



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**ACTITUDES DE LA PAREJA ANTE EL
REPORTE DE INFECCIÓN POR VIRUS DE
PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA
CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA
CHIMALHUACÁN**

TÉSIS

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

**PRESENTA:
ANGÉLICA JAIMES NÚÑEZ**

**ASESOR:
PROFRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS**

ISSEMUM



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.



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

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS**

CENTRO MEDICO ECATEPEC CD. ECATEPEC DE MORELOS

**ACTITUDES DE LA PAREJA ANTE EL REPORTE DE INFECCIÓN POR VIRUS
DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA
CLÍNICA CHIMALHUACÁN**

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

PRESENTA:

ANGÉLICA JAIMES NÚÑEZ

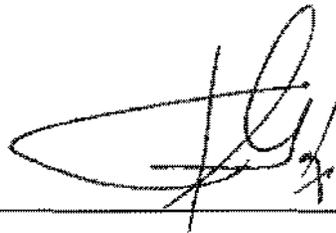
ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE MÉXICO 2010

ACTITUDES DE LA PAREJA ANTE EL REPORTE DE INFECCIÓN POR VIRUS
DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA
CLÍNICA CHIMALHUACÁN

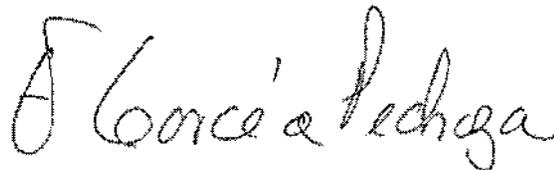
PRESENTA:

ANGÉLICA JAIMES NÚÑEZ

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

**ACTITUDES DE LA PAREJA ANTE EL REPORTE DE INFECCIÓN POR VIRUS
DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA
CLÍNICA CHIMALHUACÁN**

**PRESENTA:
ANGÉLICA JAIMES NÚÑEZ**

AUTORIZACIONES:



**DR. EDUARDO BREA ANDRES
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
ISSEMYM**



**DR. VICTOR CHÁVEZ AGUILAR
JEFE DE ENSEÑANZA DEL CENTRO MEDICO ECATEPEC**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por darme la vida y ser el pilar de ella....

A Pedrito por guiarme en el camino....

A ti madre por ser mi aliciente incansable y un ejemplo de vida maravilloso.....

A mis hermanos por su apoyo incondicional....

A mis cuñadas por su comprensión....

A la Dra. Consuelo González Salinas por sus conocimientos, tiempo y tolerancia ...

CONTENIDO

INDICE

RESÚMEN

1. MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 1.1 Historia del virus del papiloma humano | 10 |
| 1.2 Virus del papiloma humano | 12 |
| 1.3 Vías de transmisión del virus del papiloma | 14 |
| 1.4 Historia natural de la infección | 15 |
| 1.5 Desarrollo de lesiones y cáncer | 19 |
| 1.6 Diagnóstico y tratamiento | 21 |
| 1.7 La pareja | 25 |
| 1.8 Planteamiento del problema | 28 |
| 1.9 Justificación | 29 |
| 1.10 Objetivos | 30 |
| 1.10.1 Objetivo General | 30 |
| 1.10.2 Objetivos específicos | 30 |
| 1.11 Hipótesis | 31 |

2. MATERIAL Y MÉTODOS

| | |
|---|----|
| 2.1 Tipo de estudio | 32 |
| 2.2 Diseño de la investigación | 32 |
| 2.3 Población, lugar y tiempo | 33 |
| 2.4 Muestra | 33 |
| 2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 33 |
| 2.6 Variables | 34 |
| 2.7 Instrumentos para la recolección de datos | 36 |
| 2.8 Métodos para la recolección de datos | 36 |
| 2.9 Prueba piloto | 36 |
| 2.10 Procedimiento estadístico | 37 |
| 2.10.1 Diseño y construcción de base de datos | 37 |
| 2.10.2 Análisis estadístico | 37 |
| 2.11 Cronograma de actividades | 38 |
| 2.12 Recursos humanos | 39 |
| 2.12.1 Recursos materiales | 39 |
| 2.12.2 Recursos físicos | 39 |
| 2.12.3 Financiamiento | 39 |
| 2.13 Consideraciones éticas | 40 |

3. RESULTADOS

| | |
|--|----|
| | 41 |
|--|----|

| | |
|--------------|----|
| 4. DISCUSIÓN | 52 |
|--------------|----|

| | |
|-----------------|----|
| 5. CONCLUSIONES | 54 |
|-----------------|----|

| | |
|----------------|----|
| 6. REFERENCIAS | 55 |
|----------------|----|

| | |
|-----------|----|
| 7. ANEXOS | 58 |
|-----------|----|

ACTITUDES DE LA PAREJA ANTE EL REPORTE DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA CHIMALHUACÁN

RESUMEN.

Introducción: El virus del papiloma humano esta relacionado con el desarrollo de cáncer cervicouterino (tipos 16 y 18), en México ocupa el segundo lugar de mortalidad en mujeres, siendo este un problema de salud publica. Uno de los métodos diagnósticos para este padecimiento es la toma de papanicolaou, pero a pesar de ser eficaz, económico y de encontrarse al alcance de toda la población, la frecuencia de uso es muy poca, pues aun hay mujeres que no se lo realizan por falta de información o bien por desinterés. En las pacientes a las que se les entrego el reporte con diagnóstico de infección por VPH, se observo que se generan actitudes en la pareja que alteran la dinámica familiar, entre ellas el enojo, la preocupación y la angustia fueron las mas predominantes

Objetivos: Describir las actitudes en la pareja ante el reporte de virus del papiloma humano en mujeres derechohabientes de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán.

Material y métodos: Estudio descriptivo, el tamaño de la muestra fue tomado del censo de mujeres que resultaron positivas a infección por VPH de 840 tomas un total de 28 mujeres se diagnosticaron con VPH, en un periodo de enero del 2009 a enero del 2010, se les aplico un cuestionario, diseñado por el investigador de preguntas abiertas actitudinales y de conocimiento. Dividido en dos partes, la primera de datos socio demográficos la segunda parte consta de 10 preguntas, las tres primeras evaluaron el conocimiento de la paciente sobre el VPH, el tipo de reacción emocional que este resultado generó en ellas, las 7 restantes sobre la relación de pareja y las actitudes que se manifestaron en la pareja al comunicar el diagnóstico por infección de VPH.

Resultados: En el año 2009 se realizaron 840 tomas de papanicolaou, de estas un total 28 pacientes resultaron con diagnóstico positivo a infección por VPH, el promedio de edad fue de 34.75 años, el 57.14% de pacientes se encontraban casadas, con escolaridad promedio de secundaria 35.7% y preparatoria 35.7%, en cuanto a la ocupación de las pacientes en estudio se encontró que el 35.7% se dedicaba al hogar, 25% al magisterio, la edad de inicio de vida sexual activa que predomino fue a los 17 años en un 39.2% de los casos, la convivencia en años con la pareja actual fue en promedio de 9.3 años. En cuanto a conocimiento sobre el VPH el 89.2 % de las pacientes en estudio saben que el VPH es una enfermedad de transmisión sexual y el 92.8% sabe cual es la vía de transmisión. Las actitudes que presentaron las pacientes posterior al reporte positivo de infección por VPH fue de preocupación en un 46.2%, tristeza en un 17.8%, y angustia en un 17.8 % predominantemente. Las actitudes de las parejas de las paciente en estudio posterior al reporte positivo de infección por VPH que predominaron fueron la preocupación en un 35.7%, la tristeza en un 25% y el enojo en un 14.2% sin embargo en la mayoría, el apoyo de la pareja se hizo presente. En las parejas en estudio se evaluó si posterior al reporte positivo por VPH se presentaron cambios en la relación de pareja el 82.1% argumento que si y dentro de estos cambios los mas predominantes fueron una mayor comunicación en el 60.7% de los casos.

Conclusiones: Es necesario dar a conocer a la población la importancia de la prevención y del autocuidado, pues la realización del estudio de Papanicolaou, permite al medico familiar diagnosticar oportunamente y con ello recurrir a todo un equipo multidisciplinario para que a la paciente se le brinde tratamiento oportuno, con un enfoque de detección de riesgo podrá intervenir en la familia fortaleciendo las redes de apoyo sensibilizando al subsistema conyugal haciendo el problema de ambos, lo que favorecerá la integración de la pareja, mejorando los canales de comunicación, permitiendo que sea la pareja quien plantee propuestas en conjunto con el medico para afrontar la problemática, y así evitar reacciones negativas que lesionen la dinámica familiar. Al fomentar el autocuidado se obtendrá un impacto positivo disminuyendo las muertes de mujeres por diagnóstico tardío, por ello es crucial tanto para la mujer como para su pareja, la orientación adecuada, oportuna y veraz de su medico familiar pues la intervención de este podrá ayudar a la pareja a afrontar estas crisis paranormativas evitando así la disolución del vinculo y la afectación de la familia. Si el medico cuenta con instrumentos que le permitan identificar la problemática familiar, se le facilitara proporcionar orientación y derivar de ser necesario a un terapeuta familiar, con el objetivo de recuperar el equilibrio al interior de la familia y del fortalecimiento de del subsistema conyugal. Por lo anterior se considera necesario dar continuidad a esta línea de investigación mejorando el instrumento con el que se inicia y realizando validez de contenido para ayudar a las mujeres con esta problemática ofreciéndoles opciones de atención oportuna, también con ello se podrá dar seguimiento y continuidad a través de formación de grupos de apoyo en donde se maneje orientación individual y familiar con la finalidad de fortalecer al núcleo familiar

Palabras clave: Virus del Papiloma Humano, pareja.

ATTITUDES OF THE COUPLE BEFORE THE REPORT OF INFECTION FOR VIRUS OF PAPILOMA HUMAN IN CONSULT OF WOMEN FROM THE CHIMALHUACAN CLINIC

ABSTRACT

Introduction: The virus of HPV this related to the development of cancer cervical (types 16 and 18), in Mexico is the second of mortality in women, this being a problem of Health publishes. One of the diagnostic methods for this condition is the Papanicolaou, but despite being effective, economical and being within the scope of the entire population, the frequency of use is very low, because there are still women do not carried it by lack of information or lack of interest. In patients who they deliver the report with diagnosis of HPV infection, they note that attitudes are generated in the couple that affects family dynamics, including anger, concern and anguish were the most predominant

Objectives: Describe the attitudes of the couple before the report of human papilloma virus in women affiliated to the Chimalhuacán clinic.

Material and methods: descriptive study, the size of the sample was taken from census of women that were positive for infection by HPV from 840 takes a total of 28 women were diagnosed with HPV, in a period from January 2009 to January 2010, is a questionnaire designed by the researcher's questions them apply open attitude and knowledge. Divided into two parts, the first socio-demographic data the second part consists of 10 questions; the first three assessed the knowledge of the patient about HPV, the kind of emotional reaction that led to this result in them, the seven remaining on the relationship and attitudes which manifested themselves in the couple when communicating the diagnosis by HPV infection.

Results: In the year 2009 were 840 shots of smear, of these a total 28 patients were positive diagnosis to HPV infection, the average age was 34.75 years, the 57.14% of patients were married, with average schooling of secondary 35.7% and preparatory 35.7%, in as far as the occupation of the patients under study was found that the 35.7% was devoted to the home, 25% to the magisterium, age of onset of sexually active I dominance was at the age of 17 in a 39.2% of cases, living together in years with current partner was on average 9.3 years. In knowledge about HPV the 89.2% of study patients know that HPV is a sexually transmitted disease and the 92.8% know what the mode of transmission is. The attitudes presented the patients following the positive report of HPV infection was of concern in a 46.2%, sadness in a 17.8%, and anguish in a 17.8% predominantly. The attitudes of couples of the patient in further study to the positive report of HPV infection that prevailed were the concern in a 35.7%, 25% sadness and anger in a 14.2%; however, in most the support of the couple was present. Couples study assessed if following the positive report by HPV were changes in the relationship the 82.1% argument that if and within these changes the most predominant were greater communication in the 62.7% of the cases.

Conclusions: It is necessary to inform the population the importance of prevention and self-care, since the completion of the study of smear, allows to

the medical family diagnosis in a timely manner and thereby resorting to a multidisciplinary team to ensure that the patient be given timely treatment, with a focus on detection of risk may intervene in family strengthening networks of support raising the conjugal subsystem making the problem of the two, which will promote the integration of the couple, improving channels of communication, allowing that to be the couple who raised proposals in conjunction with the doctor to deal with the problem, and so as to avoid negative reactions that injured the family dynamics. To promote self-management will be a positive impact reducing deaths of women per late diagnosis; therefore it is crucial both for women and her partner, adequate, timely and accurate guidance of your doctor family since the intervention of this will help the couple cope with these crises paranormatives avoiding the dissolution of the link and the involvement of the family. If the doctor has instruments to identify family problems, to provide guidance and lead if necessary to a family therapist, with the aim of recovering the balance to the interior of the family and on the strengthening of conjugal subsystem. Therefore it is necessary to give continuity to this line of research to improve the instrument which is initiated and made by content validity to help women with this problem offering them prompt attention, also with this options may be follow-up and continuity through formation of support groups where it is handled individual and family orientation in order to strengthen the family nucleus

Keywords: Human Papilloma Virus, couple.

ACTITUDES DE LA PAREJA ANTE EL REPORTE DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA CHIMALHUACÁN

1.1 HISTORIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

En el antiguo Egipto se han encontrado pinturas que describen el tratamiento de ciertas lesiones semejantes a las “verrugas” mediante el uso de cauterio, de la Grecia clásica proviene el nombre de “*kondyloma*” que quiere decir verruga. Poco después en la etapa de la antigua Roma, Celso hace una diferencia de las verrugas de la planta del pie, y Thimión de la verruga vulgar.¹

Por mucho tiempo se sospechó una etiología infecciosa para las verrugas, esto se demostró al fin en el siglo XIX. Uno de los primeros reportes de transmisión de verrugas en humanos fue por un accidente ocurrido en 1845 a un fabricante de velas de cera, que mientras estaba removiendo un condiloma acicular con su instrumento se lastimó debajo de la uña, tiempo después apareció en el lugar de la lesión una verruga, que luego de destruirla repetidamente reaparecía, hasta que la uña fue finalmente removida. En otro experimento, el investigador Ullmann inoculó extractos de papilomas laríngeos en heridas hechas por el mismo en su brazo. Después de 9 meses brotó una verruga en el sitio de inoculación.¹

Las verrugas genitales y el CaCu siempre fueron referidos como manifestaciones de enfermedades venéreas comunes, tales como sífilis y gonorrea. Esta teoría fue rebatida por una escandalosa publicación hecha en 1917. Se usó un extracto de condiloma de pene, obtenido de un joven estudiante de medicina que no presentaba síntomas de enfermedad venérea alguna. Luego el extracto fue inoculado en el antebrazo del autor y el de su asistente, así como en la mucosa genital de una “virgo intacta”. Después de 2.5 meses la desafortunada mujer desarrolló condiloma genital y en los brazos de los varones aparecieron verrugas. Estos y otros experimentos concluyeron que las verrugas genitales representaban enfermedades distintas causadas por un agente transmisible.¹

El concepto de que algunas verrugas pueden progresar a la malignidad fue establecido por los estudios de Shope, Rous y otros, que estudiaron la transmisión de verrugas que aparecen de manera natural en los conejos comúnmente llamados de cola de algodón. Estos investigadores descubrieron que las lesiones formadas en conejos domésticos, después de inocularlos con extracto de verrugas de los conejos de cola de algodón, eran sensibles a la progresión maligna. También se demostró que tales extractos causaban la aparición de verrugas solo en conejos y no en otros animales, lo que ilustra la especificidad del virus por su hospedero. El primer virus del papiloma fue aislado de conejos por Richard Shope en 1933. El Dr. Harald zur Hausen fue el primero en demostrar, por medio de experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, contienen genomas del virus del papiloma humano.^{1, 2, 4}

En los años 50, se demostró que la prevalencia de la infección genital por VPH era común y con un constante incremento anual.

En los 60, se pensaba que solo existía un tipo viral y que la naturaleza del epitelio infectado era probablemente el responsable tanto de las características morfológicas como del comportamiento de las verrugas. En 1963, Crawford y colaboradores revelaron la estructura del genoma de los papilomavirus; sin embargo, debido a la falta de un procedimiento para cultivarlos y a la aparente benignidad de las verrugas en seres humanos, se retardaron los estudios de su potencialidad oncogénica.⁴

En 1974 se establece en México el Programa nacional de Tamizaje para la DOC (Detección Oportuna de Cáncer)

En la década de los 80, se sugirió la existencia de una fuerte asociación entre la infección y ciertos tipos de VPH y el desarrollo de CaCu. En los años setenta, Zur Hausen propuso el VPH como un candidato en la génesis de las neoplasias del sistema genital; en la misma época Meisel describió una lesión condilomatosa del cérvix inducida por VPH; ambos autores resaltaron la presencia del HPV intranuclearmente en las células coilocíticas asociadas con neoplasia intraepitelial cervical.^{1, 2,4}

En 1985, Kreider y Cols, demostraron plenamente la capacidad transformadora del virus subtipo 11, al lograr reproducir los cambios condilomatosos presentes en un fragmento del cérvix normal, sembrando bajo la cápsula renal de un ratón atómico, junto con un fragmento de tejido con lesiones condilomatosas producidas por este subtipo; adicionalmente se presentaron cambios de displasia en el tejido normal. Estos hallazgos demostraron una asociación significativa y causal de ciertos subtipos de VPH y el cáncer cervical, con lo que se apoyaron los postulados de Koch. Por otro lado el papel oncogénico de este grupo de virus no solo se limitaba a la neoplasia del cuello uterino, sino que se señaló que el 10% de las neoplasias humanas investigadas, el VPH está relacionado con la aparición de tumores. Estos tumores son el carcinoma de la piel, de la mucosa oral, de la laringe, del pulmón, del esófago, de la vejiga urinaria, y de órganos de la región ano-genital, tanto en hombres como en mujeres.¹

En los inicios de la década de los 90, equipos de investigación interdisciplinarios demostraron que la infección de VPH y sus precursores citopatológicos preinvasivos eran la causa virtual de todos los casos de CaCu.²

En 1995, la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC), concluyó, mediante cuatro estudios de casos-control, material suficiente para considerar a los VPH-16 y VPH-18 como carcinógenos humanos.

Un año después, en 1996, gracias al desarrollo de las técnicas de biología molecular, en particular las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), fue posible que se caracterizaran 77 tipos clasificados de acuerdo a su localización anatómica, secuencia genómica y carácter oncogénico.

Para 1999 ya se habían secuenciado 85 genotipos y aproximadamente 120 especialmente secuenciados.^{1, 2,12}

1.2 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Existen más de 100 diferentes tipos de VPH. Estos difieren en cuanto a los tipos de epitelio que infectan. Algunos infectan sitios cutáneos, mientras otros infectan superficies mucosas.^{3,4}

Son miembros de la familia Papovaviridae, virus sin envoltura. Están protegidos por una cápside icosaédrica constituida por 72 capsómeras; cada una de estas capsómeras mide alrededor de 52 nanómetros que envuelven el genoma, los cuales facilitan el acoplamiento a proteínas virales. Estos virus con un genoma de ADN de doble cadena de longitud aproximada de 8.000 pares de bases (pb), asociado a proteínas tipo histona, infectan con alta especificidad epitelios planos estratificados queratinizados, produciendo la transformación e inmortalización de sus células blanco.^{4,7}

Los virus oncogénicos desempeñan un papel etiológico de extrema importancia en varios de los tumores malignos que afectan al hombre, el VPH ha sido identificado como el factor etiológico fundamental en el desarrollo del cáncer de cuello uterino. En el 90-100 % de los casos diagnosticados con cáncer cervicouterino se ha identificado el ADN transcrito y los productos proteicos de este virus, con una prevalencia del 5-20 %. Han sido aislados, secuenciados y clonados al menos 100 tipos, y de ellos, 50 están asociados con el tracto genital femenino. Este virus ha sido clasificado según el grado de transformación maligna que ocasiona en la célula infectada, en VPH de alto riesgo y/o de bajo riesgo.^{4,5,7}

Entre los más comunes que representan al grupo de bajo riesgo se incluyen los tipos 6 y 11 que usualmente causan verrugas benignas y que ocasionalmente, se asocian con lesiones no invasivas; mientras que los tipos VPH-16 y VPH-18, se corresponden con los de "alto riesgo" por su gran potencial carcinogénico. El VPH-16 es el tipo que aparece, fundamentalmente en los tumores invasivos y en los de alto grado de malignidad; el VPH-18 se relaciona con el carcinoma pobremente diferenciado y con un mayor compromiso de los ganglios linfáticos. Tanto el genoma del VPH-18 como el del VPH-16 pueden encontrarse como viriones, integrados en el ADN celular o de forma episomal.^{4,5}

La infección por VPH es inicialmente asintomática y la transmisión puede ocurrir antes de que la expresión del virus se manifieste. El epitelio diferenciado es necesario para el completo desarrollo y crecimiento del virus, fenómeno conocido como tropismo celular que es evidenciado por la restricción de funciones de replicación viral. La severidad de traumas o erosiones epiteliales y la inducción de hiperplasias epidérmicas antes de la infección, son factores locales importantes que favorecen el crecimiento viral.^{5, 6,13} El proceso de infección ocurre fundamentalmente, a través de receptores de integrinas presentes en las células basales. Sin embargo, la lesión puede ser iniciada por lesiones epiteliales pequeñas, siendo poco el acceso a las células basales, donde produce un amplio espectro de cambios morfológicos una vez infestadas.

En el núcleo de la célula hospedera el virus se replica en una relación 25-50 genoma /células, mediado por la actividad de 4 proteínas multifuncionales: E1/E2, E6 y E7.^{6,13}

* E1/E2: región que generalmente se rompe cuando el genoma viral se integra en el genoma hospedero. La disrupción de E2 libera los promotores virales de las oncoproteínas E6 y E7 e incrementa la expresión de estos genes transformantes.

* E6: oncoproteína que se une al producto génico del gen supresor de tumor: p53 (proteína activada por la fosforilación de proteínas sensibles al daño del ADN), formando un complejo E6-p53 que es blanco posterior para la degradación, y provoca fallos en los mecanismos de proliferación y apoptosis. La E6 sintetizada por los VPH-6 y VPH-11 muestra una significativa disminución en la capacidad de unión a la p53, lo que podría explicar la asociación menos transformante de estos para la célula.

* E7: esta oncoproteína promueve la transcripción viral por 2 vías:

1. Se une al producto génico del gen del retinoblastoma (Rb), liberándose el factor de transcripción E2F, fundamental en la promoción de la síntesis del ADN, tanto del virus como de la célula.

2. Se une y activan determinados complejos de ciclinas, como la p33-dependiente de quinasa 2, la cual controla la progresión del ciclo celular. La respuesta de las células infestadas ante este fenómeno es la producción de un inhibidor de ciclina quinasa: la proteína p21cip1, que es transcrita a partir de un ARNm secuestrado que existe en las células basales y parabasales. La proteína p21cip1 es típicamente producida por transcritos estimulados por p53, por lo que, si p53 es inactivada, p21cip1 no puede transcribirse.

Gran cantidad de E7 puede unirse y bloquear la actividad del inhibidor. Las cantidades relativas de E7 y p21cip1 determinan cuándo la célula entra en fase S del ciclo celular y replica el ADN viral o cuándo bloquea la producción del virus. La célula donde E7 se une a p21cip1 se convierte en koilocito y produce partículas virales.

Normalmente la proteína p53 activada es requerida para detener el ciclo celular en la fase G1 como resultado de la estimulación directa a p21cip1. Una ausencia o inhibición de esta propiedad conduce a inestabilidad genómica. Alternativamente, cuando los daños en el ADN son más severos o cuando hay una gran replicación viral, p53 puede activar la vía apoptótica

En las lesiones persistentes, el genoma viral continúa estimulando a las células basales a ignorar el daño en el ADN, que por consiguiente, se van acumulando. La estimulación por E6 y E7 de los VPH de alto riesgo produce clones con una larga vida media, pasando al punto conocido como de mortalidad 1 o M1, donde aún las células no son inmortales. Un importante paso en la inmortalización lo constituye la liberación de los telómeros.^{4, 5, 6,13}

Normalmente los telómeros se acortan tras cada generación celular. Cuando alcanzan un tamaño determinado se produce una señal de muerte para las células. El largo y la estabilidad de los telómeros son mantenidos por las telomerasas. La oncoproteína E6 puede activar las telomerasas y mutaciones adicionales pueden estabilizar los telómeros, promoviendo el paso de la célula

a la fase de mortalidad 2 o M2. No se conocen en detalles cómo mutaciones adicionales e independientes promueven la transición de las células inmortalizadas a células malignas.

La integración del genoma viral implica, tanto la destrucción del genoma de la célula hospedera como la del propio virus. Las alteraciones genéticas resultantes de la interacción célula-virus están relacionadas, directa o indirectamente con la inmortalización de la célula.⁶

TIPOS DE VIRUS

Hacia los años noventa se conocían alrededor de 60 tipos de papilomavirus; hoy se han identificado más de 100 genotipos diferentes, muchos de ellos aún sin clasificar.

De acuerdo a la predilección por órganos comprenden (28, 31, 32, 33):

- Epitelio cutáneo:

1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,17,19,20,21,22,23,24,25,26,27,
28,29,36,37,38,41,46,47,48,49,58.

- Epitelio anogenital: 5,6,11,16,18,26,30,31,33,35,39,40,42,43,44,45,51,52,53,
54, 55, 56, 57, 58, 59, 66, 68, 73, 82

- Mucosa oral: 1, 2, 6, 7, 11, 13, 16, 30, 32, 57.⁴

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) considera que los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 son carcinógenos para los humanos, tipos de alto riesgo oncológico y que otros tipos, incluidos el VPH 6 y el VPH 11, son tipos de bajo riesgo oncológico.^{8,9}

Tipos de alto riesgo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 68, 82 Asociados con cánceres invasivos de cuello uterino, vulva, pene o ano (así como otros sitios)
VPH-16: asociado a 50% todos los cánceres cervicales VPH-18: representa 10-12% de los cánceres cervicales. Resto representa 2-4% de todos los casos.

Tipos de bajo riesgo 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81 pueden causar cambios benignos o de bajo grado en las células cervicouterinas y verrugas genitales VPH-6 y VPH-11: Mayor asociación a verrugas genitales.⁹

1.3 VIAS DE TRANSMISIÓN DEL VPH

El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales vaginales o anales). Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genital-genital) pueden causar una infección por el VPH, pero esas vías de transmisión son mucho menos comunes.

El comportamiento sexual es el factor predictivo más constante en la adquisición de una infección. Más importante aún, el número de parejas

sexuales se relaciona proporcionalmente con el riesgo de tener una infección por VPH.

En las mujeres, la actividad sexual de su(s) pareja(s) también es importante para determinar el riesgo de adquirir la infección. Las infecciones por VPH también son comunes en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres. La infección por VPH puede detectarse en objetos inanimados como la ropa o las superficies ambientales. Sin embargo, no se conoce ningún caso de transmisión por esa vía.⁹

- Por contacto sexual, que es la vía más frecuente y la de mayor riesgo.
- Instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados. (guantes 50 %, instrumental de biopsia 37 %)
- Fomites (jabones, toallas, ropa interior 17 %) y artefactos sexuales.
- Materno – fetal, las gestantes pueden transmitir el virus al feto en el transcurso del Embarazo o durante el parto. Cuando existen lesiones verrugosas en vagina es muy frecuente que se presente papilomatosis laríngea en el niño.
- Autoinoculación de las verrugas vulgares, por contacto directo de la piel con las verrugas.

1.4 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VPH.

La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Es por ello que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente están relacionados con el comportamiento sexual, como es la edad de inicio de vida sexual, un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo. Las infecciones genitales por VPH pueden detectarse en cérvix, vagina y vulva en mujeres; glande, prepucio y piel del pene y escroto en hombres; y en canal anal y perianal tanto de mujeres como de hombres.¹⁰ En la mayoría de los casos, las infecciones genitales por el VPH son transitorias y asintomáticas.

Aproximadamente el 70% de las mujeres con infecciones por el VPH se tornan negativas por el ADN del VPH en un año y hasta el 91% de ellas se tornan negativas por el ADN del VPH en dos años.⁹ La transmisión se produce por contactos sexuales y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el cuello uterino (zona de transición) y la línea pectínea del canal anal.^{3,8}

Se cree que el desarrollo gradual de una respuesta inmunitaria eficaz es el mecanismo más probable para el aclaramiento del ADN del VPH.⁴ Sin embargo, también es posible que el virus permanezca en un estado latente indetectable y luego se reactive muchos años después. Esto puede explicarse por

qué el VPH puede detectarse nuevamente en mujeres de mayor edad que han mantenido una relación de monogamia mutua prolongada.^{3,9}

Muchas mujeres con infecciones transitorias por el VPH pueden desarrollar células escamosas atípicas de significancia indeterminada (ASC-US, por sus siglas en inglés) o lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés), tal y como se detectan en una prueba de Papanicolaou.

Únicamente alrededor de un 10% de las mujeres infectadas por el VPH padecerán de infecciones persistentes por el VPH.

Las mujeres con una infección persistente por el VPH de alto riesgo corren el mayor riesgo de presentar precursores de cáncer de cuello uterino de alto grado y cáncer. No está bien definido el riesgo de padecer de displasia moderada a avanzada o lesiones de neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 ó 3 (NIC 2, 3), para las mujeres con un riesgo persistente de contraer una infección por el VPH de alto riesgo. Sin embargo, el riesgo es mayor que el de las mujeres cuyas infecciones desaparecen espontáneamente.³

Muchos tipos de VPH inducen solamente lesiones productivas y no se asocian a cáncer humano. En dichas lesiones, la expresión de los productos de los genes virales se encuentra cuidadosamente regulada, de modo que las proteínas virales se expresan en momentos definidos y en cantidades controladas a medida que la célula infectada migra hacia la superficie epitelial. Los eventos que dan lugar a la producción de partículas virales en las capas superiores del epitelio, parecen ser comunes tanto en virus de alto como de bajo riesgo oncogénico. Los eventos iniciales que conducen a la transformación maligna por virus oncogénicos no están del todo esclarecidos. Una posibilidad es que la zona de transformación del cérvix es un sitio del epitelio donde los VPH de alto riesgo no logran regular apropiadamente su ciclo productivo; por lo tanto, la variación tanto en el nivel de expresión de las proteínas virales, como del momento en que esta expresión ocurre, puede repercutir en el desarrollo de cánceres en estos sitios.¹⁰

La infección por el virus de papiloma humano se puede clasificar en: primero una infección latente, que se caracteriza por la presencia de VPH en las células o tejidos que son aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad. Sin embargo el virus está ahí y en ocasiones puede ser detectado por técnicas específicas como Hibridación in situ o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Posteriormente la infección subclínica se manifiesta por cambios microscópicos en el epitelio cervical (coilocitos, displasias) detectados en las citologías o cortes histológicos de los tejidos afectados. La presencia de VPH en este punto se puede verificar mediante el uso de un colposcopio que evidencia cambios de coloración en el cuello uterino después de aplicar una solución de ácido acético; estos cambios se asocian a la infección con VPH y una posible lesión premaligna. Finalmente la infección clínica se manifiesta por la aparición de tumores visibles y es en esta etapa donde se puede encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH. Estos virus se encuentran viables y con capacidad de infectar otros tejidos. Sin embargo, no siempre la enfermedad se manifiesta durante esta última etapa ya que varios casos llegan a permanecer en periodo de latencia o subclínico,

tiempo durante el cual se puede adquirir un estado de resistencia o regresión de las lesiones, o bien de progresión hacia un cáncer invasor.^{10,11}

Se considera al VPH como una causa necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad, pues se requieren otros cofactores que incluyen la exposición al cigarro, la infección por Clamydia y el tipo de antígeno humano linfocitario (HLA), entre otros, para que un porcentaje de infecciones persistentes por VPH logre en algún momento progresar y dar lugar al cáncer.¹¹

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN DEL VPH.

La infección por VPH de las células del epitelio cervicouterino es considerada, en términos biológicos, como una enfermedad de transmisión sexual a través del contacto con el epitelio anogenital infestado, poco después de iniciada la relación sexual. En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérnix. En este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanco es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer.¹³

1.- Conducta Sexual.

El inicio precoz de las relaciones sexuales.

El riesgo es mayor en la mujer a medida que inicia sus relaciones sexuales más cerca de la menarca.

El mayor número de abortos espontáneos se asocia a la presencia de HPV del tipo 16.^{13 14}

El número de compañeros sexuales.

El riesgo atribuido a mujeres con una pareja sexual es del 17-21 %. Mientras que la cifra asciende del 69 al 83 % con 5 o más parejas sexuales.^{13 14}

En las prostitutas la frecuencia de infección viral de alto riesgo es hasta 14 veces más elevada en relación a la población general.

Promiscuidad sexual del hombre.^{13 14}

El ADN de los espermatozoides en presencia del ADN viral de las cepas 16 y 31, aparece completamente fragmentado, lo que indica que los espermatozoides sufren una apoptosis (muerte celular programada).

Se detectó que la movilidad de los espermatozoides era mayor en presencia de virus, afectando el movimiento natatorio de la cabeza, lo que se asocia con una disminución en su capacidad fertilizadora.

Si a una mujer se le detecta HPV, su pareja es probable que ya este infectado, la diferencia radica en que el hombre puede presentar dos tipos de enfermedades: los condilomas acuminados y la infección viral subclínica; además si tiene una conducta sexual promiscua se convierte en un diseminador de la infección.^{13 14}

2.- Consumo de tabaco.

El tabaco es causante de displasia cervical por acción tóxica de la nicotina y la cotinina, que también se concentran en las secreciones genitales masculinas,

por eso deben abstenerse de fumar los varones que tienen relaciones sexuales con mujeres portadoras de displasias.

Los carcinógenos presentes en el tabaco dañan el ADN celular, que es precursor del cáncer.^{13 15}

3.- Alto Número de embarazos.

Los cambios hormonales que se presentan en esta etapa de la mujer predisponen el desarrollo de infecciones virales de este tipo.^{13 15}

4.- Sistema inmunológico deprimido.^{12 15}

Factores genéticos, de carencia inmunológica

Síndrome de inmunodeficiencia humana.

5.- Uso prolongado de anticonceptivos.

Mujeres que emplean anticonceptivos orales por más de 5 años, están vinculadas con la persistencia de infecciones y duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino. La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esferoidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona. Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral.^{1,12}

6.- Factores Nutricionales.

Carencia en la dieta de antioxidantes.

Deficiencia nutricional de ácido fólico, vitamina C, favorecen la persistencia de la infecciones virales, y la evolución a estadios mayores del cáncer.^{12,13}

7.- Alcohol.

Una investigación realizada recientemente revela que el epitelio de la boca es en el plano celular, de estructura muy semejante al epitelio vaginal y al del cuello uterino, se vinculan con el HPV 16 y 18. Este mismo estudio sostuvo que el ingerir alcohol y consumir tabaco promueven la infección por HPV, se conoce que el etanol presente en las bebidas alcohólicas inhibe la producción de la proteína p53. Combinar tabaco alcohol con el HPV y células epiteliales de la boca es una fórmula para producir cáncer oral.^{12,13}

8.- Edad.

La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia.

El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.¹

Luego de la infección de la célula huésped por el virus, éste lucha contra el sistema inmune del paciente, y como resultado se producirá:

- Regresión espontánea: 35%
- Persistencia o latencia: 50%
- Progresión a NCI o carcinoma infiltrante: 15%

Las NCI (neoplasias cervicales intraepiteliales) son clasificadas en lesiones de bajo grado (LBG) y lesiones de alto grado (LAG) según el riesgo de transformación neoplásica. Clásicamente se han agrupado los genotipos virales de HPV en bajo riesgo (BR), alto riesgo (AR) y riesgo intermedio (RI), dependiendo de la frecuencia con que se encuentran en lesiones benignas, LBG, LAG y carcinomas invasores. Los subtipos virales más frecuentemente asociados al grupo AR son HPV 16,18,45 y 56, detectados principalmente en LAG y carcinomas; al grupo RI HPV 31,33,35,51 y 52 asociados a todos los grados de NCI, y el grupo de BR HPV 6, 11, 34,42,43 y 44, detectados más frecuentemente en lesiones benignas. En la actualidad se ha observado que la asociación cáncer - HPV es igualmente poderosa entre los grupos considerados de alto riesgo y riesgo intermedio. De este modo, 15 tipos de HPV han sido clasificados como de alto riesgo: 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 y 82 y, por lo tanto, deberían ser considerados con potencial oncogénico (31, 32, 33, 34).⁷

1.5 DESARROLLO DE LESIONES Y CÁNCER

El resultado usual de la infección por VPH es una verruga o papiloma. Las verrugas de la piel pueden ser verrugas planas o verrugas plantares. Las verrugas genitales, o condilomas, se transmiten por contacto sexual, el 90% de estas son causadas por los tipos virales 6 y 11.

Los virus genitales, tanto oncogénicos como no oncogénicos, pueden causar NIC 1 (neoplasia intraepitelial cervical, grado 1) son manifestaciones transitorias de la infección viral productiva. Se caracteriza por presentar mayor actividad mitótica y contenido de células inmaduras en el tercio inferior del epitelio. Este se diferencia y madura, mostrando anomalías menores de la célula. La zona de transformación del cuello uterino es la unión entre el epitelio columnar del endocervix y el epitelio escamoso del ectocervix. Es un sitio de continuos cambios metaplásicos, más activos en la pubertad y durante el primer embarazo y declinan después de la menopausia. Una metaplasia escamosa atípica, inducida por algún virus y que se desarrolle en esta región, puede progresar a un NIC 2 o NIC 3, las verdaderas precursoras del CaCu y que se caracterizan por presentar mayor actividad mitótica y contenido de células inmaduras en los tercios central y superior la lesión.

El CaCu de células escamosas es el más común, mientras que el 10 % de los casos son de origen glandular, es decir adenocarcinoma. Este también contiene VPH pero la correlación es menos pronunciada y es dependiente de la edad. Cerca del 50% de las mujeres con adenocarcinoma in situ.¹

PERIODO DE INCUBACION

El periodo de incubación es variable puede extenderse desde los 2 a 3 meses, hasta incluso los 15-20 años.

La mayor parte de las lesiones son inaparentes y desaparecen también sin dejar evidencias de la infección, un porcentaje muy reducido persisten por un determinado tiempo (10 %), que podrían evolucionar a lesiones precancerosas.

El virus puede estar en estado latente hasta durante 20 años, son lesiones asintomáticas, que pueden provocar prurito vulvar, vaginal o dispareunia.¹

SIGNOS Y SINTOMAS

Algunos HPV pueden causar lesiones verrugosas en piel y mucosas alrededor de ano y genitales en hombre y mujeres. Otros tipos de HPV producen lesiones no visibles y no presentan signos y síntomas y solo es posible su visualización por colposcopia.

Estas lesiones son curables, pero el virus puede permanecer en el organismo en estado latente por tiempo prolongado, hasta que se produzca un estado de inmunodepresión y se presente la recurrencia viral. Si el virus es de bajo riesgo la infección desaparece espontáneamente y sin consecuencias.^{2,12}

La infección por el VPH puede reconocerse en forma clínica, subclínica o latente.

- Clínica: Se evidencia mediante la observación a simple vista. El aspecto macroscópico de los condilomas acuminados (exofíticos) es el de pequeñas formaciones sésiles, papilares, aisladas o múltiples en forma de pequeñas crestas.

Se localizan en regiones húmedas, en especial en aquellas expuestas a roce durante el coito. En la mujer aparecen en la parte posterior del introito vaginal, labios menores y el vestíbulo y con menos frecuencia en el clítoris, su capuchón y los labios mayores. En el hombre, el glande, el prepucio y el surco balano prepucial son las zonas más frecuentes de aparición, pocas veces aparecen en el cuerpo del pene. En la zona anal y perianal puede hacerse evidente en ambos sexos.

- Subclínica: Se diagnostican con la ayuda del colposcopio o de una lente de aumento y con la aplicación de ácido acético al 3-5 %. Es la forma más frecuente de infección del VPH en el cuello uterino por lo que se precisa del auxilio del colposcopio y la tinción previa con el ácido acético al 3-5 % para demostrarla.

- Latente: Sólo se detecta mediante técnicas de hibridación molecular del DNA en material citológico. Se llega a su diagnóstico por medio de costosos exámenes de hibridación molecular en el estudio citológico realizado y nos permite identificar el tipo de virus causante de la infección, lo que resulta muy importante, por la acción oncogénica que se le atribuye a algunos de esos tipos del VPH.⁶

Es importante mencionar que la coinfección con múltiples tipos de VPH se ha observado más frecuentemente entre mujeres jóvenes y en aquellas con anomalías citológicas o con daño en la respuesta inmune.

También se asocian con 10-15% de las displasias de bajo grado del cérvix (estas lesiones rara vez evolucionan a cáncer) y con 90% de papilomatosis respiratoria juvenil recurrente.²

1.6 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La detección temprana y el tratamiento oportuno del VPH en lesiones precancerosas pueden prevenir la progresión a cáncer. Los cambios que produce el VPH en el epitelio del cuello uterino se pueden detectar mediante un análisis citológico (examinando con el microscopio células descamadas) conocido como prueba de Papanicolaou, La infección persistente por VPH se puede diagnosticar mediante pruebas repetidas de ADN de VPH. En muchos países, la citología o las pruebas de ADN de VPH, o ambas, se usan para el cribado sistemático del cáncer cervicouterino y para el seguimiento después del diagnóstico. En los países de ingresos bajos sin una buena infraestructura sanitaria, la inspección visual del cuello uterino con ácido acético o solución yodada de Lugol permite detectar posibles lesiones, que se pueden tratar de inmediato con crioterapia.^{1, 15,18}

Tanto las pruebas convencionales de Papanicolau (frotis teñido) como la nueva citología de base líquida (un método nuevo en el cual se recogen células cervicouterinas y se colocan en un medio líquido) pueden utilizarse para detectar el cáncer de cuello uterino.

La sensibilidad de la citología de base líquida varía entre un 61% y un 95% y la especificidad varía entre un 78% y un 82%.^{3,12}

1.- Papanicolaou.

Es importante tomar una buena muestra citológica de celular vivas, metabólicamente activas, del ectocervix y del canal endocervical (en ese orden), de acuerdo a los parámetros de frecuencia y normas que se dispone.⁽¹²⁾ La sensibilidad de la prueba de Papanicolau convencional varía entre un 30% y un 87% y la especificidad varía entre un 86% y un 100%.³

La presencia de coilocitos, disqueratocitos y la binucleación son los tres aspectos más característicos de la infección por VPH. Los coilocitos son células superficiales e intermedias que fueron descritas por Ayre en 1949 (las llamó células precancerosas en ese entonces) y se identifican por un gran halo perinuclear claro, que rechaza el citoplasma hacia la periferia, muy característico y se denomina halo coilocítico.⁶

2.- Colposcopia.

El colposcopio es un aparato de magnificación que permite la observación del ectocervix y en muchos casos de la parte inicial del canal endocervical.

Las infecciones por HPV, NIC y carcinoma invasor tiene imágenes características a la colposcopia.¹²

Es un método indispensable para el diagnóstico de la infección VPH subclínica en el cuello uterino y la vagina; la vulvoscopía para la vulva y el periné y la penescopía o androscopía para el pene. Este método permite evaluar la extensión de la lesión y es de gran ayuda para decidir el lugar donde debe realizarse la biopsia.^{12 14}

3.- Histología.

Los cambios morfológicos visibles por la microscopía convencional que ocurren son: crecimiento nuclear e hiper cromasia, aumento en la relación núcleo/citoplasma y halos perinucleares.^{6, 7,14}

4.- Inmunohistoquímica.

Por medio de la técnica llamada ABC (avidina-biotina) más un antisuero se puede poner de manifiesto la presencia de un antígeno interno de la cápside viral al reaccionar con el antígeno de células infectadas; la limitación consiste en que no brinda la información sobre el tipo de virus infectante.⁶

5.- Tipificación del DNA.

Las pruebas de hibridación molecular son los únicos métodos capaces de determinar la presencia del VPH con alta sensibilidad y especificidad y posibilitan diferenciar cada tipo.

Las pruebas moleculares pueden utilizarse para detectar el ADN del VPH. La única prueba de este tipo que está actualmente aprobada por la FDA es la Prueba del VPH Hybrid Capture II® de Digene, un método en solución de hibridación para detectar el ADN del VPH de alto riesgo. Esta prueba del ADN del VPH está diseñada para detectar los tipos de VPH de alto riesgo (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68). La prueba del ADN del VPH detecta la presencia de uno o más tipos de VPH; no identifica los tipos individuales del VPH.^{3,6, 14}

TRATAMIENTO

VACUNAS.

Zhou y colaboradores (1991) desarrollaron las partículas tipo virus (virus - like particles, VLP) expresando los genes L1 y L2 de VPH 16 en células eucariontes. Posteriormente otros científicos detallaron la técnica y demostraron que solo L1 era suficiente para el ensamble de las VLP's. Recientemente se reportaron resultados exitosos de la aplicación de la vacuna profiláctica VLP de L1 en 2 pruebas fase.¹

En la actualidad se comercializan ampliamente dos vacunas anti-VPH en todo el mundo.

Ambas se fabrican con tecnología recombinante y se preparan a partir de proteínas estructurales L1 purificadas que se unen entre sí para formar cubiertas vacías de un tipo específico de VPH o partículas similares a virus (PSV). Ninguna de las vacunas contiene productos biológicos vivos ni ADN vírico, por lo que no son infecciosas. Las vacunas anti-VPH se formularon sólo para uso profiláctico; no curan una infección ya existente por VPH ni sirven para tratar los signos de la enfermedad causada por el virus.⁴ Los mecanismos de protección de estas vacunas no se han caracterizado por completo, pero aparentemente intervienen tanto la inmunidad celular como los anticuerpos IgG neutralizantes.¹⁵

Gardasil®, vacuna tetravalente, protege contra cuatro tipos de VPH (6, 11, 16, 18) que son responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino y del 90% de las verrugas genitales, está hecha a base de partículas no infecciosas similares al VPH y no contiene timerosal ni mercurio, se administra mediante una serie de tres inyecciones intramusculares durante un período de seis meses (a los 0, 2 y 6 meses. El 8 de junio de 2006, esta vacuna fue autorizada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), convirtiéndose en la primera vacuna autorizada que haya sido desarrollada para prevenir en las mujeres el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades causadas por una infección genital por el VPH, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) recomendó el uso de la vacuna cuadrivalente en las mujeres entre 9 y 26 años de edad.

Idealmente, la vacuna debe administrarse antes del inicio de la actividad sexual. Sin embargo, las mujeres sexualmente activas también pueden beneficiarse con la vacuna. Las mujeres infectadas por uno o más tipos de VPH recibirían protección únicamente para el tipo o los tipos en la vacuna que no tienen, esta vacuna no sustituirá a las otras estrategias de prevención, como las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino o la conducta sexual sin riesgo, porque la vacuna no protegerá contra todos los tipos de infección genital por el VPH. Las recomendaciones para las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino no han cambiado para las mujeres que reciben la vacuna contra el VPH.
3, 8, 17,20

Cervarix® Consiste en VLP de proteínas L1 de VPH-16 y VPH-18 (20 microgramos de cada VLP). En el proceso de producción de antígenos se utiliza la tecnología de ADN recombinante BVES (baculovirus y cultivos de células). Contiene el adyuvante AS04 que es un lípido A monofosforilado (MPL 500 µg) e hidróxido de aluminio (50 µg), dirigida específicamente a tipos de VPH de alto riesgo (16 y 18), se atribuye a su adyuvante AS04 una mejora en la respuesta inmunológica. El esquema completo recomendado incluye tres dosis a los 0, 1 y 6 meses, por vía intramuscular.²⁰

Las vacunas se deben administrar a las niñas antes de que inicien su vida sexual; es decir, antes de la primera exposición a la infección por VPH. La mayoría de los países que han autorizado estas vacunas recomienda administrarlas a las niñas de entre 10 y 14 años. Algunos programas nacionales también recomiendan la vacunación de puesta al día, sistemática o puntual, de las adolescentes más mayores y de las mujeres jóvenes.¹⁵

En México, la vacuna contra VPH se introdujo en el año 2009, con un esquema de 0, 6 y 60 meses, las ventajas de la utilización de este esquema son las siguientes:

- Es más sencillo organizar una estrategia de vacunación inicial con las dosis a los 0 y 6 meses, en niñas de 9 años de edad.
- Cuando sea necesario aplicar la tercera dosis, la vacuna tendrá un costo más accesible, por lo que en términos económicos será más costo-efectiva y sustentable.
- La tercera dosis se aplicaría a los 14 años edad, previa al inicio de relaciones sexuales en la mayoría de las adolescentes. El alza en los anticuerpos con la

tercera dosis puede asegurar una mayor protección contra la infección persistente y sus consecuencias.¹⁶

El tratamiento del VPH no está bien establecido, existen múltiples ensayos clínicos que aprueban el uso de la radiocirugía, la electrocauterización (quemarlas con una aguja eléctrica), el láser, la crioterapia (congelar las verrugas genitales con nitrógeno líquido) y el empleo de biomoléculas, entre las que figuran el interferón alfa (IFN) agente biológico de gran actividad antiviral, antiproliferativa e inmunomodulador, que afecta la división de las células cancerosas y hace que el crecimiento del tumor sea más lento, ha sido un arma valiosa en el tratamiento de muchas enfermedades y que, en el caso de las verrugas genitales, debe ser inyectado directamente en ellas.

Otros tratamientos menos comunes para las verrugas incluyen medicamentos como el ácido tricloroacético, podophyllin o podofilox (los cuales no deben usarse en mujeres embarazadas), y el 5-FU (5-fluorouracilo), el cual está disponible en crema. Nuevos medicamentos como el imiquimod (Aldara®), HspE7 y cidofovir (Vistide®), originalmente desarrollado para combatir el citomegalovirus (CMV), han demostrado ser útiles en el tratamiento para el VPH en estudios preliminares.¹¹

Otras estrategias para prevenir la infección por el VPH

Otras estrategias para prevenir la transmisión del VPH pueden ser: (a) reducir la duración de la capacidad de infección, (b) disminuir la eficiencia (probabilidad) de la transmisión y (c) reducir el número de parejas sexuales.³

Reducir la duración de la capacidad de infección

La manera más común para reducir la infección por una ITS es el tratamiento. Sin embargo, no existe un tratamiento sistémico eficaz para el VPH genital y no se recomienda el tratamiento para la infección genital subclínica por el VPH (diagnosticado por colposcopia, biopsia o aplicación de ácido acético o detectado por pruebas de laboratorio) en ausencia de lesiones intraepiteliales escamosas.^{3,5}

Disminuir la eficiencia de la transmisión

La forma más común para reducir la eficiencia de la transmisión de una ITS es utilizar barreras físicas, como los condones.^{3,4}

Reducir el número de parejas sexuales

La manera más segura de prevenir una infección por el VPH es abstenerse de cualquier contacto genital, incluido el contacto íntimo sin penetración del área genital.³

1.7 LA PAREJA

Para poder entender al paciente de una manera integral, es decir verlo como una persona, se hace necesario conocer profundamente el ciclo vital de la familia y sus etapas. El médico familiar utiliza este conocimiento como un recurso fundamental para entender a los pacientes, para poder contextualizar sus cuidados y de esa manera atenderlos como sujetos únicos y singulares.⁽²³⁾

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis, estos son cambios que pueden ser esperados (crisis normativas) o inesperados (crisis paranormativas) tanto las crisis normativas como las paranormativas, pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos psíquicos que tengan y de las experiencias previas.^{22,23}

Elección de pareja.

“Podría entenderse a la pareja como la relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión; la cual implica afinidad en proyectos de vida conjuntos a futuro. Esta unión es el resultado de un período de asentamiento en el cual los sujetos que se implican determinan una forma característica de enlace al que se le denomina “vínculo”.²¹

Estos vínculos pueden ser:

Vínculos sexuales, donde lo que une, es la relación sexual propiamente dicha. En ella no se establece el deseo de que exista un plan constructivo futuro como pareja, la monogamia no es necesaria, y la interacción emocional no es deseable. El disfrute de la sexualidad sin restricciones ni promesas es eje fundamental para que exista este tipo de enlace.

Vínculos económicos, en él la relación se asienta en el beneficio monetario por parte de uno o ambos miembros del enlace. Las emociones no se ven implicadas en este entronque, pues la expectativa es la tranquilidad y estabilidad en cuanto la provisión de bienes materiales. Raras veces de este se derivan las uniones emocionales entre sus miembros.

Vínculos emocionales, en esta unión lo que conecta a ambas personas es el intercambio de sentimientos, la idea de asentarse de forma estable al lado de la otra persona, un deseo de monogamia, y la presencia de un plan constructivo referente al futuro mutuo. Se experimenta el deseo de pertenencia sobre la pareja, y una idea de desagrado ante la posibilidad de que ocurra una disolución del enlace.

Vínculo de poder, el enlace se fundamenta en el ejercicio de la dominancia de una parte de la pareja sobre su contraparte. La desigualdad es fundamental en esta relación, así como el abuso y la agresión son la constante en la concreción del vínculo.

Vínculos culturales, en ellos los participantes de la unión, buscan y mantienen un enlace de acuerdo a la afinidad que logren obtener con su contraparte en ámbitos diversos, como lo pueden ser la religión, origen geográfico, la raza, cultura de procedencia (latinos, anglosajones, escandinavos, etc.), la nacionalidad, y valores morales, por citar algunos.

Ninguna de estas relaciones vinculares establece un problema o una patología como tal, es cuestión de elección personal. Lo que plantea un conflicto en el sujeto es la incongruencia ya sea individual, o de pareja, en cuanto al establecimiento del vínculo que les va a unir.

Se debe entender que cada individuo posee dentro de su esquema cognitivo, una expectativa idealizada sobre lo que su pareja “debe de...” o “tiene que...” ser y hacer. Esta preconcepción que obedece a la experiencia propia de cada ser humano, es un factor determinante en el proceso de selección de pareja, pues se convierte en un filtro invisible de las características que serán resaltadas en la contraparte relacional en el momento de ser escogida. He aquí la importancia del esclarecimiento de las ideas que se poseen de manera previa en cada miembro; pues el autoconocimiento permite minimizar la probabilidad de cometer errores en la selección.²¹

Con la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia. Este nuevo sistema/pareja tendrá características nuevas y propias. A su vez cada uno de los cónyuges traerá creencias, modalidades y expectativas que habrán heredado de sus propias familias de origen.²³

Dentro de la pareja es inevitable el conflicto. Aun más, es incluso recomendable pues motiva la comunicación, la negociación y la expresión afectiva entre los miembros. Entendiendo el conflicto como cualquier disputa o problema que surge en la pareja en sí o entre sus miembros, debemos ser sinceros y asumir, no ya su existencia, sino su frecuencia. Todos los hemos tenido en algún momento en algún grado. La mayoría se resuelven en el mismo seno de la pareja, pues su importancia es mínima. Pero algunos requieren un esfuerzo mayor, o incluso una ayuda terapéutica.²⁴

Las redes familiares y sociales ofrecen apoyo en los procesos de atención de las mujeres estas pueden ser sociales, comunitarias, familiares e institucionales y permiten que ante una crisis, como el diagnóstico de una enfermedad, las personas puedan mantener su equilibrio físico, emocional y social.²⁰ Las redes brindan apoyo en la gestión, el cuidado postoperatorio y búsqueda de información.¹⁸

La pareja ante la enfermedad.

Es importante analizar el impacto personal, de pareja, familiar y social que se genera cuando se comunica a una paciente el diagnóstico de VPH, que, manejado equivocadamente, puede tener consecuencias graves para la mujer, su familia y su entorno social.²²

El virus del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual que va más allá de la simple afectación del ejercicio de la sexualidad: se le vincula con el cáncer de cuello uterino.¹⁸

Los sentimientos que puede generar el diagnóstico de VPH en las mujeres, pueden ser muy variados desde sentimientos de decepción y preocupación por el tratamiento, miedo a las relaciones cónitales por temor aun contagio mayor, desconfianza ante la fidelidad de la pareja, sentimientos de autoprotección, temor ante las complicaciones, por lo que es importante el apoyo tanto de la pareja como de la familia para ellas.¹⁸

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en la familia y con la pareja puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis, dada la desorganización que produce.

Los cambios que se producen en las familias y en las parejas en relación a la enfermedad, no siguen un patrón específico, mas bien están dados por las propias características familiares.^{18,22}

En el caso de enfermedad aguda-grave se observa un grado de desajuste muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación, o la muerte, en cuyo caso la familia se enfrentara al duelo.²²

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema o un vínculo familiar. Dentro de las respuestas adaptativas a la enfermedad que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión en los diversos vínculos; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia, o bien de la pareja por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo.

Entre los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia y en la pareja se encuentran, la etapa del ciclo vital en el que se encuentren, la flexibilidad o rigidez de roles familiares, la cultura familiar, el nivel socioeconómico, comunicación familiar y la capacidad del grupo, o vínculo familiar para la resolución de conflictos.

De la misma manera que una enfermedad produce determinada sintomatología en el individuo que la padece, también puede ocasionarla en la pareja de éste, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar, tales como: Aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflictos de pareja, problemas económicos, negación, cólera y miedo.²⁵

En las trayectorias de atención de las mujeres diagnosticadas con VPH, displasias o CaCu in situ se expresan procesos netamente socioculturales y con una alta dosis de contenido simbólico, al tratarse de una enfermedad aún posicionada en el imaginario colectivo con consecuencias fatales.²⁵

1.8 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino, en México se ha convertido en la segunda causa de muerte en mujeres, en 2008 se reportaron 4,031 muertes por Ca Cu, de ahí la importancia de una detección oportuna y un tratamiento adecuado.^{18,26}

Existen hoy en día métodos diagnósticos, sencillos, económicos, eficaces entre ellos la citología exfoliativa o método de Papanicolaou y con el avance de la tecnología, la prevención de este padecimiento es posible con el desarrollo de vacunas que pueden ser aplicadas a mujeres núbiles y a mujeres que ya han iniciado su vida sexual activa a modo de protección futura.¹⁵

Se observó que en la comunidad de mujeres derechohabientes de Chimalhuacán, a pesar de la información acerca del virus del papiloma humano, que puede ser adquirida por diversos medios, ya sean impresos o visuales, existe poco conocimiento en diversos sectores de la población en cuanto al modo de transmisión, tiempo de incubación, y tipos de virus que están asociados con el cáncer cervicouterino, por lo que cuando se realiza el diagnóstico de infección por VPH resulta ser impactante. Pero esto no solo afecta a la mujer, también afecta a su pareja y a su familia,^{22,23} por los mitos que existen alrededor de este padecimiento, y por su gran asociación a cáncer.

Estas situaciones captadas en la consulta otorgada a mujeres diagnosticadas con VPH y desde la perspectiva del médico familiar, permite identificar carencias en el conocimiento del padecimiento, y por lo tanto implementar un esquema informativo a la población en general, pero la literatura no brinda información acerca de la problemática que se presenta en la pareja ante un diagnóstico positivo de infección por VPH, se observa que la pareja presenta la tendencia a modificaciones en las actitudes y que estas también pueden alterar la dinámica familiar .

Por lo anterior es importante realizar la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las actitudes de las mujeres y sus parejas ante el reporte positivo de infección por virus del papiloma humano en mujeres derechohabientes de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán?

1.9 JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues se estima que produce alrededor de 250 mil muertes por año, 80% de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo, presentándose como la primer causa de mortalidad en mujeres, las tasas más altas de incidencia de cáncer cervical se originan en África, Centro y Sudamérica y Asia, así mismo se reportan estudios realizados en Estados Unidos que han informado que el 75% de la población afectada oscila entre las edades de 15 y 50 años.^{20 27}

En México, el CaCu es la segunda causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años.¹⁸ Para 2008 se reportan 4,031 muertes por CaCu lo que represento una tasa de 7.4% en la población de mujeres en edad productiva.²⁶

El Sistema Nacional de Salud Mexicano brinda atención médica aproximadamente a 9,000 casos de CaCu invasor y se registran 4,000 muertes anualmente.¹⁸

Es por ello que es necesario brindar información oportuna completa y veraz a todas las mujeres y hombres pues ambos participan en el desarrollo de la enfermedad. Esto permitirá que el sistema de salud se convierta en una red de apoyo elemental para desarrollar medidas preventivas, brindar orientación y capacitar a la población sobre este padecimiento ahora tan alarmante, con la consigna básica de detectar oportunamente, de brindar medidas de protección en los grupos de edad mas afectados^{3, 5,8}

La mujer se enfrenta a múltiples situaciones ante un diagnóstico positivo de VPH, ya que por su mente pueden pasar muchas ideas acerca de la manera de cómo se contagio, creer que su pareja le fue infiel, o incluso sentirse culpable por alguna relación previa a su actual pareja, esto a su vez puede repercutir en sus relaciones de pareja y en su familia en general. Los datos estadísticos solo hablan de el contagio, pero no de cómo afecta este padecimiento a la familia, a la relación de pareja o bien de los vínculos que se pueden romper o incluso fortalecer, aunada a la poca difusión con la que se cuenta acerca del tema. Observando que con solo adecuada información brindada a la mujer y su pareja, se podrían mejorar o suavizar las actitudes negativas en la relación de pareja, y asegurar una adecuada relación familiar, así como un apoyo importante para las mujeres durante el proceso de atención y estudio ante el diagnóstico de VPH.²²

Esta investigación es factible de realizar ya que se cuenta con el servicio de medicina preventiva, en donde se realizaran estudios de Papanicolaou, y la atención medica de las pacientes con reporte positivo a infección por VPH se llevara a cabo de manera integral quedando a cargo el medico general o familiar quien trabajará en conjunto con todo un equipo de salud multidisciplinario con posibilidad de realizar referencia a otros niveles de atención para las pacientes que así lo ameriten, ayudando a resolver o a mejorar la problemática de las pacientes, con el objetivo de dar continuidad a la evolución clínica de la paciente y su relación familiar. No se requerirán recursos extras sino con los que cuenta la misma unidad de atención.

Con esta investigación se pretende contribuir en el conocimiento de la población a través de asesoria medica dando realce a la importancia que tienen las relaciones entre la familia y en este caso entre el subsistema conyugal en el proceso salud- enfermedad.

1.10 OBJETIVOS

1.10.1 General.

Identificar el conocimiento y actitudes que presentan las mujeres y sus parejas ante el reporte positivo de infección por virus del papiloma humano en mujeres derechohabientes de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán.

1.10.2 Específicos.

1. Analizar algunos factores sociodemográficos como: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, de la población en estudio
2. Describir algunos antecedentes Gineco-Obstétricos en las pacientes en estudio en relación a: inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, años de convivencia con pareja actual
3. Determinar los conocimientos que tienen las mujeres en estudio sobre la infección por VPH con respecto a que es y cual es la vía de transmisión del VPH
4. Describir las reacciones que presentaron la mujer y su pareja con respecto a enojo, tristeza, confusión, indiferencia, preocupación desconfianza posterior al reporte positivo a infección por VPH.

1.11 HIPÓTESIS.

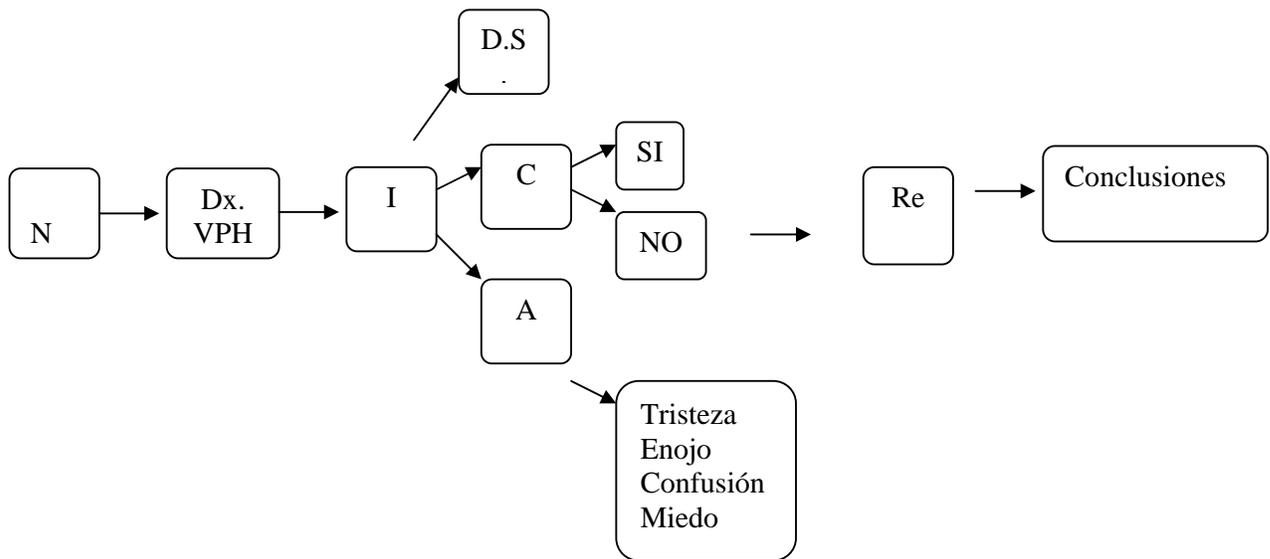
Estudio tipo descriptivo por lo cual no requiere hipótesis.

2. MATERIAL Y METODOS.

2.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, transversal, retrospectivo.

2.2 Diseño de investigación.



N = 840 pacientes femeninas a quienes se les realizo Papanicolau.
Dx. VPH = 28 pacientes con diagnóstico de infección por VPH
I = Instrumento aplicado dividido en: Datos sociodemográficos (D.S.)
Conocimientos (C), Actitudes (A) de la mujer y su pareja
Re = Resultados.

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Mujeres usuarias de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán a las cuales se les realizó examen de Papanicolaou y cuyo resultado fue positivo para Virus de papiloma humano, en un periodo de 2 años.

2.4 MUESTRA.

Muestra no probabilística por conveniencia, tomada del total de pacientes cuyos resultados de Papanicolaou fueron positivos para VPH, de un total de 840 mujeres, 28 fueron positivas para infección por VPH.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

Inclusión

Mujeres derechohabientes que acudieron a la clínica de consulta externa de Chimalhuacán con reporte positivo de infección por VPH de enero del 2008 a enero del 2009

Mayores de 18 años.

Que cuenten con una pareja.

Que sepan leer y escribir.

Que acepten participar en el estudio.

Que firmen el consentimiento informado.

Exclusión

Mujeres que no sean derechohabientes de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán.

Que estén bajo tratamiento para VPH.

Menores de 18 años.

Que no tengan pareja.

Que no sepan leer y escribir.

Que no acepten participar en el estudio

Que no firmen el consentimiento informado.

Eliminación

Personas que no concluyan el cuestionario

Llenado inadecuado del cuestionario

2.6 VARIABLES

| VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | INDICADOR | FUENTE |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------|
| Edad | Cuantitativa Continua | Edad en años cumplidos | Cuestionario |
| Estado civil | Cualitativa nominal | 1. Casadas 2. Unión Libre | Cuestionario |
| Escolaridad | Cualitativa Ordinal | a) Primaria b) Secundaria. c) Preparatoria d) Licenciatura | Cuestionario |
| Ocupación | Cualitativa Ordinal | La que refieren los pacientes en el cuestionario | Cuestionario |
| Inicio de vida sexual activa | Cuantitativa Continua | En años | Cuestionario |
| Años de vivir con su pareja | Cuantitativa continua | En años | Cuestionario |
| Conocimientos sobre infección por VPH | Cualitativa Nominal | Preguntas de la 1 a la 2 Dicotómicas: a)si b)no | Cuestionario |
| Actitudes en la mujer | Cualitativa Nominal | Pregunta 3 de respuesta abierta | Cuestionario |
| Actitudes en la relación de pareja | Cualitativa Nominal | Preguntas de la 4 a la 10 de respuesta abierta | Cuestionario |

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Edad.

Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Estado civil.

Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Escolaridad.

Nivel educacional con el que cuenta la paciente.

Ocupación.

Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada, actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.

Inicio de la vida sexual activa.

Edad en la que se tiene la primera relación sexual.

Años de vivir con su pareja.

Tiempo en años que lleva conviviendo bajo el mismo techo con su pareja.

Actitudes ante la enfermedad

Respuesta emocional de un individuo ante un evento crítico como una enfermedad que puede ser enojo, tristeza, preocupación y demás.

2.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento utilizado en la investigación se dividió en dos apartados:

La Primera parte consistió en datos sociodemográficos como son el nombre el cual se resumió en iniciales de la paciente, edad, estado civil, escolaridad, antecedentes gineco-obstétricos, tomando en cuenta inicio de vida sexual activa y años de vivir con su pareja, este apartado permite observar en que momento se encontraba la población en estudio.

La segunda parte está relacionada con el conocimiento sobre el VPH a través de preguntas dicotómicas, siendo estas afirmativas o negativas, evalúa también con preguntas abiertas las actitudes de las pacientes con respecto a saberse portadoras de VPH, y considera también las actitudes que presentan sus parejas al informarles sobre el reporte positivo para este padecimiento, esta segunda parte del instrumento se basa en la literatura pues se sabe que el estado de ánimo del paciente es relevante al enfrentar una enfermedad y ello impacta en la evolución y el tratamiento del mismo,^{22,23} por ello ante este reporte es probable que se presenten ciertas reacciones emocionales en las mujeres por lo que se realizan preguntas abiertas, donde ellas pueden expresar libremente cuales fueron las propias y las de sus parejas ante esta situación.(ver anexo 1)

El investigador aplicó 30 cuestionarios con preguntas abiertas en donde se permite al paciente expresarse con toda libertad, realizando validez de contenido de los cuales 2 fueron eliminados, debido a criterios de eliminación, ya que no fueron concluidos dichos cuestionarios.

2.8. METODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

* Se recabo en el servicio de medicina preventiva el censo de pacientes a las que se les realizo examen de Papanicolaou, en el periodo de enero del 2008 a enero del 2009, en este servicio.

* Se obtuvieron un total de 840 estudios de los cuales 28 pacientes tuvieron reporte positivo para infección por VPH.

* Se procedió a establecer contacto con las pacientes vía telefónica, y se estableció cita para brindar información acerca del estudio y los alcances de este.

* Se realizo plática informativa con respecto a la investigación y se entregó carta de consentimiento informado para dar autorización al investigador para aplicar cuestionario.

* Se aclararon dudas acerca de la confidencialidad del cuestionario

2.9 PRUEBA PILOTO

No se aplico prueba piloto.

2.10 PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.

2.10.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Se capturan resultados y se realiza base de datos en EXCEL 2003 de Microsoft Office. Y por las características de la población en estudio se aplica estadística descriptiva.

Para el análisis de las variables se utilizan medidas de resumen como frecuencia y porcentaje

2.10.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis del estudio se utilizaron variables y dentro de ellas datos sociodemográficos, se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedios).

2.11 CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES.

| | 2008 | | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | |
|------------------------------------|------------------|-----------------|-------------|------------|-----------------|---------------|-------|-----------------|-------------|-------|
| Actividad | Marzo-septiembre | Octubre-Febrero | Marzo-Abril | Mayo-Junio | Julio-Diciembre | Enero-Febrero | Marzo | Abril-Diciembre | Enero-Marzo | Abril |
| Elección del tema de investigación | * | * | | | | | | | | |
| Recopilación bibliográfica | | * | * | | | | | | | |
| Elaboración de protocolo | | | * | | | | | | | |
| Aplicación de encuesta | | | | | * | * | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | * | | | |
| Elaboración informe final | | | | | | | | * | | |
| Ajustes Finales | | | | | | | | | * | |
| Entrega de tesis | | | | | | | | | | * |

2.12 RECURSOS HUMANOS.

Para el estudio se requirió de la participación del personal de medicina preventiva, enfermería, archivo, asistentes médicas y para la aplicación del cuestionario fue el investigador quien lo realizo.

2.12.1 RECURSOS MATERIALES.

Fotocopias de los cuestionarios a aplicar, hojas blancas, bolígrafos, lápices, gomas, computadora personal, impresora, tinta.

2.12. 2 RECURSOS FISICOS

Consultorio de medicina preventiva, consultorio de atención de medicina familiar, archivo, censo de población, sala de espera, sillas, mesas, teléfono.

2.12.3 FINANCIAMIENTO

Este estudio fue financiado por el investigador responsable.

2.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS

1.-La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

2.-En la investigación médica, es deber del médico es proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Lo anterior se encuentra estipulado en la declaración de principios éticos de investigación médica (declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª. Asamblea medica Mundial Helsinki, una propuesta de principios éticos).²⁸

3.-De acuerdo a lo establecido en la “Ley General de Salud”, en el titulo 5º, capitulo único, con respecto a la investigación para la salud en el Artículo 100, menciona que la investigación en seres humanos:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Se considera las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo: La posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es muy remota: investigación documental; de tipo descriptivo, observacional y sin manipulación.
- Investigación de riesgo mínimo: Estudios donde se emplean procedimientos comunes; exámenes físicos, psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.
- Investigación con riesgo mayor al mínimo: Investigaciones en las que la probabilidad de afectar al sujeto es significativa.

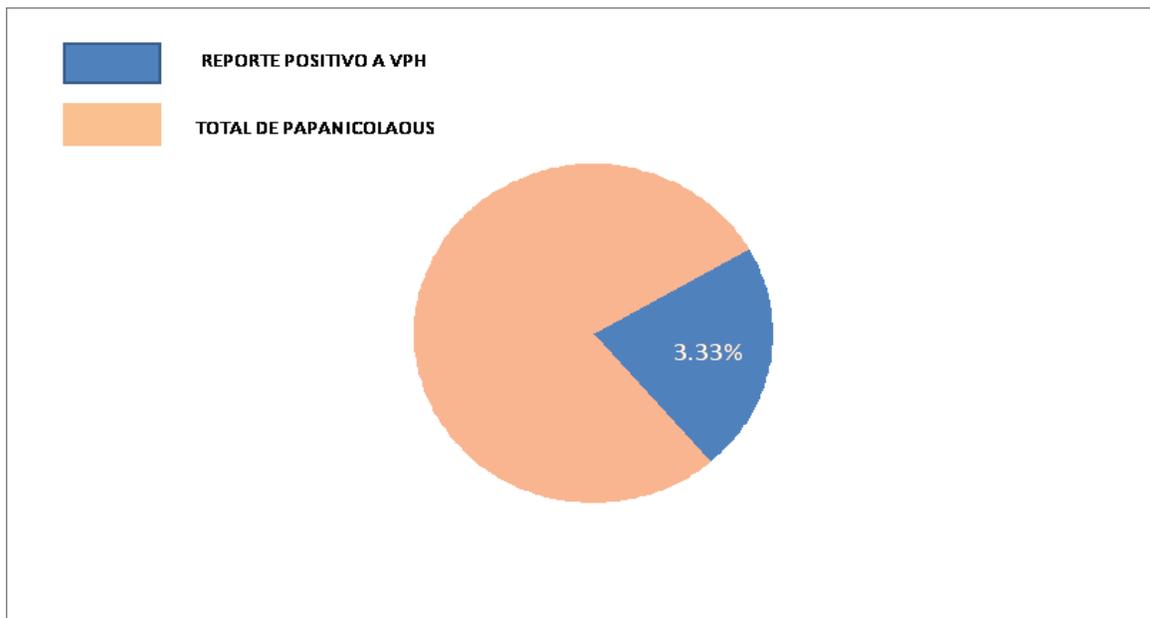
Por lo anterior mencionado este estudio se considera sin riesgo.

4.- El investigador principal informo a las mujeres del estudio los motivos del estudio así como aseguro su confidencialidad, y dio a conocer carta de consentimiento informado la cual fue aceptada y firmada y posteriormente se inicio la aplicación del cuestionario.²⁹

3. RESULTADOS.

Durante el año 2008 – 2009 se realizaron 840 Papanicolaous, de los cuales 28 (3.33%) resultaron positivos a infección por VPH. (Ver figura 1)

Figura 1 Porcentaje de pacientes con reporte positivo de infección por VPH



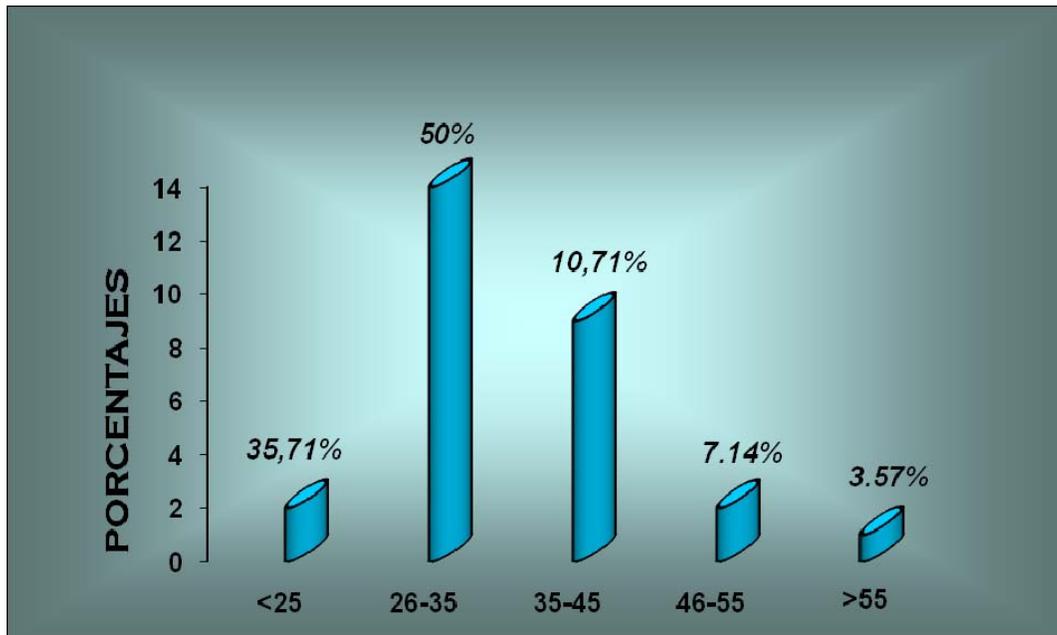
Fuente: Censo Nominal de la Clínica Chimalhuacán 2008/2009

Edad.

En cuanto a la edad de las pacientes estudiadas se obtuvo un promedio de 34 años. Se describen los intervalos de edad en que se encuentra la población en estudio

| Intervalos de edad | Num. De pacientes | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------|
| <25 años | 2 | 7.14 |
| 26-35 años | 14 | 50 |
| 36-45 años | 9 | 32.14 |
| 46-55 años | 2 | 7.14 |
| >55 años | 1 | 3.57 |
| Total | 28 | 99.9 |

Figura 2. Edad de las pacientes con diagnóstico de VPH.

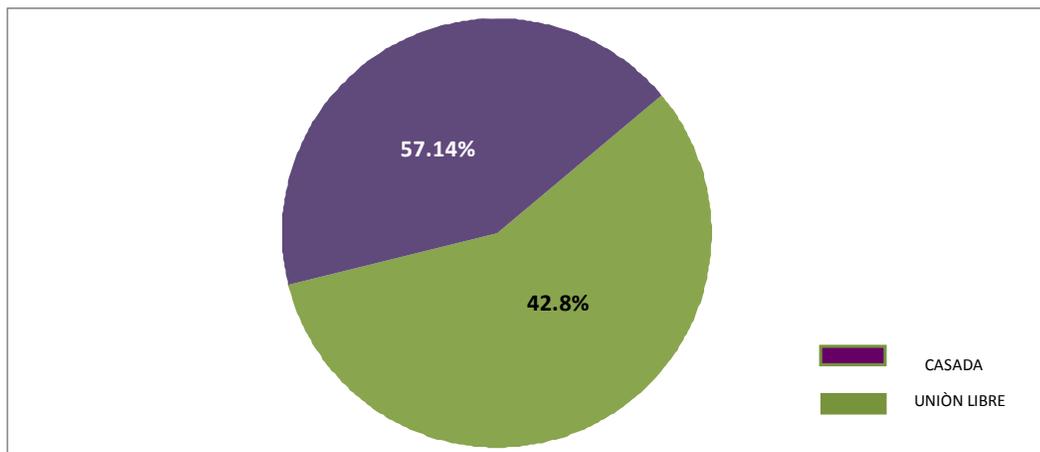


Fuente: cuestionario 2008-2009

Estado civil.

En cuanto al estado civil de las mujeres estudiadas se encontró que 16 pacientes (57.14%) se encontraban casadas y 12 (42.8%) en unión libre. (Ver Figura 3)

Figura 3. Estado civil de las pacientes con diagnóstico de VPH.

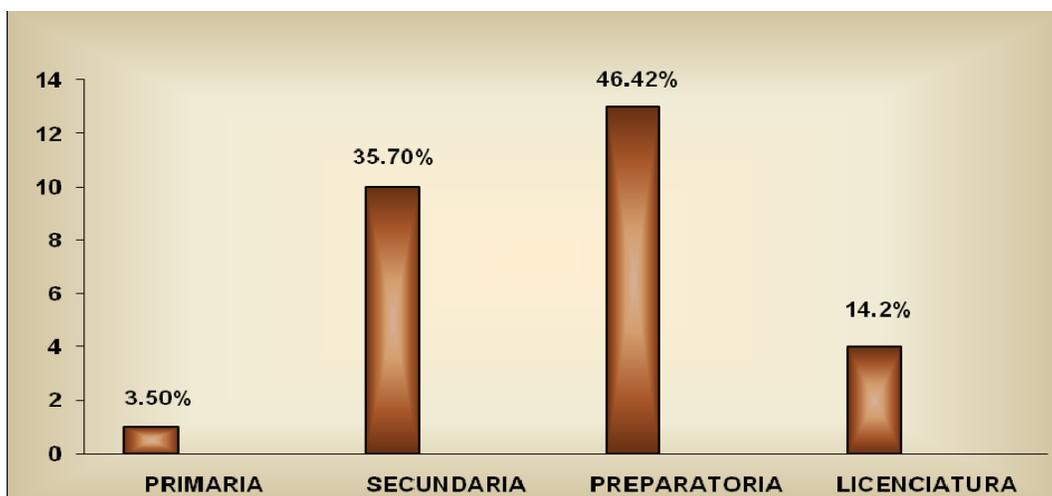


Fuente: cuestionario 2008-2009

Escolaridad.

El nivel de escolaridad de la población del estudio fue entre lo más sobresaliente licenciatura en 4 mujeres (14.2%), preparatoria en 13 mujeres (46.42%), secundaria en 10 mujeres (35.71) y primaria en 1 paciente (3.5%). (Ver Figura 4).

Figura 4. Escolaridad de las pacientes con diagnóstico de VPH

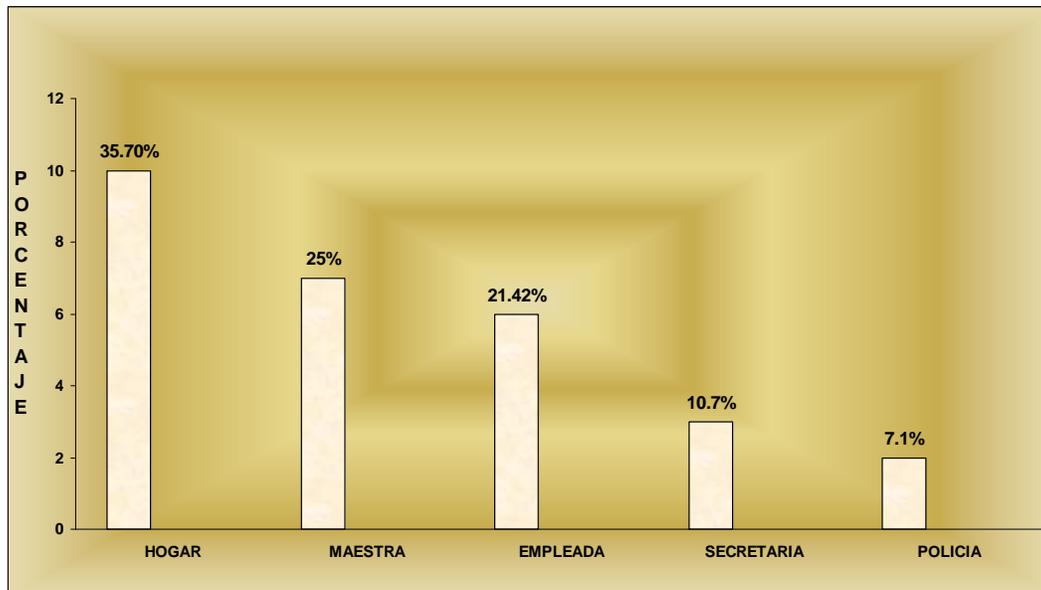


Fuente: cuestionario 2008-2009

Ocupación.

En cuanto a la ocupación de las pacientes en estudio se encontró que la mayoría se dedicaban al hogar 10 (35.7%) y la minoría eran policías 2 (7.1%), (ver figura 5).

Figura 5. Ocupación de las pacientes con diagnóstico de VPH.

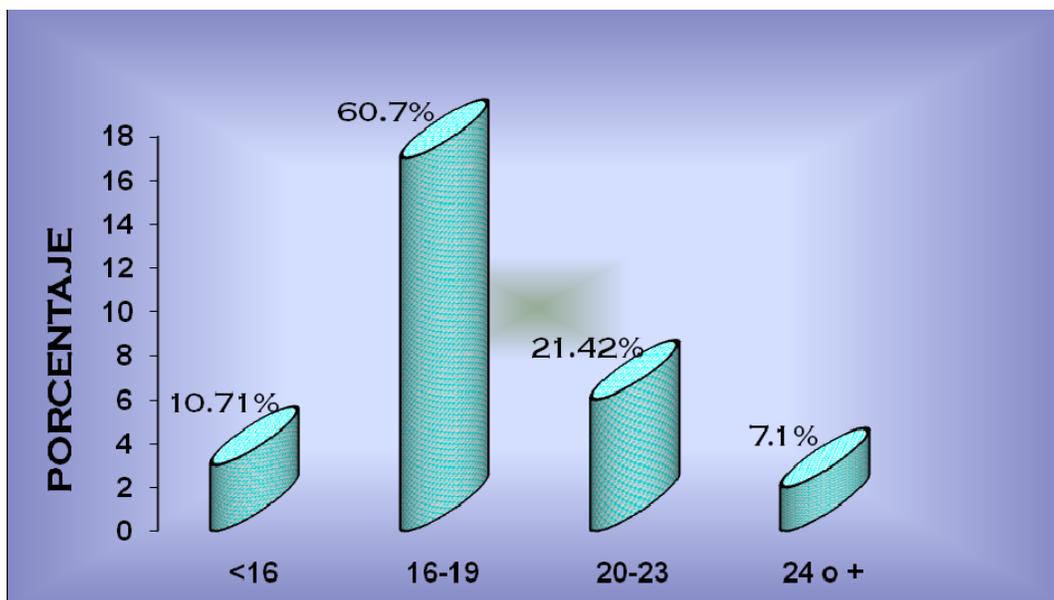


Fuente: cuestionario 2008-2009

Inicio de vida sexual activa.

El inicio de vida sexual activa de la población en estudio que predominó oscila en el intervalo de edad de 16 a 19 años, siendo que 17 mujeres (60.7%) se encontraron en esta edad y sólo 2 mujeres (7.1%) la iniciaron a partir de los 24 años (Ver Figura 6).

Figura 6. Edad de inicio de vida sexual activa en las pacientes en estudio.



Fuente: cuestionario 2008-2009

Años de vivir con su pareja.

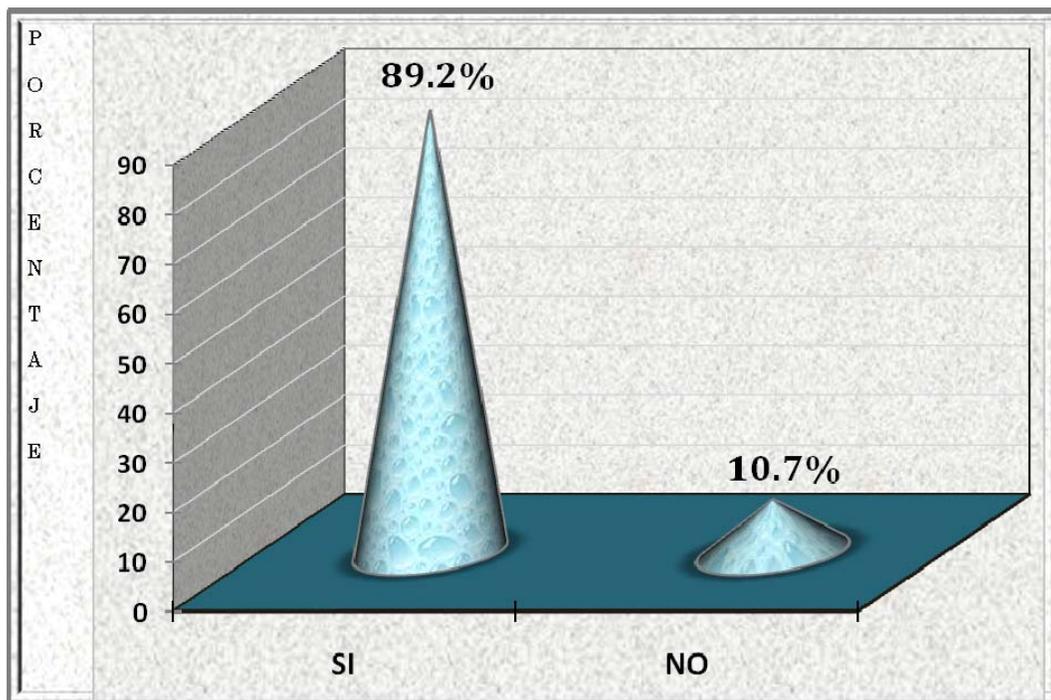
En los años de convivencia que las pacientes tenían con sus parejas este fue muy variado, en promedio fue de 9.3 años. La paciente que refirió más años de convivencia con su actual pareja fue de 30 años, mientras que la que menos años tenía de convivir con su pareja fue de un año.

En las siguientes figuras se presentan las respuestas mas significativas de las preguntas que se les realizaron a las mujeres estudiadas con diagnóstico de VPH positivo.

Lo siguiente corresponde a la primera pregunta:

Con respecto al conocimiento sobre VPH humano 25 mujeres (89%) contestó que si lo sabía. (Ver Figura 7)

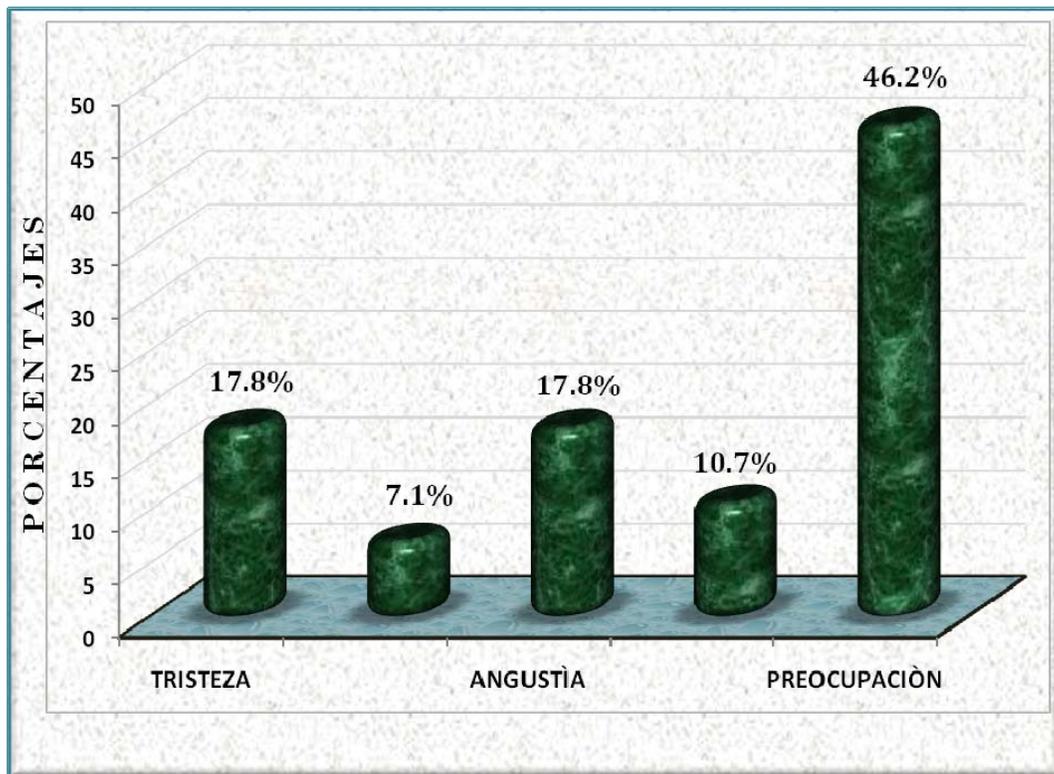
Figura 7. Pregunta 1 ¿Sabe Ud. que es el VPH?



Fuente: cuestionario 2008-2009

De la pregunta tres se obtienen los sentimientos de la paciente al saberse portadoras de VPH, entre los cuales estaban tristeza, enojo, angustia, confusión, predominando en la población en estudio 13 casos (46%) preocupación. (Ver Figura 8)

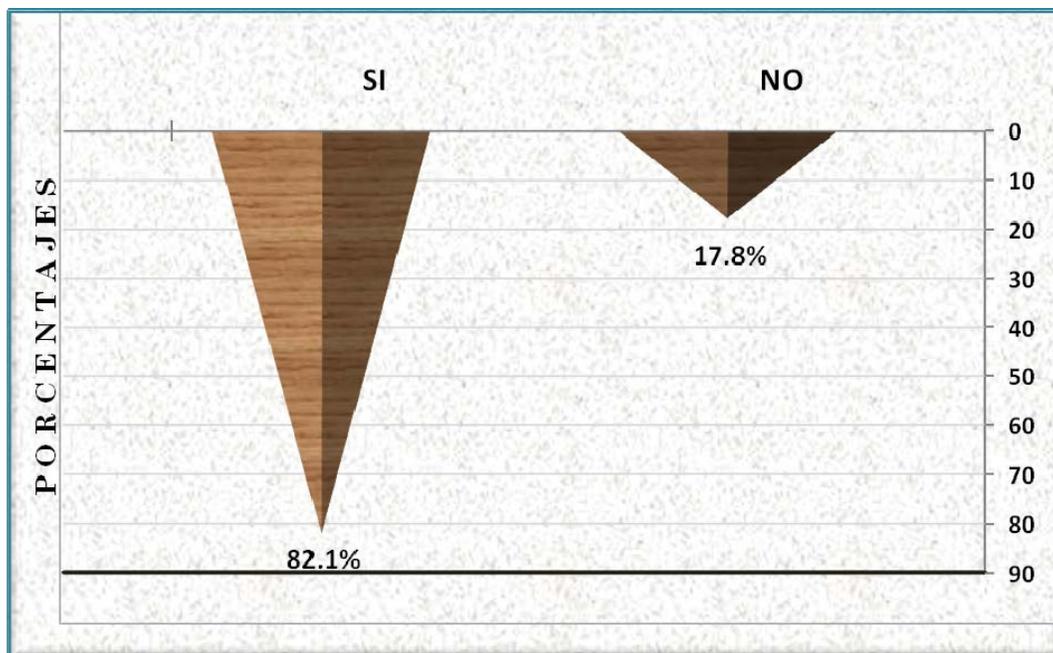
Figura 8. Pregunta 3 ¿Cómo se sintió al saberse portadora de VPH?



Fuente: cuestionario 2008-2009

En lo que corresponde a la pregunta cuatro, sobre si la paciente le informó a su pareja sobre el diagnóstico de VPH, 23 mujeres (82%) respondió que sí. (Ver Figura 9).

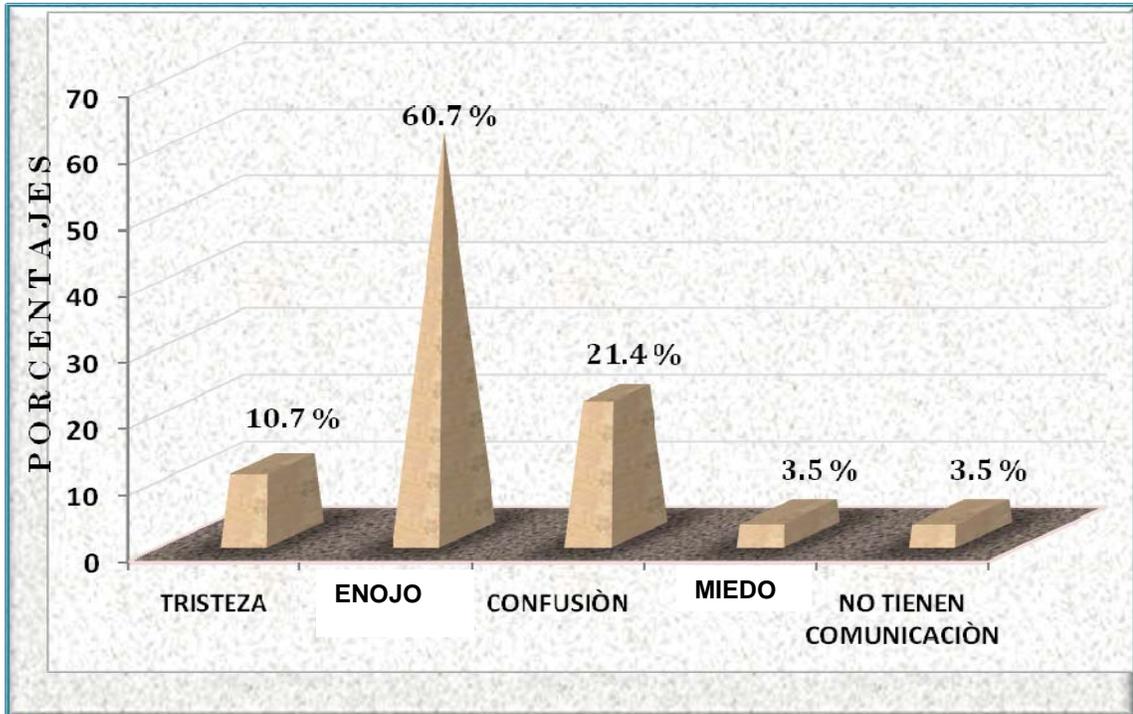
Figura 9. Pregunta 4 ¿Le informó de su diagnóstico de VPH a su pareja?



Fuente: cuestionario 2008-2009

Con respecto a la pregunta cinco se obtuvo la reacción de la paciente ante su pareja al saberse portadora de infección por VPH, entre estas reacciones las mas relevantes fueron: El enojo en 17 mujeres (60.7%), la confusión en 6 mujeres (21.4%) y la tristeza en 3 mujeres (10.7%). (Ver Figura 10)

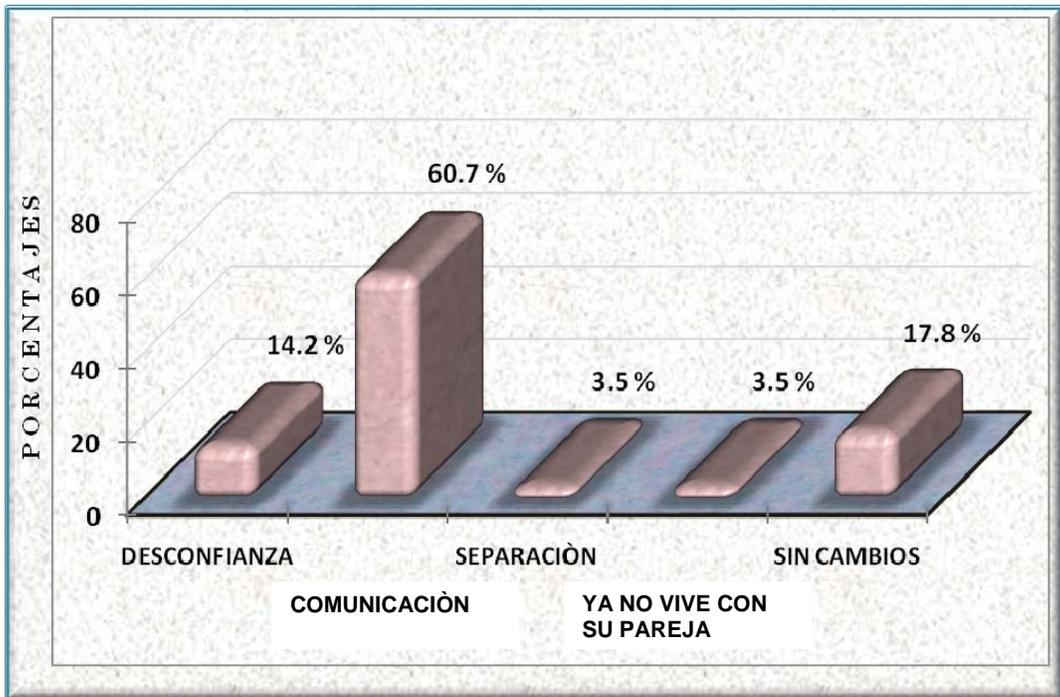
Figura 10. Pregunta 5 ¿Cómo reaccionó usted ante su pareja al saberse portadora de VPH?



Fuente: cuestionario 2008-2009

De la respuesta que dieron las mujeres a la pregunta ocho, los cambios que se presentaron en la relación de pareja ante el diagnóstico de infección por VPH la respuesta predominante fue mayor comunicación en 17 parejas (60%). (Ver Figura 11).

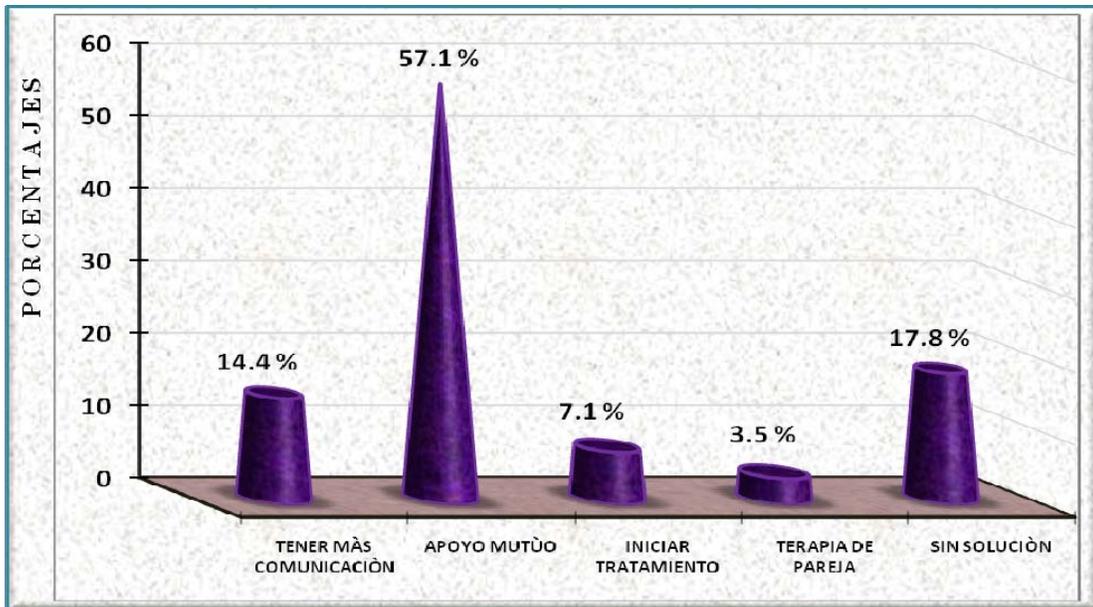
Figura 11. Pregunta 8 ¿Qué tipo de cambios presentó su relación de pareja?



Fuente: cuestionario 2008-2009

En la pregunta diez se indaga sobre que hizo la pareja para afrontar los cambios en su relación y 16 mujeres (57%) respondieron apoyo mutuo. (Ver figura 12)

Figura 12. Pregunta 10 ¿Qué hicieron para afrontar estos cambios?



Fuente: cuestionario 2008-2009

4. DISCUSIÓN.

El presente estudio tuvo como objetivo el conocer las actitudes que presentan las mujeres y sus parejas ante un reporte positivo para infección por virus del papiloma humano y cómo este reporte puede o no afectar la relación en el subsistema conyugal.

Para el conocimiento de la población femenina usuaria de la clínica de consulta externa del Chimalhuacán, se utilizó el censo general.

En cuanto a la edad de las pacientes, se encontró un promedio de edad que de 34 años además de ser mujeres en edad reproductiva y productiva y la edad en la que se desarrolla cáncer cervicouterino secundario a infección por virus del papiloma humano, es entre los 40 y 50 años, actualmente dado el ritmo de vida y los cambios en la cultura se ha encontrado una incidencia de cáncer cervicouterino en mujeres más jóvenes, entre los 20 y 30 años.^{1,12}

El estado civil se considera ya que el apoyo que en un momento dado puede tener la mujer que es diagnosticada con VPH, y que cuente con una pareja como una red de apoyo garantiza que exista un apego al tratamiento, así como un menor riesgo para abandono del mismo.¹⁸

La escolaridad se utilizó como un indicador del nivel educacional de la población, y el acceso a la información que en un momento dado pueden tener, pues la literatura refiere que en tanto más bajo sea el nivel de preparación de una persona se relaciona a un menor interés por la prevención y el autocuidado. El nivel de escolaridad que predominó en la población en estudio fue la preparatoria^{10, 12}

La ocupación que predominó en la población que se estudió fue el hogar, se ha observado un aumento de algunas infecciones de transmisión sexual en poblaciones susceptibles como lo son las amas de casa, siendo ejemplo de una de ellas el VIH, además existen ciertos factores asociados al desarrollo de VPH, como el uso de anticonceptivos por tiempo prolongado, el tabaquismo, el alcoholismo factores que se favorecen por la ocupación desempeñada.¹²

El inicio de vida sexual activa es un factor importante para la presencia y desarrollo de la infección por VPH, en las mujeres estudiadas se encontró que la edad que predominó fue a los 17 años lo que demuestra que la mujer está iniciándose sexualmente cada vez a más temprana edad, dado que la vía de transmisión para este virus es sexual, esto hace que a menor edad de inicio de actividad sexual mayor riesgo de contagio exista.^{1, 12,18}

El nivel de conocimiento que tuvieron las pacientes acerca de la infección por VPH, es importante ya que la información acerca de este padecimiento mejora la posibilidad de la prevención y la factibilidad del autocuidado.^{1,3}

Las actitudes que se generaron en las mujeres posterior al reporte positivo de infección por VPH, en general fue preocupación ya que la desinformación inicial

que la mayoría de la población tiene, es que VPH es sinónimo de cáncer y cáncer es muerte^{11, 18, 22}

La comunicación entre la pareja es un factor muy importante para enfrentar cualquier tipo de crisis, no solo en el subsistema conyugal sino en la familia como tal. La pérdida de la salud es una crisis paranormativa que puede romper la homeostasis familiar, y la comunicación es un factor elemental para mejorar las condiciones familiares.^{18, 23, 24}

La pérdida de la salud, representa para la familia una serie de cambios en su dinámica, e incluso cambios en los roles que desempeñan los miembros de esta, el subsistema conyugal no escapa a estos cambios, algunos de estos pueden ser para bien pero en otras ocasiones pueden ser nocivos y terminar en una ruptura total del vínculo de pareja, entre los cambios que se presentaron en la pareja ante el reporte de infección por VPH la mayoría presentaron un aumento en la comunicación, lo cual fue positivo, ya que la enfermedad los unió más.^{18, 21, 25}

Se identificaron algunas limitantes en el desarrollo de este estudio entre estas el tiempo, ya que no fue suficiente para observar adecuadamente a la población en estudio, y tampoco se pudo recabar la opinión de la pareja de las mujeres en estudio ni conocer la percepción que ellos tuvieron ante el reporte de infección por virus de papiloma humano en sus parejas; también el tipo de investigación ya que las respuestas son subjetivas e involucran sentimientos los cuales suelen ser difíciles de interpretar.

En cuanto a los tipos de sesgo que se presentaron en el estudio se determina la selección, en la modalidad de no respuesta y en el de medición, por falta de sensibilidad del instrumento

5. CONCLUSIONES.

El virus del papiloma humano como precursor de cáncer cervicouterino, se ha convertido en un problema de salud pública ya que la mortalidad por este padecimiento ocupa el segundo lugar, en nuestro país.

Siendo una infección de relativamente fácil diagnóstico, no existe aun en la población una cultura de prevención, ya que hay mujeres que no se realizan el Papanicolaou como parte de una medida preventiva, y como es el caso de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán, en donde un bajo porcentaje de las mujeres se realizó Papanicolaou, por ello es necesario dar a conocer a la población la importancia de la prevención y del autocuidado, pues la realización del estudio de Papanicolaou, permite al medico familiar diagnosticar oportunamente y con ello recurrir a todo un equipo multidisciplinario para que a la paciente se le brinde tratamiento oportuno, con un enfoque de detección de riesgo, también el medico familiar podrá intervenir en la familia fortaleciendo las redes de apoyo, sensibilizando al subsistema conyugal haciendo el problema de ambos, lo que favorecerá la integración de la pareja, mejorando los canales de comunicación, permitiendo que sea la pareja quien plantee propuestas en conjunto con el medico para afrontar la problemática, y así evitar reacciones negativas que lesionen la dinámica familiar. Al brindar información adecuada a las pacientes se les ayudara a enfrentar sus miedos, sus dudas, y sobre todo, les dará herramientas para poder a su vez comunicarlo a sus parejas, además de romper mitos y falta de información acerca del VPH, y sus mecanismos de transmisión.

Al fomentar el autocuidado se obtendrá un impacto positivo disminuyendo las muertes de mujeres por diagnóstico tardío, por ello es crucial tanto para la mujer como para su pareja, la orientación adecuada, oportuna y veraz de su medico familiar pues la intervención de este podrá ayudar a la pareja a afrontar estas crisis paranormativas evitando así la disolución del vinculo y la afectación de la familia.

Si el medico cuenta con instrumentos que le permitan identificar la problemática familiar, se le facilitara proporcionar orientación y derivar de ser necesario a un terapeuta familiar, con el objetivo de recuperar el equilibrio al interior de la familia y del fortalecimiento de del subsistema conyugal.

Por lo anterior se considera necesario dar continuidad a esta línea de investigación mejorando el instrumento con el que se inicia y realizando validez de contenido para ayudar a las mujeres con esta problemática, ofreciéndoles opciones de atención oportuna, también con ello se podrá dar seguimiento y continuidad a través de formación de grupos de apoyo en donde se maneje orientación individual y familiar con la finalidad de fortalecer al núcleo familiar

6. Referencias.

1. López Saavedra A., Lizano Soberón. Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. Investigación Biomédica en Cáncer. UNAM - INCan. Subdirección de investigación básica. Instituto Nacional de Cancerología. México D.F. Cancerología 1. 2006; 31-55
2. Barba Evia JR. Cáncer cervicouterino: ¿Qué papel etiológico juega la infección con el virus del papiloma humano? Rev. Méx. Patol Clin. 2009; 56:(2):83-104.
3. Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). Virus del papiloma humano: Información sobre el VPH para los médicos. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/hpv/common-clinicians/sp/ClinicianBro-Sp-fp.pdf>.
4. Consuegra Mayor CP., Molina del Campo D. El virus del papiloma humano (HPV), agente viral importante precursor de la mayoría de las displasias o cáncer cervical. Salud Uninorte Barranquilla.2004; 19: 3-13.
5. León G., Bosques O., Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2005; 31:(1)
6. Sarduy Napoles M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2009; 35:(1)
7. Concha M. Diagnóstico y terapia del virus del papiloma humano. Rev. Chil. Infectol. 2007; 24:(3):209-214.
8. Rodríguez M., García FJ. Virus del papiloma humano situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. Andalucía Mayo 2008. Aragón. Sevilla: Consejería de Salud, 2008.
9. Rivera Rodríguez P., Zúñiga Lara D. Infección por VPH, vacunas y nuevas tendencias. Acta Medica Grupo Angeles. 2009; 7:(2):89-95.
10. Lizano Soberón M., Carrillo García A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. Cancerología. 2009; 4: 205-219.
11. Sánchez Hernández JA., Huerta Pineda MI., Rivera Tapia., JA. Infección por VPH y cáncer cervicouterino. Rev. Mex Patol Clin. 2005; 52:(4): 222-233.
12. Palma Lazcano I. Epidemiología del virus del papiloma humano. Rev. Paceaña Med Fam. 2006; 3:(4): 67-70.

13. Bosch FX., S de Sanjosé X. Virus del papiloma humano: riesgo oncogénico y nuevas oportunidades para la prevención. Institut Catala d'Oncologia. 2004; 21:(53):14-20.
14. Muñoz M., Mendoza JA. Detección de VPH-16 y 18 en muestras de cérvix de mujeres que acuden a centros asistenciales de la ciudad de Mérida. Rev. Biomed. 2003; 14:(2):61-68.
15. Documento de posición de la OMS. Vacunas contra el virus del papiloma humano. 2009. Año 84:(15):117–132. Disponible en: <http://www.who.int/wer>
16. Perfil epidemiológico del cáncer cervicouterino en México. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Octubre-diciembre 2009. Disponible en: http://www.enfermedadesinfecciosas.com/files/reip90_4.pdf
17. Alameda González C., Lorenzo-Cáceres AL. Vacuna contra el papilomavirus humano: actitud ante una consulta sobre una novedad terapéutica. Aten Primaria. 2008; 40:(4):205-8.
18. Castro Vásquez MC., Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud pública de México. 2010; 52:(3): 207-212.
19. Paz C., Lloveras B., Attila L., Ejarque M. Evaluación de las técnicas de detección del VPH en los programas de cribado para cáncer de cuello uterino. Salud pública de México. 2006; 48:(5): 373-378.
20. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de inmunización. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Vacunas contra el virus del papiloma humano: una nueva herramienta para la prevención del cáncer cervicouterino. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/HPV-FactSheet1.pdf>
21. Galo Guerra Vargas. La elección de pareja. Disponible en <http://www.incocr.org/biblioteca/0007.PDF>
22. Da Silva Marques Ferreira ML. Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. Ginecol y Obste. de México. 2005; 73:(10):531-536.
23. García X. Ciclo vital crisis evolutivas. Fundación MF, para el desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria de la salud. Buenos Aires Argentina. Agosto 2003. Disponible en: http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/Ciclo_Vital.

24. Roberto Sanz. Conflictos de pareja: consideraciones sobre los mitos Influyentes. Disponible en:
<http://www.sexpol.net/imgContenidos/Conflictos%20de%20pareja%20consideraciones%20sobre%20los%20mitos%20influyentes.pdf>
25. Fernández Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM.2004; 47:(6).
26. Estadísticas de mortalidad de la secretaria de salud. Disponible en:
<http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
27. Hidalgo Martínez AC. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el Porqué no funciona el programa nacional de detección Oportuna. Rev Biomed. 2006; 17:(1): 81-84.
28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Disponible en:
<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
29. Ley General de Salud. [Disponible en: http://www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

7. ANEXOS.

7.1. Anexo 1

Questionario

Nombre: _____ fecha: _____ Folio: _____

Edad: _____ estado civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Inicio de vida sexual activa: _____ Años de vivir con su pareja: _____

Lea y responda las siguientes preguntas, si tiene dudas pregunte al entrevistador.

1. ¿Sabe usted que es el virus del papiloma humano (VPH)?

Si _____ No _____

2. ¿Sabe usted como se contagia el VPH?

Si _____ No _____

3. ¿Cómo se sintió al saberse portadora del VPH?

4. ¿Le informo de su diagnóstico de VPH a su pareja?

5. ¿Cómo reacciono usted ante su pareja al saberse portadora de VPH?

6. ¿Cómo reacciono su pareja ante el diagnóstico de VPH que se le realizó a usted?

7. ¿Hubo cambios en su relación de pareja ante el diagnóstico de VPH?

8. ¿Qué tipo de cambios presento su relación de pareja?

9. ¿Cómo se sintió usted ante estos cambios?

10. ¿Qué hicieron para afrontar estos cambios?.

GRACIAS

7.2 Anexo 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

México D.F. a ____ de _____ 2008.

Por medio de la presente yo
C. _____

Acepto participar en el protocolo de investigación, titulado: "CAMBIOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE CHIMALHUACÁN", cuyo objetivo es explorar los cambios que se presentan en la relación de pareja ante el diagnóstico de VPH, se me ha explicado que mi participación, consiste en contestar una serie de preguntas, el investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello tenga repercusiones. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

Entrevistada

Testigo

Investigador