crisis, por lo que la familia requiere de tantos períodos de adaptación e integración, como eventos críticos se presenten, los cuales tienen lugar generalmente en espacio y tiempos breves. Ante la presencia de estas crisis, al estudiar a una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos (21).

Thomas Holmes en 1967 en el *Journal of Psychosomatic Research*, presentó un test donde daba un determinado valor a los eventos en la vida del hombre, cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado, debe realizarse en función de lo que hayan ocurrido en el último año, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas (23); conformada en su mayoría por eventos familiares y etapas del ciclo familiar, motivo de su utilización y validación para la evaluación en las familias como causa de estrés; esta escala de eventos para 1982 contaba ya con más 1015 citas bibliográficas desde su publicación, aplicada en estudios para intuir presencia de enfermedades, estrés y conflictos (24), y a sido adaptada al español desde 1983 por González de Rivera y Morera, reportado una sensibilidad de 0.70 a

0.80 de esta escala para detectar situaciones de estrés ó crisis tanto personales o familiares dependiendo de el grupo de pacientes al que se aplica (25).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aparición de una enfermedad sea aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición.

Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. En el caso de la detección del VPH en la mujer tiene el impacto no solo de su diagnóstico sino también por su relación con el desarrollo del cáncer cervicouterino y su relación con su transmisión sexual como vía principal, esta última situación es causa de preguntas frecuentes y conflictos de pareja que puede llegar a la desorganización en la familia.

El VPH cada vez es más frecuente en la población a nivel mundial, y nuestro país no es la excepción, que aunque no existen reportes oficiales de la prevalencia de la enfermedad, se han dado a conocer reportes alrededor de 14% en la mujer y hasta 43% en el hombre (3), esto nos da a conocer la alta probabilidad de ascenso de la infección.

La filosofía del IMSS es preservar la salud de las familias, es por ello que resulta importante conocer en que grado y frecuencia una enfermedad donde su transmisión es principalmente sexual, puede generar conflictos y crisis dentro de familia; de esto se genera la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de crisis familiares en un grupo comparativo de mujeres que se realizaron citología cervical con resultado positivo de virus del papiloma humano, en la UMF 159 Jesús María, Jalisco?

JUSTIFICACIÓN

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de problemas en salud.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida.

Los eventos críticos y crisis incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar.

Al estudiar a una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Magnitud

El VPH es la principal causa del cáncer cervicouterino y se ha identificado en más del 95% de este tipo de lesiones (1). Su prevalencia en mujeres en nuestro país es alrededor del 14%, su principal forma de transmisión es sexual, algunos estudios han considerado a este virus como marcador biológico del comportamiento sexual (5) esta característica puede ser generadora de conflictos y crisis familiares.

Trascendencia.

Una de las características principales del IMSS es preservar la salud de las familias, para estos propósitos se han desarrollado programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, de prevención de adicciones etc.; el VPH es el más relacionado en el desarrollo de CACU, pero se necesitan factores asociados que generen inmunodepresión en la mujer como adicciones, desnutrición, promiscuidad, estrés, etc. por ello resulta importante el estudio de la detección de VPH como posible generador o asociación de conflictos y estrés.

Vulnerabilidad.

Por lo anterior, no cabe duda que la detección del VPH impacta en la salud física y mental de la mujer, y puede estar asociado a crisis familiares, la filosofía del IMSS es preservar la salud de las familias es por ello que aprovechando los programas de salud a la mujer en el primer nivel de atención se pretende buscar esta asociación, para posterior búsqueda y afronte de resoluciones factibles en la mujer y su familia.

Factibilidad

La población de Jesús María, Jalisco, se encuentra ubicada al extremo oriente del estado, en la zona conocida como altos de Jalisco Sur, esta comunidad cuenta con una población estimada en el 2005 de 20,000 habitantes, siendo de estos aproximadamente 11,000 mujeres. La UMF 159 según datos del acceso a derechohabientes (AcceDer) al primer semestre del 2009 cuenta con una población adscrita de 3695 derechohabientes, de ellos 1917 son mujeres, y consideradas en edad reproductiva 1183, con heterogeneidad de estratos socioeconómicos puede ser considerada representativa para ser seleccionada para los fines del estudio, pretendiendo dar a conocer las repercusiones no solo en la salud de la mujer sino en su entorno familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de crisis familiares en un grupo comparativo de mujeres que se realizaron citología cervical con resultado positivo de virus del papiloma humano.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Buscar si las crisis familiares detectadas, se asocian en mujeres con citología cervical positiva del virus del papiloma humano.
2. Comparar los niveles de crisis familiares entres pacientes con y sin detección del VPH mediante citología.
3. Determinar la edad media en las pacientes.
4. Conocer el nivel de escolaridad, ocupación y el estado civil entre las pacientes.

HIPOTESIS

La frecuencia de crisis familiares es mayor en un grupo comparativo de mujeres que se realizaron citología cervical con resultado positivo de virus del papiloma humano comparado con el grupo con resultado negativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo transversal analítico.

UNIVERSO

Pacientes usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino mediante citología cervical en la UMF 159.

DISEÑO DE MUESTREO

No probabilístico y consecutivo.

CALCULO DE LA MUESTRA

Se calculó el tamaño de muestra para la probabilidad de obtener un OR de 4 con una probabilidad de error tipo 1 (ó alfa) de 95%, con un poder (ó beta) del 80%, con una frecuencia de exposición VPH en el grupo control del 14 % se obtiene un tamaño de muestra de 26 pacientes, redondeando a 30 pacientes por grupo.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Mediante un muestreo no probabilístico y consecutivo se detecto a las pacientes que contaban con realización de citología cervical un año previo al inicio del estudio, realizando dos grupos de pacientes, uno con resultado positivo para VPH y otro con resultado negativo para VPH (26); se apoyo con la utilización de archivos de medicina preventiva y/o expediente médico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevo acabo estadística de carácter descriptivo para las variables de interés ya sean cuantitativas o cualitativas. Se estableció la distribución de normalidad para las variables de tipo cuantitativa mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar la distribución de normalidad de las variables.

Para las variables de tipo cualitativa se utilizo chi cuadrada para comparación de proporciones con sus respectivos intervalos de confianza. Para variables de tipo cuantitativo se utilizo T de student para comparación de medias independientes.

Se calculo la fuerza de asociación a través del estimador de riesgo de los estudios transversales Odds- Ratio con su intervalo de confianza respectivo.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 12.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes femeninas en quienes un año previo al inicio del estudio se les dio la interpretación del resultado citológico del programa de detección oportuna de CACU.
2. Pacientes igual o mayores de 18 años.
3. Pacientes con pareja estable.
4. Con firma de hoja de consentimiento bajo información.
5. Usuarias de la Unidad de Medicina Familiar Número 159, IMSS.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Pacientes usuarias de los servicios de clínica de displasias.
2. Pacientes con detección positiva a malignidad (cáncer).
3. Pacientes embarazadas.
4. Pacientes en quienes fue imposible una adecuada comunicación.
5. Pacientes en control por psicología y/o psiquiatría por alguna enfermedad que curse con alteraciones del estado de ánimo y conducta, tipo depresión, ansiedad, esquizofrenia etc.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Contestación incompleta de cuestionarios y escalas.

INSTRUMENTOS

Carta de consentimiento informado (Anexo 1)

Formato de identificación (Anexo 2) Formato de registro para todo paciente. Identifica a las pacientes participantes e incluye el registro del último resultado de citología cervical que servirá para la formación de los grupos, grupo de casos (citología positiva para VPH) y grupo control (citología negativa para VPH).

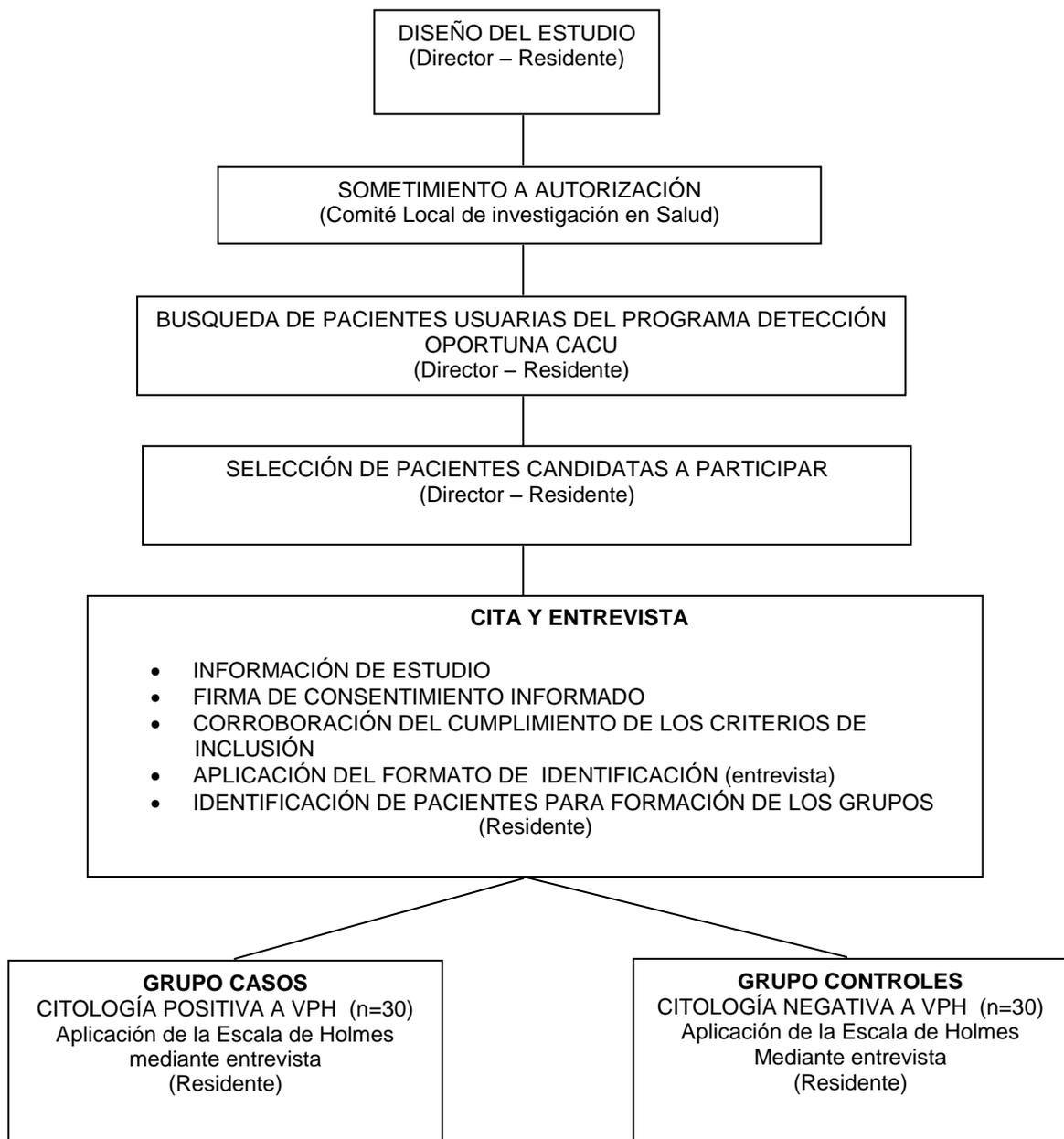
Escala de Holmes (Anexo 3) Formato para evaluación de crisis familiares.

LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL ESTUDIO

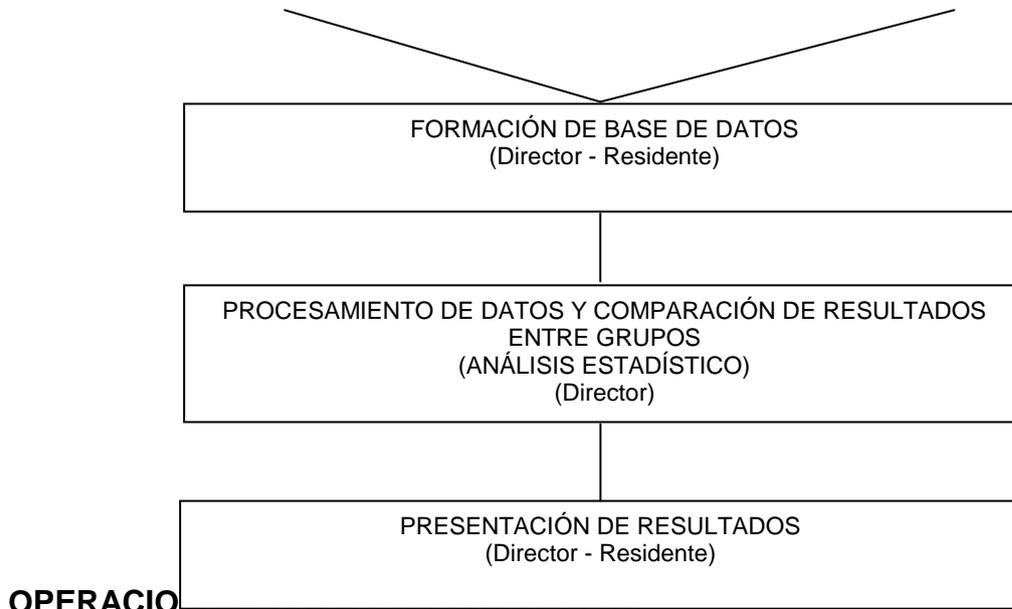
Una vez conocidos los domicilios y/o números telefónicos mediante la aplicación local institucional "AcceDer" los pacientes candidatos a participar fueron invitados a una cita en la UMF 159 para su valoración; mediante una entrevista, el médico residente fue el encargado de explicar los objetivos del estudio y de obtener la autorización del paciente para ser incluido en el estudio, mediante la lectura, aclaración de dudas y firma de consentimiento informado (Anexo 1), una vez que se corroboró que el paciente cumplía con los criterios de inclusión se aplicó un cuestionario para la identificación del paciente que incluyó el registro y fecha del último resultado de citología cervical que servirá para la formación de los grupos; grupo de casos (citología positiva para VPH) y grupo control (citología negativa para VPH). (Anexo 2).

Finalmente también mediante entrevista en la misma cita, el médico residente aplicó los 43 reactivos de la escala de Holmes al paciente, sumó el valor de los reactivos afirmados de la misma y se clasificó en base al resultado como: sin existencia de problemas importantes, crisis leve, crisis moderada o crisis grave (Anexo 3).

En los grupos formados mediante la aplicación de la escala de Holmes se busco si existen diferencias en la presencia de crisis familiares.



CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCIÓN CITOLÓGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



OPERACIONES DE VARIABLES

Variable	Concepto	Escala	Indicador	Medición
DEPENDIENTE				
Crisis familiares	Evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, pero con implicaciones en el funcionamiento o estabilidad familiar	Cualitativa-ordinal	0-149: No existen problemas importantes. 150-199 Crisis leve. 200-299 Crisis moderada. >300 Crisis grave.	Escala Holmes
INDEPENDIENTE				
Detección Virus del Papiloma Humano	Presencia o ausencia del Virus del papiloma humano	Cualitativa nominal dicotómica	Positivo Negativo	Citología cervical NOM-014-SSA2-1994 (26)
INTERVINIENTES				
Edad	Medición cronológica de la persona, que va desde su nacimiento hasta la muerte.	Cuantitativa-discreta	Número de años cumplidos	Interrogatorio directo
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado de acuerdo al sistema de educación vigente en México	Cualitativa-ordinal	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Preparatoria completa Preparatoria incompleta Profesional completa Profesional incompleta	Interrogatorio directo
Ocupación	Principal actividad laboral realizada por el individuo, que puede o no ser remunerada	Cualitativa-nominal	Empleado Obrero Independiente Ama de casa Estudiante	Interrogatorio directo

CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCIÓN CITOLÓGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

			Jubilado Pensionado	
Estado civil	Situación actual del individuo de acuerdo a un vínculo legal, sentimental	Cualitativa-nominal	casado, unión libre, soltero, viudo, divorciado.	Interrogatorio directo
Ultimo resultado de citología cervical	Descripción de resultado de ultima citología cervical	Cualitativa Nominal	Hallazgos asociados	Citología cervical NOM-014-SSA2-1994 (26)
Fecha de conocimiento de último resultado de citología cervical	Medición cronológica en que conoció y se informo la interpretación de la citología cervical al inicio del estudio	Cuantitativa discreta	Número en meses	Interrogatorio directo

ANÁLISIS DE DATOS

La captura se realizó en una hoja de cálculo Excel Microsoft Office 2007, mismo que fue utilizado para la elaboración de gráficos y tabulares. El análisis de datos se llevo a cabo en el paquete estadístico SPSS versión 12.

ASPECTOS ÉTICOS

Generalidades.

Los principios éticos de la presente investigación fue en base a la realizada con seres humanos, que son:

- 1) El respeto por las personas, relacionado con el respeto a la autonomía.
- 2) Beneficencia, la investigación y los procedimientos que ésta incluya deben maximizar el beneficio y minimizar el daño, los riesgos deben ser razonables en relación a los beneficios esperados.
- 3) Justicia, distribución equitativa de las cargas y beneficios relacionados con la investigación, la cual se relaciona con la protección de los derechos y el bienestar de las personas vulnerables, con la forma de elegir a los participantes y con los beneficios directos para los participantes o beneficios anticipados para la población de cual el participante proviene o representa.

Riesgo de la investigación.

El estudio de acuerdo a la Ley General de Salud se clasifica como de bajo riesgo, ya que la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio es muy bajo. Se basa

en el respeto a los derechos humanos, materializados en el consentimiento informado, de todas las participantes (Anexo 1).

Beneficios.

Como beneficio a los participantes:

- 1.- Se entrego información verbal y escrita para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, factores de riesgo para CaCu asociados a VPH y factores protectores para limitar daños asociados a VPH.
- 2.- Se derivó a pacientes que contaron con criterios de envío a ginecología y/o clínica de displasias para tratamiento y manejo de lesiones asociadas a VPH y/o lesiones cervicales.
- 3.- Se solicitó apoyo psicológico o con quien fue requerido, para la ayuda de manejo de crisis familiares, de estrés o alteraciones del estado de ánimo e quien fue requerido.

Confidencialidad.

El estudio se realizó siguiendo las pautas de buena práctica médica. Los documentos obtenidos en el estudio, fueron custodiados por los investigadores responsables.

Condiciones en las cuales se solicitó el consentimiento

El consentimiento de participación, se solicitó por el investigador participante, inmediatamente después de considerar que la persona cumplía cabalmente los criterios de inclusión al estudio, Se procuró un ambiente tranquilo, anteponiendo y recalando siempre la libre voluntad del participante y leyéndole el escrito de consentimiento informado, procurando esclarecer cualquier duda al invitado a participar.

De acuerdo con la Ley General de Salud (artículos 21-24), se incluyó una carta de consentimiento informado (CCI). Escrito en un lenguaje adecuado para la población objetivo, se evitó el uso de términos técnicos que los participantes no puedan entender fácilmente y contó con todos los aspectos necesarios para que los participantes recibieran la información suficiente sobre la investigación, procedimientos, beneficios y riesgos.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos.

Se dispuso de dos investigadores principales: El director de tesis que cuenta con experiencia previa en la elaboración de estudios de investigación avalúo, coordinó y asesoró al médico residente durante el proceso. El médico residente fue el responsable de obtener los pacientes seleccionados, su entrevista y obtención de datos necesarios aplicando los instrumentos de evaluación.

Formación de recursos humanos:

El presente trabajo servirá para la obtención de la especialidad en medicina familiar del Médico Karla Liliana Quiroz Zarate por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Recursos físicos:

Infraestructura.

La UMF 159 como unidad, fue en donde se desarrollo el estudio, en ella se contó con un consultorio específico para la recibir a las pacientes citadas y el desarrollo de las acciones correspondientes.

Equipamiento.

Los equipos e inmuebles utilizados fueron aquellos que se utilizan habitualmente en los servicios de consulta externa de la UMF.

Financiamiento.

El material de papelería así como de cómputo necesario fue proporcionado por los investigadores.

Factibilidad.

El presente trabajo no implico mayores costos a los relacionados con la atención de los pacientes al IMSS, en mujeres usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, aprovechando los recursos humanos y físicos para la elaboración del presente estudio.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes en estudio fue de 36.7 ± 9.2 , en el grupo positivo a VPH fue de 37.5 ± 9.9 D.E. y de 36.0 ± 8.7 D.E en el grupo negativo a VPH, $p= 0.55$.

En relación al estado civil de las pacientes para ambos grupos en su gran mayoría corresponde al estado de civil casada; en el grupo de pacientes positivas para VPH fueron todas ellas casadas, 30 versus 25 de su grupo control alcanzando una diferencia significativa limítrofe, y se presentó una pequeña proporción de 4 pacientes solteras y una divorciada en el grupo con resultado negativo para VPH, sin encontrar diferencia significativa en estas últimas dos variables del estado civil entre los grupos (Tabla 1).

En el nivel de escolaridad existe mayor proporción significativa de estudios de primaria en el grupo con resultado positivo a VPH de 23 versus 7 comparado con su grupo control; por el contrario menor para el resto de niveles de estudio, en secundaria 7 versus 8; para preparatoria 0 versus 3 y para licenciatura 0 versus 5 respectivamente, sin existir diferencias significativas para estas últimas variables (Tabla 2).

Para la ocupación de las pacientes se mostró una diferencia estadísticamente significativa, ya que las pacientes positivas para detección de VPH mediante citología tienen una mayor proporción de pacientes dedicadas a labores del hogar 29 versus 20, e inversamente una menor proporción de pacientes empleadas 1 versus 10, comparadas con las pacientes negativas a detección por VPH; sin embargo no existió precisión de los resultados, al perderse la significancia en su intervalo de confianza (Tabla 3).

La presencia de crisis familiares fue mayor en el grupo de pacientes con detección positiva de VPH comparada con pacientes negativas a VPH: 16 versus 7; inversamente menor la proporción de pacientes sin presencia de crisis 14 versus 23 respectivamente; siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 4).

Sin embargo al categorizar por nivel según la severidad de las crisis familiares, aunque se mostró una tendencia mayor de crisis familiares leves en pacientes con VPH positivo de 11 versus 5 comparado con su grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; al igual en este grupo de pacientes existió una proporción mayor en la presencia de crisis familiares moderadas, 5 versus 2 respectivamente; sin existencia de diferencias de proporciones (Tabla 5).

Las crisis familiares graves no fueron encontradas en ambos grupos de estudio.

TABLA 1. COMPARACION DE PROPORCIONES DEL ESTADO CIVIL ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO					
	POSITIVO VPH (n=30)	NEGATIVO VPH (n=30)	p	OR	IC
Casada	30	25	0.05	1.55	1.22-2.66
Soltera	0	4	0.11	2.15	1.62-2.85
Divorciada	0	1	0.49	2.07	1.58-2.70

VPH=Virus del Papiloma Humano. $p=X^2$

TABLA 2. COMPARACION DE PROPORCIONES DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO					
	POSITIVO VPH (n=30)	NEGATIVO VPH (n=30)	p	OR	IC
Primaria	23	14	0.03	2.04	1.04-3.98
Secundaria	7	8	1.00	0.91	0.49-1.68
Preparatoria	0	3	0.23	2.11	1.60-2.77
Licenciatura	0	5	0.24	2.25	1.67-3.03

VPH=Virus del Papiloma Humano. $p=X^2$

TABLA 3. COMPARACION DE PROPORCIONES EN LA OCUPACION ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO					
	POSITIVO VPH (n=30)	NEGATIVO VPH (n=30)	p	OR	IC
Hogar	29	20	0.006	6.51	0.99-42.8
Empleada	1	10	0.006	0.15	0.02-1.01

VPH=Virus del Papiloma Humano. $p=X^2$

TABLA 4. COMPARACION DE PROPORCIONES EN LA PRESENCIA DE CRISIS FAMILIARES ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO					
	POSITIVO VPH (n=30)	NEGATIVO VPH (n=30)	p	OR	IC
Presencia de crisis	16	7	0.33	1.83	1.12-3.01
Sin presencia de crisis	14	23	0.33	0.54	0.33-0.89

VPH=Virus del Papiloma Humano. $p=X^2$

TABLA 5. COMPARACION DE PROPORCIONES SEGUN EL NIVEL DE LAS CRISIS FAMILIARES ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO					
	POSITIVO VPH (n=30)	NEGATIVO VPH (n=30)	p	OR	IC
Crisis leve	11	5	0.14	1.59	0.99-2.55
Crisis moderada	5	2	0.42	1.51	0.87-2.62
Crisis severa	-	-	-	-	-

VPH=Virus del Papiloma Humano. $p=X^2$

DISCUSION

Dentro de los factores de riesgo de mayor preponderancia para la infección o detección del VPH en las mujeres se encuentran los relacionados a la actividad y vida sexual así como antecedentes obstétricos de las pacientes como lo son la historia de múltiples parejas sexuales, uso de anticonceptivos orales, alta paridad y pareja sexual promiscua (15), pero también se han relacionado otros factores sociales como una pobre dieta en nutrientes, pobre escolaridad y bajo nivel socioeconómico (11,15); en este estudio se observó que en el grupo con citología positiva a VPH se encuentra el nivel de escolaridad primaria en mayor proporción que en las pacientes con resultado negativo a VPH, indirectamente relacionado con nivel socioeconómico bajo y todas sus implicaciones; como lo encontrado en el estudio de prevalencia y factores de riesgo asociados a VPH en un grupo de 274 embarazadas del IMSS por Hernández Girón y colaboradores (27), en donde en relación al nivel de escolaridad menciona una asociación marginal significativa con la escolaridad menor de 6 años (OR 1.67, IC 0.67-4.3) encontrando en nuestro estudio una mayor asociación y con mayor significancia (OR 2.04, IC 1.22-2.66) y sin encontrar diferencias con otros niveles de escolaridad.

En mismo estudio de Hernández (27) la edad media de sus pacientes fue de 25.7 y como factor de riesgo a infección de VPH relacionado con la edad asociado en sus pacientes se encontró un OR 2.82, IC 1.02-7.76 para el grupo de edad de 20 a 29 años, y un OR mayor de 6.85, IC 1.22-38.2 para el grupo de edad de 30 años y más; en nuestro estudio la edad promedio de las pacientes en el grupo positivo a VPH fue de 37.5 ± 9.9 D.E. y de 36.0 ± 8.7 D.E en el grupo negativo a VPH, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos, solo concordando la edad media de las pacientes de nuestro estudio con el grupo de edad de mayor relación de riesgo para VPH que fue de 30 años y más. A diferencia de nosotros en el citado estudio no se encontraron diferencias significativas en relación al estado civil, aunque la mayor proporción de las pacientes eran casadas 87.2% (OR 0.60, IC 0.17-1.97).

Otros estudios más amplios de prevalencia y distribución poblacional entre mujeres en Santiago de Chile, que es comparable a nuestra población, fue el realizado en un total de 1,100 mujeres, por Ferreccio y colaboradores (28), se

encontró algo similar, aunque con algunas diferencias, se observó una tendencia a tener mayor prevalencia entre las mujeres menos educadas, pero este riesgo está en el límite de la significación estadística, el OR mayor se encontró en mujeres con menos de 3 años de escolaridad 1.6, IC 0.8-3.4, seguido en mujeres de 4 a 7 años de escolaridad 1.4, IC 0.8-2.6. El mayor porcentaje de las pacientes fueron casadas (78%), sin embargo el estar soltera estuvo asociado a detección de VPH, y la edad mayormente encontrada en mujeres con VPH fue por arriba de los 30 años; y aunque no fue objetivo de nuestro estudio concluyen que el mayor factor de riesgo asociado a VPH para cualquier subtipo es la historia de más de dos parejas sexuales, o reconocimiento de actividad sexual extramarital por sus parejas.

De las observaciones anteriores y lo encontrado en nuestro estudio se puede deducir que la detección o infección a VPH se a encontrado o relacionado más en mujeres con bajo nivel educativo, y edades por encima de 30 años; que aunque en nuestro estudio en mayor frecuencia son casadas y amas de casa puede ser explicado debido a que nuestro estudio fue realizado en una población rural en una región de nuestro estado con profundas creencias y costumbres religiosas, en donde la población femenina en su gran mayoría se dedica a labores de casa y una proporción alta de los esposos emigran en busca de mejores oportunidades, donde sea probable actividades sexuales extramaritales. Contrario a nuestro estudio, otras investigaciones han demostrado en mayor frecuencia el VPH en solteras. Lo anterior puede ser explicado debido a los cambios socioculturales de las poblaciones, en donde se ve mayor libertad sexual, aumento de tabaquismo, e inicios de vida sexual a edades más tempranas; cosa que inclusive llevo a estudios a llamar el VPH como posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios (5).

En relación a las crisis familiares es reconocido ampliamente que la detección de enfermedades o cualquier evento crítico puede alterar el funcionamiento y dinámica familiar (9, 21); hasta nuestros días la mayoría de los estudios de las alteraciones familiares en relación a detección de enfermedades están relacionados con enfermedades crónicas o mentales, como la realizada Algado y colaboradores dedicada al estudio da la familia y enfermedad de Alzheimer, en ella los la familia reconoce un cambio total de sus funciones y actividades, conflictos, cansancio y sentimientos de culpa principalmente del cuidador (28), de forma similar se describen alteraciones de roles y conflictos en aquellas familias con pacientes diabéticos principalmente en la aceptación y manejo de las complicaciones terminales (29).

Sin embargo poco se ha descrito el impacto o crisis que puede generar una enfermedad aguda, ya que va más en relación al apoyo emocional, de pareja y económico (9); en relación al impacto familiar potencial que puede estar asociado a la detección del VPH es aun más desconocida; existe como referencia un reporte publicado por Rocha (22) en donde se analiza el VPH y

las repercusiones en el contexto familiar, en ella se concluye que el VPH provoca inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y muchas veces discordia conyugal; debiendo desarrollar acciones de promoción y prevención, cuidando individualmente de la familia y de la comunidad, aunque no se describe la metodología sirve como antecedente para generar el interés del estudio del VPH y la familia, sus conclusiones concuerdan con nuestros resultados como es la detección de crisis familiares en mujeres con citología positiva a VPH.

Aunque en nuestros resultados se observaron tendencias de asociaciones de crisis leves y moderadas en pacientes con VPH, llama la atención que en ningún grupo se detectó la presencia de crisis familiares severas.

Reconocemos que ante la falta de más estudios pueden servir de referencia para la inquietud y seguimientos de estudios en donde con más bases se investigue el impacto de manera global en la familia y el estudio del eje conyugal, así mismo el presente estudio reconoce como limitación que su metodología es de asociación y por ningún motivo pretende aseverar una causalidad, ya que en la presencia de crisis familiares pueden estar implicados múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y hasta del ciclo y roles familiares.

Se requerirán futuros estudios con ampliación de tamaño de muestra y estudios de causalidad para aseverar los resultados.

CONCLUSIONES

La edad promedio de las pacientes fue de 36.7 ± 9.2 , en su mayoría corresponde al estado civil casada.

Existe una proporción significativa mayor en nivel de escolaridad primaria, así como dedicadas al hogar en el grupo con resultado positivo a VPH.

La presencia de crisis familiares fue mayor en el grupo de pacientes con detección positiva de VPH comparada con pacientes negativas a VPH.

Existe una tendencia mayor de crisis familiares leves y moderadas en pacientes con VPH positivo comparado con su grupo control, las crisis familiares graves no fueron encontradas en ambos grupos de estudio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO:

CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCION CITOLOGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

ACTIVIDAD	TIEMPO												
	AÑO	2009 - 2010											
	MES	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Realización de Protocolo		■	■										
Sometimiento a autorización por CLIS				■									
Recolección de datos					■	■							
Tabulación y procesamiento de datos							■						
Análisis de la información								■					
Presentación									■				
Publicación										■	■	■	■



ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El suscrito _____

Mayor de edad, en pleno uso de mis facultades, declaro haber sido informado en forma amplia, clara y sin ningún tipo de coerción, acerca de la naturaleza y, objetivos del Estudio Titulado:

CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCIÓN CITOLÓGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Propósito del estudio

La estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la Unidad de Medicina Familiar # 159 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La investigación tiene como propósito conocer si se presentan crisis o alteraciones familiares en pacientes que en su Papanicolaou se les detecto el virus del papiloma humano, por lo que consideramos que usted, pudiera ser un buen candidato para participar en este proyecto.

En este estudio, aproximadamente 60 personas más serán invitadas a participar e incluidas en el mismo.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor escuche y /o lea la información que le proporcionamos, y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.

Compromisos.

Los investigadores se comprometen a proporcionar los resultados del estudio en caso de solicitarlo el entrevistado, así como compartir el resultado final del protocolo.

1. Procedimientos

El estudio que estamos realizando tiene como objetivos conocer si se presentan crisis familiares en mujeres que en su papanicolaou se les detecto el virus del papiloma humano.

Si usted acepta participar, ocurrirá lo siguiente:

- a) Le pediremos que nos conteste unas preguntas sobre sus datos generales de identificación, resultado y fecha en que supo de su papanicolaou.
- b) Después se le realizaran unas preguntas, que es un cuestionario que evalúa y tiene por objetivo conocer algunos de los conflictos y problemas más frecuentes por los que cursa una familia, para saber si alguno de ellos le produce o no problemas a usted o a su familia.
- c) En caso de tener alguna alteración en sus resultados se le orientara y apoyara en su tratamiento.
- d) Todo ello, será resguardando con confidencialidad.

Usted no suspenderá sus tratamientos, ni dejará de asistir a la clínica familiar u hospital para sus citas con el médico familiar o especialista o cualquier otro tramite que tenga.

2. Posibles molestias esperadas.

Además de solicitarle nos otorgue su tiempo para la entrevista, algunas personas se incomodan por pedirle datos personales o íntimos en su relación de pareja y familia, pero usted tiene el derecho de contestar o no sin compromisos o consecuencias en su atención en el IMSS, y se le garantiza la confidencialidad y secreto de la información.

3. Beneficios para los entrevistados.

Es importante que sepa, que este estudio no es lucrativo, y que no recibirá un pago por su participación en esta investigación, pero también que este estudio no implica ningún gasto adicional para usted.

Los beneficios individuales para usted serán: conocer su situación de salud respecto a las condiciones o seguimientos de sus papanicolaou para la prevención y detección oportuna del cáncer de cérvix o uterino.

En caso de conocer alteraciones del estado de ánimo o problemas importantes en su familia, si usted lo decide se le orientara y se solicitara apoyo con los especialistas adecuados para su correcto diagnostico, tratamiento y apoyo.

Confidencialidad.

La información proporcionada será de carácter confidencial y en todo momento se cuidara mantener el anonimato de la persona entrevistada.

1 Participación o retiro.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS, así como los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica.

Es decir, que si usted no quiere participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe.

Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

2. Privacidad y confidencialidad.

La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla/o (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de su aplicación, para garantizar su privacidad.

Los investigadores, y su médico familiar sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo si llegara a necesitar y si acepta otro apoyo o valoración por otro especialista en la salud).

Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para resguardar su persona le

asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse con los doctores encargados del estudio, Karla Liliana Quiroz Zarate al teléfono 3781112328 o con Raúl Guillén Ortiz al teléfono 3311925322 y al 3487830055 extensión 1400.

Declaración de consentimiento informado.

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Firma del encargado de obtener el consentimiento informado.

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del investigador responsable de obtener el consentimiento informado

Raúl Guillén Ortiz
Zarate

Karla Liliana Quiroz

Firma de los testigos

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Nombre del Testigo 1

Parentesco con participante

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo 2

Parentesco con participante

Firma del Testigo

Fecha

(ANEXO 2)

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____

Edad _____

Estado Civil _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Último resultado de citología cervical

—

Fecha de conocimiento del resultado

(ANEXO 3)

ESCALA DE HOLMES

Instrucciones para administrar la Escala

Si el paciente ha pasado durante el último año por alguna de las 43 situaciones enumeradas a continuación, circule y anote el valor que figura al lado de la misma. Finalmente sume el total.

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación	65
4. Privación de la libertad	63
5. Muerte de un familiar próximo	63
6. Enfermedad o incapacidad, graves	53
7. Matrimonio	50
8. Perder el empleo	47
9. Reconciliación de la pareja	45
10. Jubilación	45
11. Enfermedad de un pariente cercano	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15. Cambios importantes en el trabajo	39
16. Cambios importantes a nivel económico	38
17. Muerte de un amigo íntimo	37
18. Cambiar de empleo	36
19. Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
20. Pedir una hipoteca de alto valor	31
21. Hacer efectivo un préstamo	30
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)	29
24. Problemas con la ley	29
25. Logros personales excepcionales	28
26. La pareja comienza o deja de trabajar	26
27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización	26
28. Cambios importantes en las condiciones de vida	25
29. Cambio en los hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio a una escuela nueva	20
34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	19
35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Pedir una hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambios en los hábitos del sueño	16
39. Cambios en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	15
42. Navidades	12

43. Infracciones menores de la ley

11

PUNTAJE DE LA ESCALA DE HOLMES:

0-149: No existen problemas importantes.

150-199 Crisis leve.

200-299 Crisis moderada.

>300 Crisis grave.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1306

FECHA 08/12/2009

Estimado Raúl Guillén Ortiz

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

CRISIS FAMILIARES EN MUJERES CON DETECCIÓN CITOLÓGICA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1306-52

Atentamente


Dr(a). María Guadalupe Bravo Vigil
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1306



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Bernal D, Carvajal L, Guadarrama G, Hernández R, Herrera M, Hidrovo A, Sánchez- Alemán M, Angeles-Llerenas A. Infección por virus del papiloma humano y lesiones precancerosas de cérvix en mujeres del estado de Morelos, México. Arch med fam. 2002; 5; 24-29.
2. Bernard W. Stewart, Paul Kleihues. World Cancer Report. International Agency for Research on Cancer. Lyon, France, 2003.
3. Juárez Figueroa L, Wheeler CM, Uribe Salas F, Conde González C, Zamilpa Mejía L, García Cisneros S. Human papillomavirus, a highly prevalent sexually transmitted disease among female sex workers from Mexico City. Sex transm Dis. 2001; 28: 125-130.
4. Lazcano Ponce E, Herrero R, Muñoz N, Hernández Ávila M, Salmerón J, Leyva A, Mjer C, Wallboomers J. High Prevalence of human papiloma virus infection in mexican males: comparative study penile-urethral swabs and urine samples. Sex Transm Dis. 2001; 28: 277-280.
5. Sánchez-Alemán M, Uribe Salas F, Conde-González C. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. Salud Publica Méx. 2002; 44:442-447.
6. Cortiñas P, Ríos K, Sánchez Lander J. Citología cervical como pesquisa: factores para mejorar la sensibilidad. Gac Méd Caracas. 2008; 116: 37-40.
7. Cañadas MP, Lloveras B, Lorincz A, Ejarque M, Font R, Bosch F, Sanjosé S. Evaluación de las técnicas de detección del VPH en los programas de cribado para cáncer de cuello uterino. Salud Publica Méx. 2006; 48: 373-378.
8. Varela Martínez S. Citología Cervical. Revisión Bibliográfica. Rev Med Hondur. 2005; 73:131-136.
9. Fernández Ortega M. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47: 251-254.
10. Gómez García I, Gómez Mampaso E, Conde Somoza S, Maganto Pavón E, Navío Niño S, Allona Almagro A. Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual. Actas Urol Esp. 2005; 29: 365-372.
11. SahebJamee M, Boorghani M, Ghaffari SR, Atarbashimoghadam F, Keyhani A. Human papillomavirus in saliva of patients with oral squamous cell carcinoma. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009; 14:525-528.
12. Del pazo R, Lukaszuk B, Leite M, Iribas J. Detección de la infección por virus papiloma humano en hombres. Penoscopia como método de cribado. Rev Argent Dermatol. 2008; 89: 146-152.
13. Conesa Zamora P, Ortiz Reina S, Moya Biosca J, Doménech Peris A, Orantes Casado F, Pérez Guillermo M, Egea Cortines M. Genotype

- distribution of human papillomavirus (HPV) and co-infections in cervical cytologic specimens from two outpatient gynecological clinics in a region of southeast Spain. *BMC Infectious Diseases*. 2009, 9:124-130.
14. Yang J, Yu-guo P, Zhong-ming Z, Zhi-jian Yu, Huang N, Deng Q. Interferon for the treatment of genital warts: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*. 2009, 9:156-164.
 15. Giuliano AR, Papenfuss M, Schneider A, Nour M, Hatch K. Risk Factors for High-Risk Type Human Papillomavirus Infection among Mexican-American Women. *Cancer Epidemiol, Biomarkers and Prevention*. 1999; 8: 615–620.
 16. Coker A, Bond S, Madeleine M, Luchok K, Pirisi L. Psychosocial Stress and Cervical Neoplasia Risk. *Psychosomatic Medicine*. 2003; 65:644–651.
 17. Byrnes DM, Antoni MH, Goodkin K, Efantis-Potter J, Asthana D, Simon T, Munajj J, Ironson G, Fletcher MA. Stressful events, pessimism, natural killer cell cytotoxicity, and cytotoxic/suppressor T cells in HIV_ black women at risk for cervical cancer. *Psychosom Med*. 1998;60:714 –22.
 18. DePunzio C, Salvestroni C, Guazzelli G, Papa MC, Freschi G, Ferdeghini M, Masoni S. Stress and cervical dysplasia. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19:287–90.
 19. Mwakigile D. Sexual behavior among youths at high risk for HIV-1 infection in Dar es Salaam, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*. 2001; 77: 255–259.
 20. National AIDS Control Programme, Tanzania; MEASURE y Bureau of Statistics, Tanzania, *AIDS in Africa During the Nineties: Tanzania*, Chapel Hill, NC, EEUU: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 2001.
 21. González Benítez I. Las crisis familiares. Revisión Bibliográfica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16: 280-286.
 22. Rocha Diógenes M, Varela ZM, Barroso GT. Human papillomavirus: repercussion on the woman's health in the family context. *Rev Gaucha Enferm*. 2006; 27: 266-273.
 23. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res*. 1967;11:213-218.
 24. Holmes T.H. This Week's citation classic. *CC*; 1982; 41: 22
 25. González de Rivera JL; Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983; 4: 7-11.
 26. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. *Diario Oficial de la Federación DOF* – 16 de Enero de 1995.
 27. Hernández Girón C, Smith J, Lorincz A, Arreola E, Lazcano E, Hernández M, Salmerón J. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en

- embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos. *Salud Publica Mex* 2005;47:423-429.
28. Algado T, Basterra A, Garrigós I. Familia y enfermedad de alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología* 1997; 13:19-29.
29. Arroyo Rojas M, Bonilla M, Trejo L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Rev Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2005; 38(2): 63-68.