



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76



“IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ

URUAPAN, MICH.

2009



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.

**“IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL”**

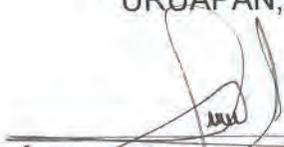
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**P R E S E N T A
EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ**

AUTORIZACIONES



DRA. MARÍA DEL PILAR ROCÍO MORA CONTRERAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
URUAPAN, MICHOACÁN



DR. JOSÉ MELQUIADES JERÓNIMO CAMACHO PÉREZ
ASESOR METODOLÓGICO Y DE TEMA



DR. JOSÉ MELQUIADES JERÓNIMO CAMACHO PÉREZ
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
ZONA URUAPAN

**IMPACTO DEL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

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

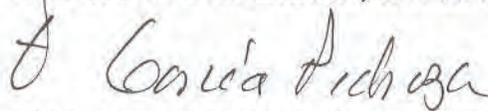
PRESENTA

DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ

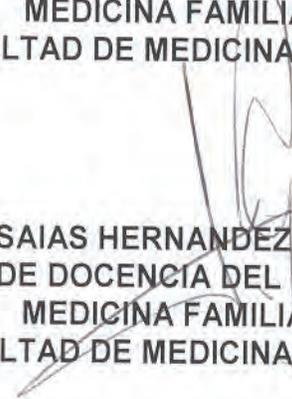
AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

URUAPAN, MICH.

2009

DEDICATORIA

CON TODO MI AMOR Y CARIÑO A MIS PADRES AUSTREBERTO HURTADO CASILLAS Y MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ QUINTANA, LOS LLEVO EN MI CORAZÓN.

A MI ESPOSA ALEJANDRA, POR COMPARTIR SU VIDA A MI LADO Y SER EL MOTOR DE MI VIDA.

A MI HERMANO AUSTREBERTO, POR EL CARIÑO Y SU CONSTANTE INTERES EN IMPULSAR MI SUPERACION PERSONAL Y FAMILIAR.

A MIS HIJOS EDGARDO, LUIS DANIEL, MORELIA BELÉN, JESÚS ALEJANDRO Y NAIDA SAMAR POR PROPORCIONAR LUZ EN MIS SENDEROS Y MOTIVACIÓN PARA LA CAPACITACIÓN CONTINUA.

AGRADECIMIENTOS

A MI MAESTRO Y TUTOR EL DR. JOSÉ MELQUIADES JERÓNIMO CAMACHO PÉREZ, POR SU CÁTEDRA, APOYO CONSTANTE Y TIEMPO CONCEDIDO.

A LA DRA. MARIA DEL PILAR ROCÍO MORA CONTRERAS POR SU CONSTANCIA EN EL PROCESO DE FORMACIÓN MÉDICA Y EDUCATIVA, CON ENTUSIASMO Y ESMERO.

AL MATEMÁTICO CARLOS GÓMEZ ALONSO, POR SU ASESORÍA EN EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

RESUMEN

“IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL” Camacho PJMJ, Mora CMPR Hurtado RE. UMF No. 26, IMSS.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas o individuos ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones. La trascendencia de lograr y preservar una adecuada funcionalidad en el subsistema conyugal, favorece un ambiente adecuado para el crecimiento de los hijos, libre de hostilidades, rencores y amenazas. Al informar el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano a la pareja se corre el riesgo de desencadenar una crisis por dos razones: la primera al enterarse ambos cónyuges de que dicha infección fue transmitida por contacto sexual, y la segunda por el significado de la peligrosidad de la misma. El tratamiento de la familia aporta una nueva perspectiva: relaciona el comportamiento disfuncional con la red de interacciones producidas en el seno familiar y la considera como una unidad biopsicosocial.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del diagnóstico de Infección por Virus del Papiloma Humano en la funcionalidad del subsistema conyugal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 30 parejas de la Unidad de Medicina Familiar No.26 de Taretan Michoacán, a las que se les estableció el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano por citología cervicovaginal en el lapso comprendido del 1º de abril a 15 de septiembre del 2008. Se les aplicó el instrumento para conocer la funcionalidad del subsistema conyugal elaborado por Víctor Chávez Aguilar, en forma individual a cada uno de los miembros de la pareja previo a informar el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano, y un mes después, para conocer si hubo impacto en la funcionalidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva de cada variable; y para conocer si hubo diferencia en la funcionalidad se utilizó la Chi cuadrada, analizando los datos en el programa SPSS versión 17.

RESULTADOS

Se encontró impacto en la funcionalidad del subsistema conyugal ante el diagnóstico de la infección del virus del papiloma humano, sin embargo no fue significativo.

Las parejas que presentaron mayor impacto en la funcionalidad fueron los del grupo de 28 a 32 años, posteriormente los del grupo de edad de 24 a 27 años.

CONCLUSIONES

El estudio realizado confirmó la hipótesis nula, que dice que “el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano no afecta la funcionalidad conyugal”; lo cual resultó contrario a lo que se esperaba. Esto puede tener varias explicaciones que valdría la pena investigar. Es más, es de esperarse que incluso los mecanismos de homeostasis de la propia pareja hagan que se recupere la funcionalidad previa al diagnóstico al pasar un lapso mayor de tiempo; debido a que sin lugar a dudas, a un mes del diagnóstico, la etapa del duelo es inicial. El profesionalismo y amplitud con el que el Médico Familiar dé la información, y el grado de conocimiento que demuestre tienen mucho que ver con la mayor o menor afectación de la funcionalidad del subsistema conyugal.

ÍNDICE

I. AUTORIZACIONES	2
II. DEDICATORIA	4
III. AGRADECIMIENTOS	5
IV. RESUMEN	6
V. INTRODUCCIÓN	9
VI. ANTECEDENTES	14
VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
VIII. JUSTIFICACIÓN	23
IX. OBJETIVOS	25
X. HIPÓTESIS DE TRABAJO	25
XI. HIPÓTESIS NULA	25
XII. TIPO DE ESTUDIO	26
XIII. MATERIAL Y MÉTODOS	26
XIV. RESULTADOS, ANÁLISIS ESTADÍSTICO, GRAFICAS Y TABLAS	30
XV. DISCUSIÓN	36
XVI. CONCLUSIONES	39
XVII. CRONOGRAMA	40
XVIII. BIBLIOGRAFIA	41
XIX. ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La familia es la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en el mismo lugar; se entiende como una forma de organización grupal intermedia, entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, lo cual significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.

La familia cumple funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente. Dichas funciones comprenden la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. La concepción sistémica de la institución familiar, la representa como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en que cada uno de sus integrantes interactúan como un microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud.

La familia está constituida por una serie de elementos que interactúan entre sí, se organizan en subsistemas y se relacionan con su entorno. Cada uno de ellos asume el rol que le corresponde, realiza sus funciones, se comunica y facilita el contacto con su entorno. La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas, que pueden formarse por intereses, funciones, género o generaciones. Si bien son tres los subsistemas con una significación especial: el conyugal, el parental y subsistema fraternal (3).

Los límites o fronteras representan un interfaz entre la familia y el entorno social, su función reside en proteger los elementos propios y diferenciales del subsistema. Deberá ser a la vez, limitante y permeable, facilitando los cambios que necesita para su supervivencia. Si los límites son demasiado permeables se corre el riesgo de que la familia pierda su integridad, pero si, por el contrario, son muy rígidos, se empobrece el sistema. Se habla de familias abiertas cuando sus fronteras facilitan el flujo de información y comunicación entre el sistema y su entorno, y de familias cerradas cuando, por el contrario, la permeabilización de los límites hacen

difícil la llegada de input del exterior. Otra función de los límites reside en proteger la diferenciación de los subsistemas, ya que cuando uno de ellos tiene funciones y demandas específicas, que pueden verse afectadas por las interferencias con otros subsistemas. Además los límites deben ser lo suficientemente abiertos para facilitar su interacción (4).

El mantenimiento del equilibrio interno, el estado constante o la estabilidad del sistema, homeostasis familiar, la interacción con sus miembros, que facilita una relación emocional y física, y promueve el desarrollo individual y familiar, permitiendo los cambios necesarios sin que se afecte la unión y el equilibrio del sistema familiar. Para mantener la homeostasis la familia utiliza dos mecanismos, la retroalimentación negativa y el cierre de las fronteras familiares.

La regulación del sistema familiar se realiza mediante dos mecanismos reguladores: el de la morfoestasis, que tiene como fin la conservación y continuidad de la familia y del que se puede decir que tiene la función de protegerla, esto es, la pertenencia de un determinado sistema; el de morfogénesis, que permite la acomodación y adecuación a los cambios de la familia y se pone al servicio de la modificación y el crecimiento del sistema familiar. Un mecanismo regulador interno, las reglas familiares, sirven de marco para cada uno de los actos de sus miembros, determinan la posición de unos con respecto a otros y las relaciones entre ellos; en la mayoría de los casos, no son percibidas como tales por los individuos que se rigen por ellas, es decir, pertenecen a lo que se podría denominar inconsciente familiar (5).

Factores que intervienen en el proceso de atención familiar son los acontecimientos vitales estresantes, la situación de la dinámica familiar, el apoyo social y los recursos con que cuenta el propio paciente.

La práctica de la Medicina Familiar está justificada porque un número importante de problemas clínicos que se tratan en la consulta requieren para ser resueltos un enfoque distinto que está en relación con la familia. Una parte importante de la demanda del Médico de Familia está motivada por problemas psicosociales, y en un porcentaje elevado de casos, el origen de estos problemas se

encuentra en las alteraciones en la interacción entre los miembros de la familia por algún acontecimiento estresante; tal es el caso del diagnóstico de la infección por virus del papiloma humano.

El Médico Familiar debería emplear el diagnóstico de disfunción familiar cuando el foco de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o integrantes de una pareja que se caracteriza por una comunicación negativa, distorsionada o ausente, asociada a una alteración clínicamente significativa en el funcionamiento individual o familiar, o a la aparición de síntomas en uno o ambos miembros de la pareja (7).

Cuando las personas tienen problemas conyugales, los especialistas de la familia necesitan evaluar si la patología del paciente se debe a un problema de la relación en sí, a un trastorno orgánico, a un trastorno mental, o inclusive a la coexistencia de dos o tres de los factores antes expuestos. El matrimonio exige un nivel de adaptación sostenido por ambos cónyuges. En un matrimonio problemático el médico puede animar a la pareja a explorar áreas como el nivel de comunicación, la manera de solucionar las disputas, las actitudes respecto a la crianza y educación de los hijos, las relaciones con las familias políticas, la actitud frente a la vida social, el manejo de las finanzas y las relaciones sexuales. El nacimiento de un hijo, el aborto provocado o espontáneo, las enfermedades en la pareja, las dificultades económicas, las mudanzas, los cambios laborales importantes y muchas otras situaciones que suponen una modificación sustancial en los roles maritales, pueden causar tensiones importantes en algunos periodos (8).

En múltiples estudios epidemiológicos y clínicos se ha establecido una marcada relación causal entre la infección por virus del papiloma humano y la aparición del cáncer cervicouterino o lesiones pre cancerosas, por lo que se acepta que la infección por este virus es el factor causal de los casos de dicho cáncer. El Virus del Papiloma Humano (VPH) está relacionado con alteraciones del epitelio del cuello uterino, denominadas lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado

(LEIBG y LEIAG). Los virus del papiloma humano están relacionados con cáncer cervicouterino (13).

El cáncer del cuello uterino ocupa el segundo lugar del cáncer en la mujer en todo el mundo, después del cáncer de mama, considerándose que es el principal cáncer de la mujer en los países en vías de desarrollo. Se estima que causa alrededor de 500,000 muertes al año en todo el mundo. En 2001, en México, ocupó el primer lugar entre los tumores malignos en la población femenina con un total de 4,512 defunciones y una tasa de mortalidad de 18.3 por 100,000 mujeres de 25 y más años.

Se han identificado más de 100 tipos de VPH, de éstos 30 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital femenino. Las lesiones ano genitales incluyen el condiloma acuminado, que aparecen en las zonas húmedas, son causadas por los tipos 11 y 16. También pueden producir verrugas en el cérvix, vagina, uretra, ano, boca y garganta (14).

Existen varios estudios publicados en México sobre la participación del virus del papiloma humano en el cáncer cervicouterino. En una investigación realizada en el occidente de nuestro país se concluye que el virus coexiste en 41% de las pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado, y en 69% de las que padecieron cáncer cervicouterino (15).

Entre los factores de riesgo relacionados con las condiciones socioeconómicas y la accesibilidad a servicios de salud están: la edad, el nivel socioeconómico, el alfabetismo, las deficiencias profesionales, el tabaquismo y el mal control citológico. Los factores relacionados con el comportamiento sexual son muy importantes, y dentro de ellos los más determinantes son el inicio temprano de las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, las cervicitis y las enfermedades de transmisión sexual. Los factores ginecoobstétricos son: edad temprana al primer embarazo, multiparidad, nunca haberse realizado un estudio citológico, abortos y anticoncepción hormonal, por la exposición del cuello uterino a traumatismo (16).

La infección por virus del papiloma humano es la más frecuente de las infecciones de transmisión sexual. Existen investigaciones epidemiológicas que señalan que alrededor de 90% del cáncer de cuello uterino puede relacionarse con algunos de los tipos de virus del papiloma humano, su participación es sinérgica en el inicio de lesiones premalignas y carcinomas del cuello uterino. En la evaluación de estas lesiones es necesario evaluar la respuesta inmunitaria del paciente y la coexistencia de factores ambientales y del huésped (17).

ANTECEDENTES

El Médico Familiar que se centra en el paciente, aborda los problemas en el contexto de la totalidad de la persona: antecedentes de vida, problemas personales, familia, entorno físico. Cuando el enfoque utilizado se centra en la enfermedad, el médico sólo se ocupa del proceso patológico, ejerciendo una autoridad sobre el paciente para controlar los procesos biomédicos anormales. En cambio, el médico centrado en el paciente aborda el proceso patológico, la experiencia previa de enfermedad que tiene el paciente y los contextos psicológicos y sociales globales. Este médico trabaja junto con el paciente para establecer prioridades y determinar el papel de cada uno de los participantes en el tratamiento. Tal enfoque resulta enriquecedor para el paciente, mejora la salud, desarrolla una relación terapéutica continuada, incluye otros recursos e involucra a los profesionales apropiados en un plan global de tratamiento.

Funcionalidad del Subsistema Conyugal

Los conceptos de raza, etnia y cultura con frecuencia se utilizan indistintamente. Las distinciones raciales quizá son las que hacen con mayor frecuencia en un contexto clínico y es habitual que tengan una utilidad clínica limitada, a la vez que en ocasiones establecen unos estereotipos de pacientes que llevan a confusión y pueden ser nocivos. La apreciación de la forma en que los factores étnicos y culturales influyen en la salud del paciente y en la entrevista clínica es una consideración importante al proporcionar una prevención eficaz en la enfermedad, fomentar la salud y aplicar tratamientos.

Nuestro conocimiento actual de la forma en que las familias influyen en la salud de los individuos y la manera en que estos influyen en la familia tiene varios componentes básicos. La familia se comprende mejor cuando es examinada de manera correcta. Las familias poseen unos patrones de interacción repetitivos que regulan y modifican la conducta de sus miembros. Los síntomas de un individuo pueden tener una función estabilizadora en la familia. La característica distintiva de una familia sana es la capacidad de adaptarse al cambio (1).

El Médico Familiar puede seguir varios pasos concretos para crear un triángulo terapéutico en vez de sufrir las frustraciones de los triángulos que socavan sus planes de actuación, Participando la familia (consejero de salud de la familia), el paciente y el médico.

El tratamiento de la familia aporta una nueva perspectiva: relaciona el comportamiento disfuncional con la red de interacciones producidas en el seno familiar y la considera como una unidad biopsicosocial. El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas o individuos ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones. Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo: La protección psicosocial de sus miembros (interno), La acomodación y transmisión de una cultura (externo) (2).

La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, el cuándo y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema, manteniendo una resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo cuanto le es posible. Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual. Aparecen, por tanto "requerimientos de lealtad familiar y maniobras de culpabilidad". Sin embargo, la familia debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad. Por eso una familia se transforma con el correr del tiempo adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando.

La familia posee una complejidad y originalidad, con peculiaridades que no son equiparables a las de sus miembros. Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente. Se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares (3).

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento, en respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al estrés de tal forma que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración (4).

“El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas”. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. 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. Así, por ejemplo, el "subsistema conyugal" (matrimonio y vida de pareja), se constituye cuando dos adultos de sexo igual o diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada individuo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Deberán ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

El sistema familiar que hemos descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información. El supra sistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos y las asociaciones de todo tipo. Las informaciones que producen, enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger las diferencias del sistema. Gráficamente, los tres tipos de límites, se representan como: límite claro, límite claramente definido, límite difuso, límite permeable, límite rígido y límite no permeable (5).

El concepto de mito familiar ha sido desarrollado fundamentalmente por Ferreira. Por mito familiar es el número de creencias bien sistematizadas y compartidas por los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Los mitos familiares tienen un valor económico muy preciso, son una exclusividad de las familias patológicas, probablemente estén presentes en todas las familias y pareciera ser que, aún en la relación familiar más sana, es necesaria una cierta dosis de mitología para mantener una serena operatividad. Sin embargo, parece ser que los mitos son más obvios e inalterables y tal vez más abundantes y profundos en las relaciones patológicas. El origen de la mayoría de los mitos se suele perder en el comienzo de la relación. Algunos mitos son transferidos de generación en generación y tiende a formar parte de la imagen interna de la familia y expresa la forma en que es percibido, no tanto por los demás, como por sus miembros, desde adentro. Stirlin clasifica los mitos en tres grupos:

1.- Mitos de Armonía: Presentan un cuadro rosado de la vida pasada y presente de la familia. Intentan hacer ver a los otros que son "familias felices".

2.- Mitos de Perdón y Expiación: Estos mitos tienen una estructura en la que una o más personas son las responsables de la situación de la familia.

3.- Mitos de Rescate: Es la creencia de que todo sufrimiento o injusticia en la vida familiar e individual, puede ser borrado y alejado por la intervención de un personaje mítico o una deidad. El mito no es un producto diádico, sino colectivo, o más bien es un fenómeno sistémico, piedra angular para el mantenimiento de la homeostasis del grupo que lo ha producido (6, 7).

Un progenitor puede tener problemas en su trabajo, roces con sus parientes o enfrentar una amenaza de separación de su cónyuge, pero la pareja dejará de lado sus propios problemas, para asistir a su hijo o controlarlo.

Lo que para la Teoría de Sistemas, en el campo sociológico, se llama mito, para la Psicología de la Gestalt representa un introyecto.

La introyección es el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar (8).

Hay tres ejes de salud mental: la autoestima, el afecto y la amistad y, la adaptación al estrés para una vida más plena.

El subsistema conyugal está compuesto por la pareja, unida por el vínculo del afecto que les ha hecho formar una familia, así como por una comunidad de metas e intereses. Entre los miembros de la pareja negocian, organizan las bases de la convivencia, mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros subsistemas (9, 10).

La funcionalidad del subsistema conyugal es básica para la funcionalidad de todo el sistema, podría decirse que es la más importante. Es posible evaluarla por medio de ciertos criterios. Existe un instrumento de evaluación elaborado en 1994 por los Doctores: Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana. En su artículo “Disfunciones familiares del sistema conyugal, criterios para su evaluación” hicieron un análisis de las diferentes funciones que son esenciales para la relación armónica de las parejas (11).

Mendoza-Solís y Sainz-Vázquez, en su artículo “Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria” mencionan que utilizaron el instrumento de Chávez y Velasco antes citado en una población mexicana para evaluar la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria en Xalapa Veracruz en el 2004 (12).

Para el subsistema de pareja es inquietante recibir la noticia de que el virus del papiloma humano como infección es transmitida por contacto sexual, así mismo el que representa un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino.

Existe controversia tanto acerca de la progresividad de las lesiones premalignas del cérvix como que el carcinoma cervicouterino está siempre precedido de ellas. Epidemiológicamente se ha encontrado que la edad de las mujeres con

estas lesiones premalignas es menor que las que tienen carcinoma in situ, y éstas a su vez son menores que las que presentan cáncer invasor, lo cual sugiere un proceso progresivo de neoplasia intraepitelial cervical a carcinoma in situ, y de allí a microinvasor y a invasor; aunque no todas las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LEIBG) progresan a invasión (13).

Los principales factores de riesgo identificados en la aparición de cáncer cervicouterino son:

- ✓ Inicio de las relaciones sexuales a temprana edad
- ✓ Varios compañeros sexuales en la mujer o en su cónyuge
- ✓ El tabaquismo
- ✓ La multiparidad
- ✓ Estrato socioeconómico bajo
- ✓ Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual en la mujer o en su cónyuge
- ✓ **Infección por el virus del papiloma humano**
- ✓ Estados de depresión y ansiedad
- ✓ Mal control citológico

En el año de 1928, Papanicolaou (PAP) descubrió las células tumorales en frotis provenientes de mujeres. En el año 1941 se institucionalizó y se difundió en todo el mundo la prueba de PAP, la cual se clasifica en cinco clases, del I que es normal a la V que es un carcinoma invasor.

En el año de 1966 R. Richart propuso adoptar el sistema NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical): NIC I displasia leve, NIC II displasia moderada, NIC III displasia severa-carcinoma in situ y Carcinoma de células escamosas.

Actualmente se utiliza la clasificación de Bethesda, que su última revisión fue en el 2001 que incluye descripción de la muestra como adecuada o inadecuada, descripción de cambios reparativos o reactivos, diagnóstico de la flora microbiana como hongos, bacterias, protozoos, virus, descripción de las anomalías de las

células escamosas, como células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), LEIBG, LEIAG, carcinoma de células escamosas, en las células glandulares: células glandulares atípicas (AGUS) y adenocarcinoma. Lo más importante de la citología es saber qué conducta se debe asumir al obtener un resultado (14, 15).

Después de realizarse la citología cervicovaginal como prueba de tamizaje y obtenerse un resultado anormal siguiendo los lineamientos del sistema Bethesda para el reporte del estudio citológico, se continúa la evaluación de la paciente con el estudio histopatológico de las lesiones cervicales, con biopsias o cono cervical dirigidos por colposcopia; el diagnóstico final de malignidad o benignidad depende del examen histológico (16, 17).

La prevalencia global de la infección por VPH es de aproximadamente un 40% donde el 5-10% de estas pacientes desarrollarán lesión, y el 1% o menos un carcinoma (18).

Los VPH son de riesgo para provocar cáncer, pero es necesaria la presencia de otros factores para causar la enfermedad, como son, la conducta sexual, mala nutrición, tabaquismo, multiparidad, carga genética, uso de hormonales, etc.

Los VPH de bajo riesgo son: 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57, los cuales pueden causar cambios en el cuello del útero, pero están en relación a los condilomas y que no conducen a cáncer, con tendencia a la remisión espontánea. Los VPH de alto son el 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58, de estos tipos el 16 y el 18 son los que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino, en estudios realizados el tipo 16 se ha encontrado en el 50% de las pacientes con cáncer del cérvix y el 18 en el 20% (19).

Las infecciones del cuello uterino y la vagina, se transmiten por contacto sexual, pero hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos mal esterilizados y juguetes sexuales, fomites, ropa contaminada. Otra

forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales (20).

El período de incubación es muy variable, por lo general de dos a tres meses, aunque puede ser de años. La mayoría de las infecciones transcurren sin lesiones aparentes y desaparecen sin dejar evidencias de la infección. Un porcentaje de las infecciones persisten al cabo del tiempo (5-10%) provocando lesiones que podrían evolucionar a lesiones precancerosas o cáncer invasor entre los 10 y 20 años.

Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que la infección por el VPH es frecuente entre la población, se calcula que el 1% de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales, 4% podrían tener lesiones por VPH si se evalúan mediante la colposcopia, un 10% de la población serían VPH positivos con una colposcopia negativa y, por último, un 60% de la población podrían tener anticuerpos detectables que indicarían que en algún momento se han expuesto al virus del papiloma humano. En mujeres jóvenes hasta un 50% adquieren la infección en los primeros 4-5 años de vida sexual activa y un 25% de las que se infectan desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado y el 90-95% de las infecciones curan solas, sin ningún tratamiento (21)

Se ha encontrado que la frecuencia de infección con virus oncogénicos en las mujeres de 35 a 44 años fue de un 9.7%; en las mujeres de 45-54 años fue de 9.8% y en las mujeres de 65 años y más la frecuencia de infección fue de 12.6% (22).

En el mundo la mayor frecuencia de virus de alto riesgo se encuentran en África y América Latina, de éstos en América Latina es el VPH-16. En Centroamérica y Sudamérica también los virus de alto riesgo 33, 39 y 59. Existen recomendaciones generales para prevenir el CaCu, un control riguroso, periódico, con examen de Papanicolaou, una prueba de ADN de VPH (23).

En la actualidad existe la vacuna tetravalente que previene infecciones por tipo 6, 11, 16 y 18, con un 95 a 100% de efectividad. La Food and Drugs Association (FDA) aprobó la vacuna en niñas y mujeres con edades entre los 9 y 26 años, con

preferencia de vacunarse antes del inicio en la actividad sexual. La vacuna consiste en 3 dosis primera día 0, segunda día 60 y tercera día 180, pero no es útil para curar en virus ya adquirido (24).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad existe una gran cantidad de amenazas para la funcionalidad familiar, amenazas tanto internas como externas. Los índices de divorcios, separaciones y violencia familiar aumentan día con día, ante la mirada impotente o incluso indiferente, de la sociedad. Durante el 2007 hubieron 595,209 matrimonios y 77,255 divorcios, el 12.3% (25).

La adecuada funcionalidad del subsistema conyugal es imprescindible para la adecuada funcionalidad de todo el sistema familiar. La pareja requiere, además de cumplir con las funciones básicas de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, y de la presencia de afecto, de tener una comunión de intereses, un proyecto conjunto de vida, principios y valores semejantes.

En la práctica cotidiana de los deberes del personal de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es común el dar la noticia de la presencia de Infección por Virus del Papiloma Humano en el cérvix de una mujer al notificar el resultado de una citología cervical. Notificación que en ocasiones resulta catastrófica debido a la inadecuada preparación del personal para presentar la noticia con conocimiento y cautela. Con frecuencia en estas circunstancias, debido a ello, se favorece una disrupción del subsistema conyugal.

El papel del Médico Familiar para orientar y tratar de preservar la unión familiar, con un funcionamiento familiar aceptable, es de suma importancia.

Para el subsistema de pareja es inquietante recibir la noticia de que el virus del papiloma humano como infección es transmitida por contacto sexual, así mismo, el que representa un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. Por lo

anterior es muy probable que el diagnóstico de Infección por Virus del Papiloma Humano, impacte en la funcionalidad del subsistema conyugal.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el impacto del diagnóstico de infección del virus del papiloma humano en la funcionalidad del subsistema conyugal?

JUSTIFICACIÓN

El problema de las separaciones conyugales y divorcios debido a múltiples factores, está en aumento en la población mexicana. Este problema social, de difícil abordaje, no tiene en la actualidad un personaje o un equipo de personas organizadas y decididas a enfrentarlo; sobre todo personas con conocimiento de las causas de fondo de los efectos que sufrimos en el diario acontecer, y que están a la vista en crecimiento alarmante; tales como la violencia desatada, y la drogadicción que consume y embrutece a nuestra juventud. Su principal origen es la proliferación de familias sumamente disfuncionales.

Quien aspire a hacer algo por nuestra sociedad enferma debe comenzar por anticiparse al daño.

Aún cuando parezca demasiado ambicioso el abatir la delincuencia organizada gracias al trabajo del personal de salud, es mucho lo que se puede hacer en uno de varios frentes con el trabajo grupal, con conocimientos y organizado, de quienes tienen la filosofía de servicio a la comunidad y el pensamiento capaz de comprender el funcionamiento sistémico social, tal como lo tienen los médicos familiares.

Es necesario empezar en algún momento y por alguna parte. De lograr influir con una orientación adecuada en la preservación de la unidad familiar y en la mejora de su funcionamiento se habrá logrado mucho.

Con respecto a la Infección por Virus del Papiloma Humano, la principal fuente de contagio de la misma, y su papel en el desarrollo del cáncer cervicouterino; constituyen un riesgo para la funcionalidad conyugal.

Sin embargo una información clara, honesta y detallada, proporcionada por un médico capaz de disminuir el impacto de la notificación y de ofrecer alternativas que minimicen el daño, puede hacer la diferencia entre una pareja destruida o una preservada, o incluso mejorada en su funcionalidad.

Afortunadamente el Médico Familiar tiene esa capacidad, y además la posibilidad de darle seguimiento a sus intervenciones; así como de identificar a aquellas parejas que queden fuera de su competencia para ser atendidas por personal especializado en tratar problemas más severos.

El Médico Familiar ha de asumir los objetivos y las actividades de la Medicina Familiar desde una perspectiva multidisciplinaria, con un enfoque individual y comunitario, con unos contenidos preventivos de promoción de la salud, otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la población atendida.

El conocer el diagnóstico de una infección por Virus del Papiloma Humano puede tener repercusiones en la dinámica familiar, especialmente en la relación entre los cónyuges.

El saber el impacto en una pareja sería de gran utilidad para anticiparse a las posibles consecuencias y tener una mayor eficiencia en el manejo de la crisis conyugal, en caso de su presentación.

En la práctica diaria el especialista en Medicina de Familia conecta con frecuencia con el sistema familiar, si bien el grado en que se realiza un enfoque

familiar en el diagnóstico y el tratamiento dependerá de su experiencia, formación e interés por este enfoque.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del diagnóstico de Infección por Virus del Papiloma Humano en la funcionalidad del subsistema conyugal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la presencia de IVPH en pacientes de una población rural
2. Determinar la funcionalidad del subsistema conyugal
3. Determinar el efecto del diagnóstico de VPH en el subsistema conyugal
4. Determinar la relación de la presencia de VPH y el número de parejas sexuales.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

El diagnóstico de infección por virus del papiloma humano afecta la funcionalidad conyugal.

HIPÓTESIS NULA

El diagnóstico de infección por virus del papiloma humano no afecta la funcionalidad conyugal.

TIPO DE ESTUDIO

- Longitudinal
- Prospectivo
- De intervención
- Comparativo
- Antes y después de una misma población

MATERIAL Y MÉTODOS

El universo de estudio estuvo constituido por las mujeres de la comunidad de Taretan, Michoacán; derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 26, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muestra se obtuvo por conveniencia, seleccionando a todas aquellas a las que se les encontró IVPH en el lapso comprendido del 1º de abril al 15 de septiembre del 2008. Se citó a todas ellas, una vez que se tuvo el reporte de la citología cervicovaginal en conjunto con su pareja, para comunicarles el diagnóstico. El total de mujeres seleccionadas en ese lapso fue de treinta.

Previo a ello, con el consentimiento informado debidamente requisitado, anexo 3. Se les aplicó un cuestionario para evaluar la funcionalidad del subsistema conyugal; el instrumento utilizado fue el elaborado por Víctor Chávez Aguilar, validado en múltiples estudios (Anexo 1 y 2).

Al momento de darles a conocer el diagnóstico de IVPH, se le proporcionó a la pareja en forma amplia y profesional información sobre la patología, para evitar variación en la forma de presentarla y por lo tanto un sesgo en la investigación, el investigador se apegó a un formato elaborado en conjunto con el comité de investigación, que puede observarse en el (Anexo 6).

La pareja se citó al mes para aplicar nuevamente el cuestionario con el fin de valorar los cambios. Dicho instrumento de evaluación se aplicó en forma individual a ambos cónyuges, y la funcionalidad tomada en cuenta se determinó por el promedio de calificación obtenido de los cuestionarios de ambos cónyuges.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Parejas con diagnóstico de infección por virus del papiloma humano.
Parejas que aceptaron participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Parejas sin infección del virus del papiloma humano.
Parejas que no aceptaron participar en el estudio.
Parejas con diagnóstico previo de virus del papiloma humano

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Parejas que no contestaron completamente el cuestionario.
Parejas que no aceptaron continuar participando.
Parejas que no acudieron a contestar el cuestionario posterior al diagnóstico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: funcionalidad del subsistema conyugal.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Infección por el virus del papiloma Humano.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN
INDEPENDIENTE Infección por el virus del papiloma Humano	Presencia del virus del papiloma humano en cérvix.	Nominal
DEPENDIENTE Funcionalidad del subsistema conyugal	Capacidad de la pareja de comunicarse, asumir roles, de obtener y dar satisfacción sexual, de dar y recibir afecto, y de tomar decisiones.	Nominal
SOCIODEMOGRÁFICAS EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad adulta, se reporta en años.	Ordinal
SEXO	Diferenciación entre mujer y hombre	Nominal
GRADO ESCOLAR	Nivel alcanzado por los años de educación aprobados.	Ordinal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva de cada variable sociodemográfica.

Para conocer si existió diferencia estadísticamente significativa entre la funcionalidad conyugal prediagnóstico y post diagnóstico de IVPH se utilizó la CHI cuadrada. Se utilizó el programa SPSS versión 17.

ASPECTOS ÉTICOS

Se tomó en cuenta el capítulo 1, artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, que corresponde a una 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 (Anexo 4).

El protocolo de este estudio fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) del Hospital General de Zona no. 8 y se apegó también a las normas de la declaración de Helsinki, aplicables al presente estudio (Anexo 5).

RESULTADOS

En cuanto a las variables sociodemográficas con respecto al sexo, participaron 30 parejas (30 mujeres y 30 hombres).

En cuanto al número de parejas sexuales, un 32.5% cuenta sólo con una pareja sexual, y el 67.5% con 2 o más parejas sexuales, según se observa en la tabla 1. Esto refleja que el número de parejas sexuales influye para contraer la infección del virus del papiloma humano.

Tabla 1. Número de parejas sexuales

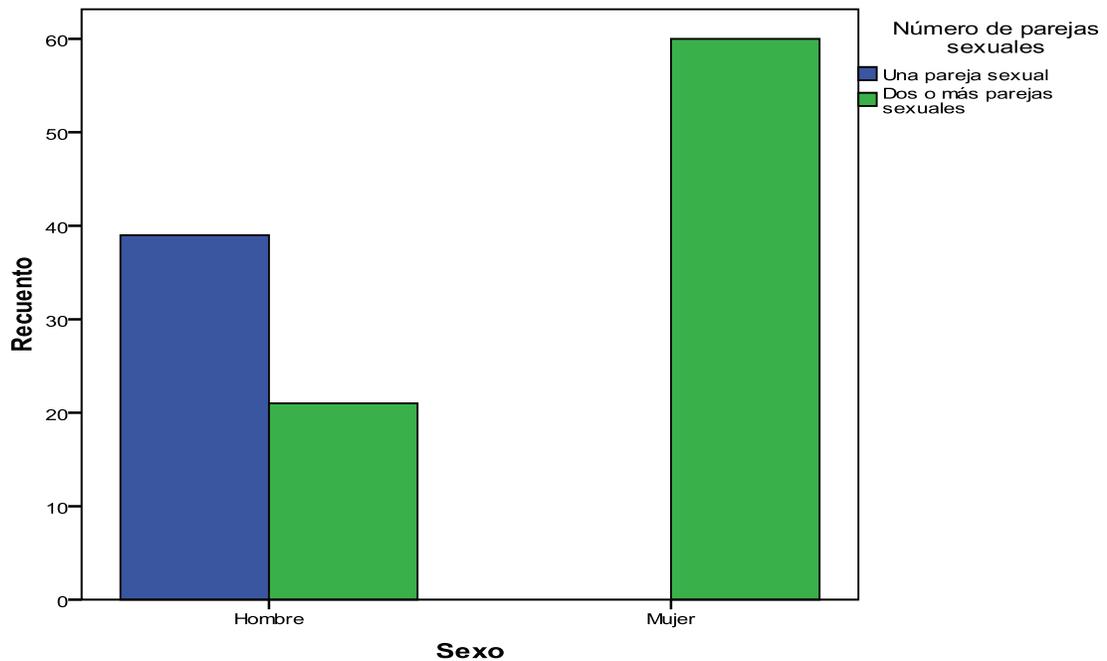
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una pareja sexual	39	32.5	32.5	32.5
	Dos o más parejas sexuales	81	67.5	67.5	100.0
Total		120	100.0	100.0	

Llama la atención que la totalidad de las mujeres estudiadas (100%) expresaron tener dos o más parejas sexuales, en tanto que sólo lo expresó el 35% de los hombres, según se observa en la tabla 2 y se ilustra en la gráfica 1.

Tabla 2. Número de parejas sexuales por sexo

		Número de parejas sexuales			
		Una pareja sexual	Dos o más parejas sexuales	Total	
Sexo	Hombre	Número	39	21	60
			65.0%	35.0%	100.0%
Sexo	Mujer	Número	0	60	60
			.0%	100.0%	100.0%

Gráfica 1. Número de parejas sexuales por sexo



En relación a la edad hay predominio entre las edades de 26 a 32 años, tanto para hombres como para mujeres, lo que corresponde a lo descrito en la literatura (10), con un promedio de edad de 27.5 ± 2.2 años, según se observa en la tabla 3:

Tabla 3. Edad media de los pacientes estudiados

	Edad del encuestado
Media	27.50
Desviación típica	2.208

En cuanto a la escolaridad, predominan los pacientes que tienen primaria incompleta, y se encontró un porcentaje mínimo con secundaria terminada, observando que a mayor escolaridad menor riesgo del impacto en la funcionalidad del subsistema conyugal ante el diagnóstico de infección del virus del papiloma humano.

El grado de escolaridad promedio reportado en el grupo estudiado es de primaria incompleta, y es similar al reportado por otros autores, factor importante para la no utilización de medidas de protección.

Como resultado final se encontró que el impacto en la funcionalidad del subsistema conyugal se presentó efectivamente ante el diagnóstico de la infección del virus del papiloma humano, sin embargo en el grupo estudiado, una vez realizado el análisis estadístico (utilizando la Chi cuadrada para la prueba de hipótesis), la diferencia en la funcionalidad pre y post diagnóstico **no fue significativa**, por lo que se descartó la hipótesis de trabajo, comprobándose la hipótesis nula. Lo anterior puede observarse en las tablas 4, 5 y 6; y se ilustra en la gráfica 2:

Tabla 4. Pre diagnóstico de la funcionalidad familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Pareja grave disfuncional (calific. < o = a 39)	28	46.7	46.7	46.7
Pareja moderadamente disfuncional (de 40 a 69)	21	35.0	35.0	81.7
Pareja funcional (> o = a 70)	11	18.3	18.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Tabla 5. Post diagnóstico de la funcionalidad familiar

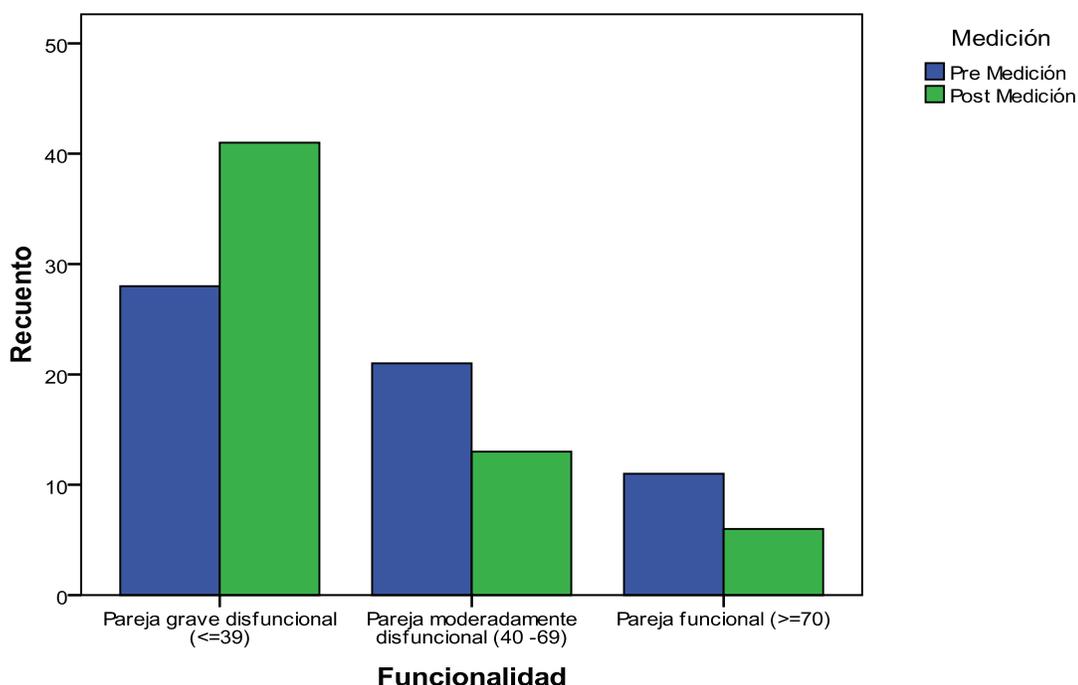
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Pareja grave disfuncional (calific. < o = a 39)	41	68.3	68.3	68.3
Pareja moderadamente disfuncional (40 -69)	13	21.7	21.7	90.0
Pareja funcional (>=70)	6	10.0	10.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.802 ^a	2	.055
Razón de verosimilitudes	5.857	2	.053
Asociación lineal por lineal	5.063	1	.024
N de casos válidos	120		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.50.

Grafica 2. Comparación de la funcionalidad conyugal pre y post diagnóstico de IVPH



Las parejas que presentaron mayor impacto en la funcionalidad del subsistema conyugal fueron los del grupo de 28 a 32 años, probablemente por ser el grupo de edad de mayor predominio en el grupo de estudio, posteriormente los del grupo de edad de 24 a 27 años, donde al tener el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano la relación de pareja se vio afectada sin condicionar, sin embargo, el rompimiento de la estructura familiar.

Se observó que las parejas que viven en unión libre tienen mayor incidencia en el impacto de la funcionalidad del subsistema conyugal ante el diagnóstico de IVPH.

Según se observa en la gráfica 4 antes presentada, en las 30 parejas a las que se les aplicó el instrumento de evaluación al inicio del estudio (se aplicó en forma independiente a cada uno de los miembros de la pareja para no tener sesgo por la influencia entre ambos cónyuges) **se encontró un alto porcentaje de parejas gravemente disfuncionales**. De las 60 personas que contestaron el instrumento, 28 (46.7%) se calificaron como familias con disfunción grave del subsistema conyugal, 21 (35%) con disfunción moderada, y tan solo 11 (18.3%) como familias funcionales.

Posterior a la información del diagnóstico de infección del virus del papiloma humano, se observó un incremento en el número de personas calificadas con disfunción conyugal severa, según se observa en la gráfica 5 antes presentada. De las 60 personas 41 (el 68.3%) se calificaron con disfunción del subsistema conyugal grave, 13 (21.7%), con disfunción moderada y sólo 6 (10%) se calificaron como parejas funcionales.

Sin embargo al aplicar la CHI cuadrada la diferencia entre la pre y la post medición de la funcionalidad conyugal, una vez recibido el diagnóstico de IVPH, no fue significativa ($p = 0.055$), por lo que se descartó la hipótesis del alto impacto esperado.

La tabla 7 nos muestra la percepción de los individuos en los cinco rubros a evaluar, - considerados como parte de la funcionalidad conyugal en el instrumento, - antes de recibir el diagnóstico. En ella se puede apreciar que la satisfacción sexual, una vez aplicada la prueba T de Student para comparar los diferentes rubros, fue la única que se encontró sin diferencia estadísticamente significativa (p de 0.024) con respecto a los otros cuatro rubros o dominios estudiados; es decir, la variación intra

grupo fue amplia en cuanto a comunicación, adjudicación de roles, afecto y toma de decisiones (se encontró diferencia), **excepto** en la satisfacción sexual.

Tabla 7. Prueba T para la igualdad de medidas (pre-evaluación).

Pre evaluación	T	gl	Sig. (bilateral)
Comunicación	12.325	59-000	.000
Adjudicación de roles	4.463	85.558	.000
Satisfacción sexual	2.290	116.183	.024
Afecto	10.166	101.234	.000
Toma de decisiones	7.498	99.364	.000

La tabla 8 nos muestra el resultado de la prueba t, donde disminuyó la semejanza intra grupo de la comunicación, aunque no significativamente (p de 0.007) en tanto que la satisfacción sexual ya no fue estadísticamente diferente (la p varió de 0.024 a 0.000); todos los rubros tuvieron entonces semejanza importante en los resultados dentro del mismo grupo. La leve variación en la comunicación pudo deberse a la actitud que algunas parejas asumieron con la finalidad de investigar o “elucidar” cuál fue el motivo o la vía de contagio.

Tabla 8. Prueba t para la igualdad de medidas (post-evaluación).

Pre evaluación	T	Gl	Sig. (bilateral)
Comunicación	2.763	116.305	.007
Adjudicación de roles	12.767	62.851	.000
Satisfacción sexual	8.878	59.000	.000
Afecto	9.469	62.216	.000
Toma de decisiones	9.747	64.007	.000

DISCUSIÓN

No se encontraron estudios de investigación en relación al impacto en el subsistema conyugal ante el diagnóstico de IVPH, ni en población urbana ni en la rural; por lo tanto requiere de más estudios de investigación en esta problemática.

Es muy importante la intervención del trabajador de la salud en el impacto que tiene el comunicar este diagnóstico; la explicación que se proporcione en el momento de informar, obliga a tener el conocimiento científico, la empatía y la capacidad de lograr que los pacientes, independientemente de su grado de escolaridad, entiendan a cabalidad las diferentes posibilidades de contagio (aunque eminentemente se transmite por contacto sexual); con el fin de minimizar el impacto en la relación de pareja. De ahí el respetar los aspectos éticos que esto conlleva.

Habitualmente los aspectos de la funcionalidad del subsistema conyugal, no son un problema que se considere por el personal de salud al informar el diagnóstico de IVPH, debido a lo cual con mucha frecuencia se ocasionan conflictos serios.

Por cuestiones éticas, y para evitar sesgos en la información, el comité de investigación le indicó al investigador del presente estudio que se apegara a la información completa y profesional que se encuentra detalladamente descrita en el Anexo 7, debido a lo cual probablemente en este estudio no se reflejó un impacto importante en la funcionalidad del subsistema conyugal.

Por lo anterior es importante un trabajo intensivo de capacitación para el personal de salud a fin de que consideren las probables alteraciones en la relación de pareja, cuando se tenga que comunicar el diagnóstico de esta infección.

Cabe señalar el hallazgo de que la funcionalidad de estas parejas era muy deficiente desde el antes de comunicarles el diagnóstico.

También llama la atención el hecho de que el 100% de las mujeres tiene el antecedente de haber tenido o tener dos o más parejas sexuales, mientras que los hombres tienen un porcentaje de sólo el 35%, lo cual resultó contrario a lo esperado.

Por tratarse de un problema de salud grave, en el que el tener más de una pareja sexual es de alto riesgo, se requiere la implementación de programas de educación sexual que logren impactar en el comportamiento sexual y en la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Se requiere además incidir en el mejoramiento de las condiciones sociales, así como en elevar el nivel escolar y el acceso a los sistemas de salud, igualmente y en el acceso a una información adecuada y accesible científica sobre este problema de salud, y sus repercusiones en las relaciones de pareja.

Al realizar este trabajo se apreció el interés de las parejas de las mujeres afectadas ante su problema de salud al acudir a consulta con la esposa, aceptar participar en el estudio, y contestar los dos instrumentos de evaluación. **No se tuvo que excluir del estudio a ninguna pareja.** Lo anterior nos permite tener una perspectiva optimista para poder intervenir en forma activa en la comunidad de Taretan.

Sería motivo de otra investigación el realizar un seguimiento a estas parejas para, después de una intervención orientadora, verificar si se logra una mejoría en la relación de pareja, con el fin de evitar las consecuencias a futuro de la posible separación de sus miembros.

Además existe la necesidad urgente de la formación de grupos multidisciplinarios de salud con apoyo de Ginecólogo, Psicólogo, Patólogo Citotecnólogo, Enfermera en Salud Pública y Trabajadoras Sociales, para que en conjunto con los Médicos Familiares brinden educación encaminada a una mejor funcionalidad y manejo de este problema de salud.

La infección por el virus del papiloma humano es el principal factor etiológico en la neoplasia epitelial escamosa de cérvix.

Los sistemas de salud en el mundo tiene una gran preocupación por la prevención, detección, manejo y control de las mujeres en riesgo de CaCu, y esto es más relevante en países subdesarrollados como lo es el nuestro, donde a pesar de los programas preventivos de las Instituciones de salud no se logra tener una cobertura adecuada en la detección de lesiones precursoras del CaCu.

CONCLUSIONES

1. Existe disfunción en el subsistema conyugal en la localidad de Taretan, aún sin tener el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano.
2. Hubo impacto en la funcionalidad del subsistema conyugal ante el diagnóstico de IVPH, aunque no fue estadísticamente significativo.
3. Contra lo esperado el 100% de las mujeres tienen dos o más parejas sexuales, mientras que los hombres sólo un 35%.
4. Hay más tendencia por parte de la mujer a la aceptación de que la familia a la que pertenece tiene disfunción del subsistema conyugal.
5. Es de llamar la atención que solo el 18% de las parejas estudiadas tenían una familia funcional antes del diagnóstico de IVPH.
6. Las parejas funcionales del grupo estudiado en la población de Taretan posterior al diagnóstico de IVPH, disminuyeron al 10%.
7. Hay una gran diferencia en cuanto a la información y la educación proporcionadas, y la educación requerida por estas pacientes y sus parejas.

CRONOGRAMA

N. P.	Actividad	Realización
1.	Diseño y presentación Proyecto de Investigación	1 a 5 Jul. 2008
2.	Revisión y modificación del Proyecto de Investigación	21 a 25 Jul. 2008
3.	Selección del instrumento definitivo	26 a 30 Jul. 2008
4.	Aprobación para aplicación de instrumentos	1 Abril a 15 Sept. 2008
5.	Concentración de la información	1 Abril a 15 Sept. 2008.
6.	Representación gráfica y análisis de información	15 al 30 de Nov. 2008
7.	Interpretación de datos	1 al 15 de Dic. 2008
8.	Devolución de información a parejas	15 de Diciembre 2008
9.	Revisión documento final	Diciembre a Enero. 2009
10.	Evaluación de procesos y resultados	Permanente

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín ZA, Cano PJF. Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica. Madrid 2003. Elsevier; 1:172-307.
2. Taylor RB, David AK, Johnson A, Phillips DM, Scherger JE. Medicina de Familia principios y practica. Barcelona 2002. Masson; 2:29-281.
3. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª. Ed. México. Medicina Familiar Mexicana. 2000: 103-140.
4. Ríos JL. Los ciclos vitales de la familia y la pareja. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid. 1982. 65-79.
5. Huerta GJ Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud enfermedad. Alfil. México. 2005: 47-86.
6. Ferreira MA. Mitos Familiares en interacción familiar. Tiempo contemporáneo. Buenos Aires. 1971: 69-101.
7. Madanes AD. Terapia familiar estratégica psicoanálisis en el adolescente. Amorrortu. Buenos Aires. 1988: 22-46.
8. Salama y Villarreal R. El Enfoque Gestalt. Una Psicoterapia Humanista. Manual Moderno. México. 2002. 198-199.
9. Garberí FH. Evolución sistemas y terapia familiar. Servicios Psiquiátricos Provinciales Diputación de Alicante. 1996: 46-29.
10. Minuchin S. Familia y terapia familiar. Edit. Gedisa. Buenos Aires. 1982:16-29.
11. Chávez-Aguilar V, Velazco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994; 32: 39-43.
12. Mendoza-Solís LA y cols. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006; 8 (1) 27-32.
13. Novoa VA, Echegollen GA. Epidemiología del cáncer de cérvix en Latinoamérica. Gineco Obstet Mex 2001; 69: 243-244.
14. Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles. 17ª. Edición. Washington. 2001; 16: 89-97.

15. Torrejón R. Factores de Riesgo de Cáncer Uterino. Estrategias de Prevención. Salud Total de la Mujer 2002; 4:(1)23-31.
16. Herrero et al. Epidemiologic Profile of Type-Specific Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste. Journal of Infectious Diseases. Costa Rica. 2005:191-194.
17. Hoon CN et al. Genotyping of 22 human papillomavirus types by DNA chip in Korean women: comparison with cytologic diagnosis. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 56-62.
18. Rivera R et al. Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev Chil Obstet Gineco 2002;67(6):501-506.
19. Muñoz N et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. The New England Journal of Medicine 2003; (6):348-352.
20. Ulrich PK et al. Factors associated with an increased risk of prevalent an incident grade III cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer among women with Papanicolau test classified as grades I or II cervical intraepithelial neoplasia. Am J. Obstet Gynecol 2002; 186(1): 28-34.
21. Erwin A et al. Papilloma virus detection: Demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. Am, J. Obstet Gynecol 2000; 182(2): 257-64.
22. Madrid MV En relación a las vacunas contra el virus del papiloma humano. Salud Pública México 2004; 46(4):284-85.
23. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública México 2005; 47:342-350.

24. Elfgren K et al. A population based five-year follow-up study of cervical human papillomavirus infection. Am, J. Obstet Gynecol 2000; 183: 561-7.

25. INEGI. Estadísticas vitales. Base de datos.

Anexo 2

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Puntuaciones a alcanzar:

I. Comunicación	Clara	10	30%
	Directa	10	
	Congruente	10	
II. Adjudicación y asunción de Papeles	Cumplimiento	5	15%
	Satisfacción	5	
	Flexibilidad	5	
III. Satisfacción sexual	Frecuencia	10	20%
	Satisfacción	10	
IV. Afecto	Manifestación física	5	20%
	Calidad de convivencia	5	
	Interés por el desarrollo de la pareja	5	
	Reciprocidad	5	
V. Toma de decisiones	Conjunta	15	15%
	Individual	0	
	Total	100	100%

Sumando el porcentaje total, las disfunciones se clasifican de la siguiente forma:

0 a 40 puntos	Pareja gravemente disfuncional
41 a 70 puntos	Pareja moderadamente disfuncional
71 a 100 puntos	Pareja funcional

Autor: Víctor Chávez Aguilar

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha, Uruapan, Mich. ____ de _____ 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL AL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO"

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número 1603

El objetivo de este estudio es: DEFINIR EL IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL AL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar una encuesta relacionada con los motivos de la función familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

No hay riesgos, ya que solo consiste en contestar preguntas previamente elaboradas y que son con fines de investigación.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma _____

Nombre. Matricula y firma del investigador _____

Testigo

Testigo

Anexo 4

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- 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;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

ARTICULO 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

ARTICULO 25.- Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la Comisión de Ética.

ARTICULO 26.- Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el consentimiento informado de éste o, en su caso, de su representante legal, deberá ser avalado por un grupo de profesionistas de reconocida capacidad científica y moral en los campos específicos de la investigación así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

ARTICULO 27.- Cuando un enfermo psiquiátrico est internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

Anexo 5

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL PRESENTE ESTUDIO DE ACUERDO A LA DECLARACIÓN DE HELSINKI

2. Es deber del médico promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a aquéllos sometidos a investigación combinada con su atención médica.

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar expresamente que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe estar precedido por una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

19. La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para respetar la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiación, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que la investigación esté justificada por su potencial valor preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, se aplican normas adicionales para proteger a los pacientes que son sujetos pasivos de la investigación.

31. El médico debe informar con detalle al paciente de los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

Anexo 6

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fueron citados el día de hoy para informarles que en el estudio de Papanicolau realizado a la señora en fecha _____ se reportó como (negativo, clase 1, 2 ó 3). Mas la presencia de infección por virus del papiloma humano.

La importancia de llamarlos fue para explicarles la trascendencia (en caso necesario se explicará qué significa trascendencia) de este hallazgo. Quiero hacerles saber que esta es una infección que supone el riesgo de que se desarrolle cáncer cervicouterino en la señora. Aunque no podemos saber con seguridad, debido a que hay muchos tipos de virus y no todos son igual de peligrosos para el desarrollo del cáncer. Afortunadamente este problema se detectó a tiempo y hay mucho por hacer y evitar que se llegue a la muerte.

Esta infección se adquiere más frecuentemente por contacto sexual, es decir, puede considerarse como una enfermedad de transmisión sexual, lo que quiere decir que hubo un contagio; no puedo precisar en que fecha ocurrió, pero en el hombre y la mujer puede permanecer este virus sin producir alteraciones notables en su organismo durante varios años, sin producir molestia alguna. Se presenta frecuentemente en personas que han tenido varias parejas sexuales y sin protección específica como los condones.

Adquiere a su vez, el recién nacido durante el parto y rozar su cara con la región genital de la madre, esta enfermedad. En menor proporción se transmite por instrumentos médicos no esterilizados adecuadamente, lo cual no sucede aquí – aclaro – o bien por juguetes sexuales.

Cuando detecte verrugas vulgares en sus genitales, sin lugar a dudas se trata de una infección viral y esta no significa que sea cáncer, simplemente la infección probable por VPH de bajo riesgo.

El siguiente paso para su vigilancia y tratamiento por mi parte es derivarle al servicio de Clínica de Displasias, dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia; donde realizarán estudios exhaustivos y darán el tratamiento que consideren necesario, así como el seguimiento, hasta que se considere que **ya no hay riesgo**.

Espero que la información que acabo de darles haya dejado en claro sus dudas, y si quieren hacer algún comentario de ello, adelante...

...agradezco su atención y su tiempo.