



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 249 TLAXOMULCO**

**APOYO DE LA PAREJA EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE
CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN
LA UMF 249 DURANTE NOVIEMBRE 2012 AL FEBRERO DE 2013**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JORGE ISRAEL SALGADO TORRES



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.

“APOYO DE LAS PAREJA EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE
CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DURANTE
NOVIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
249 SANTIAGO TLAXOMULCO.”


PRESENTA

M.C. JORGE ISRAEL SALGADO TORRES

AUTORIZACIONES



M.E.M.F. ZITA MARÍA DE LOURDES REZA GARAY
DIRECTOR DE TESIS Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ
PROFESORA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM
ASESOR METODOLÓGICO

TOLUCA, MÉXICO


2014

“APOYO DE LA PAREJA EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE
CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DURANTE
NOVIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
249 SANTIAGO TLAXOMULCO.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

M.C. JORGE ISRAEL SALGADO TORRES



M.E.M.F. ZITA MARÍA DE LOURDES REZA GARAY

PROFESOR TITULAR DEL CURSO D LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 “SANTIAGO TLAXOMULCO”



M.E.M.F. ZITA MARÍA DE LOURDES REZA GARAY

ASESOR TEMÁTICO



DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222.

**APOYO DE LA PAREJA EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE
CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN
LA UMF 249 DURANTE NOVIEMBRE 2012 AL FEBRERO DE 2013**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

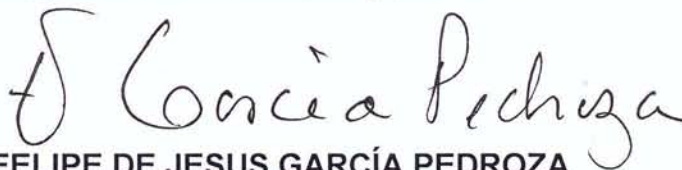
PRESENTA

DR. JORGE ISRAEL SALGADO TORRES

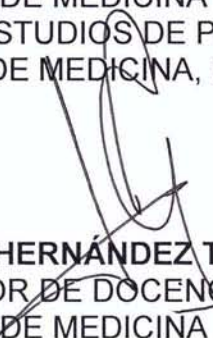
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A MÍ ESPOSA

Por estar conmigo en todo momento y apoyarme para la culminación de esta obra... Gracias

A MIS HIJAS ANDREA Y DANIELA

Por ser mi motivo de ser, porque con su amor limpio, sincero e incondicional me motivaron para la terminación de éste trabajo.

A MI AMIGA JANET MATA

Por ser mí amiga en las buenas y en las malas, por ser mi cómplice y aliada... Gracias Matita

DRA. MARGARITA LANGRAVE IBAÑEZ

Porque siempre tuvo una sonrisa para recibirnos y orientarnos, porque es una excelente persona y debido a eso pudimos finalizar éste trabajo... Gracias.

DRA. ZITA MARÍA DE LOURDES REZA GARAY

Le agradezco su paciencia, orientación, consejos, su apoyo en todo momento, por ser además de nuestra coordinadora una amiga; pocas como Usted Dra... Gracias a Dios por permitirme conocerla...

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cervicovaginales se encuentran dentro de los primeros lugares de atención en nuestras unidades de medicina familiar, la falta de apoyo de la pareja para una mejor resolución de éste padecimiento ha hecho que las pacientes busquen respuesta para su sintomatología con múltiples tratamientos, los cuales la mayoría de las veces fracasan debido a que sus parejas no las respaldan aplicándose el tratamiento pertinente generando un alto costo para las unidades y para el presupuesto federal.

Objetivo: Identificar la relación entre el apoyo de la pareja y el apego al tratamiento de Cervicovaginitis en las mujeres en edad reproductiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 249 "Santiago Tlaxomulco" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional. Se utilizó un Instrumento para medir el apoyo ante conflictos en una relación de pareja, así como un instrumento para medir el apego al tratamiento farmacológico. Se manejó una base de datos en programa SPSS versión 15. La muestra fue no aleatoria y no representativa.

Resultados: Los resultados obtenidos para el estado civil se encontró que el mayor porcentaje fueron las casadas con un 54% y el menor las separadas con un 4%, la edad media de éste estudio fue de 34 años, con respecto a los años escolares concluidos se observó una media de 9 años, en lo que respecta al número de años que tienen en su relación de pareja se presentó una media de 11 años. Con respecto al apego al tratamiento se observó que sólo el 3.5% de las pacientes se adherieron al tratamiento en un 100% y las de nivel secundaria fueron quienes se apegaron más al tratamiento.

Conclusiones: En éste estudio los resultados obtenidos demuestran que el porcentaje de apego al tratamiento está muy por debajo de lo que muestran otros estudios de apego a enfermedades crónicas, además se observó que aún en nuestra sociedad predomina la falta de apoyo para la pareja en lo que respecta a la cervicovaginitis, por lo que aún falta mucho por hacer, pero es un área de oportunidad para que el Médico Familiar y su equipo multidisciplinario puedan desarrollar, para realizar un impacto significativo en nuestra comunidad.

Palabras clave: Cervicovaginitis, Apego, Apoyo.

“COUPLE SUPPORT IN CERVICOVAGINAL INFECTION TREATMENT ATTACHMENT IN REPRODUCTIVE YEARS IN THE 249 FAMILY MEDICINE UNIT AT “SANTIAGO TLAXOMULCO” FROM NOVEMBER 2013 TO FEBRUARY 2014.2

Authors: Salgado J., Reza Z., Landgrave S.

SUMMARY

Introduction: Cervicovaginal infections belong to the principal causes of attention in the medical office, the lack of attachment of the couple for a better result has cause that female patients look for other treatments, which most of them failed because of their couples don't support them with their own treatments, so government spent a lot of resources in our medical units without an effective goal.

Objective: To identify the relationship between couple support and the Cervicovaginal infection treatment attachment in reproductive years in the 249 Family Medicine Unit at “Santiago Tlaxomulco” belonging to the IMSS.

Methods: Descriptive, prospective, transversal and observational study was designed. A couple support questionnaire was used to calculate the couple conflicts, and another treatment attachment questionnaire was used too. A specialty designed database SPSS v15 was used and was analyzed with descriptive and inferential statistics. The sample was no randomized and no representative.

Results: Gained results for the marital status showed a 54% married, 34 years old average, 9 years average level of education, 11 years average of relationship, to the treatment attachment it showed that only 3.5 % of the female patients gained an excellent adherence, and the basic scholar level showed a better treatment attachment.

Conclusions: In this study, the results gained, show that the percentage of treatment attachment is lower from other studies related to chronic diseases, besides it shows that even in our society is very common the lack of the couple support, so there are too much to work in, but there is an opportunity area to the family physician and their multidisciplinary colleges to carry out, to get a goal in the community.

Keywords: Cervicovaginal infections, attachment, support.

ÍNDICE

| | Pág |
|---|-----|
| Introducción | 1 |
| 1. Marco teórico..... | 2 |
| 1.1 Familia | 2 |
| 1.1.1 Definición de Familia | 2 |
| 1.1.2 Ciclo Vital de la Familia | 3 |
| 1.1.3 Definición de Sistema y subsistema conyugal | 5 |
| 1.1.4 Funciones de la pareja | 7 |
| 1.1.5 Importancia de la Familia en la Salud | 13 |
| 1.1.6 Influencia de la pareja en las decisiones en Salud | 14 |
| 1.1.7 Importancia del apego al Tratamiento | 15 |
| 1.1.8 Magnitud de la Falta de Apego | 16 |
| 1.1.9 Cervicovaginitis. Definición | 17 |
| 1.1.10 Epidemiología | 17 |
| 1.1.11 Frecuencia | 18 |
| 1.1.12 Frecuencia de cervicovaginitis en la unidad de medicina familiar 249 “Santiago Tlaxomulco” del IMSS | 18 |
| 1.1.13 Factores de Riesgo | 19 |
| 1.1.14 Cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades | 19 |
| 1.1.15 Forma de calificación del cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades | 22 |
| 1.1.16 Instrumento de Adherencia al Tratamiento Médico | 23 |
| 1.2 Planteamiento del Problema | 24 |
| 1.3 Justificación | 25 |
| 1.4 Objetivo General | 26 |
| 1.4.1 Objetivos Específicos | 26 |
| 2. Material y Métodos | 27 |
| 2.1 Tipo de Estudio | 27 |
| 2.2 Diseño de la Investigación | 27 |
| 2.3 Población, lugar y tiempo | 27 |
| 2.4 Muestra | 28 |
| 2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 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 | 29 |
| 2.7 Definición conceptual de variables que caracterizan a la población. | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 2.8Diseño estadístico de la investigación | 30 |
| 2.9Instrumento de recolección de datos | 31 |
| 2.10Metodo de recolección de datos | 31 |
| 2.11 Plan de codificación de datos | 32 |
| 2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos | 32 |
| 2.11.2 Análisis estadístico de los datos | 32 |
| 2.12 Cronograma | 32 |
| 2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento... | 32 |
| 2.14 Consideraciones Éticas | 32 |
| 3. Resultados | 34 |
| 4. Discusión | 43 |
| 5. Conclusiones | 44 |
| 6. Bibliografía | 45 |
| 7. Anexos | 48 |

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que las infecciones cervicovaginales son un grupo de enfermedades muy frecuentes a nivel mundial y México no es la excepción, ya que representan una de las principales causas de consulta en las Unidades de Medicina Familiar.

Es una enfermedad en la cual se puede realizar diagnóstico de una manera relativamente fácil pero debido a que la paciente muchas veces no acude a la consulta o no se realiza una valoración adecuada de la región afectada, se realizan subdiagnósticos, causando un tratamiento inadecuado y por lo tanto recidivas y un gasto elevado para las Unidades de Salud.

A lo anterior podríamos agregar la automedicación de muchas de las pacientes, causando una mayor dificultad para su diagnóstico ya que al acudir a la consulta la paciente al no presentar mejoría clínica con el tratamiento empírico empleado provoca que exista resistencia bacteriana por tratamientos mal empleados o incompletos.

Se sabe que un diagnóstico bien realizado y un tratamiento adecuado de acuerdo a la etiología presenta en la mayoría de las veces un excelente resultado, esto puede verse mermado considerablemente si el tratamiento solo es prescrito a la paciente y no valoramos el tratamiento para la pareja, el cual, cuando llegamos a valorarlo y prescribirlo a la pareja, esto se ve afectado por la falta de apoyo y apego al tratamiento por parte de la pareja debido a la idiosincrasia y la subcultura que aún predomina en nuestra comunidad.

México al igual que en otros países, enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para el tratamiento adecuado de esta enfermedad, situaciones que comprometen la salud sexual de las parejas, lo cual favorece el desarrollo de múltiples complicaciones tanto en lo físico como en lo emocional por parte de las parejas afectadas.

Para conocer algunos indicadores del comportamiento poblacional se tiene que realizar un análisis sobre la evolución de la población a estudiar, las variables sociodemográficas como la edad, sexo, religión, escolaridad, estado civil, constituyen el pilar para dicho análisis.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 FAMILIA

1.1.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA

Es el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extra familiares.¹

Grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción.¹

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.²

En México, para considerar una familia como tal, se necesita que haya vínculo de parentesco, que convivan bajo un mismo techo, y que el presupuesto sea común a todos sus miembros.

Para formar una familia se unen dos individuos del sexo opuesto, dos apellidos, la sociedad matrimonial es ambilateral, esto es, que los dos miembros están representados ante la ley.

Cada miembro tiene necesidades físicas, emocionales y sociales, sobre cada uno se ponen ciertas expectativas, obligaciones y demandas, la familia, como grupo, tiene que cubrir sus necesidades y demandas, con lo que la familia se constituye como el primer recurso de cada persona.³

Cuando se afirma que la familia constituye el núcleo básico de la sociedad, a la cual da cohesión y estabilidad, es una realidad positiva que se inscribe en el curso de la historia y se modifica con el paso del tiempo a través de su entorno social y su representación, los límites demográficos, las condiciones de la producción, las condiciones de alianza y el marco político son en grados diversos lo que determinan su naturaleza, su lugar y su importancia, es el conjunto de procesos sociales. A partir de estos principios, se puede entrar a revisar las distintas concepciones de familia.

Se puede ver que la familia no es solamente una conformación de padres e hijos sino que va más allá, siendo ésta una estructura con propiedades.

Como último concepto se propone el de Parada (2002) en el cual la familia es el conjunto de personas que establecen pautas de relación, construyendo una realidad en donde cada miembro interpreta y crea significados partiendo de esa realidad.

No es un sistema aislado, sino conectado e inmerso en una cultura específica.⁴

1.1.2. CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Cada una de las etapas del ciclo vital de la familia implica determinadas fases o etapas y crisis de desarrollo. Así como ciertos riesgos y determinadas tareas en cada uno de los campos: Biológico, psicológico y social.

Cuando dos individuos deciden entrar en una relación de pareja a largo plazo, ya sea por vía legal, unión libre y/o religiosa, emprenden un proceso llamado “ciclo de pareja” o “ciclo familiar”, el cual atraviesa varias etapas predicables y descritas, desde finales de los años 40.³

La familia cuenta con una historia natural que le hace pasar por sucesivas etapas durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos determinados que son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.

El ciclo vital de la familia generalmente se inicia con el galanteo de la pareja y después de atravesar toda una serie de etapas termina cuando alguno de los cónyuges falta. La etapa de formación de pareja es quizá, la más importante ya que determina su existencia misma y condiciona, en gran medida, lo que ha de ocurrir durante un ciclo de pareja completo.⁵

El modelo de Duval, es uno de los más conocidos y utilizados dentro de la sociología. Comienza la primera etapa del “nido sin usar” o pareja sin hijos y progresa hasta la cuarta fase, basándose en la carrera del hijo mayor según avanza su proceso de socialización.³

Para fines prácticos, dentro de la Medicina Familiar se utiliza la clasificación de Geyman⁶, la cual se describe cada una de sus etapas y sus características a continuación:

Clasificación del Ciclo Vital de Familia según Geyman referido por De la Revilla: ⁶

A) **Fase de Matrimonio:** Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo

este ciclo con la llegada del primer hijo.

Cuando un hombre y una mujer acuerdan vivir juntos cada uno aporta necesidades y esperanzas en este convenio. Forman un nuevo grupo primario que establecen cambios en sus relaciones anteriores con sus padres, hermanos o amigos. En esta fase tiene lugar el ajuste matrimonial, la pareja deberá acoplarse a la nueva situación, capacitándose para dar respuesta a problemas como el acondicionamiento de la vivienda, modificaciones en las relaciones, cambios físicos, etc.

En esta etapa hay un ajuste de la comunicación afectiva, responsable y honesta de pensamientos y sentimientos, a nivel sexual se debe tener relaciones satisfactorias, gratificantes y sólidas de pensamientos y sentimientos, se debe trabajar en establecer relaciones de respeto e independencia con las familiar de origen, además los cónyuges deben aceptar la responsabilidad de la nueva familia.

- B) **Fase de Expansión:** Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia.

El nacimiento del primer hijo, supone un cambio sustancial en la pareja. La madre ocupará gran tiempo en atender al niño y tendrá que posponer proyectos personales y variar sus relaciones con los amigos e incluso con la pareja. El padre deberá también cambiar sus hábitos, con el fin de participar más activamente en las tareas domésticas y en el cuidado del niño. Los cónyuges aprenderán y conocerán el desarrollo con los hijos, y deberán mantener una relación conyugal sólida y gratificante.

- C) **Fase de Dispersión:** Generalmente corresponde a la edad escolar e inicio de la adolescencia en los hijos.

En esta etapa, la pareja debe aceptar la separación creciente de los hijos, adaptarse a la influencia de compañeros, amigos y maestros, adecuarse al incremento de necesidades económicas, y sobre todo mantener el hogar como base de apoyo para la independencia de los hijos.

- D) **Fase de Independencia:** Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen. En esta fase debe haber un reajuste de la relación conyugal, mantener relaciones satisfactorias entre la pareja y debe además identificar intereses y actividades que pueden ser gratificantes a nivel individual y de pareja. En esta etapa los lazos que los unen con los hijos se comprometen a ser más fuertes.

- E) **Fase de retiro y muerte:** Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos

y situaciones críticas como el desempleo, la viudez y el abandono.⁶

En esta etapa, la pareja se debe ajustar al retiro y a la disminución de ingresos económicos, ajustarse a vivir solos, adaptarse a la involución física, adecuar el hogar a las posibles incapacidades físicas, adecuarse a la pérdida o muerte de la pareja, adaptarse al aislamiento y la soledad.⁶

Se debe afirmar que la pareja no se forma con el matrimonio formal desde el punto de vista de su funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja.⁷

1.1.3. DEFINICIÓN DE SISTEMA Y SUBSISTEMA CONYUGAL

Un sistema es un conjunto de elementos ordenados jerárquicamente e interrelacionados entre sí. La familia es un subsistema de la sociedad, es parte de un todo, y las personas o los miembros de ésta son subsistemas de la familia.⁵

La estructura familiar es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema.

El sistema familiar se diferencia y lleva a cabo sus funciones a través de sus subsistemas. Cada individuo es un subsistema dentro de la familia, pero también existen sistemas o díadas como las de marido – mujer, padre – hijo o madre – hijo. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede ser hijo, sobrino, primo, hermano, esposo, padre, etc.⁵

El subsistema conyugal se constituye cuando dos personas se unen con la intención de constituir una familia, la pareja puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y es la base para el contacto con otros sistemas sociales, además debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular, cuando la pareja tiene hijos, los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio.⁵

El subsistema parental se constituye para cumplir la función de crianza y socialización de los hijos. Suele estar constituido por la madre y/o padre, pero también pueden formar parte de él otros miembros de la familia, abuelos, tíos, hermanos.

Lo más importante es la promoción de la relación conyugal, de forma que se disponga de tiempo y actividades que compartan como pareja, esto es fundamental en todas y cada una de las etapas del ciclo de vida familiar, particularmente al inicio de la familia y en las dos últimas etapas del ciclo vital (independencia, retiro y muerte) que es cuando la pareja se queda sola de nuevo.^{5,7}

Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr el sentido de pertenencia.^{8,3}

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de los integrantes del grupo, por lo que este funcionamiento de pareja es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos, confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la familia.

El subsistema fraterno formado por los hermanos permite que los niños se apoyen mutuamente y aprendan pautas de comportamiento frente a los restantes miembros de la familia.

Existen diversos factores para realizar una elección de pareja, según Luis Leñero referido por Velazco y cols.⁷ señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de elección de pareja:

1. Residencia en una determinada comunidad
2. Pertenencia a una determinada clase social
3. Involucración en un determinado círculo social

Además identifica otros requisitos de la pareja para poder constituirse:

- Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
- Reconocer creencias afines.
- Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- Contemplar expectativas económicas semejantes.
- Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.

El ajuste que la pareja tiene que lograr debe darse a varios niveles e involucra un ajuste en cada uno de ellos.⁷

Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poderse incorporar como una familia en su ámbito social son considerados como bases universales para establecer un núcleo familiar:

1. Una Casa.
2. Un sistema de captación y distribución de dinero.
3. Un sistema de patrones de responsabilidad.
4. Mutua satisfacción en las relaciones sexuales.
5. Un sistema adecuado de comunicación.
6. Interacción con amigos, asociaciones, clubes, etc.
7. Relaciones de trabajo de ambos.
8. Un concepto filosófico de la vida como pareja.
9. Continuación de la educación en ambos.

Un aspecto fundamental en el inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder en todo sentido de la palabra, lucha que está presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tiene mucho que ver con la manera en que se ha relacionado en sus familias de origen, ya sea en una relación de dependencia o igualdad y que se manifiesta principalmente en la toma de decisiones y en el tipo de actividad hogareña o laboral desarrollada.⁷

1.1.4. FUNCIONES DE LA PAREJA.

Las funciones de pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos emprendidos que hayan tenido individualmente lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que éstos se presenten y en el momento que se les presenten.⁷

Las principales funciones del subsistema conyugal y familiar a considerar para su evaluación son:

- Comunicación.

- Adjudicación de roles.
- Afecto.
- Adaptabilidad.
- Autonomía.
- Reglas y Normas.
- Toma de decisiones.
- Sexualidad

A continuación se explican cada una de las funciones:

1. Comunicación: Esta función es primordial, ya que gracias a todas las demás funciones pueden cumplirse. La pareja utiliza muy variados mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión, junto a un lenguaje común, expresión de las características étnicas y socioculturales de la comunidad a la que pertenece.

La comunicación debe evaluarse a través de pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja⁷ y cuyas características deben ser:

- Clara, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con significado distinto o contrario a lo que se dice.
- Directa, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como triangular.
- Congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico.

2. Adjudicación y asunción de roles: Todos los componentes de la familia necesitan un cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y madurez y así la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad, así también se establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener orden y armonía a sus miembros, cada pareja tiene sus propios roles, reglas no escritas, pero establecidas, que sólo ellos reconocen e identifican.

3. **Afecto:** Es la relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia, Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis. Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia es lo más importante, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar.⁷

Puede evaluarse esta función a través de manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función como:

- Manifestaciones físicas: las cuales deben ser investigadas como pueden ser abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- Calidad de convivencia: Es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos.
- Reciprocidad: Lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extrahogar.

4. **Apoyo:** La familia proporciona apoyo a los miembros que la necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc., gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas o abortar momentos de crisis individuales o familiares. Los recursos los establecen, organizan y distribuyen distintos miembros de la familia de acuerdo con los papeles previamente establecidos. EL apoyo nace del sentimiento de pertenencia a la pareja, de saber que comparte, como grupo, creencias, proyectos y afectos comunes.⁵

5. **Adaptabilidad:** La familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que lo conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral, todas ellas la exponen a cambios necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos.⁵

6. **Autonomía:** Todos los componentes de la familia necesitan un cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y maduración. El ejercer satisfactoriamente esta función permite mantener la integridad de cada individuo, en un equilibrio entre lo permitido y lo prohibido, lo aceptado y rechazado, en fin entre dependencia e independencia.⁵

7. **Reglas y Normas:** La adjudicación y asunción de roles que se refiere a que la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia, como satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.^{3,7}
8. **Toma de decisiones:** Es importante investigar cómo se da este proceso, ya que éste produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes; los sitios más frecuentes son:
 - Toma de decisiones conjunta, en la que ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
9. **Toma de decisiones individual,** uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.⁷
10. **Sexualidad:** Además del amor, la buena comunicación y el manejo adecuado del dinero, el sexo es considerado uno de los pilares que sostienen una relación afectiva estable en la pareja.⁵

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explica la trascendencia que para cada uno de sus cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarle de seis a 9 meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria. En este rubro la información y orientación a las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges.

Las relaciones sexuales en la pareja deben ser mutuamente satisfactorias. La sexualidad; está condicionada por factores biológicos, anatómico, fisiológicos, además por los condicionamientos sociales como los sistemas de educación, valores éticos, religiosos, lineamientos culturales por el tipo de personalidad y constituye el conjunto de los fenómenos de comportamientos determinados por la idiosincrasia y la cultura, a través de los cuales se satisface el impulso sexual en cada sujeto.⁷

La sexualidad dentro de la pareja tiene varias finalidades entre ellas: la reproductora y la de placer y se caracteriza por la complejidad propia de la conducta humana y por estar determinada por una serie de factores que interaccionan en cada individuo hasta formar dinanismos y pautas particulares de conducta como preferencias, fantasías y frecuencia deseada de las relaciones en el subsistema conyugal. Muchas veces la

falta de deseo se debe a que no conocen las necesidades del otro y puede ser causa de conflictos en la pareja y si se tienen éstos se debe hablar directa y claramente, sin pudores, sobre sus inquietudes, dudas, etc.; pero para ello es indispensable una adecuada comunicación y confianza en la pareja.

Existen en la pareja algunos aspectos que ocasionan estrés dentro de su convivencia, tales como:

- Instalación del hogar.
- Adopción de un estilo de vida, rutinas de convivencia.
- Repartición de roles (conciliación de sistemas de valores).
- Iniciación o consolidación de la vida sexual.
- Establecimiento en lo concreto y cotidiano de los límites con las familias de origen.

Existen ocho vínculos básicos de la pareja integrada, que son los siguientes:⁶

1. Comunicación racional y solución conjunta de problemas.
2. Colaboración para tareas en equipo.
3. Dar y recibir afecto.
4. Relaciones sexuales mutuamente satisfactorias.
5. Divertirse juntos.
6. Dar protección afectiva y material al otro.
7. Recibir protección afectiva y material del otro.
8. Compartir valores y normas respetando las ajenas.

Para tratar de llevar una adecuada convivencia, deben darse algunos ajustes, lo que puede ocasionar conflictos dentro del subsistema conyugal, que afectan a todos los componentes que se han listado dentro de la estructura de la pareja, como ejemplo se menciona la lucha por el poder teniendo en cuenta las responsabilidades: quien se encarga de hacer las cosas y quien decide lo que hay que hacer. Estas decisiones abarcan

aspectos tan fundamentales como: las finanzas, el cuidado de los hijos, las relaciones sexuales, etc.

Otro ajuste dentro de la convivencia en la pareja se da en la intimidad, la que se construye con una separación de la familia de origen, dando prioridad al otro en el auto revelación y en la toma de decisiones. Por eso uno de los temas más conflictivos se da en las relaciones con la familia de origen.⁶

Desencadenante de los conflictos:

A menudo el primer peligro verdadero para la paz del matrimonio llega con el primer hijo, en la mujer (y a veces también el marido) pone en el niño todo su interés, ignorando al otro cónyuge. Con la llegada de los hijos el peligro lo corre sobre todo la mujer, con el riesgo de convertirse exclusivamente en madre. Por su parte, el padre podría pensar más en cómo aumentar los ingresos mensuales que en cultivar la relación de pareja.

Además también es causa de conflicto en la pareja:

- Expectativas exageradas: A veces se espera demasiado de la pareja.
- Falta de diálogo: A veces el diálogo cesa por miedo a herir o a ser heridos.
- Deseo de cambiar al otro: La mayor parte de los casados empiezan a hacerlo al poco tiempo de casarse y se empeñan en modelar a la pareja según sus categorías.
- Falta de muestras de amor: Descuidar las pequeñas atenciones cotidianas una vez casados, cosas que durante el noviazgo eran la regla: detalles, palabras dulces, muestras de afecto, mimos, caricias, etc. El amor erótico – sexual se basa exclusivamente en la ternura; en caso contrario llegan las neurosis sexuales.
- Falta de tiempo entre la pareja para estar juntos: Los matrimonios entran en crisis porque no tienen tiempo para estar juntos, para hablarse, para salir juntos ellos solos, etc.
- Existe limitación a existir uno junto al otro, cada uno siente una enorme soledad que lleva a la idea de la incompatibilidad y de que no vale la pena hacer nada para superar esa crisis y cada cual empieza a ir por su cuenta, comunicando poco, aislándose de la pareja.⁶

Los conflictos enferman tanto mental (depresión, trastorno bipolar, bebida, violencia) como físicamente (corazón, cáncer, enfermedades inmunológicas, dolor crónico). Los conflictos en la pareja generan también problemas en los hijos (problemas de conducta, depresión y problemas para alcanzar la intimidad en el futuro).⁹

La mayoría de parejas enfrentan los mismos conflictos durante su convivencia diaria, los principales síntomas dañinos se deben a falta de comunicación y se presentan cuando ambos o alguno de los dos:¹⁰

- No saben escuchar.
- No le informan al otro sus necesidades.
- No se interesan en lo que dice la pareja.
- Reclaman errores del pasado.
- Generalizan al hacer juicios.
- Hacen reproches constantes y hablan y piensan por la otra persona.

Otra de las causas muy frecuentes de conflicto de pareja es la infidelidad, descubrir que la otra persona ha sido infiel es uno de los hechos más traumáticos que pueden suceder dentro de la pareja. Sin embargo, la infidelidad no tiene por qué llevar necesariamente a romper la relación, sino que es una señal grave de que algo no está funcionando como debería.¹¹

Una infidelidad en la pareja puede ocasionar infecciones de transmisión sexual, lo que trae como consecuencia conflictos en las parejas por esta causa además llevan a alteraciones que pueden ser ubicadas como disfunciones del subsistema conyugal, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción conyugal.¹²

1.1.5 IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD

La salud familiar es una parte importante de la salud en general, es clave en el desarrollo y en el equilibrio biopsicosocial del ser humano, es vital para el logro óptimo de la función de socialización cuyo objetivo central es coadyuvar a transformar a la persona en un individuo maduro, autónomo e independiente, capaz de tomar las mejores decisiones que le atañen para su crecimiento personal así como profesional, de él y de su familia de procreación.

Es un reflejo de la dinámica e interacción entre los miembros de la familia, así como del grado de cumplimiento de las funciones básicas en cada familia y, por tanto, matizada por las características propias de cada una de las fases del ciclo vital familiar.

En una familia funcional las reglas de interacción entre los diferentes subsistemas deberían de ser lo suficientemente claras para propiciar el óptimo desarrollo individual y grupal, la autoridad compartida y adaptable a cada una de las fases del ciclo vital.

Sería conveniente la flexibilización en los roles formales, una comunicación clara, directa y asertiva, con una adaptabilidad tal, que le permitiera superar las crisis familiares además de las presiones externas que como sistema abierto enfrenta.

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

Las familias difícilmente acuden con el médico familiar refiriendo que son familias disfuncionales, su principal motivo de consulta es de orden biológico, tal vez – si acaso – se detecta alteración psicosocial, ésta se minimiza y como tal se atiende; por lo que el verdadero reto estriba en la competencia del médico familiar para que a través del síntoma acceda a la interacción familiar, que le permita aplicar la metodología de abordaje de manera permanente y eficaz con el objetivo de realizar el diagnóstico precoz, así como el tratamiento oportuno, que revierta la correlación a una relación inversamente proporcional entre funcionalidad familiar, el síntoma y/o la enfermedad biológica, motivo por el que acuden los pacientes a la consulta del primer nivel de atención médica en nuestro país.¹³

1.1.6 INFLUENCIA DE LA PAREJA EN LAS DECISIONES EN SALUD

En tiempos que Hipócrates y Galeno establecían las primeras normativas respecto a la relación de los pacientes con el médico, la toma de decisiones respecto a la propia salud era un proceso que se establecía más por la capacidad y autoridad del profesional que por la capacidad de decisión que podía tener el paciente. Esto ha ido cambiando y hoy se considera que en ejercicio de la autonomía del

paciente se deben tener en cuenta sus valores, deseos y preferencias como elementos determinantes de las decisiones de salud.

Las causas que en la actualidad se identifican como responsables de la deficiente toma de decisiones en salud por parte de los pacientes son: el acceso insuficiente a información basada en evidencias, la escasa participación en las decisiones que afectan su propia salud, la de su familia y, la de su pareja, esta última es la primordial muchas veces ya que sin ella no se lograra una adecuada remisión de la sintomatología de la cervicovaginitis si la pareja no entiende o no quiere tomar el medicamento a la par que su compañera, ya sea por falta de conocimiento o por falta de una adecuada comunicación médico paciente. Es por esto que las decisiones en salud se deben de tomar en pareja y principalmente si hablamos de cervicovaginitis ya que de no contar con el apoyo de la pareja nunca se lograra una remisión adecuada de la sintomatología.¹⁴

1.1.7 IMPORTANCIA DEL APEGO AL TRATAMIENTO

CONCEPTO DE APEGO: El término apego o adherencia se ha empleado como sinónimo de “cumplimiento”, aunque existen diferencias que merecen ser destacadas para comprender mejor el concepto. “Cumplimiento terapéutico” fue creado en la década de 1960 para designar “el grado en el que la conducta del paciente coincide con la prescripción del médico o del profesional de salud en cuanto a indicaciones del consumo de medicamentos, seguimiento de regímenes de alimentación o mantenimiento de estilos de vida”.

Como puede observarse, este concepto lleva implícito un sentido de pasividad del paciente, que lo limita a obedecer las indicaciones; es unilateral y excluyente de cualquier cuestionamiento que se aparte de tal obediencia.

Posteriormente, al aumentar la comprensión del fenómeno y aceptarse que el paciente es participativo y voluntario en las decisiones respecto a su salud, tratamiento y seguimiento de sus condiciones, se prefirió, sobre todo para aplicarlo a los tratamientos en enfermedades crónicas, el uso del concepto de apego, con la intención de lograr una visión más integradora; desde dicha perspectiva, se definió como “un involucramiento activo, voluntario y colaborativo del paciente en el seguimiento de una conducta mutuamente aceptada (médico y paciente) para obtener un resultado terapéutico”.

Sin embargo, a la fecha ambos conceptos siguen en uso; algunos autores han sugerido que es preferible la redefinición de cumplimiento como concepto socialmente creado por pacientes y médicos en conjunto, apartándose del enfoque que lo contemplaba como una característica estrictamente individual.¹⁵

1.1.8 MAGNITUD DE LA FALTA DE APEGO

La importancia del apego al tratamiento para el control o curación de las enfermedades es indudable; aún en las condiciones ideales del proceso de la atención, en el que se establezca un diagnóstico basado en la mejor evidencia científica, se efectúe la planeación cuidadosa de los mejores esquemas terapéuticos para beneficio del paciente y se prescriba apropiadamente, la falla en este aspecto invalida los esfuerzos para lograr resultados favorables en salud.

Esto mismo puede ser extensivo a las medidas preventivas, en las que el apego puede ser primordial para esquemas que requieren periodicidad como inmunizaciones o actividades que implican cambio de ciertos estilos de vida.

Por desgracia, los innumerables estudios que han documentado la falta total o parcial de apego han revelado que su frecuencia es alta, aunque es difícil conocerla con precisión ya que las estimaciones varían de acuerdo con tipo de población, el padecimiento (agudo o crónico), sitio de atención (pacientes ambulatorios u hospitalizados, atención primaria o consulta externa de especialidades), indicaciones que se evalúen (citas, tratamientos preventivos o curativos) y también del método utilizado para dicha evaluación.¹⁵

Existen diferencias en cuanto al apego en enfermedades Crónicas y en enfermedades Infecto-Contagiosas, en este trabajo se centrara en la segunda antes referida.

En las enfermedades infecto – contagiosas de tipo agudo, existen datos de México para pacientes que asisten a consulta de medicina familiar en instituciones de salud, lo que puede ser orientador del problema: el apego para los tratamientos con antibióticos para padecimientos comunes en la práctica diaria se ha reportado menor a 50%, mientras que en hipertensión arterial, una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la consulta de atención primaria ha sido discretamente superior (56%).¹⁶

Si se comparan estas cifras con lo reportado en otros países se encuentran resultados similares, lo que demuestra que el problema no depende de una característica particular o de una sociedad y que se trata de un fenómeno inherente a la práctica de los médicos en todo el mundo.¹⁷

1.1.9 CERVICOVAGINITIS. DEFINICIÓN: Esta patología, definida como la inflamación del epitelio del cérvix y la vagina la cual en ocasiones puede alcanzar a la vulva, se debe entre otras causas a procesos secundarios irritativos tras la aplicación de fármacos locales o inflamatorios a consecuencia de infecciones causadas por diversos gérmenes, siendo esta última la razón más frecuente.

Se ha definido a la cervicovaginitis como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: flujo, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.¹⁸

1.1.10 EPIDEMIOLOGÍA:

La mayor propensión se encuentra en mujeres en edad fértil y/o con vida sexual activa, característica importante ésta tanto para la presencia del padecimiento como para su cronicidad.¹⁹

La microbiología de la vagina es compleja, contiene 10^9 Unidades Formadoras de Colonias por gramo de secreción de diferentes especies de microorganismos. Esto es principalmente dominado por miembros el grupo de Lactobacilos, los cuales son capaces de producir ácido láctico y $H_2 O_2$, de esta forma mantienen el pH vaginal. El ecosistema se puede alterar por la edad, fase del ciclo menstrual, actividad sexual, uso de anticonceptivos, embarazo, presencia de tejido necrótico o cuerpos extraños y el uso de productos de higiene o antibióticos.²⁰

Las Cervicovaginitis son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

La inflamación de la vagina y la presencia de flujo vaginal representan el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer contacto y a los servicios de ginecoobstetricia de México.

En un estudio realizado en Cuba por Ortiz y cols, en el que utilizaron muestras de citología de cérvix, se encontró *Candida sp* en un 22%, seguida de vaginosis bacteriana con 19.6% y *Mycoplasma hominis* 4.7%. La vaginitis bacteriana fue diagnosticada con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 35 años de edad. La leucorrea blanco grisácea homogénea fue la manifestación clínica más frecuente en los casos de vaginitis bacteriana y la *Candida sp*, así como la *Trichomona*

vaginalis fueron microorganismos que más se asociaron con la vaginitis bacteriana.

López M. y cols, en su artículo sobre citología de las infecciones cervicovaginales realizado en Venezuela, menciona que se realizaron citologías cervicales a mujeres con vida sexual activa y se obtuvo que el 78% de las muestras tenían infección, la mayor incidencia se presentó entre los 25 y 35 años de edad. El 33% de las infecciones eran causadas por dos o más microorganismos, seguidos de flora bacteriana mixta con 21%, vaginosis bacteriana 19%, trichomona vaginalis 16% y hongos 7.6%. En la infección mixta la mayor asociación fue entre trichomona vaginalis y bacterias en un 94%. Las mujeres con infección genital se encuentran en edad reproductiva, la etiología es mixta en un alto porcentaje y el microorganismo más común es la trichomona vaginalis en combinación con flora bacteriana.²¹

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 familiar.

1.1.11 FRECUENCIA

Las infecciones genitales figuran entre las 12 enfermedades más frecuentes que hacen perder años de salud y de vida reproductiva, debido a complicaciones importantes como salpingitis, esterilidad, embarazo ectópico, cáncer y morbilidad perinatal.

La secreción vaginal es uno de los motivos de consulta más frecuente en las mujeres en edad fértil y la presencia de este síntoma, causa una gran molestia para la paciente, la leucorrea muy frecuentemente procede o acompaña a enfermedades que pueden comprometer seriamente la salud de la mujer y su descendencia, como la cervicitis y la enfermedad inflamatoria pélvica.²²

1.1.12 FRECUENCIA DE CERVICOVAGINITIS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 “SANTIAGO TLAXOMULCO” DEL IMSS

En la Unidad de Medicina Familiar 249 “Santiago Tlaxomulco” del IMSS que se encuentra en la Ciudad de Toluca, Estado de México existen 20329 mujeres en edad reproductiva y la cervicovaginitis estuvo dentro de las primeras 10 primeras causas de consulta de primer nivel en el año 2011 con una prevalencia de 853

casos de primera vez. Se observó que en mujeres que se encuentran en edad reproductiva entre 14 y 44 años fueron más frecuentes las infecciones vaginales.

1.1.13 FACTORES DE RIESGO

Los factores predisponentes a estos padecimientos son: dieta rica en carbohidratos, obesidad, exceso de humedad, problemas que disminuyen la inmunidad como la Diabetes mellitus, pacientes con edad avanzada, medicamentos inmunosupresores y mujeres embarazadas.¹⁹

La mayor parte de las mujeres que presentaron infecciones vaginales son jóvenes en edad reproductiva. Estos resultados pueden estar dados por el incremento en las relaciones sexuales en este grupo de edad, ya que la ocurrencia de estas infecciones se ha relacionado de manera directamente proporcional con esta actividad, se ha asociado a la Vaginosis Bacteriana y otras infecciones vaginales con la conducta sexual: el inicio de vida sexual a temprana edad y el número de parejas sexuales.

Se sabe que una de las tendencias actuales en México y en el mundo es el adelanto del inicio de las relaciones sexuales. Cambios en la conducta sexual favorecidas por el desarrollo de las sociedades, entre las que pueden mencionarse la desmitificación de la virginidad, no serían nocivos si fueran acompañados de valores como la responsabilidad, la honestidad y la noción de lo duradero, pero sobre todo, si fueran acompañados de una oportuna sabiduría legada por la familia.²³

1.1.14 Cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades.

Objetivo del Cuestionario

Conocer el tipo de respuesta que una población mexicana da ante las dificultades con su pareja.

Marco teórico en que está basado

Los estudios sobre los factores que propician el proceso de separación de la pareja son pocos en relación con la importancia que tiene este problema, el cual parece extenderse en todo el mundo. Sirva de ejemplo la situación que presentan las parejas que contraen matrimonio en los Estados Unidos de Norte América, cuyas expectativas de separación son una de cada tres parejas. A pesar de esto, no ha sido desalentada la institución del matrimonio, ya que 90% de los

norteamericanos se casan y más personas divorciadas vuelven a casarse dentro de los primeros cinco años después de su divorcio.

Es importante subrayar que, en una amplia variedad de contextos, existe la creencia de que el sentimiento de amor es lo que une a las parejas y el sentimiento de desamor es lo que las desune; tal aseveración está sujeta a la definición que hace cada cultura respecto a lo que es el amor o el desamor. Sin embargo, también puede observarse que un gran número de matrimonios pueden continuar juntos sin que la pareja perciba ese sentimiento de amor, o incluso pueden haberse unido sin que haya existido este componente subjetivo que se llama amor.

Independientemente de estas consideraciones, es una necesidad conocer cómo un sujeto percibe a su pareja, cómo se percibe frente a ella y cómo percibe la relación entre ellos. Esta percepción dará por resultado una serie de comportamientos que pueden o no derivar en una separación, en una relación poco satisfactoria o en una de mayor crecimiento.

Por esta razón, consideramos de suma importancia observar el tipo de respuesta que una muestra de la población mexicana tiene ante la percepción de conflicto o dificultades con su pareja; y si estas respuestas llevan al sujeto al mantenimiento satisfactorio o insatisfactorio de la relación o propician su ruptura.

Para este fin, se construyó un instrumento con base en el Modelo Tipológico de Caryl Rusbult (1982), el cual considera que lo que éste llama lealtad, voz o expresión, indiferencia y salida de la relación son alternativas de respuesta ante la percepción de conflictos en una relación de pareja.

De acuerdo con Rusbult, en la mayoría de los casos de disolución queda poco amor, sin que por esto se entienda que todas las parejas “desenamoradas” elijan la separación. Debido a la carencia de estudios teóricos y empíricos en la literatura, Rusbult diseñó un modelo para describir cuatro tipos de posibles respuestas ante la insatisfacción en las relaciones cercanas.

En el análisis de una escala multidimensional, Rusbult (1982) identificó estos cuatro tipos principales de respuesta ante la percepción de insatisfacción en la relación íntima:

1.- **Respuesta de salida.** Es la separación formal o la salida de un miembro de la pareja, como una solución activa y destructiva.

2.- **Respuesta de voz y expresión.** Es una manera activa y constructiva de

resolver el conflicto sin separarse por ejemplo, discutir los problemas, buscar soluciones a las situaciones y buscar ayuda externa.

3.- **Respuesta de lealtad.** Es una solución constructiva, aunque pasiva (paciencia y esperanza de que las cosas mejoren, y seguir teniendo fe en la relación).

4.- **Respuesta de indiferencia.** Es una solución pasiva y destructiva que implica ignorar a la pareja o pasar menos tiempo junto y/o “desentenderse de ella”.

Cualquier respuesta ante la insatisfacción puede ser ubicada en un espacio bidimensional, definido por los ejes activo - pasivo y constructivo – destructivo. Rusbult desarrollo un modelo de Compromiso para explicar que las causas que llevan a cada uno de los miembros de la pareja a comprometerse en la relación son las siguientes:

- A. Alta satisfacción.
- B. Nivel alto de involucramiento.
- C. Pocas alternativas de calidad fuera de la relación.

Estos tres determinantes del compromiso interactúan de manera aditiva para generar cuatro grandes tipo de respuesta ante la insatisfacción a saber:

- a. **Salida**, caracterizada por baja satisfacción, bajo compromiso y altas alternativas de calidad fuera de la relación.
- b. **Voz**, caracterizada por alta satisfacción, alto compromiso y altas alternativas de calidad fuera de la relación.
- c. **Lealtad**, caracterizada por alta satisfacción, alto compromiso y pocas alternativas de calidad fuera de la relación.
- d. **Indiferencia**, caracterizada por baja satisfacción, bajo compromiso y pocas alternativas de calidad fuera de la relación.

Finalmente, Rusbult propone la secuencia siguiente como la más común en la disolución de relaciones:

- a. El conocimiento del problema lleva a la lealtad.
- b. Si el problema continúa, la lealtad llevara a la voz.
- c. Si la voz no tiene éxito, lo siguiente será la indiferencia,
- d. Si el problema es percibido como irreparable, uno o ambos integrantes de la pareja podrán elegir terminar la relación.

La investigación empírica de Rusbult también proporciona sugerencias adicionales relacionadas con factores individuales.

- a. Es más probable que la gente madura responda en forma pasiva a la

- insatisfacción, ya sea con lealtad o indiferencia.
- b. En individuos con grandes ingresos es menos probable que adopten cualquiera de las cuatro respuestas descritas.
 - c. Mayor educación promueve ligeramente mayor actividad en las respuestas
 - d. Las relaciones laxas y con mayor duración probablemente generen mas respuestas pasivas
 - e. Las personas casadas tienden a utilizar la lealtad o la indiferencia (respuesta pasivas) y finalmente la salida.
 - f. Hay una tendencia ligeramente más alta en las mujeres hacia las respuestas constructivas.
 - g. Los sujetos con baja autoestima tienden a reaccionar con la respuesta de salida.

Validez y confiabilidad

Se realizó un muestreo accidental no probabilístico y fue aplicado a 234 sujetos que tienen o tuvieron relación de pareja en tres entidades de la República Mexicana (Michoacán, Monterrey y Mérida), cuyas características socioculturales son aparentemente diferentes.

El cuestionario de 58 reactivos fue aplicado a estos 234 sujetos, 44.4% del sexo masculino y 53.6% del sexo femenino. El promedio de edad fue de 36.37 años y con escolaridad promedio de nivel preparatoria, el 79.8% casados, 10.8% en unión libre, 4% separados y 5.4% divorciados, todos ellos con un tiempo promedio de relación de 12.39 años.

Se realizó un análisis factorial obteniéndose seis factores que explican 49.6% de la varianza. Tres de estos factores correspondieron claramente a las categorías propuestas por Rusbult de “voz/expresión”, “lealtad” y “salida”; y al hacer una revisión de contenido de cada reactivo de los tres factores restantes, observamos que éstos definían la categoría de respuesta de “indiferencia”, por lo cual se conformó un solo factor de estos tres.

De los reactivos fueron eliminados aquellos que obtuvieron cargas factoriales menores a 0.40, quedando un total de 50 reactivos.

1.1.15 FORMA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL TIPO DE RESPUESTA QUE DA UNA PAREJA ANTE SUS DIFICULTADES:

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 y 5) dados por el sujeto.
- c. El puntaje obtenido es la calificación para hacer factor.
- d. Comparar el puntaje con 3 el punto medio o con el punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se pueda obtener así como el mínimo. Para saber si las respuestas a cada factor tienden a definir dicho factor, ha de obtenerse el punto medio de la calificación, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor.

Para obtener este punto de corte o punto medio, multiplicamos el número total de reactivos de cada factor por 3.

Para obtener el puntaje máximo, se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo, se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Se debe sacar el porcentaje de puntaje obtenido en cada factor (mediante la regla de tres) y colocar en el cuadro final.²⁶

1.1.16 Instrumento de Adherencia al Tratamiento Médico

Se determinó la adherencia al tratamiento de cervicovaginitis utilizando el test de Morinsky-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, utilizado y validado para otras enfermedades, entre ellas la cervicovaginitis, éste incluyó un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde "NO" a las cuatro preguntas, y si contesta "SI" en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Los resultados que proporcionó en su validación original era de una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.44. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care y es de gran utilidad y practicidad debido a lo breve y sencillo de realizar.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de apego al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, ya sea en el tratamiento de enfermedades agudas, crónicas entre ellas las enfermedades de transmisión sexual. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. La OMS considera la falta de apego un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos y aumento en los costos sanitarios.

Las situaciones en las que se puede observar una falta de apego al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de apego no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de apego intencionada), por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc. Se considera que el apoyo familiar, en especial el de la pareja es de suma importancia para lograr un apego favorable al tratamiento de la cervicovaginitis, ya que existen muchas situaciones críticas de salud que obligan a las mujeres a enfrentar decisiones complejas: las pacientes con dicha patología, a diario se enfrentan a opciones límites que en el contexto de su vida, se vuelven abrumadoras; frente al riesgo de sufrir complicaciones por falta de apoyo por parte de su pareja sexual.

Está comprobado que el mayor conocimiento e información que se tiene de la enfermedad que se padece, hace que las personas se apeguen al tratamiento médico, cumplan con la terapia indicada para tratar su enfermedad o tomen decisiones adecuadas de salud.

Así mismo se ha visto que un gran porcentaje de la población femenina en edad reproductiva se enfrenta constantemente a enfermedades de transmisión sexual y necesitan decidir sobre un tratamiento médico, por lo que sus conflictos decisionales aumentan cuando no tienen el apoyo de su pareja. Es por esto que surge la siguiente pregunta de Investigación:

“¿Cuál es el apoyo de la pareja en apego al tratamiento de Cervicovaginitis en mujeres en edad reproductiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 249 “Santiago Tlaxomulco” del Instituto Mexicano del Seguro Social del 01 de noviembre de 2013 al 28 de febrero de 2014?”

1.3 JUSTIFICACIÓN

La falta de apego a los tratamientos médicos ha ocasionado recidivas, recaídas, aumento en la demanda de consulta, cronicidad del padecimiento, mayor afectación a la salud, así como mayores costos, esto aunado a la falta de apoyo por parte de la pareja agrava el problema, innumerables estudios han documentado la falta total o parcial de apego al tratamiento médico ocasionando que su frecuencia sea alta, llegándose a reportar que el apego al tratamiento con antibióticos sea menor al 50%²⁴; se debe favorecer a la educación para la salud en los derechohabientes con la finalidad de aumentar su conocimiento de la cervicovaginitis y así favorecer el apego al tratamiento, educar a la pareja para sensibilizarla del conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual para propiciar un mejor apego. Es por esto que las decisiones en salud se deben de tomar en pareja y principalmente si hablamos de cervicovaginitis ya que de no contar con el apoyo de la pareja nunca se lograra una remisión adecuada de la sintomatología.²⁵ El investigador cuenta con el lugar apropiado para el estudio, la población, así como en caso de presentarse la necesidad de realizar algún gasto extra, éste será a cargo del investigador. Por lo anterior es importante conocer la influencia que tiene el apoyo de la pareja en apego al tratamiento de la cervicovaginitis.

1.4 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la relación entre el apoyo de la pareja y el apego al tratamiento de Cervicovaginitis en las mujeres en edad reproductiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 249 “Santiago Tlaxomulco” del Instituto Mexicano del Seguro Social del 01 de noviembre de 2013 al 28 de febrero de 2014.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de apego al tratamiento de las mujeres con cervicovaginitis.
- Identificar la frecuencia de apego al tratamiento en las mujeres con cervicovaginitis de acuerdo a la escolaridad
- Identificar la frecuencia de apego al tratamiento en las mujeres con cervicovaginitis de acuerdo al grupo de edad.
- Identificar la frecuencia de apego al tratamiento en las mujeres con cervicovaginitis de acuerdo al estado civil.
- Identificar la asociación entre el apego al tratamiento y el apoyo de la pareja por estado civil.
- Identificar la asociación entre el apego al tratamiento y el apoyo de la pareja por escolaridad.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de estudio

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional.

2.2 Diseño de la Investigación

En la Unidad de Medicina Familiar 249 de Santiago Tlaxomulco, se realizó durante el 01 de noviembre de 2013 al 28 de febrero de 2014 el presente estudio en pacientes en edad fértil y con diagnóstico de cervicovaginitis, para identificar el apego que tienen estas pacientes y el apoyo que le brinda la pareja.

Con una población de referencia de $N=20329$ se tomaron las siguientes características: Confianza del 95%, variabilidad de $p=0.75$, $q=0.25$ y un error o precisión del 6%. Se realizó una entrevista dirigida en consultorio o lugar privado de la Unidad de Medicina Familiar, se utilizó un Instrumento para medir el apoyo ante conflictos en una relación de pareja, así como un instrumento para medir el apego al tratamiento farmacológico. Se llevó a cabo en 10 consultorios de Medicina Familiar en ambos turnos, se manejó una base de datos en programa SPSS versión 15.

2.3 Población, lugar y tiempo

Se tomó como base una población de 20,329 mujeres en edad fértil, calculando una muestra de 200 pacientes, con vigencia de derechos, en la Unidad de Medicina Familiar No. 249 "Santiago Tlaxomulco" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo del 01 de Noviembre de 2013 al 28 de Febrero de 2014.

2.4 Muestra

Se calculó la muestra, con el 95% de confianza, 6% de error y variabilidad $p=0.75$ y $q= 0.25$, con una población base de 20,329 mujeres, obteniéndose un tamaño de 200 pacientes. La muestra fue no aleatoria y no representativa.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes derechohabientes.
- Pacientes de 14 a 44 años de edad.
- Pacientes con vida sexual activa.
- Pacientes con pareja sexual al momento de la entrevista.
- Pacientes en edad fértil que aceptaron responder al cuestionario en forma completa y voluntaria.
- Pacientes con el diagnóstico de Cervicovaginitis

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con el Diagnóstico médico de Diabetes mellitus o se encuentren en tratamiento de inmunosupresión.

2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos.

2.6 Variables

2.7 Definición conceptual de las variables que caracterizan a la población

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | UNIDAD DE MEDIDAD |
|---------------------|--|--|------------------|--------------------|---|
| Sexo | Distinción biológica que clasifica a las personas | Para fines de este estudio se aplicará solamente a las pacientes femeninas | Cualitativa | Nominal | 1=Femenino |
| Edad | Años vividos | Años vividos | Cuantitativa | Continua | Números Enteros |
| Estado civil | Es la situación social de las personas | Situación de convivencia al momento del estudio | Cualitativa | Nominal | 1=soltera 2=Casada 3=Unión Libre 4=Viuda 5=Divorciada |
| Ocupación | Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada | Actividad que realiza de manera regular al momento de realizar el estudio | Cualitativa | Nominal | 1=Empleada 2=Ama de casa 3=Comerciante 4=Profesionista 5=Otros |
| Escolaridad | Periodo de tiempo en el cual se asiste a la escuela | Años completos de grado académico terminado | Cuantitativa | Continua | Número total de años de estudio a partir de la primaria |
| Religión | Conjunto de creencias, normas morales de comportamiento social e individual y ceremonias de oración o sacrificio que relacionan al ser humano con la divinidad | Creencia que profesa al momento del estudio | Cualitativa | Nominal | 1=Católica 2=Cristiana 3=Testigo de Jehová 4=Evangélico 5=Presbiteriano 6=Protestante 7=Otras |

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----------------------------|--|--|------------------|-----------------------------|---|
| EDAD REPRODUCTIVA | Edad de un organismo en la cual la mayoría de sus individuos procrean a todos sus descendientes | Se tomarán los años naturales de la edad | Cuantitativa | INTERVALO | 14-44 años |
| APEGO AL TRATAMIENTO | Constancia con que un paciente cumple con las indicaciones terapéuticas | -Adherente: Persona que responde "NO" a las 4 preguntas del Test Morisky-Green-Levine -No-Adherente: Si contesta "SI" en al menos una de las preguntas del Test de Morisky-Green-Levine | Cualitativa | Dicotómica binominal | 1=Si 2=No |
| APOYO | Persona que ayuda a alguien a hacer o desarrollar algo | Factor 1 Voz: (2,5,9,10,16,17,22,27,30,32,35,40, 42,46,48) Factor 2: Salida:(1,7,12,15,18,28,36,41,49) Factor 3: Lealtad: (3,8,13,14,19,20,23,25,29,33,39,44, 47) Factor 4: Indiferencia: (4,6,11,21,24,26,31,34,37,38,43,45, 50) | Cualitativa | Ordinal | Factor 1: Valor Máximo 75, valor mínimo 15, punto de corte 45. Factor 2: Mínimo 9, máximo 45, punto de corte 27. Factor 3: Máximo 65, mínimo 13, punto de corte 39. Factor 4: Máximo 65, mínimo 13, punto de corte 39. |
| SUBSISTEMA CONYUGAL | Es el sistema dentro de la familia formado por esposo, esposa, que se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial | Subsistema formado por una relación de pareja independientemente de que haya sido legal o religiosamente establecida y que incluye parejas que no viven juntos, pero que tienen una relación estable y vida sexual activa | Cualitativa | Nominal | Se hará una pregunta para conocer si existe o no la relación de pareja |

2.8 Diseño estadístico de la investigación.

Se realizó la asociación (no causa – efecto) de las variables apego y apoyo del tratamiento de cervicovaginitis en mujeres en edad reproductiva, se estudió un

solo grupo, se realizó una sola medición con medidas independientes, las variables principales fueron cualitativas por lo que fue una distribución no paramétrica y la muestra fue no aleatoria no representativa.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

Se aplicaron 2 instrumentos uno con referencia al apego y otro con referencia al apoyo de pareja ante un conflicto.

2.10 Método de recolección de datos.

- Se solicitó autorización a la Dirección de la Unidad Médica y se realizó el registro oficial del protocolo de investigación.
- Se solicitó a los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS 249 de Santiago Tlaxomulco, les solicitarán sus teléfonos a las pacientes femeninas con diagnóstico de cervicovaginitis para que el investigador realizará el enlace con ellas para una cita para la realización del Cuestionario de estudio.
- Las pacientes fueron entrevistadas por el autor de este trabajo y se les explicó los fines de la investigación, se les invitó a contestar el cuestionario en forma voluntaria y anónima.
- A las pacientes que accedieron a contestar el cuestionario, éste se les aplicó por el investigador, con la técnica de entrevista dirigida en consultorio médico o en un área asignada para no alterar su intimidad, ni terceras personas escucharon sus respuestas por la complejidad de las preguntas.
- La información fue obtenida por el autor de este trabajo.

Para obtener el tipo de respuesta de salida que tiene una pareja ante sus dificultades, se aplicó un cuestionario a través de una entrevista directa con la paciente y el entrevistador.

Una vez contestado el instrumento se procedió a calificar las respuestas según el autor de este instrumento.

Para obtener la calificación fue necesario:

- Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3,4 y 5) dados por el sujeto.
- El puntaje obtenido es la calificación para hacer factor.

Comparar el puntaje con 3 el punto medio o con el punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se pueda obtener así como el mínimo.

2.11 Plan de Codificación de Datos

2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos.

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS versión 15.

2.11.2 Análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando estadística descriptiva obteniendo medidas de tendencia central, dispersión y de resumen.

2.12 Cronograma

Ver anexo 2.

2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

Para obtener la información, el autor del trabajo realizó las encuestas, utilizando materiales como: computadora, fotocopias, lápices, plumas, correctores, calculadoras, instrumentos de almacenamiento de memoria (USB), discos compactos, gastos para la realización de llamas telefónicas. Se utilizaron recursos físicos dentro de los cuales se encuentran consultorios médicos y sala de espera. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo del autor.

2.14 Consideraciones Éticas

Esta investigación cumplió con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan los seres humanos contenidos en la Declaración de "Helsinki" de junio de 1964 de la Asociación Médica Mundial,

enmendada en la 59ª. Asamblea General Mundial celebrada en Seúl, Corea, octubre 2008.

La investigación cumplió los criterios de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apegó al título segundo, capítulo segundo, artículo 17 “investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de la entrevista, lo cual no provocó daños físicos ni mentales.

Así también la investigación se sometió a aprobación por el Comité de Ética de la Unidad de Medicina Familiar No. 249 “Santiago Tlaxomulco” del IMSS.

Se solicitó además la participación voluntaria a las pacientes mediante un texto que fue leído a cada persona que le fue invitada a participar. Dicho texto constituye la sección de consentimiento de participación voluntaria.

3. RESULTADOS

Éste trabajo se realizó con la colaboración de 200 pacientes derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar 249 “Santiago Tlaxomulco”, se estudió el apoyo de la pareja y apego al tratamiento de Cervicovaginitis.

Los resultados obtenidos con la variable estado civil de las pacientes se muestran en la gráfica 1, en los que el mayor porcentaje lo presentaron las pacientes casadas con un 54% y el menor las de estado civil separada con un 4%.

Tabla 1
Estado civil de los pacientes del estudio

| Estado civil | Frecuencia |
|--------------|------------|
| Casado | 109 |
| Unión libre | 74 |
| Separados | 7 |
| Divorciado | 10 |
| Total | 200 |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Grafica 1
Estado civil de los pacientes del estudio



Fuente: Cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades.

La edad de las pacientes en años cronológicos, presentó un rango desde los 18 años como mínimo hasta 54 años de edad la máxima, con una media de 34 años y una desviación estándar de 8.6.

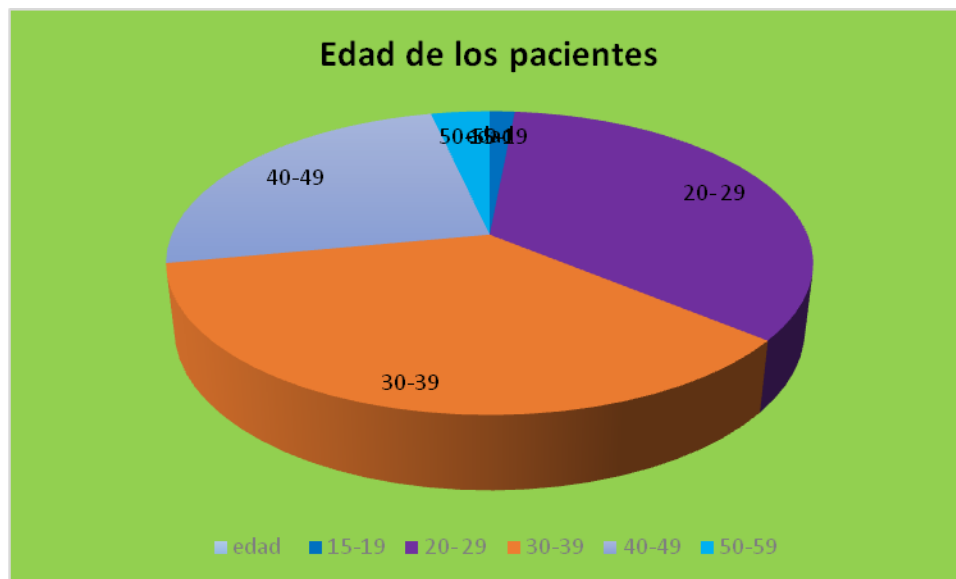
Tabla 2.

Edad de las pacientes en estudio

| Edad | Frecuencia |
|-------|------------|
| 15-19 | 3 |
| 20-29 | 69 |
| 30-39 | 72 |
| 40-49 | 49 |
| 50-59 | 7 |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 2



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

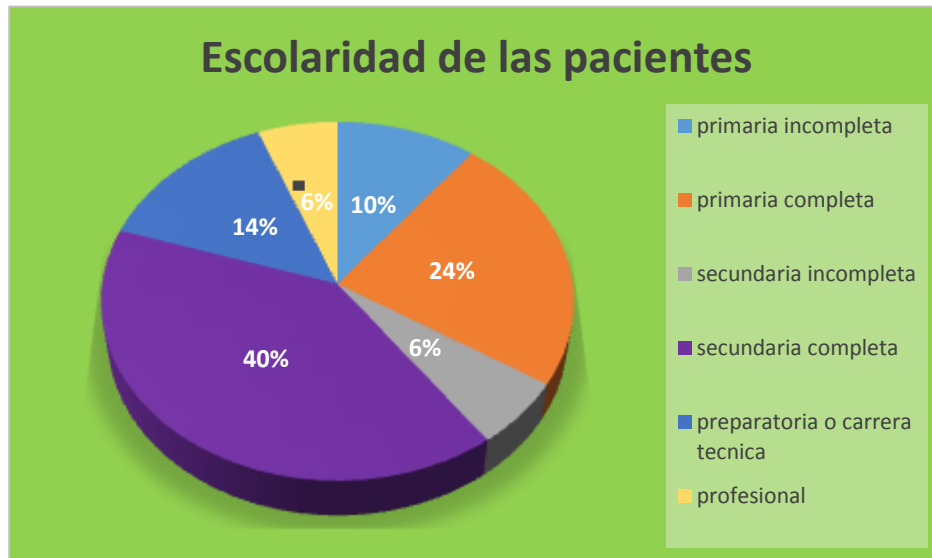
Con respecto a los años escolares concluidos encontramos una media de 9 años (secundaria), con un mínimo de 1 año estudiado y un máximo de 17 años, con una desviación estándar de 2.9.

Tabla 3.

| Escolaridad | Frecuencia |
|--------------------------------|-------------------|
| primaria incompleta | 21 |
| primaria completa | 47 |
| secundaria incompleta | 12 |
| secundaria completa | 80 |
| preparatoria o carrera técnica | 28 |
| Profesional | 12 |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 3



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

En relación al número de años que tienen de relación de pareja, se presentó una media de 11 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 30 años, y una desviación estándar de 7.9.

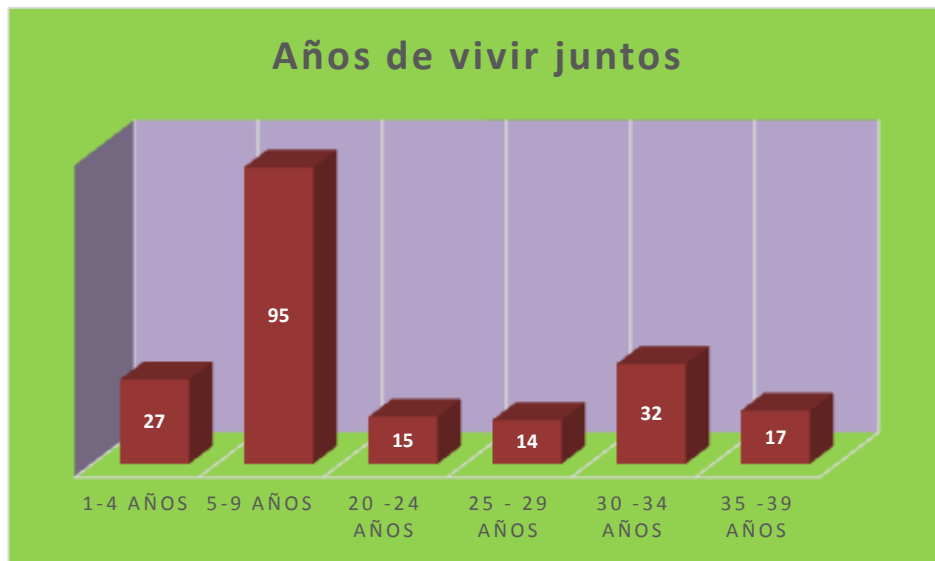
Tabla 4.

Años de Vivir juntos

| Años de vivir juntos | |
|-----------------------------|----|
| 1-4 años | 27 |
| 5-9 años | 95 |
| 20 -24 años | 15 |

| | |
|--------------|-----|
| 25 - 29 años | 14 |
| 30 -34 años | 32 |
| 35 -39 años | 17 |
| Total | 200 |

Gráfica 4.



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

En éste estudio se encontró que el 3.5% de las pacientes tuvo apego al tratamiento en un 100%, el resto de las pacientes (96.5%) encontramos que el 23% mostró un apego al tratamiento al 87.5%, el 42% mostró un apego del 75% del tratamiento y el 31.5% de las encuestadas presentaron una adherencia del 62.5% del mismo.

Tabla 5.

| adherencia a tratamiento | Frecuencia |
|--------------------------|------------|
| adherencia | 7 |
| no adherencia | 183 |

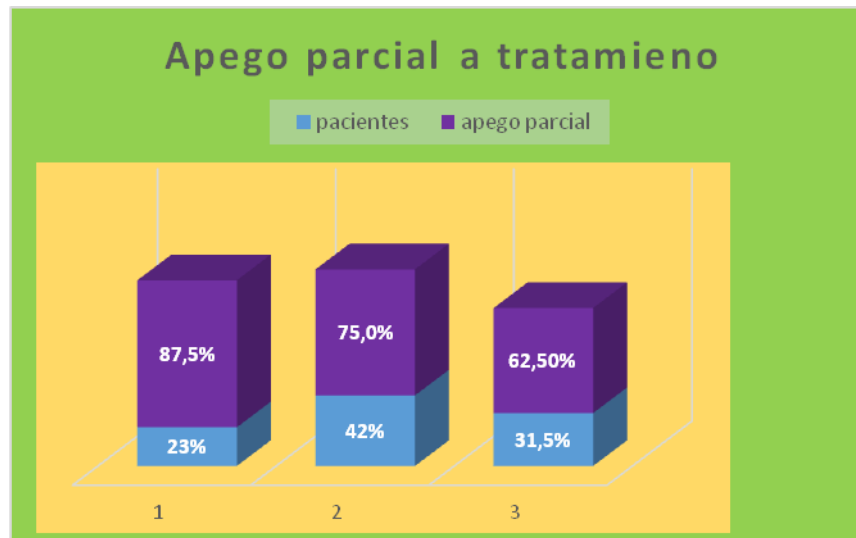
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Tabla 6.

| Pacientes | apego parcial |
|-----------|---------------|
| 23% | 87.5% |
| 42% | 75.0% |
| 31.5% | 62.50% |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 5



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Al relacionar la variable escolaridad con el apego se observó que las pacientes con el nivel de secundaria fue el que mayor grado de apego presentó para éste estudio, ya que 80 pacientes tuvieron un puntaje de adherencia al tratamiento entre 7 y 8 puntos.

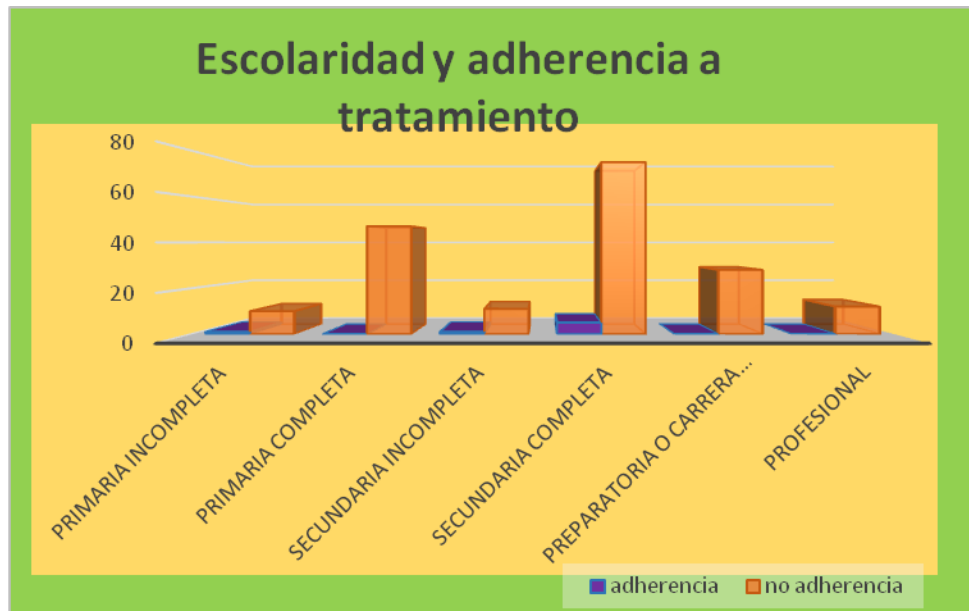
Tabla 7.

| | Adherencia | no adherencia |
|------------------------|------------|---------------|
| Primaria incompleta | 1 | 10 |
| Primaria completa | 0 | 47 |
| Secundaria incompleta | 1 | 11 |
| Secundaria completa | 5 | 75 |
| Preparatoria o carrera | 0 | 28 |

| | | |
|-------------|---|----|
| técnica | | |
| Profesional | 0 | 12 |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 6.



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

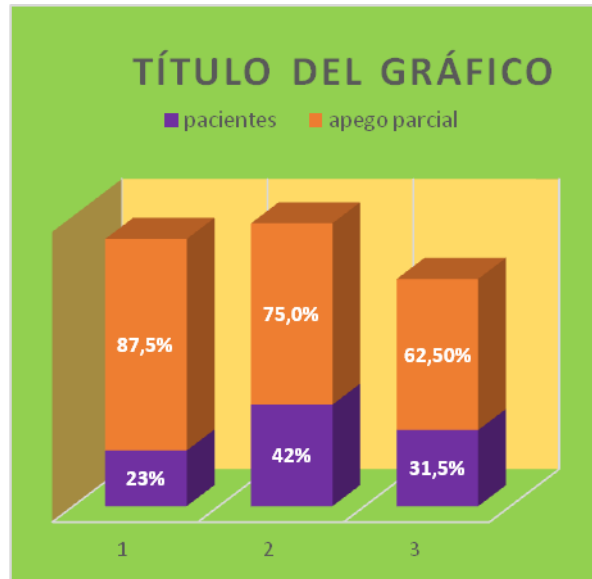
Al relacionar la variable estado civil con apego se observó que las 107 pacientes casadas 105 no se adhieren al tratamiento, solo 4 fueron adherentes a tratamiento, las 74 pacientes que viven de unión libre 72 no son adherentes y solo 2 son adherentes, 7 pacientes que son separadas ninguna tiene adherencia a tratamiento y las 10 pacientes divorciadas 9 no son adherentes y solo una fue adherente a tratamiento

Tabla 8

| | Adherente | No Adherente |
|-------------|-----------|--------------|
| Casado | 4 | 105 |
| Unión libre | 2 | 72 |
| Separado | 0 | 7 |
| Divorciado | 1 | 9 |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 7.



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

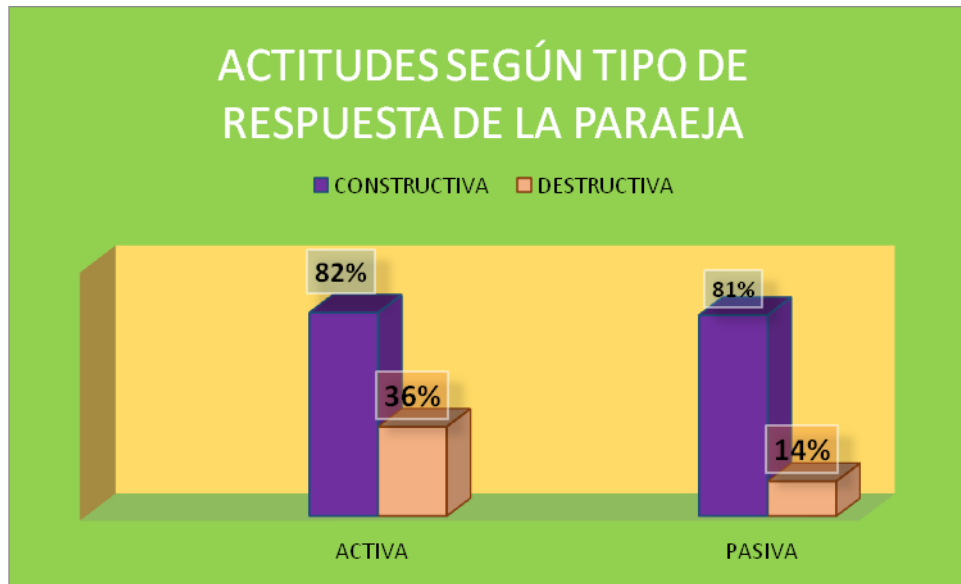
Tabla 9.
PROPORCIÓN DE ACTITUDES SEGÚN TIPO DE RESPUESTA DE LA PAREJA

| ACTITUD | CONSTRUCTIVA | DESTRUCTIVA |
|---------|--------------|-------------|
| ACTIVA | 82% | 36% |
| PASIVA | 81% | 14% |

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

En la aplicación del instrumento para valorar la respuesta que da una pareja ante una enfermedad, como la Cervicovaginitis, encontramos en la respuesta de la pareja es Constructiva en un 82% de manera Activa y Constructiva en un 81% a pesar de presentar una actitud pasiva, fue Destructiva en un 36% de manera Activa y Destructiva en un 14% de manera Pasiva

Gráfica 8



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

TENDENCIA DEL TIPO DE RESPUESTA DE ACUERDO AL APOYO DE PAREJA AL TRATAMIENTO PARA CERVICOVAGINITIS

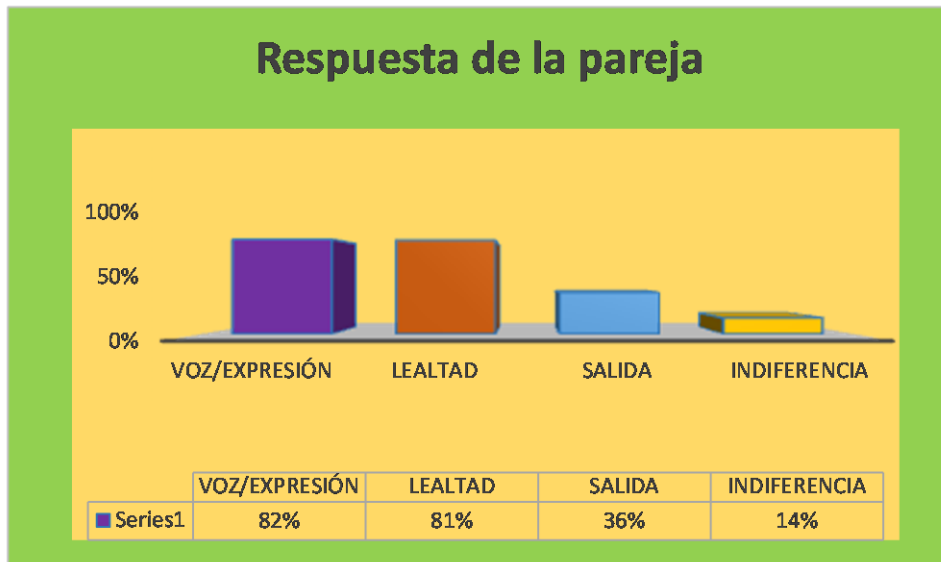
Por lo que la pareja responde al factor respuesta en un 82% con voz/expresión y lealtad en 81%, que nos permite ver reflejado la actitud constructiva y el factor respuesta de salida con el 36% e indiferencia el 14%, que reflejan la respuesta destructiva de la pareja.

Tabla 10

| FACTOR RESPUESTA | TENDENCIA |
|------------------|-----------|
| VOZ/EXPRESIÓN | 82% |
| LEALTAD | 81% |
| SALIDA | 36% |
| INDIFERENCIA | 14% |

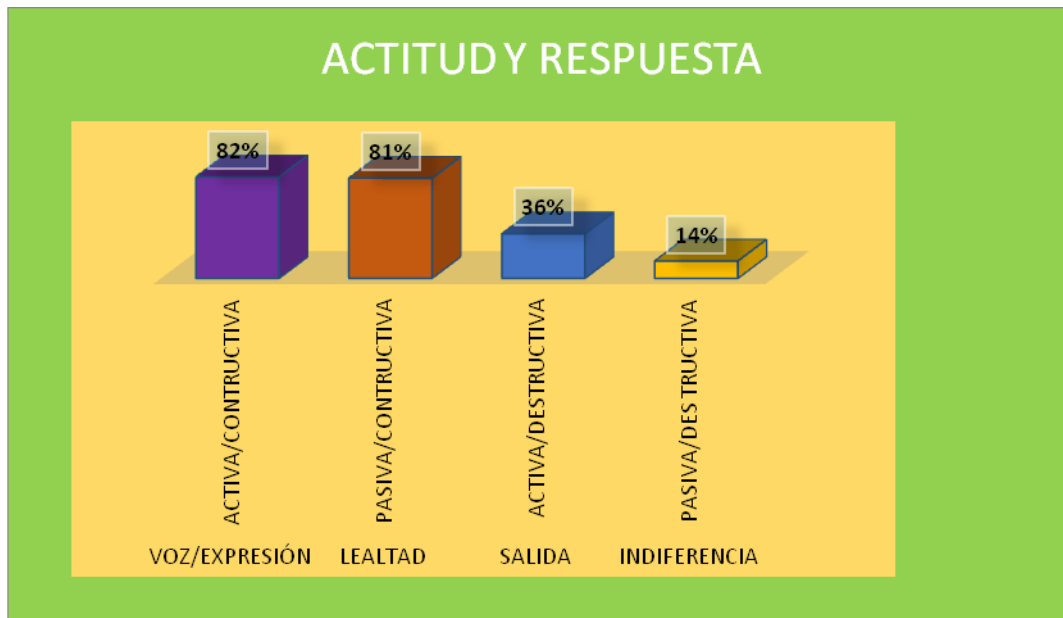
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 10



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

Gráfica 11



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

4. DISCUSIÓN

En la Unidad de Medicina Familiar 249 de Santiago Tlaxomulco en 200 pacientes en edad fértil, con diagnóstico de cervicovaginitis se aplicaron dos cuestionarios uno fue de acuerdo al apego al tratamiento que presentaban las pacientes y el otro fue de apoyo de la pareja ante un conflicto familiar, con la finalidad de identificar el apego que tienen estas pacientes y el apoyo que le brinda la pareja.

Durante la revisión bibliográfica se pudo observar que había escasos reportes en relación al apego a tratamiento de la cervicovaginitis y el apoyo a la pareja; la que se revisó refiere que el éxito en el tratamiento de esta patología es directamente proporcional al apoyo que recibe de su pareja;

En éste estudio se encontró que un correcto apoyo de la pareja para lograr el éxito del tratamiento de la patología antes mencionada fue muy bajo, tal vez debido al tipo de población con el cual se trabajó ya que en su mayoría es de escolaridad básica, por lo que no se consideran que el tratamiento para sus parejas o para ellos mismos sea adecuado causando por ende un mal resultado en el tratamientos.

Como resultado final al cuestionario apoyo de la pareja se pudo observar que la respuesta en mayor o menor grado fue satisfactoria ante una situación de daño o perjuicio a alguno de los miembros de la pareja

Consideramos que el predominio encontrado en el tipo de respuesta de lealtad y voz con respuesta activa y pasiva pero constructiva ante las dificultades, es acorde con las características socio-culturales de la población mexicana.

La literatura menciona que la población en general que no se apega adecuadamente al tratamiento de otros padecimientos oscila entre el 20 y el 50 %, encontrando en éste estudio un porcentaje de apego adecuado al tratamiento de solamente el 3%.

Encontramos que las pacientes con mejor apego y apoyo al tratamiento de Cervicovaginitis fueron aquellas con estados civiles casadas y unión libre; esto en concordancia con las pacientes separadas o divorciadas quienes no tuvieron un apego y apoyo adecuado, con educación media básica en la mayoría de ellas en comparación con el nivel técnico y profesional que es donde deberíamos encontrar mejor conocimiento de su padecimiento

5. CONCLUSIONES

Consideramos que al no haber bibliografía previa en la cual se hayan estudiado otras pacientes en las mismas condiciones, no podemos hacer una comparación con éste estudio ya que solamente existen estudios de apego y apoyo de otros padecimientos crónicos, por lo que éste estudio servirá como antecedente para la realización de otros estudios y compararlos con otras poblaciones diferentes a la nuestra, siempre y cuando el tema sea de interés para otros investigadores y se profundice en él

SUGERENCIAS

De acuerdo a lo que encontramos en éste trabajo de investigación sugerimos lo siguiente:

1. Consideramos que el médico tratante debe dar una explicación más amplia y en presencia de la pareja acerca de lo que es la enfermedad, de cómo se llevará a cabo el tratamiento para que de esta forma puedan tener un mejor apoyo y apego al tratamiento para lograr una curación efectiva.
2. Se tiene que insistir con las parejas que aunque ya no presenten sintomatología de la Cervicovaginitis, es importante terminar el tratamiento durante el tiempo establecido, debido a que tiende a presentar recidivas.
3. El mayor número de fracasos terapéuticos en este padecimiento se debe a que no acuden en pareja, la que asiste a la atención médica es la mujer. por lo que el médico familiar solo da tratamiento a la paciente y deja a un lado a la pareja por lo que el índice de éxito es muy bajo.
4. Es importante que el médico insista, durante la anamnesis el número de parejas sexuales de las (los) pacientes para dar un tratamiento completo y evitar el riesgo de reinfecciones a otra pareja sexual.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Membrillo Luna A., Fernández Ortega MA., Quiroz Pérez JR., Rodríguez López JL. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. 1ª. Edición. Editorial Editores de Textos Mexicanos. 2008; pp 41-42.
2. Consenso Académico en Medicina Familiar. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Arch Med Fam 2005; 7(supl.1):15-19.
3. De la Revilla. La disfunción familiar. Aten Primaria. 1992; 10(2):582-584.
4. Gracia F, Ochoa GEM. Psicología Social de la familia, Universidad de Chile, Editorial Paidós; 2007.
5. Garza ET. Trabajo con Familias. Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León, 1994; pp 164.
6. De la Revilla. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Editorial Doyma, España, 1994;130-143
7. Velazco O, Chávez A. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev Méd IMSS 1994; 32 (3):39-43.
8. Irigoyen C.A. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª. Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2000;1-25
9. Nasraty S. Infections of the Female Genital Tract. Prim Care. 2003;30(1):193-203
10. Salinas J.L., Pérez M.P. Modelo Psicodinámico Sistémico de Evaluación familiar. Rev Inv Cli. 1992;44:169-186
11. Zumaya M. Antología de la Sexualidad Humana. La Formación y ciclo de la pareja Humana. CONAPO. 1ª. Edición, Grupo Editorial Porrúa. México, 2004;(2)119-164

12. Salazar C. E., Boschetti F.B., Monroy C.C., Ponce R.R., Irigoyen C.A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. *Arch Med Fam.* 2005;7(2):45-48
13. Vertraelen Hans, Verhelst Rita, Vaneechoutte Mario, Temmerman Marleen. "The epidemiology of bacterial vaginosis in relation to sexual behavior". *BMC Infections Diseases.* 2010,10:81
14. Walson MC, Grimshaw W, Bond C, "Oral versus intravaginal Candidiasis". *The Cochrane database of systematic Reviews.* 2008(2);121-126
15. Norma Oficial Mexicana NOM-SSA-2002, "Para la prevención y control de Infecciones de Transmisión sexual"
16. Martínez-Ojeda M, Saldaña-González J, Sánchez-Hernández M.A., "Criterios para el Diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el Primer nivel de Atención" *Rev Med IMSS* 2007; 45(3):249-254
17. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Management and Treatment of Specific Syndromes. Vaginal Discharge (Bacterial Vaginosis, Vulvovaginal Candidiasis, Trichomoniasis). 2006; 108.
18. National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis. Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV. 2006.
19. United Kingdom National Guideline on the Management of vulvovaginal Candidiasis. Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV. 2007.
20. United Kingdom National Guideline on the Management of *Trichomonas vaginalis*. Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV. 2007.
21. Ringdahl Erika N. M.D. "Treatment of Recurrent Vulvovaginal Candidiasis", *Am Fam Physician.* 2010 Jun 1; 61(11): 3306-3312.
22. Ortiz RC, Ley M, Llorente AC, Almanza MC. Vaginosis Bacteriana en Mujeres con leucorrea. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2001;26 (2):74-81
23. Donders G. et al. "The effect of antifungal treatment on the vaginal flora of women with vulvo-vaginal yeast infection with or without bacterial vaginosis". *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* (2011)30:59-63

24. Mino – León D, Reyes – Morales H, Galván – Plata et al. “Drug treatment of hypertension: compliance and adverse reactions in a cohort of hypertensive patients in a primary care setting. *Rev Invest Cli.* 2007(59); 1:8-14.

25. Mendoza P.S., Jofré A.V., Valenzuela S.S. “La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa”. *Invest educ. enferm* 2006;24(1):86-92

26. Arellano López Jorge, Sánchez Aragón Rozzana. “Cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades”. *Instituto de Terapia Familiar Cencalli.* 1982;(7):243-260.

7. ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“APOYO DE LA PAREJA EN APEGO AL TRATAMIENTO DE CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA”.**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

SANTIAGO, TLAXOMULCO. ESTADO DE MÉXICO 01 NOVIEMBRE 2012 – 28 FEBRERO 2013

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La asociación de apego al tratamiento en mujeres con edad fértil y diagnóstico de cervicovaginitis.

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Orientar a la pareja en cuanto al problema que tiene y el apoyo de pareja

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Si el paciente percibe que existe agresión en el cuestionamiento tiene el derecho a negarse a continuar

Privacidad y confidencialidad:

La información que se recabe será utilizada con fines de investigación

En caso de colección de material biológico (si aplica):

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: **DR. JORGE ISRAEL SALGADO TORRES**

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Anexo 2

| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249 | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| NOMBRE INVESTIGADOR: JORGE ISRAEL SALGADO TORRES | | | | | | | | | | | | |
| PROGRAMADO | | | | | | ACTIVIDAD A DESARROLLAR | REAL | | | | | |
| 2012-2013 | | 2013-2014 | | 2014-2015 | | | 2012-2013 | | 2013-2014 | | 2014-2015 | |
| 1ER. SEMESTRE | 2DO. SEMESTRE | 1ER. SEMESTRE | 2DO. SEMESTRE | 1ER. SEMESTRE | 2DO. SEMESTRE | | 1ER. SEMESTRE | 2DO. SEMESTRE | 1ER. SEMESTRE | 2DO. SEMESTRE | 1ER. SEMESTRE | 2DO. SEMESTRE |
| | | | | | | | Planteamiento del problema | | | | | |
| | | | | | | Revisión y análisis de bibliografía | | | | | | |
| | | | | | | Selección Director de Tesis | | | | | | |
| | | | | | | Justificación | | | | | | |
| | | | | | | Formulación de objetivos | | | | | | |
| | | | | | | Material y métodos | | | | | | |
| | | | | | | Resumen del proyecto | | | | | | |
| | | | | | | Presentación del protocolo al CLI | | | | | | |
| | | | | | | Elaboración de correcciones sugeridas por CLI | | | | | | |
| | | | | | | Presentación de correcciones al CLI | | | | | | |
| | | | | | | Recolección de datos | | | | | | |
| | | | | | | Codificación de los datos | | | | | | |
| | | | | | | Análisis estadístico de los datos | | | | | | |
| | | | | | | Elaboración de cuadros y gráficas de los datos | | | | | | |
| | | | | | | Redacción de resultados | | | | | | |
| | | | | | | Redacción de Discusión y Conclusiones | | | | | | |
| | | | | | | Informe Final al CLI | | | | | | |
| | | | | | | Informe Final a la UNAM | | | | | | |
| | | | | | | Difusión de los resultados | | | | | | |
| | | | | | | Redacción del escrito científico | | | | | | |
| | | | | | | Publicación de los resultados | | | | | | |
| ELABORO: JORGE ISRAEL SALGADO TORRES | | | | | | | | | | | | |

Anexo 3
CUESTIONARIO

**APOYO DE LA PAREJA EN APEGO AL TRATAMIENTO DE
CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA**

No. Progresivo: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Tiempo en la relación: _____ años

Escolaridad: _____

A continuación encontrará aseveraciones que sirven para describir situaciones que posiblemente se han presentado en su relación de pareja. Por favor, de una sola respuesta a cada aseveración, poniendo una X en el espacio que corresponda a su respuesta: que corresponda a su respuesta:

| | Totalmente en desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Parcialmente de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1.- Hemos pensando en el divorcio al percibir que hemos perdido la comprensión. | | | | | |
| 2.- Busco hablar con mi pareja acerca del conflicto. | | | | | |
| 3.- Aunque existan conflictos con mi pareja, siempre tengo la esperanza de que van a solucionarse. | | | | | |
| 4.- No escucho a mi pareja cuando me pide que hablemos | | | | | |
| 5.- Generalmente pido a mi pareja que hablemos acerca de nuestros conflictos. | | | | | |
| 6.- Me es indiferente ver | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| enojada a mi pareja. | | | | | |
| 7.- Hemos considerado el divorcio al percibir que hemos perdido el amor. | | | | | |
| 8.- Pienso que es más importante nuestra relación. | | | | | |
| 9.- Ambos proponemos soluciones a nuestros conflictos. | | | | | |
| 10.- Cuando tenemos conflictos, los hablamos tranquilamente y damos nuestros puntos de vista. | | | | | |
| 11.- No me preocupan los motivos por los cuales se molesta mi pareja. | | | | | |
| 12.- He pensado en el divorcio como última alternativa a nuestros problemas. | | | | | |
| 13.- Pienso que me sería difícil vivir sin mi pareja, por lo que siempre trato de evitar problemas con ella. | | | | | |
| 14.- Confío en que todo se solucione cuando surjan conflictos entre mi pareja y yo. | | | | | |
| 15.- Como nunca llego a un acuerdo con mi pareja, he pensado en separarme. | | | | | |
| 16.- Cuando tenemos dudas, hablamos y las aclaramos. | | | | | |
| 17.- Si no sabemos qué hacer con nuestros conflictos, buscamos ayuda de otros. | | | | | |
| 18.- He pensado separarme al darme cuenta de que hemos perdido lo que nos unió. | | | | | |
| 19.- Pienso, medito y analizo la situación del conflicto antes de platicarlo con mi pareja. | | | | | |
| 20.- Considero que, hablando con tranquilidad, resolveríamos nuestros | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| conflictos de pareja. | | | | | |
| 21.- Finjo cansancio para no hablar del conflicto. | | | | | |
| 22.- Generalmente, me acerco a mi pareja para hablar de nuestros conflictos. | | | | | |
| 23.- Procuero que mi pareja olvide su enojo como una manera de mantenernos juntos. | | | | | |
| 24.- Como no discuto con mi pareja frente a frente, no me doy cuenta de sus expresiones. | | | | | |
| 25.- Si mi pareja está enojada, deseo contentarla para mantenernos juntos. | | | | | |
| 26.- Cuando tratamos un conflicto, parece que escucho aunque no presto atención. | | | | | |
| 27.- Siempre platico con mi pareja ante cualquier situación de conflicto. | | | | | |
| 28.- Al no haber solución a nuestros conflictos, he pensado en la separación como una alternativa. | | | | | |
| 29.- Aunque existan conflictos con mi pareja, pienso que si estamos juntos será más fácil resolverlos. | | | | | |
| 30.- Hemos solicitado ayuda profesional cuando nos damos cuenta de que la necesitamos. | | | | | |
| 31.- Si hay enojo en mi pareja, no le pregunto qué le pasa. | | | | | |
| 32.-Frecuentemente buscamos alternativas de solución a nuestros conflictos. | | | | | |
| 33.-Trato de mantener la calma para poder tomar la mejor solución ante un conflicto marital. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 34.-No me interesa cuando mi pareja se enoja. | | | | | |
| 35.- Cuando analizamos el conflicto como pareja logramos acuerdos que nos complacen a los dos. | | | | | |
| 36.- Pienso que es mejor la separación que llevar una vida de infelicidad. | | | | | |
| 37.-No pongo atención a lo que dice mi pareja a la brevedad y en un ambiente propicio. | | | | | |
| 38.- Invento un dolor de cabeza para evitar conversar con mi pareja. | | | | | |
| 39.- A pesar de que tenemos conflictos, siempre hago lo posible por que nos mantengamos juntos. | | | | | |
| 40.- Ante una posible separación, hemos discutido abiertamente para evitarla. | | | | | |
| 41.- El divorcio será la solución para terminar con los problemas. | | | | | |
| 42.- Ante situaciones de conflicto, platico con mi pareja a la brevedad y en un ambiente propicio. | | | | | |
| 43.-Prefiero distraerme con mis amistades en vez de estar con mi pareja. | | | | | |
| 44.- Pienso que deberíamos alcanzar acuerdos para mantener nuestra relación. | | | | | |
| 45.- Cuando mi pareja quiere hablar acerca de un conflicto, busco pretextos para evitar hablar de ellos. | | | | | |
| 46.-Me gusta acudir a platicas de orientación para parejas. | | | | | |
| 47.- Si tengo conflictos con mi pareja, pienso que si estamos | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| juntos será más fácil resolverlos. | | | | | |
| 48.-Aunque me es difícil, platico con mi pareja acerca de los problemas que tenemos. | | | | | |
| 49.- He pensado en el divorcio al percibir que ya no hay respeto mutuo. | | | | | |
| 50.-Cuando hay conflictos con mi pareja, los elevo pensando: "al rato se me olvida". | | | | | |

Test de Apego (Morisky – Green - Levine)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

Si

No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Si

No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

Si

No

4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos ¿deja de tomar la medicación?