



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSGRADO**

**“LESIONES PRECURSORAS DEL VPH Y ASOCIACION EN LA RELACION
CONYUGAL EN LA UMF4”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA

MARIA FERNANDA WONG URBINA

**TUTOR –DIRECTOR DE TESIS Y/O ASESOR (ES) PRINCIPAL
(ES) Paloma Gabriela Martínez Valle
Médico Ginecobstetra
UMF N°4 “Niños Héroes”, Instituto Mexicano del Seguro Social.**

CD. MX. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ABREVIATURAS

VPH: VIRUS PAPILOMA HUMANO

ITS: INFECCION DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CACU: CANCER CERVICOUTERINO

CCU: CANCER CERVICOUTERINO

NIC: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

NIC I: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL PRIMER GRADO

NIC II: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL SEGUNDO GRADO

NIC III: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL TERCER GRADO

HPV: VIRUS PAPILOMA HUMANO

AIS: LESION AVANZADA CERVICAL

HSIL: LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO

ASC: CÉLULA ESCAMOSA ATÍPICA

ASC-US: CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS DE SIGNIFICADO INCIERTO

ASC-H: CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS NO PUEDE EXCLUIRSE UNA LESIÓN DE ALTO GRADO

LSIL: LESION INRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO

ETS: ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

INDICE

RESUMEN.....	4
MARCO TEORICO.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVO.....	15
HIPÓTESIS.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
DESCRIPCIÓN GENERAL DE ESTUDIO.....	21
ASPECTOS ÉTICOS.....	22
RECURSOS.....	24
FACTIBILIDAD	24
RESULTADOS E INTERPRETACION.....	29
DISCUSION.....	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	32
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	26
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
ANEXOS.....	32

RESUMEN

Antecedentes El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública a nivel mundial. Aproximadamente 99% de los casos de cáncer de cuello uterino están asociados con el VPH de alto riesgo, la prevalencia de VPH en países con una gran incidencia de cáncer cervicouterino es de 10 a 20%, el VPH es el factor de riesgo más importante para padecer cáncer cervicouterino. La familia es un rasgo inherente de la atención primaria de salud, pues las familias desempeñan un papel esencial en la salud y enfermedad de las personas, la experiencia de vivir con VPH donde la vida de las personas se ve afectada de manera considerable en distintas áreas y de distintas formas; no obstante, si bien hay elementos de carácter común, es importante mencionar que el VPH tiene un significado distinto en las vivencias particulares de quienes han sido diagnosticados con el virus. **Objetivo:** Identificar la relación conyugal y si se asocia a lesiones precursoras por VPH. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y analítico mediante la aplicación de cuestionario sobre la relación conyugal y el resultado de lesión precursora para VPH en pacientes adscritas en la UMF 4 IMSS. **Recursos e infraestructura:** Alumna de la especialidad medicina familiar, asesora, se realiza cuestionario de evaluación de relación conyugal en pacientes con lesión precursora. **Experiencia del grupo:** Se cuenta con investigadora además de tener la especialidad en ginecología y obstetricia y médico residente de medicina familiar. **Tiempo a desarrollarse:** De 1 diciembre del 2022 al 31 marzo del 2023.

PALABRAS CLAVE: Virus del papiloma humano, cáncer cervicouterino, relación conyugal.

MARCO TEORICO

PANORAMA DEL CANCER CERVICOUTERINO Y VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

El cáncer de cuello uterino sigue siendo a día de hoy un problema de salud pública a nivel mundial. Aproximadamente el 99% de los casos de cáncer de cuello uterino están asociados con infección genital por VPH de alto riesgo. (1)

El CaCu ocupa el segundo lugar en frecuencia de morbilidad por neoplasias malignas en la mujer, después del cáncer de mama (27.2 x 100 mil mujeres), a diferencia de las mujeres hispanas residentes en Estados Unidos, donde el CaCu ocupa el séptimo lugar de las neoplasias, mientras que el cáncer de mama se mantiene en la primera posición. (2)

En México, de acuerdo con la OMS (2008), la frecuencia de casos nuevos de CaCU fue de 10 186, lo cual representa una tasa estandarizada a nivel mundial de 19.2 x 100 mil mujeres; esto implica un riesgo acumulado de 1.94 x 100 mujeres. El CaCU ocupa el segundo lugar en frecuencia de morbilidad por neoplasias malignas en la mujer, después del cáncer de mama (27.2 x 100 mil mujeres), a diferencia de las mujeres hispanas residentes en Estados Unidos, donde el CaCU ocupa el séptimo lugar de las neoplasias, mientras que el cáncer de mama se mantiene en la primera posición. (2)

La prevalencia de VPH en países con una gran incidencia de cáncer cervicouterino es de 10 a 20%, el VPH es el factor más importante para padecer cáncer cervicouterino, los genotipos 16 y 18 son los de mayor potencial oncogénico y los 31, 33, 45, 52 y 58 contribuyen con 18.5% de las neoplasias malignas. (prevalencia y tipificación de genotipos de virus del papiloma humano en mujeres del área metropolitana del Valle de México), la infección persistente por VPH se observa como el factor mas importante que contribuye al Desarrollo del Cancer cervicouterino. (3)

Se han descrito varios factores de riesgo para cáncer de cérvix, entre los cuales se incluyen: el inicio temprano de la actividad sexual, un alto número de parejas sexuales, múltiples gestaciones, infecciones de transmisión sexual, un bajo nivel socioeconómico, el hábito tabáquico y el uso de anticonceptivos orales, entre otros. A pesar de esto, ninguno de los anteriores ha demostrado una asociación tan fuerte como la infección por virus papiloma humano (VPH), considerándose un factor necesario, aunque no suficiente, para el desarrollo de este tipo de cáncer.

Es un importante problema de salud pública que afecta principalmente a mujeres con vida sexual activa. Se considera el segundo cáncer más frecuente en la población femenina con una mortalidad que ocurre en 80% en los países de bajos ingresos. En Colombia, la vigilancia epidemiológica entre los años 2016 y 2018, reportó un promedio de edad de presentación de la enfermedad de 44 años, encontrándose el 50% de los casos notificados entre los 33 y 55 años. En el año 2017, se registraron 15 159 afectadas, de las cuales 2 128 correspondieron a casos de nuevo reporte, 1 385 a cáncer invasivo y 1 002 tuvieron un desenlace letal. (4)

La infección por VPH en las células del epitelio cervicouterino es una de las entidades que más influyen en la aparición de esta neoplasia, la cual resulta fácil de detectar y prevenir a través del examen periódico, que permite descubrirla

precozmente para evitar su propagación. La citología orgánica, mediante la técnica de Papanicolaou se ha catalogado como el mejor método para el descubrimiento prematuro de la enfermedad.

Ahora bien, la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) histopatológicamente se clasifica en 3 estadios: NIC I o displasia leve, NIC II o displasia moderada y NIC III o displasia severa; varios autores no diferencian esta última del carcinoma in situ (CIS).

Efectuar investigaciones sobre cómo educar a las mujeres, con el fin de explicarles la importancia de realizarse la citología orgánica por ser un método eficaz para prevenir el cáncer cervicouterino, es una tarea fundamental para disminuir los factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad. Según las últimas recopilaciones de los datos mundiales, cada año se producen alrededor de 500 000 casos nuevos y cerca de 70 % corresponden a los países subdesarrollados; además, mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa. La incidencia más elevada del cáncer del cuello uterino está entre los 40-60 años de edad y como promedio de 45 a 55, aunque desciende notablemente después de los 60. (5)

La prevalencia por grupos de edad los estudios nacionales mencionados coinciden con las prevalencias más altas entre los 30 y 50 años, sin embargo, también son los grupos con mayor número de pacientes. Los reportes de la literatura indican que la prevalencia más alta de la infección por VPH en la población general es en mujeres menores de 30 años; en nuestro medio no tenemos estudios de prevalencia específicamente en grupos de pacientes jóvenes, sin embargo, es probable que la prevalencia más alta se encuentre en grupos de mayor edad, que los reportados en otras poblaciones. (6)

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se considera de alto riesgo oncogénico, resulta determinante en la progresión de las lesiones intraepiteliales y en la aparición del cáncer cérvico uterino CCU, según expresa Heredia Ruiz. En otros estudios se ratifica que la alta incidencia de infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual, mayor frecuencia de actividad sexual en la etapa de adolescentes y adultos jóvenes, así como mayor número de parejas sexuales. (7)

El impacto del tamizaje de cáncer de cérvix en países en vías de desarrollo sigue siendo insuficiente. Aunque muchos países hayan implementado el co-test entre sus estrategias, este sigue siendo poco viable, básicamente debido a un problema de costos y poca inversión en esta prueba en el sector público. Otra de las barreras son las relacionadas a la calidad de la muestra, con extendidos pobres y errores de lectura, lo que se sumaría la desventaja geográfica y las relacionadas a la experiencia subjetiva de la paciente. (8)

Algunos países de bajos recursos han introducido la inspección visual con ácido acético como programa nacional, ya que la técnica de ver y tratar disminuye la cantidad de visitas al médico y ha demostrado eficacia significativa para lesiones de alto grado. No obstante, esta no es la estrategia más recomendada debido a sus limitaciones. Actualmente se espera los resultados del estudio Estampa en Latinoamérica, donde se intenta delimitar el programa ideal de tamizaje para cáncer de cérvix en mujeres mayores de 30 años, evaluando diferentes estrategias. (8)

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El CCU constituye un problema de salud pública por su alta incidencia y sus efectos devastadores sobre la salud de la mujer y la familia. Debido a su desarrollo lento es susceptible de prevención, lo que permite un tratamiento efectivo si se detecta a tiempo. Es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres, solo sobrepasado por el cáncer de mama. (9)

El cuello uterino, consta de 2 partes: el ectocérvix, que está recubierto por un epitelio escamoso estratificado y el endocérvix cubierto por una única capa de epitelio cilíndrico. La metaplasia escamosa del cuello uterino consiste en el reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico evertido al exocérvix por un epitelio escamoso neoformado. El epitelio metaplásico puede evolucionar de dos modos. En la gran mayoría de mujeres, se convierte en epitelio metaplásico escamoso maduro, sin embargo, en una minoría puede evolucionar a epitelio atípico displásico. El CCU invasor de células escamosas viene precedido por una larga fase de enfermedades preinvasoras, denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Las NIC se clasifican en grados 1, 2 y 3 según la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. La mayoría de las anomalías cervicales tienen escasa probabilidad de progresar a NIC o a cáncer cervicouterino de alto grado. La NIC de más bajo grado vuelve a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresa a alto grado. Es mucho más probable que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor. La lesión precursora originada en el epitelio cilíndrico se denomina adenocarcinoma in situ (AIS). (10)

Se reconocen alrededor de 40 genotipos de VPH que infectan el tracto genital inferior de los cuales de 15 a 20 se asocian a HSIL y CCU siendo estos los HPV de alto riesgo (HPVVAR). La prevalencia general de HPVVAR en los HSIL y CCU varía de un 84,8% a 97,7 % dependiendo del País y el tipo de lesión (HSIL o CCU). En cuanto a la prevalencia de los diferentes genotipos en lesiones de alto grado y CCU varía según los estudios. (11)

La evolución de la infección depende principalmente del tipo de VPH, de la edad al momento del contagio y el estado inmunitario de la mujer, por tanto las mujeres menores de 35 años son más susceptibles de adquirir infecciones genitales con virus de bajo riesgo oncogénico, que en la mayoría de los casos desaparece espontáneamente, mientras que en las mujeres mayores de 35 años es común la persistencia de la lesión con cambios clínicos y morfológicos a mayor riesgo de evolución de la neoplasia. (12)

La prevalencia del VPH tiene dos picos de incidencia: el primero entre los 20 y 25 años de edad (20-30%) y el segundo después de los 60 años (5%). En América Latina y el Caribe la prevalencia de VPH es de 15% y la mortalidad por cáncer cervicouterino de 11,5% avance que significó la identificación de los tipos oncogénicos del VPH. El desarrollo de técnicas moleculares para la detección de la infección por VPH y el diagnóstico temprano cada vez tiene mayor disponibilidad de mejores vacunas contra la primoinfección de los genotipos virales han contribuido a disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino. (12)

Se ha establecido que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria y la principal en el desarrollo del CCU y sus lesiones precursoras. Los CCU se desarrollan a partir de una lesión intraepitelial de bajo grado (L-SIL

acrónimo en inglés) que incrementa de grado de forma progresiva. La mayoría de estas lesiones son pasajeras y revierten espontáneamente, pero un 10-15%.

Progresan a lesiones intraepiteliales de alto grado (H-SIL por su acrónimo en inglés) y son estas las consideradas precursoras inmediatas de carcinoma cervical. (13)

Aunque la prevalencia de los tipos de VPH varía según las diferentes regiones geográficas, los subtipos VPH de alto riesgo (VPH-AR) 16 y/o 18 son los más prevalentes en el desarrollo de carcinomas infiltrantes de cuello uterino a nivel mundial (70,9%), tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. El 20% adicional están causados por los subtipos 31, 33, 35, 45, 52 y 58 que son los responsables del 41-67% de H-SIL y del 16-32% de L-SIL. Sin embargo, cuando se trata únicamente de H-SIL, el VPH-AR 16 es el más prevalente (44,1%) a nivel mundial, seguido por el 58 (13,5%) en países en vías de desarrollo y el 31 (10,2%) en países desarrollados. Aunque el VPH 16 sigue siendo el más prevalente en L-SIL (18,5%) disminuye notablemente debido al incremento de la prevalencia de otros subtipos como el 58 y el 18 en países en vías de desarrollo (14,4%) y el 51 y el 31 en países desarrollados (17%). (13)

En México, de acuerdo con la OMS (2008), la frecuencia de casos nuevos de CaCu fue de 10 186, lo cual representa una tasa estandarizada a nivel mundial de 19.2 x 100 mil mujeres; esto implica un riesgo acumulado de 1.94 x 100 mujeres. El CaCu ocupa el segundo lugar en frecuencia de morbilidad por neoplasias malignas en la mujer, después del cáncer de mama (27.2 x 100 mil mujeres), a diferencia de las mujeres hispanas residentes en Estados Unidos, donde el CaCu ocupa el séptimo lugar de las neoplasias, mientras que el cáncer de mama se mantiene en la primera posición. (14)

El VPH se ha reportado con prevalencia de 50% - 80% en mujeres sexualmente activas, convirtiéndose en la infección de Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino, transmisión sexual más común a nivel mundial, ya que en el 80% de mujeres y hombres sexualmente activos existe en algún momento de sus vidas. Aproximadamente la mitad de los casos de cáncer de cuello uterino ocurren en mujeres que nunca se han sometido a una prueba de tamizaje, es posible el 90% de cura, si el cáncer se detecta y se trata en las primeras etapas, entre más temprano se encuentre el cáncer, más alta será el porcentaje de cura. (14)

LESIONES PRECURSORAS DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO HACIA CANCER CERVICOUTERINO

La prevalencia global de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino varía entre el 10 al 15%, con una incidencia de 2,7% en la población femenina en general, la edad de aparición generalmente es por encima de 30 a 40 años tanto para las lesiones intraepiteliales de bajo grado y de alto grado. (15)

El VPH es un virus altamente epiteliotrópico y posee una gran especificidad de especie. Hasta el momento se han identificado más de 150 tipos de VPH, de ellos 40 infectan el epitelio anogenital y 12 están reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cancerígenos. Atendiendo a su capacidad transformante y a su asociación con el desarrollo del cáncer cérvico uterino, los mismos son clasificados como de alto (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59) y de bajo (6 y 11) riesgo de desarrollar cáncer. La infección por el VPH debe ser eliminada por el sistema inmunológico de la mujer inmunocompetente en el transcurso de 1 a 2 años, en un pequeño grupo de ellas la presencia viral, en especial los VPH de alto riesgo, persiste y comienzan a aparecer una serie de alteraciones celulares que conllevan al desarrollo de lesiones premalignas. (16)

El tiempo que transcurre entre el establecimiento de la infección en el cérvix uterino y la aparición de evidencias cito-histológicas de lesiones premalignas en dicho tejido puede ser corto, a menudo 5 años, dependiendo tanto de factores virales como del hospedero. (16)

Las displasias no son más que la mutación de una célula epitelial que forma parte del aparato urogenital causada por el VPH. Cuando la célula entra en mutación ya no responde a las características del desarrollo humano, su crecimiento es por división celular no controlada y de esta manera se multiplican hasta formar un cáncer invasor. El virus afecta directamente la cubierta del epitelio, ya sea del cuello, matriz, vagina, vulva, pene o ano. Pero los pocos VPH genitales de alto riesgo son suficientes para que en el mundo mueran anualmente 250 mil mujeres. (17)

Los VPH que infectan el tracto ano-genital son alrededor de 40 tipos y han sido subdivididos en dos grupos sobre la base de su potencial oncogénico: VPH de bajo riesgo (tipos 6, 11, 42, 43, 44), comúnmente encontrados en condilomas acuminados y neoplasias intraepiteliales de bajo grado y con mínimo riesgo de progresión maligna, y VPH de alto riesgo (tipos 16, 18, 31 y 45, entre otros), asociado a infecciones persistentes que pueden conducir al cáncer. El VPH 16 es el genotipo más frecuente del grupo de alto riesgo y ha sido identificado en casi la mitad de todos los cánceres de cuello uterino. (18)

El VPH produce infecciones transitorias en la mayoría de los casos, sobre todo en mujeres menores de 30 años. En mujeres de 30 años y mayores también son frecuentes las infecciones transitorias, pero en menor proporción. En pocos casos se hacen persistentes, se introducen en el núcleo celular y producen su transformación. Esto lleva a la aparición de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (H-SIL), neoplasia intraepitelial grado 2 y lesiones mayores (NIC 2+), que son los verdaderos precursores del cáncer de cuello uterino. (19)

Para el diagnóstico el estudio que se realiza es la citología cérvico vaginal, siguiendo la técnica descrita por Papanicolaou, es aún el método más eficaz para la pesquisa de grandes masas de población en busca del diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Es por eso que se tiene la clasificación de las lesiones en diferentes sistemas de clasificación, en 1969, Richard y Barron demostraron que existe un progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer, que comienza con neoplasia intraepitelial (NIC I a NIC III y carcinoma in situ), hasta finalmente el cáncer

invasor. Se usa esta clasificación en los informes citológicos, aunque realmente sólo se debería utilizar en los informes histológicos (resultado del examen de las muestras de tejido al microscopio). (20)

Clasificación de Richard:

NICI: displasia ligera (células superficiales discarióticas).

NICII: displasia moderada (células intermedias discarióticas).

NICIII: displasia severa y carcinoma in situ (células profundas discarióticas).

En la clasificación de Bethesda se tiene las células atípicas se dividen en ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y ASC-H (células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado). Esta es la clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los informes citológicos y queda como sigue. (20) Anomalías celulares epiteliales:

- Célula escamosa atípica (ASC). De significado indeterminado (ASC-US). No puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H).
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL). Incluye el VPH y NICI.
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL). Incluye NICII y NICIII.

El sistema Bethesda proporciona información más útil que el sistema de Richard, porque incluye el VPH en las lesiones de bajo grado y aumenta la posibilidad de detectar y brindar seguimiento a un mayor número de mujeres con riesgo de padecer de un cáncer cérvico uterino y actualmente quedan excluidas de los Programas de seguimiento. Por las ventajas que tiene los autores recomiendan la utilización del sistema Bethesda. (20)

RELACION CONYUGAL

La familia no es una entidad estática, si no que está en continuo movimiento por lo que la evaluación debe centrarse en base a la interacción familiar, por lo que la familia constituye el factor sumamente significativo, es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior, que se refleja en la protección psico social de sus miembros y desde el exterior donde se permite la acomodación a una cultura y la transformación de esa cultura. (21)

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementaridad y la acomodación mutua. Es decir que la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunta la acción del otro en muchas áreas. Deben desarrollar pautas de complementaridad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por

vencido. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. (22)

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio un refugio que pueden proporcionarse mutuamente, un sostén emocional. Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Pero si los esposos mantienen límites flexibles, otros subgrupos, incluyendo a los hijos y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema. (22)

La familia es un rasgo inherente de la atención primaria de salud, pues las familias desempeñan un papel esencial en la salud y enfermedad de las personas. La familia se origina con el subsistema conyugal, es decir la pareja. Según la teoría de los sistemas familiares cualquier cambio en el subsistema conyugal puede influir en la familia y en los miembros que la integran. (22)

La atención orientada a la familia es un rasgo inherente de la atención primaria de salud, pues las familias desempeñan un papel esencial en la salud y enfermedad de las personas. La familia se origina con el subsistema conyugal, es decir, la pareja. Según la teoría de los sistemas familiares, cualquier cambio en el subsistema conyugal puede influir en la familia y en los miembros que la integran. Así mismo, los cambios en la familia o en el sistema exterior también pueden verse reflejados en la pareja, pudiendo afectar a la salud de sus miembros. Para Spanier, la salud de la pareja se basa en la calidad de la relación o el grado de ajuste marital, es decir, el modo en que los miembros de la pareja perciben la forma de compartir intereses, valores, objetivos y puntos de vista, así como las vivencias expresadas sobre la relación. Este ajuste depende de diversos factores, entre ellos el consenso (grado de acuerdo en la pareja), la cohesión (grado en que la pareja se involucra en actividades comunes) y la satisfacción conyugal (frecuencia e intensidad de las discusiones y compromiso de seguir juntos). (22)

Por lo que la función familiar se describe como la propiedad del sistema familiar que lo convierte en un organismo vivo, autónomo y le permite diferenciarse de la simple suma de sus componentes, entendiéndose como función familiar a las tareas y actividades que realizan los miembros que la conforman de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar y que les permiten alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que la caracterizan. (23)

El modelo que Minuchin (1979) creó apoyándose en algunos principios de la Terapia Familiar Sistémica es el "Estructural", este ve a la familia como un sistema que tiende a mantenerse estable ante las influencias intersistémicas y extrasistémicas de un contexto, lo que a veces, favorece cierto desajuste en la estructura, que se visualiza en la figura del paciente identificado (a). El modelo plantea, que para que el sistema funcione mejor y el síntoma desaparezca, hay que ajustarlo y atender ciertos principios como, por ejemplo: restablecimiento de jerarquías, límites claros

en roles y funciones, deshacer alianzas o triángulos dañinos, los cuales son componentes centrales de la estructura y el funcionamiento familiar. (23)

El análisis de la funcionalidad de la relación del subsistema conyugal es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, pues se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden provocar disfunción en el subsistema conyugal. Es de importancia conocer la funcionalidad familiar ya que es un importante apoyo durante algún evento de importancia como es en el diagnóstico del virus del papiloma humano que se tenga el apoyo de la pareja. (24)

El conflicto conyugal se define teóricamente como el resultado de las divergencias de intereses entre los miembros de la pareja. El conflicto no implica únicamente emociones negativas, siendo frecuente que los cónyuges tengan mucho afecto entre sí, pero también sentimientos negativos cuando surja un conflicto, el conflicto supone un enfrentamiento y en algunas ocasiones puede generar rupturas. (25)

El punto clave con relación al conflicto no es su existencia, sino su condición de llevar a un proceso constructivo o destructivo. (25)

Evaluación del subsistema conyugal por el cuestionario Chávez Velasco

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria. Según Chávez Velasco las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. (26)

La escala de Chávez - Velasco es un instrumento que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe cubrir (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones) agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores y es exclusivo de la pareja marital. (26)

A cada ítem se da un valor	
0	Nunca
2.5- 5	Ocasional
1.5, 5 o 10	Siempre

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameriten atención y ajuste, se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total conforme a lo siguiente:

Calificación	
0-40	Pareja severamente disfuncional
41-70	Pareja moderadamente disfuncional
71-100	Pareja funcional

Fue validada desde 1990 y utilizado en varias sedes del IMSS. Se presenta en base a los resultados observados en su aplicación.

RELACION CONYUGAL Y VPH COMO PRECURSOR DE CANCER CERVICOUTERINO

No existe mucha información sobre la valoración el VPH en la relación conyugal por lo que se encuentran artículos aislados, se explica en un artículo asociado a verruga anogenital y la relación conyugal que la percepción de lesiones causadas por VPH como son las verrugas genitales parece afectar la calidad de vida principalmente a las mujeres jóvenes donde afecta la satisfacción conyugal este hallazgo se debe al hecho de que el estigma asociado a las ITS es más grave en las mujeres. (27)

El análisis permitió evidenciar que en los tres casos los vínculos se afianzaron. La enfermedad se convirtió en un evento en el cual las personas demuestran su lealtad y compromiso con el bienestar de todos los integrantes de la familia. Las narrativas de estas familias se asocian más a la unión y el apoyo incondicional. (28)

Se puede concluir que los significados que las familias atribuyen al diagnóstico y evolución del VPH parten de aspectos como: las narrativas que la cultura ha elaborado con respecto a las enfermedades crónicas y su asociación con la muerte, la manera de contagio, estigmatizándola por ser una ETS, la religión, encontrándole una explicación a través de las oraciones a Dios, la ciencia; mediante la divulgación de los conocimientos técnicos y científicos, los valores, los cuales se convierten en la base para darle significado a la pareja y la sexualidad; y a los sentimientos que se generan de temor y miedo por la incertidumbre resultante del pronóstico del virus. (28)

Por otro lado, están también los momentos de alegría que genera la unión resultante de la preocupación por el diagnóstico, el significado asignado al cuerpo, porque a partir de este se genera una conciencia de cuidado y de amor propio por su pareja. Todas estas narrativas plagadas de significados surgen de la interacción con el otro, llamase amigo, par, esposo, hijo, médico o sociedad. (28)

Se encuentra en otro artículo que describe la experiencia de vivir con VPH donde la vida de las personas se ve afectada de manera considerable en distintas áreas y de distintas formas; no obstante, si bien hay elementos de carácter común, es importante mencionar que el VPH tiene un significado distinto en las vivencias particulares de quienes han sido diagnosticados con el virus. (29)

Las reacciones a nivel emocional repercuten en las relaciones interpersonales de quienes tienen la infección por VPH. Dentro de estas últimas, la relación de pareja es la que tiene un mayor impacto, pues la mayoría de los estudios reportan conflictos que generalmente están basados en la creencia recurrente de infidelidad por algún miembro de la pareja, de tal manera que la relación gradualmente termina en una separación. El impacto que genera el diagnóstico de VPH parece estar

relacionado al nivel de información o conocimiento que hay sobre el virus, además de influir directamente en la forma de afrontar la situación. (30)

En un estudio que se realizó se identificó que las mujeres creen que la fidelidad a la pareja del momento, así sea por un periodo corto, las protege de la infección. Dejan de usar el preservativo cuando se involucran emocionalmente con la pareja, aunque la relación sea breve. (30)

También se encuentran áreas afectadas en el área familiar se presentan separaciones físicas entre la pareja, ya sea que la mujer sea abandonada por la pareja o que pida el divorcio (solo en tres casos se identificó esta conducta). No se puede decir que se afectó la dinámica familiar, ya que las agresiones físicas y verbales son comunes para las mujeres. (31)

JUSTIFICACIÓN

CIENTÍFICA

Dentro del IMSS, la infección por Virus del papiloma humano constituye un grave problema de salud pública ya que las curvas de prevalencia la edad específica de la infección por el VPH a nivel mundial presentan un alto pico en el grupo de mujeres comprendidas entre 15 y 25 años, coincidente con el inicio de las relaciones sexuales. En algunas poblaciones, la prevalencia de esta infección declina significativamente en edades posteriores, manteniéndose en niveles muy bajos, mientras que en otros países un segundo pico es observado en mujeres de edad media. La infección por Virus del papiloma humano ha adquirido una relevancia entre otras causas por su alto nivel de incidencia y su relación con el cáncer cervicouterino, lo que ha demandado un estudio integral del fenómeno que abarque no solo el área física sino también el área psicológica que innegablemente se ve afectada posibilitando así el conocimiento del impacto emocional secundario a la infección por VPH.

El tamizaje para el virus del papilloma humano es mediante la realización de papanicolau dentro de los tres años después de la primera relación sexual o hasta los 21 años, posteriormente si el resultado del papanicolau esta alterado se realiza la colposcopia ya que es el estándar de oro para diagnosticar y guiar el tratamiento de la neoplasia cervical de alto grado y con esto evitar el cáncer cérvicouterino ya que es el único cáncer que puede ser potencialmente prevenible, sin embargo, continúa siendo un importante problema de salud pública en el mundo, en especial para los países en vías de desarrollo cuyos sistemas de salud son de acceso limitado y recursos deficientes. Existe evidencia que determina que la introducción de programas de tamizaje para cáncer de cuello uterino, sumado a las medidas preventivas que puede adoptar la población, impactan de manera positiva al tratar de estabilizar la curva de casos nuevos y mortalidad por esta enfermedad. (32)

La finalidad de este trabajo es utilizar el cuestionario Chavez Aguilar para evaluación del subsistema conyugal como herramienta para la evaluación de pacientes con alteración en el resultado de papanicolau y con esto evaluar su relación conyugal

como funcional o disfuncional conforme al resultado se enviara al servicio de psicología ya que en la UMF No. 4 “Niños Heróes” se cuenta con el área de psicología y se cuenta con psicologa experta en terapia de pareja en donde hará intervención con 4 sesiones a tratar la problematica que exista secundario al diagnóstico de VPH y enviar al área de colposcopia en Segundo nivel.

ECONÓMICA

Debido a que la infección por Virus del Papiloma Humano es factor desencadenante para Cáncer Cervicouterino por lo que ha aumentado en los últimos años provocando repercusiones económicas en estas familias y con esto afectación en el subsistema conyugal.

SOCIAL

Debido a que la infección por el Virus del Papiloma Humano representa un problema social, se debe estudiar la funcionalidad del subsistema conyugal n aquellas pacientes portadoras para poder determinar que causa esa disfunción y poder impactar en la solución de la problemática en la relación conyugal.

ACADÉMICA

Existe gran información sobre que es el subsistema conyugal y como afecta en diferentes enfermedades o situaciones de la pareja, pero poco se ha estudiado en relación a la funcionalidad del subsistema conyugal y su relación con el virus del papiloma humano. Es necesario conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con virus del papiloma humano para que el médico familiar pueda ayudar o inferir en la situación emocional y poder orientarlos en el momento adecuado, si es necesario enviar a psicología, ya que una información completa y profesional puede minimizar el daño.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La relación conyugal se asocia a lesiones precursoras de VPH?

ARGUMENTACIÓN

La incidencia del virus del papiloma humano y su asociación a disfunción conyugal son de importancia ya que es un problema que va en aumento a pesar de medidas implementadas en el sistema de salud como prevención para cáncer cervicouterino ya que se indica que es frecuente la presencia de disfunciones conyugales en parejas donde la mujer se encuentra infectada con el virus del papiloma humano, afectando las relaciones afectivas, emocionales y sexuales. La relación entre la infección por VPH y el cáncer de cuello de útero ha sido estudiada extensamente ya que este tipo de cáncer representa un problema sanitario a nivel mundial, la neoplasia intraepitelial cervical es una afección ginecológica que aparece con relativa frecuencia, en la literatura revisada se reporta su aparición en 5,5% de mujeres entre 20 y 29 años y en el 2,6% de mujeres de 50 a 59 años. (32)

En la actualidad se ha hecho mucho énfasis en cuanto a la detección del virus del papiloma humano sin embargo no se ha estudiado a fondo la relación de éste con la disfunción conyugal. Por lo que es importante determinar si existen otros factores asociados que desencadenen una disfunción conyugal o únicamente la presencia de virus del papiloma humano influye para esta disfunción, es por ello que se considera prudente indagar la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con virus del papiloma humano.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué tipo de relación conyugal se asocia con las lesiones precursoras del VPH?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación conyugal y si se asocia a lesiones precursoras por VPH.

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Determinar el grupo de pacientes con lesiones precursoras por VPH en la UMF4
2. Identificar el grupo etario con infección por VPH.
3. Identificar la funcionalidad conyugal en cada paciente a partir de un instrumento previamente validado (Escala de Chávez-Velasco).
4. Identificar la lesión precursora por VPH.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

La relación conyugal disfuncional está asociada al diagnóstico de VPH

HIPOTESIS NULA

La relación conyugal disfuncional no está asociada al diagnóstico de VPH

MATERIAL Y METODOS

Se realizará un estudio en pacientes con VPH para determinar su percepción de la relación conyugal, se acudirá al servicio de ARIMAC para identificar a las pacientes mujeres de entre 21 y 65 años de edad que se encuentran con este diagnóstico, se buscare e identificara el diagnostico en su expediente con lesion precursora de VPH mediante colposcopia, posteriormente ya identificadas las pacientes se les buscare mediante su contacto de telefono para citarlas y realizarles un cuestionario para evaluar y clasificar la funcionalidad de su relación conyugal, una vez obtenidos los datos se vaciarán en un programa analítico SPSS.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

OMS Mujeres de 21 a 65 años con diagnóstico de lesión precursora por colposcopia.

VARIABLES DE ESTUDIO

Dependiente: lesiones precursoras por VPH

Independiente: relación conyugal (cuestionario de Chávez Velasco)

RELACION LÓGICA ENTRE VARIABLES

Las reacciones a nivel emocional repercuten en las relaciones interpersonales de quienes tienen la infección por VPH. Dentro de estas últimas, la relación de pareja es la que tiene un mayor impacto, pues la mayoría de los estudios reportan conflictos que generalmente están basados en la creencia recurrente de infidelidad por algún miembro de la pareja, de tal manera que la relación gradualmente termina en una separación. El impacto que genera el diagnóstico de lesiones precursoras de VPH parece estar relacionado al nivel de información o conocimiento que hay sobre el virus, además de influir directamente en la forma de afrontar la situación. Por lo cual se buscará la relación entre la pareja y el diagnóstico de VPH.

DIMENSION ESPACIO TEMPORAL

Unidad de medicina familiar 4 IMSS, Av. Niños Héroes 165, Doctores, Cuauhtémoc, 06720 Ciudad de México, Cdmx 2022.

METODO DE ESTUDIO TIPO DE ESTUDIO

Transversal / descriptivo / analítico

DISEÑO DE ESTUDIO

Evaluación del subsistema conyugal por el cuestionario Chávez Velasco

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Escala Bethesda	Es la clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los informes citológicos.	Obtenida del sistema RIC.	Cualitativa	Ordinal	<p>*Célula escamosa atípica (ASC). de significado indeterminado (ASC-US). no puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H).</p> <p>† Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL). Incluye el VPH y el NICI.</p> <p>‡ Lesion intraepitelial escamosa de lato grado (HSIL). Incluye NICII y NICIII.</p>
Escala NIC	Clasificación de informes citológicos, se utiliza en los informes histológicos (resultado del examen de las muestrass de tejido al microscopio)	Obtenida del Sistema RIC	Cualitativa	Ordinal	<p>NICI: displasia ligera (células superficiales discarióticas).</p> <p>· NICII: displasia moderada (células intermedias discarióticas).</p> <p>· NICIII: displasia severa y carcinoma Insitu.</p>

Funcionalidad del subsistema Conyugal.	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y crisis por las que atraviesan.	Es la forma en que cada pareja supera la crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante la escala de Chávez-Velasco.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> · 0-40 Pareja severamente disfuncional 41-70 Parjea moderado disfuncional 71-100 Pareja funcional
Estado civil	Estado conyugal en el que se encuentra la paciente	Obtenida del cuestionario Chávez Velazco	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> · Unión libre · Casada
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Obtenida del cuestionario y de la base de datos.	Cuantitativa	Ordinal	Rango de edad 21 a 65 años
Numero de parejas sexuales	Numero de parejas con quien compartió actividad sexual desde el inicio de la misma	Número de compañeros sexuales al momento de la toma de la citología	Cuantitativa	Nominal	discontinua
Inicio de vida sexual	El proceso circunstancial para el inicio de la relación sexual se enuncian en: amor y acuerdo mutuo.	Edad en la que se inicio la vida sexual	Cuantitativa	Nominal	Rango de edad variable

Manual de procedimientos

Recolección de los datos

(anexo 3)

Instrumento de recolección de datos

(anexo 3)

Ver anexos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres de edad de 21 a 65 años

Mujeres con resultado de lesión precursora de VPH por colposcopia

Mujeres con pareja que cohabiten

Mujeres que acepten

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres con diagnóstico previo de cáncer cervicouterino

Mujeres separadas o divorciadas

Mujeres con histerectomía

Mujeres sin diagnóstico de lesión precursora por colposcopia

Mujeres sin papanicolau

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Encuestas mal llenadas

Seguimiento incompleto

Tamaño de la muestra

La población total de la UMF No.4 en el año 2022 el total de mujeres de 21 a 65 años consta de 7800 derechohabientes de las cuales anuales se realizan papanicolau 2160 anuales derechohabientes y de estas pacientes un 50% con alteración en el papanicolau. Para el cálculo del tamaño de la muestra se considere la fórmula para estimar una proporción poblacional; bajo los siguientes supuestos.

1. Nivel de confianza 95%
2. Poder estadístico 80%
3. Alpha 0.05

La fórmula utilizada en este protocolo para el cálculo del tamaño de la muestra es para una proporción, fórmula:

$$n = \frac{N * Z\sigma^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\sigma^2 * p * q}$$

Donde:

N= total de la población

$Z\sigma = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso el 5% = 0.05)

q= 1 – p (en este caso 1 – 0.05= 0.95)

d= precision (5%)

$$n = \frac{1080 * 1.96^2 * .05 * .95}{.03^2(1080 - 1) + 1.96^2 * .05 * .95}$$

$$n = \frac{1080 * 3.84 * .05 * .95}{.0009(1079) + 3.84 * .05 * .95}$$

$$n = \frac{196.99}{.9711 + .1824}$$

$$n = \frac{196.99}{1.15}$$

$$n = 171 \text{ pacientes}$$

El tamaño de la muestra para el presente analisis es 171 pacientes.

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos tras la recolección serán sometidos a un proceso de validación verificando que los registros se encuentren completos, posteriormente se creara una base de datos en el programa SPSS version 27.0 donde se digitalizara la información, con el uso de este archivo procediendo posteriormente al análisis de resultados mediante el uso de tablas y de acuerdo con el tipo de variables; en la tabla 1 se presentaran las características basales de la población, serán empleadas para el análisis de los

datos en el primer nivel de análisis (estadística descriptiva); para las variables cualitativas porcentajes y frecuencias; como medidas de dispersión serán usados desviación estándar y rangos intercuartilares. Para el análisis de normalidad se utilizará la prueba de Kolmogorov Smirnov.

La tabla 2 (análisis bivariado) mostrará las características generales contra la maniobra para esta asociación en las variables cualitativas se realizará el cálculo de χ^2 , para las variables cuantitativas de libre distribución en variables relacionadas se utilizará la prueba de U de Man Whitney y si son de distribución normal se utilizará la prueba de T student.

En el tercer nivel (análisis multivariado), para mostrar el efecto de la relación conyugal y lesión precursora por VPH se utilizará regresión logística, mismas que serán detalladas en la tabla 3. Así mismo se realizará un modelo de regresión logística múltiple, para determinar la asociación de la relación conyugal con lesión precursora de VPH el cual se ajustará por las principales variables de confusión, mismas que se detallarán en la tabla 4.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Sesgos por información: No hay posibilidad, se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mayor evidencia y de fuentes de información confiable de medicina basada en evidencias.

Sesgos de selección: Se evitará al seleccionar a los participantes apoyándonos de los criterios de inclusión para así elegir el grupo de estudio que representará.

Sesgos de análisis: Para evitarlos se deberán extremar precauciones a la hora de recabar los datos obtenidos en la plataforma a utilizar.

Sesgos de no respuesta: Dependerán del grado de motivación de nuestros pacientes participantes en el estudio.

LIMITE DEL TIEMPO ESPACIO

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 del IMSS Ciudad de México delegación Cuauhtémoc de 1 diciembre del 2022 al 31 marzo 2023. Se aplicará un cuestionario a mujeres con Virus del Papiloma Humano.

IMPLICACION ÉTICA

El presente estudio respetará en su diseño y realización, las normas institucionales, nacionales e internacionales que rigen la investigación en seres humanos. Se realizará con base al reglamento la Norma que establece las disposiciones para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009 (34), la Ley General de Salud (35) y la Declaración de Helsinki (revisada en Fortaleza, Brasil, 2014) y el código Nuremberg en sus siguientes estatutos. (36).

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.

- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen el desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningun experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentales sirven como sujetos de investigación.
- VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Además se menciona la Ley General de Salud, título segundo de los Aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos capítulo I, el presente trabajo se considera como investigación de riesgo mínimo ya que se basa en la captura de información proveniente del expediente clínico del paciente, de los resultados del papanicolau, colposcopia y de la aplicación del cuestionario de forma anónima.

Artículo 17. Investigación sin riesgo. Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En relación con la Declaración de Helsinki, se cumplirá con los principios de **Equidad** (los datos de los expedientes de los pacientes que cumplan con los criterios de selección y su análisis, potencialmente podrán ser aplicados a pacientes con las características de los que originaron los datos), **Justicia** (existirá equilibrio entre la inversión del estudio con el nivel de evidencia que se pueda obtener, así como un uso efectivo y el respectivo impacto económico, derivado del conocimiento resultante), **Benevolencia** (el conocimiento resultante podría mejorar el nivel de certidumbre para el prestador de servicio de salud y para el paciente, lo que genera un bien) y **No Maleficencia** (al ser un estudio de fuentes secundarias,

no modifica la historia natural ni curso clínico del paciente y su enfermedad) mediante los siguientes puntos.

- I. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
- II. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
- III. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
- IV. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
- V. Todo Proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
- VI. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.
- VII. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
- VIII. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
- IX. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento

informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

- X. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
- XI. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del paciente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
- XII. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

Respecto al trato de los individuos seleccionados al estudio se toma como base el código Belmont que declara en sus principios éticos básicos: "Que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección" (37)

En la caso de la relación de los investigadores, patrocinadores, autoridades de salud y los participantes, las pautas del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) describen (38).

1. Requieren que la investigación tenga siempre valor social y científico. Si un estudio no tiene el potencial de social y científico. Si un estudio no tiene el potencial de generar conocimiento que permite mejorar la salud y el bienestar de las personas, entonces no es ético.
2. Ponen énfasis en los contextos de escasos recursos, con el objetivo de facilitar un análisis que asegure que la investigación sea siempre equitativa con las poblaciones que viven en esos contextos, por ejemplo, brindándoles los medicamentos o intervenciones que resultaron de la investigación. Las pautas precisan que éstos no están limitados a los países de bajo recursos, sino que pueden encontrarse incluso en países de recursos altos.
3. Introducen el consentimiento informado amplio para que quienes participan en investigaciones para que puedan autorizar el uso de sus materiales biológicos y datos relacionados en investigaciones futuras. La importancia de poder dar un consentimiento informado para estudios futuros surgió en el contexto del brote del Ébola, y la OPS alentó el uso del consentimiento informado amplio durante el brote del Zika.
4. Incluyen una pauta para el involucramiento de la comunidad, una manera de asegurar la relevancia de la investigación propuesta para

la comunidad afectada, mostrar respeto tanto hacia las comunidades, sus tradiciones y normas, así como obtener la aceptación de esta.

5. Revisan la definición de vulnerabilidad, de manera que la vulnerabilidad no se entienda como un simple rótulo a grupos completos de personas, sino que más bien facilite un análisis sobre las características específicas que puedan hacer a las personas o poblaciones más proclives a sufrir un daño al participar en una investigación. Este abordaje a la vulnerabilidad permite que los comités de revisión ética hagan un análisis más detallado y puedan así proteger mejor a las personas vulnerables, en vez de simplemente excluirlas categóricamente de las investigaciones como se ha hecho tradicionalmente con el ánimo de proteger a grupos que se consideraban vulnerables (por ejemplo, niños, mujeres embarazadas). Estas exclusiones categóricas han llevado a que se disponga de escasa evidencia para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades que aquejan a esos grupos. Las pautas del CIOMS resaltan que esta es una inequidad que se debe resolver.

Respecto a la información que se obtendrá de las encuestas dirigidas por vía telefónica, será solo para los fines del estudio, sin modificar el contenido, respetando de esta forma los artículos 5°, 6°, 7° y 10° del Código Sanitario y los artículos 7° y 12° del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los sujetos de estudio, al no identificar el nombre o manejo de datos personales que comprometiera la integridad de los sujetos que se incluirán. Además, el presente proyecto de investigación será sometido a la consideración del comité local de investigación y ética de la investigación en salud N°3609, donde se verificará que cumpla con los requisitos necesarios para ser realizado y en su caso ser autorizado. El estudio de investigación es sin riesgo sin embargo por tratarse de encuestas dirigidas por vía telefónica será necesario el uso previo de una carta de consentimiento informado.

FINANCIAMIENTO

RECURSOS

HUMANOS

- Investigador principal: Médico Residente de Medicina Familiar María Fernanda Wong Urbina
- Investigador clínico: Paloma Gabriela Martínez Valle.

RECURSOS

FISICOS

- Sistema RIC (recolección de estudios de Papanicolau y colposcopia)

RECURSOS MATERIALES

- Laptop
- Cuaderno de anotaciones
- Cuestionario de relación conyugal
- Pluma
- Díptico informativo

RECURSOS ECONOMICOS

El presente estudio no requiere ni tiene financiamiento institucional o extrainstitucional, ya que la unidad cuenta con las instalaciones y sistemas requeridos para su realización. Los consumibles serán financiados por el residente.

FACTIBILIDAD

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 4, previo consentimiento informado de Jefatura de enseñanza e investigación de la unidad, así se obtendrán los datos requeridos de los expedientes clínicos de las pacientes femeninas de entre 21 y 65 años de edad que en el periodo de 1 de diciembre del 2022 al 31 marzo del 2023 que se hayan realizado colposcopia con diagnóstico de lesión precursora de VPH. En la UMF 4 “Niños Heroes” se realizan 2400 papanicolau anuales de los cuales 1200 papanicolau reportan resultados alterados por lo que se realiza envío a segundo nivel.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La principal limitación es la obtención de resultados del Sistema RIC
- Los datos se obtendrán de una población específica que posiblemente no refleje los condicionantes para desarrollar cáncer cervicouterino.

BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

- Al recabar a las pacientes con diagnóstico de lesión precursora de VPH mediante colposcopia se asociara con la relación conyugal para identificar el impacto del VPH y la relación conyugal, identificando la funcionalidad o disfuncionalidad de la relación conyugal y si esta se asocia al diagnóstico de VPH con esto documentar la importancia de la pareja en el diagnóstico de la enfermedad y recibir atención médica de manera oportuna ante el diagnóstico de VPH y seguimiento; conforme a la relación en pareja tener apoyo en mi situación emocional en el momento del diagnóstico con envío al servicio de psicología ya que la UMF No. 4 “Niños Heroes” cuenta con psicóloga experta en terapia de pareja que consta de 4 sesiones en donde se trabaja un solo problema a resolver.

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

El tamaño de la muestra total de esta investigación es de 171 pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical de diferentes grados, por lo que el 100% son mujeres con edad media de 42 (42.63) con una desviación estándar de 11 (11.64), el estado civil casada en 55.6% y union libre 44.4%. Los antecedentes ginecobstétricos referidos fueron el inicio de vida sexual activa de predominio de 20 a 26 años (58.5%) y de 13 a 19 años (32.7%) en menor proporción de 27 a 33 años (8.8%). Número de parejas sexuales con predominio de 3 a 4 parejas sexuales (62.6%).

Tabla 1. Características sociodemográficas (n= 171)		
Variable	F	%
Edad		
18 a 23	8	4.7
24 a 29	22	12.9
30 a 35	19	11.1
36 a 41	23	13.5
42 a 47	42	24.6
48 a 53	23	13.5
54 a 59	23	13.5
60 a 66	11	6.4
Estado civil		
Casado	95	55.6
Union libre	76	44.4
Inicio de vida sexual active		
13 a 19 años	56	32.7
20 a 26 años	100	58.5
27 a 33 años	15	8.8
Numero de parejas sexuales		
1 a 2	42	24.6
3 a 4	107	62.6
5 a 7	20	11.6
>7	2	1.2

Tabla 2. Características sociodemográficas en relación al subsistema conyugal (n=171)

Edad	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Funcional	
	F	%	F	%	F	%
18 a 23	2	25	3	37.5	3	37.5
24 a 29	1	4.5	7	31.8	14	63.6
30 a 35	1	5.3	10	52.6	8	42.1
36 a 41	1	4.3	9	39.1	13	56.5
42 a 47	2	4.8	30	71.4	10	23.8
48 a 53	1	4.3	9	39.1	13	56.5
54 a 59	1	4.3	11	47.8	11	47.8
60 a 66	1	9.1	5	45.5	5	45.5
Estado civil						
Casado	5	5.3	46	48.4	44	46.3
Union libre	5	6.6	38	50	33	43.4
Numero de parejas sexuales						
1 a 2	3	7.1	16	38.1	23	54.8
3 a 4	6	5.6	53	49.5	48	44.9
5 a 6	1	5.6	53	49.5	48	44.9
7 o >	0	0	2	100	0	0
Inicio de vida sexual activa						
13 a 19	3	5.4	30	53.6	23	41.1
20 a 26	6	6	49	49	45	45
27 a 33	1	6.7	5	33.3	9	60

La tabla 2 representa las características sociodemográficas con relación al subsistema conyugal, los resultados señalan conforme a la edad, existe una severa disfunción conyugal en pacientes de edad de 18 a 23 años, mientras que la relación conyugal es moderadamente disfuncional en pacientes de 42 a 47 años y en pacientes de 36 a 41 años es funcional al igual que en el rango de 48 a 53 años.

También destaca que no existe relación entre el estado civil o unión libre ya que si son casados o viven en unión libre tienen en casi la misma proporción disfunción moderada y función conyugal, conforme al número de parejas sexuales se encuentra que las parejas con moderada disfunción conyugal tienen un promedio de parejas sexuales de 3 a 6, lo que confirma un factor de riesgo para lesión precursora para virus del papiloma humano y estos se encuentran en una disfunción moderada o función conyugal.

En el inicio de vida sexual activa, las pacientes inician la vida sexual activa desde los 13 a los 26 años encontrándose como factor de riesgo para desarrollar virus de papiloma humano, estas mismas pacientes se encuentran en disfunción moderada y funcionales conforme a la relación conyugal.

Tabla 3. Relación conyugal y tipo de lesión precursora de VPH (n=171)

Relación conyugal	Tipo de lesión	F	%
Severamente disfuncional	NIC 1	8	80
	NIC 2	2	20
Moderadamente disfuncional	NIC 1	77	91.7
	NIC 2	7	8.3
Funcional	NIC 1	75	97.4
	NIC 2	2	2.6

En la tabla 3 se muestra la relación conyugal y el tipo de lesión precursora, se observa que no se encuentra relación en el tipo de lesión y la relación conyugal, se encuentra que existe un predominio en tipo de lesión NIC 1 y con estos diferentes tipos de disfunción conyugal (severamente y moderadamente) al igual que funcional.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigo la funcionalidad del subsistema conyugal con la presencia de lesión precursora de virus del papiloma humano encontrándose que no existe relación entre la funcionalidad del subsistema conyugal y el tipo de lesión ya que no hay diferencia en el porcentaje reportado. Existe un estudio realizado en la UMF No. 75 Ciudad Nezahualcóyotl en el año del 2012, donde reportan que existe disfunción conyugal en pacientes con infección de virus del papiloma humano por lo que este estudio no concluye con lo reportado.

Lo observado en este estudio es que la edad mas frecuente para lesión precursora de virus del papiloma humano es de 42 a 47 años con lesión tipo NIC 1 y la edad en rango de 24 a 29 años cuenta con mejor función conyugal y que no hay diferencia entre el estado civil si son casadas o en unión libre ya que se reporta que presentan porcentajes similares para función conyugal moderadamente disfuncional y funcional. Conforme al numero de parejas sexuales se encuentra que las parejas con moderada disfunción conyugal tienen promedio de 3 a 6 parejas sexuales asi que esto se considera como un factor de riesgo para lesión precursora de virus del papiloma humano, tambien se encontro que no existe relación entre el estado civil o union libre ya que si son casados o viven en union libre son funcionales y disfuncionales. En el inicio de vida sexual activa las pacientes inician a de los 13 a 26 años de edad en este estudio por lo que se encuentra otro factor de riesgo para desarrollar lesiones precursoras del virus del papiloma humano.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la investigación realizada acerca de la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con lesión precursora del virus del papiloma humano en la UMF 4 se concluyo que no existe relación entre la lesión precursora del virus del papiloma humano y la funcionalidad conyugal, por lo que la hipótesis se rechaza con los resultados obtenidos del estudio ya que probablemente la muestra no fue adecuada.

Dentro de los hallazos más relevantes de este estudio encontramos que con respecto a la edad, las personas jóvenes con un rango de edad de 18 a 23 años tiene una disfunción conyugal severa, mientras que los pacientes en edad de 24 a 29 años tienen una funcionalidad conyugal, no se encontró diferencia entre las pacientes casadas y las que viven en unión libre ya que presentaban funcionalidad conyugal y disfunción moderada en su vida conyugal.

Con los resultados obtenidos de 171 pacientes en la UMF 4 del IMSS, existieron factores que modificaron el resultado sin mostrar relación con el tipo de lesión y la relación conyugal y también hay que tomar en cuenta que dicho estudio se realizó cuando ya estaba confirmado el diagnostico de dicha enfermedad de transmisión

sexual por lo que sería conveniente investigar esta situación en un estudio cohorte para evaluar el impacto que se tiene en el subsistema conyugal ya que propablemente pudiera existir un impacto en la modificación en el comportamiento del mismo o quizá también una mayor asociación con mas factores determinantes.

Así mismo debemos considerar uno de los pilares que se encuentra en el ámbito de la medicina familiar como es la prevención por medio de pláticas y capacitacions de cómo podemos prevenir enfermedades de transmisión sexual a través de la educación desde los grupos para adolescentes para disminuir la prevalencia de cáncer cervicouterino por virus del papiloma humano como:

1. Promover el uso de preservativo para evitar el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual.
2. Promover la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano en edades de 9 a 12 años.
3. Promover la detección oportuna del virus del papiloma humano mediante el tamizaje por papanicolau y detección por colposcopia.

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"LESIONES PRECURSORAS DEL VPH Y ASOCIACION EN LA RELACION CONYUGAL EN LA UMF4"
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad De Medicina Familiar N° 4, IMSS. Ciudad De México del 1 de diciembre del 2022 al 31 de marzo 2023.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La incidencia del Virus del papiloma humano y la asociación con la importancia de adquirir cáncer cervicouterino, siendo una de las principales causas de muerte en México; Objetivo: identificar la relación conyugal y si se asocia a lesiones precursoras.
Procedimientos:	Se revisará mi expediente donde se verificará el resultado de mi papanicolau y colposcopia con resultado positivo para Virus del Papiloma Humano, posteriormente se me hará llenar un cuestionario sobre mi vida en pareja y se me entregara información sobre el virus del papiloma humano.
Posibles riesgos y molestias:	Se conocerá la información contenida en mi expediente clínico, la cual será manejada de forma anónima, se me harán reguntas sobre mi vida en pareja de forma anónima.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir atención médica de manera oportuna ante el diagnóstico de VPH y conforme a mi relación en pareja tener apoyo en mi situación emocional en el momento del diagnóstico con envió al servicio de psicología para realizar terapia de pareja ya que se cuenta con psicólogo experto en terapia de pareja la cual consta de 4 sesiones donde se trabajara un problema a resolver.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Me serán informados en tiempo y forma cuando termine el estudio y serán en base a los recursos con los que cuenta el Seguro Social.
Participación o retiro:	Me puedo salir del estudio en el momento que yo lo decida y esto no afectará la atención que me dan en mi clínica.
Privacidad y confidencialidad:	La información que se obtenga tanto de mi expediente como del cuestionario seran de forma anónima, solo usarán códigos y estarán protegidos para que no sean identificados por los investigadores de este estudio o en estudios futuros y no podrán usarlos para alguna otra situación.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ___ años, tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

PALOMA GABRIELA MARTÍNEZ VALLE. Adscripción: UMF N°4 "Niños Héroes" Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 11472189. Teléfono:5579048583

Correo electrónico: paloma102@hotmail.com

Colaborador:

MARIA FERNANDA WONG URBINA. Adscripción: UMF N°4 "Niños Héroes", Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 97379922. Teléfono: 58974343 Correo electrónico: mwongurbina@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58-71, Correo electrónico: conbioeticahgr@gmail.com

MARIA FERNANDA WONG URBINA

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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.

Clave: 2810-009-013

BIBLIOGRAFÍAS

1. Coico MM, Iglesias S, Aguilar F. Detección de oncoproteínas E6/E7: una alternativa para el tamizaje de cáncer de cérvix, 2018;4(3).
2. Hernández DM, Apresa T, Patlán RM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53.
3. Cárdenas JL, Escobedo A, Gómez EA, Juárez A, Martínez A, Pichardo M, Martínez MA, Almazán FV, Barreto RM, Castillejos BG, González NJ, López JD, Rodríguez BI, Flores SJ, Torres L. Guía de práctica clínica. Prevención y detección oportuna del Cáncer cérvico uterino En el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010.
4. Narváez LJ, Collazos AC, Daza KT, Torres YA, Ijají JE, Gómez DM, Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica. Rev peru ginecol obstet. 2019;65(3):299–304.
5. Montero Y, Ramón R, Valverde C, Escobedo FE, Hodelín E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. Medisan. 2018;22(5):531–7.
6. Araujo I, Rosales B, Peña I, Araujo I. Sensibilidad y Especificidad de la Citología Cervicouterina y la prueba PCR-hrHPV con el diagnóstico histopatológico en el Hospital “Solon Espinosa Ayala”, Solca-Quito. Rev Onco Ecu. 2017, 218-27.
7. Alonso L, Hernández JR, Ugalde M, Reyes M, Barceló Y. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en adolescents de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Rev Médica. 2021;43(1):2784-94.

8. Laberiano CD. Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. *Rev Perú ginecol obstet.* 2020;66(1):37–40.
9. Matos A, Ali NA, Padrón M, Matos AA, Cuevas B. Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cervicouterino. *Acta médica del centro.* 2019;13(4).
10. Gallegos R, Fuentes MA, Gonzales JM. Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el hospital María Auxiliadora 2013-2017. *Rev Fac Med Humana.* 2019;19(2):48–56.
11. Pérez N, Tedesco S, González F, Jordi JML, Rey G. Prevalencia de los genotipos de HPV en lesiones pre invasoras de alto grado de malignidad y cáncer de cuello uterino en la población del Hospital de Clínicas. Montevideo- Uruguay. *An Fac Med.* 2020;7(2).
12. Heredia AG, Palacios GG, Castillo MC, Hernández AI, Medina FV. Prevalencia y tipificación de genotipos de virus del papiloma humano en mujeres del área metropolitana del Valle de México. *Ginecol. obstet. Méx.* 2017;85(12):809-818.
13. Mercado MR, Arean C, Gómez ML, Paniello I, Mallor F, Lozano MD. Influencia de la edad en la prevalencia de virus de papiloma humano de alto riesgo en mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la Comunidad Navarra. *Rev esp salud pública.* 2017;0–0.
14. Sánchez GE. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev med Siner.* 2019;4.
15. Celso V, Aníbal K, Rios GCM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. *Salud Pública Parag.* 2018;20.
16. Domínguez B, Susana R, Trujillo P, Aguilar F, Hernández MM. (2018). Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 1-13.
17. Osorio MP, Romero FDA, Torres MAI. Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Rev Fin.* 2019;9(4).
18. Jordá GB, Ramos JM, Mosmann J, Lopez ML, Wegert A, Cuffini C. Prevalence of human papillomavirus and associated risk factors in women affiliated with state health insurance in Posadas, Misiones (Argentina). *Rev Chilena Infectol.* 2020;37(2):111–6.

19. Rodríguez G, García L, Beracochea A, Alonso R, Caserta B, Pérez N, Tamizaje del cáncer de cuello uterino con test de HVP. Primeros resultados en el sistema público de Uruguay. *Rev Med Urug (Montev)*. 2019;35(4):52–90.
20. Medina JL, Álvarez RM, Llames AYI. Cómo disminuir factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. *Rev Vinculando*. 2018.
21. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Edit Gedisa. 1982
22. Jiménez PN, Lima RJS, Lima SM. Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. *Aten Primaria*. 2018;50(4):205–12.
23. Chinchilla R. Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Rev Act Inv en Ed*. 2015;15(1).
24. Rentería CR, García TO, Álvarez AS. Relación de la funcionalidad del subsistema conyugal y el nivel de conocimiento de la pareja con diabetes mellitus en el control de su enfermedad. *Med Gen Fam*. 2020;9(1).
25. Mosmann C, Wagner A. Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Universidad Intercontinental México*; 2008;10(2).
26. Chávez AV, Velazco OA. Disfunción familiar del subsistema conyugal. *Rev. Med. IMSS*. 1994; 32: 39-43.
27. Nahidi M, Nahidi Y, Kardan G, Jarahi L, Aminzadeh B, Shojaei P. Evaluación de la vida sexual y de la satisfacción matrimonial en pacientes con verruga anogenital. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(7):521–5.
28. Barbosa A, Vanegas G, Ángel G, Niño J. Significados asignados por tres mujeres y su sistema familiar al diagnóstico y evolución del virus del papiloma humano. *Univ Manuela Beltrán*. 2011;1(2).
29. Palacios OA, Torres TM, Galarza TDM. La experiencia de la persona adulta con la infección por virus del papiloma humano: una revisión panorámica. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2020;17(2).
30. Da Silva MFM, Gimenez GMT. Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73.
31. Mendoza LA, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza HF, Pérez HC. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8 (1): 27-32.
32. Ramos RM, Moraguez YC, Deniz AO, Sotolongo MB. Factores influyentes en la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Policlínico “Mario Muñoz Monroe”. 2015 al 2017. *Rev Cub de Tec de la Sal*. 2018;9(4):3–16.
33. García RJ, Quinde RV, Bucaram LR, Sánchez GS. Situación epidemiológica del cáncer cervicouterino en el Ecuador. *Rev Ven de Onco*. 2020;33(2).

34. Hedderson M. High Blood Pressure Before and During Early Pregnancy Is Associated With an Increased Risk of Gestational Diabetes. 2008;31(12). 38
35. Hardin DS, Rice J, Ellis KJ. Fibrosis. 2005;106(2):367–75. 39
36. Qiu C, Vadachkoria S, Meryman L, Frederick IO, Williams MA. Maternal plasma concentrations of IGF-1, IGFBP-1, and C-peptide in early pregnancy and subsequent risk of gestational diabetes mellitus. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(5):1691–7.
37. Informe Belmont. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; 1978.
38. ONU - CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Council for International Organizations of Medical Sciences; 2017.

ANEXO 1

LESIONES PRECURSORAS DEL VPH Y ASOCIACION EN LA RELACION CONYUGAL EN LA UMF4”

Paloma Gabriela Martínez Valle, María Fernanda Wong Urbina.

Clasificación Sistema Bethesda

Sistema Bethesda	
No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna	
Células escamosas	Glandular
Células escamosas atípicas ASC	Células glandulares atípicas AGC
Células escamosas de significado incierto ASC US	Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas
Células escamosas no puede descartarse ASC-H	Adenocarcinoma endocervical in situ AIS
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado L-LIE	Adenocarcinoma
Carcinoma de células escamosas	

Fuente-, Lucas E. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes.

ANEXO 2

LESIONES PRECURSORAS DEL VPH Y ASOCIACION EN LA RELACION CONYUGAL EN LA UMF4”

Paloma Gabriela Martínez Valle, Maria Fernanda Wong Urbina.

Clasificación NIC

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL			
NIC 1	NIC 2	NIC 3	CANCER IN SITU
DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE	

Fuente: Baldauf J-J, Averous G, Baulon E, Thoma V, Talha-Vautravers A, Sananes N, et al. Neoplasias intraepiteliales del cuello uterino. EMC - Ginecol-Obstet. 2013;49(3):1-23.

ANEXO 3

LESIONES PRECURSORAS DEL VPH Y ASOCIACION EN LA RELACION CONYUGAL EN LA UMF4”

Paloma Gabriela Martínez Valle, Maria Fernanda Wong Urbina.

Evaluación del subsistema conyugal por el cuestionario Chávez Aguilar

No. de folio: _____
No. de afiliación: _____
Nombre del paciente (iniciales) _____
Edad: _____
Tipo de lesión de VPH: _____
Estado civil: (1) casado (2) union libre
Inicio de vida sexual: _____
Número de parejas sexuales: _____

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar e investigar el subsistema conyugal en la pareja de pacientes que tienen diagnóstico de VPH en la UMF 4.

Instrucciones: Lea cuidadosamente y responda todos los enunciados según el grado de satisfacción de cada pregunta, tache la respuesta que mas le parezca correcta para su relacion en este momento.

0: poca satisfacción (nunca)

5: moderada satisfacción (ocasional)

10: gran satisfacción (siempre) Numero seguridad social

Funciones	Parámetros	Nunca	Ocasional	Siempre
-----------	------------	-------	-----------	---------

1. Comunicación	a) Se comunica claramente con su pareja	0	5	10
	b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
	c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica.	0	5	10
2. Adjudicación y asunción de roles	a) La pareja cumple con los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	10
	b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	10
	c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	10
3.satisfacción sexual	a) es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
	b) es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
4.Afecto	a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	10
	b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	10
	c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	10

5.Toma de decisiones	a) Las decisiones importantes para la pareja se toman en pareja	0	7.5	10
	TOTAL			

Anexo 4
Diptico informativo

LESIONES PRECURSORAS DEL VPH Y ASOCIACION EN LA RELACION CONYUGAL EN LA UMF4

Autores del protocolo: Presenta María Fernanda Wong Urbina, Asesor Paloma Gabriela Martínez Valle.

¿Qué es el VPH?

(virus del papiloma humano)

Es una infección de transmisión sexual causada por el Virus del Papiloma Humano, existen más de 100 tipos diferentes de VPH de los cuales 40, pueden infectar al ser humano.

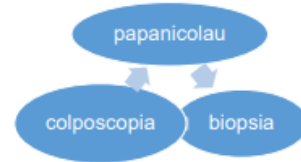


¿Cuáles son los factores de riesgo?

- *Iniciar las relaciones sexuales antes de los 14 años
- *Tener múltiples parejas compañeros sexuales
- *Usar anticonceptivos de forma indiscriminada
- *No utilizar preservativos
- *Practica de sexo oral
- *Consumir tabaco y alcohol



¿Cómo se diagnostica el VPH?



¿Por qué el VPH causa cáncer cervicouterino?

Cuando el VPH es de alto riesgo este daña las células y las infecta por lo que se multiplican sin control causando daño en las células y con esto desarrolla cáncer cervicouterino.

Es la infección de transmisión sexual más frecuente.



¿Por qué hablar con mi pareja sobre el VPH?

En la pareja la infección del VPH genera conflictos que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, por lo cual existe la terapia de pareja que es realizada por un psicólogo experto y consiste en 4 sesiones donde se trabaja un problema a resolver.

