



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #20**

Grado de intimidad sexual en mujeres antes y después del diagnóstico de infección por VPH

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Reyes Hernández Viviana Marlen

TUTORA

Dra. Beatriz Flores Meza

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. Beatriz Flores Meza

ASESOR CLÍNICO

Dra. Silvia Angélica Gordillo Rodríguez

Generación 2013-2015



MÉXICO D.F.

Noviembre 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TUTORA

DRA. BEATRIZ FLORES MEZA

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGIA DE CABEZA Y
CUELLO
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GINECO / PEDIATRÍA 3 A IMSS

ASESOR CLÍNICO

DRA. SILVIA ANGÉLICA GORDILLO RODRÍGUEZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
INSTRUCTORA CLÍNICA EN COLPOSCOPIA EN
EL HOSPITAL GINECO PEDIATRÍA 3A IMSS

Vo.Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #20 VALLEJO IMSS

Vo.Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

PROFESOR ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #20 VALLEJO IMSS

Vo.Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

DEL COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #20 VALLEJO IMSS

AGRADECIMIENTOS:

A Dios...

Por tu amor y tu bondad la cual no tiene fin, por permitirme sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda. Gracias por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

Gracias Dios por los momentos buenos y también los difíciles, por las personas que me aman y también por las que no, por los errores que he cometido y me dejaron una enseñanza, por lo bueno que tengo hoy y por lo que está por venir...

A mis padres Oscar y Elisa...

Por estar siempre a mi lado, por creer en mí, por saber ser no solo padres sino amigos y cómplices, por hacerme sensible ante el dolor de todo aquel ser vivo, por estar a mi lado en los momentos más difíciles tomando mi mano sin dejarme caer.

Nunca olvidaré que siempre estuvieron ahí secando mis lágrimas y dándome siempre una esperanza de que todo sería mejor.

Gracias por enseñarme que una hoja no se mueve sin la voluntad de Dios, por su infinito amor y apoyo, sin ustedes nada de esto se hubiese logrado, ya que soy reflejo de sus enseñanzas, de sus consejos, de su amor y su ejemplo, de que nunca hay que darse por vencido y siempre luchar por lo que se quiere, de defender mis ideales y de enseñarme que la verdad siempre me hará libre...

Los amo!!! ...

A mi esposo Angel...

Así es mi amor, por ser lo que tu nombre dice... un ángel que Dios me envió en el momento que menos lo esperaba pero que más lo necesitaba, por ser el mejor esposo, el esposo que supera todo aquello que me imaginaba tener a mi lado desde que era niña, gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles, abrazándome consolándome secando mis lágrimas y escuchando mis miedos a pesar de tu cansancio, impulsándome siempre a ser mejor como persona, como profesional, porque no hay nada que me ponga más feliz que saber que vamos a envejecer juntos después de haber compartido maravillosos momentos que luego se convertirán en recuerdos, porque cada mañana al verte a mi lado me das la energía que necesito para resistir los días tan agotadores en los que estamos separados por nuestras obligaciones, estoy orgullosa de ser tu esposa, la esposa de un gran ser humano y un gran profesional que no solo es brillante si no bondadoso, amoroso y justo. Eres lo más hermoso que me ha pasado, porque ese día en el que la vida se disloco y platicamos por primera vez nuestras miradas se reconocieron y jamás se dejaron ir, pasando de ser mi mejor amigo a mi

compañero de vida y cómplice de mis locuras en tan corto tiempo, porque quiero estar contigo por lo que me reste de vida luchando contra todo codo a codo.

Te amo!!! ...

A mis abuelitos...

Por cuidarme y aconsejarme en todo lo que llevo de vida, por enseñarme lo que ningún libro me enseñará, sus experiencias, y toda su sabiduría, por ser más que mis abuelitos unos grandes y sabios amigos, por siempre sujetar mi mano firmemente y no dejarme caer, por darme valores y sensibilizarme ante el dolor humano, por permitirme ser alumna y maestra, abuelita por enseñarme que Dios existe aunque a veces no queramos darnos cuenta, y el poder sentir sus caricias en el viento, escucharlo en el canto de un pájaro y sentir su calor a través del sol, por enseñarme a hablar con el cómo mi amigo y no como alguien superior...

Los amo!!!...

A mis hermanos Oscar y Ulises...

Por ser mis compañeros de juegos y travesuras, por enseñarme que el ser mujer no es sinónimo de debilidad, por hacerme fuerte y enseñarme a defender, por siempre creer en mí, porque son más que mis hermanos son mis amigos, gracias... Los amo!!!.

A mis sobrinos Gerardo, Isaac, Oscarito y Frida...

Por enseñarme uno de los sentimientos más puros y hermosos que es el de ser tía, jamás me imagine todo el amor que siento por ustedes, espero poder ser lo que ustedes necesitan, poder ser su amiga, su cómplice, su maestra de vida y también su alumna, porque no hay día que no aprenda de ustedes, de su fortaleza, de su gran capacidad de amar y perdonar, los amo, siempre contarán conmigo...

A mis tíos...

Por demostrarme día a día que la unión de la familia es el tesoro más hermoso que podemos tener, haciéndome sentir que puedo contar con ustedes en los momentos buenos, pero sobre todo en los momentos malos haciéndonos uno solo, por todos esos días y noches en los que pasábamos riendo, por su paciencia y enseñanzas gracias los quiero mucho...

A mis primos...

Por compartir conmigo todos estos años llenos de juegos, de amistad de complicidad, cuidándome, haciendo travesuras de las cuales solo nosotros sabremos, por ser más que mis primos mis hermanos... los quiero mucho...

A mis suegros Angel y Catalina y mi cuñado Ricardo...

Por haber forjado un gran ser humano, noble, amoroso, sincero, valiente, generoso, divertido, por haberme aceptado con los brazos abiertos en su familia haciéndome sentir parte de ella y apoyarnos siempre. Gracias los quiero...

A mis asesoras Dra. Beatriz Flores Meza y Dra. Silvia Angélica Gordillo Rodríguez...

Por creer en mí y apoyarme en esta gran aventura... la especialidad, por darme la facilidad y permitirme volver a enamorarme de esta gran profesión, dándome no solo los conocimientos si no enseñándome lo que ningún libro podrá darme... la humildad, la humanidad y el trato digno no solo al paciente si no a otro igual, otro ser humano, enseñándome a ver no solo enfermedades si no personas... gracias, todo mi cariño, respeto y admiración...

A mis niños...

Por nunca dejarme sola, y acompañarme en esas noches de desvelos interminables, por recibirme en esos días de desmoralización, de angustia y cansancio con esa alegría y gratitud que solo ustedes saben darme, por hacerme reír en ese momento en el que pensé sería imposible, por soportar mi mal humor y entender mi falta de interés y atención que en ocasiones tenía, sin mermar esto en el gran amor que me tienen... los amo y siempre los recordaré...

ÍNDICE

TITULO.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	22
OBJETIVOS.....	23
HIPÓTESIS.....	24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	64

Grado de intimidad sexual en mujeres antes y después del diagnóstico de infección por VPH

Grado de intimidad sexual en mujeres antes y después del diagnóstico de infección por VPH.

Reyes Hernández V.M¹., Flores Meza B²., Gordillo Rodríguez S.A³.

¹Residente del tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF20

²Especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Coordinadora de enseñanza e investigación en salud Hospital Gineco / pediatría 3 a IMSS.

³Medico Ginecólogo. Instructora Clínica en Colposcopia en el HGP 3A.

Lugar de estudio: HGP 3A

Introducción: La infección por VPH una enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia en población sexualmente activa con factores asociados relacionados con el comportamiento sexual. En 2001, OMS refiere 630 millones de personas infectadas.¹

Objetivo: Determinar grado de intimidad sexual antes y después del diagnóstico de VPH en mujeres de 20 a 35 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo analítico:138 pacientes con diagnóstico de VPH de consulta externa de displasias durante Marzo a Abril 2015, previo consentimiento informado se aplicó "Encuesta de grado de satisfacción sexual" utilizando estadística descriptiva y de asociación tipo Chi cuadrada.**Resultados:** Edad promedio: 28.16 años, estado civil: casadas (38.4%), ocupación: amas de casa (57.2%), ocupación de la pareja: empleado no profesional (63.8%), divorciadas (29%) y secundario a diagnóstico de VPH, nulíparas (36.2%) con una pareja sexual (59.4%), 6 meses a 1 año de diagnóstico (60.8%), con tiempo de vivir en pareja entre 1 a 2 años (51%), NIC1 (80.4%). Con cambios estadística y clínicamente significativos en el grado de intimidad sexual después del diagnóstico.**Conclusiones:** La infección por VPH es determinante en la disfunción de pareja con afectación total en los diferentes componentes que forman la satisfacción sexual, encontrándose afectados los ocho componentes del grado de satisfacción sexual en $\geq 90\%$ con respecto a su percepción antes de saber el diagnóstico.

Palabras clave: virus del papiloma humano, intimidad sexual.

Degree of sexual intimacy in women before and after diagnosis of HPV infection.

Reyes Hernandez V.M¹., Flores Meza B²., Gordillo Rodriguez S.A³.

¹Resident of third year of specialization course in Family Medicine UMF20 IMSS

²Specialist in otolaryngology and head and neck surgery. Coordinator of health education and research in Obstetric/ Pediatrics Hospital 3A IMSS.

³Specialist in Gynecologist. Colposcopy Clinical Instructor in the GPH 3A IMSS.

Place of study: GPH 3A IMSS

Introduction: Infection of HPV is a sexually transmitted disease of most prevalent in sexual active population with associated factors related to sexual behavior. In 2001, WHO refers 630 million people infected.¹

Target: To determine degree of sexual intimacy before and after the diagnosis of HPV in women aged 20-35 years.

Methods: Analytical descriptive study: 138 patients diagnosed with HPV dysplasia outpatient during March to April 2015, prior informed consent "Survey of sexual satisfaction" was applied using descriptive statistics and Chi square association.

Resultados: Average age: 28.16 years, marital status: married (38.4%), occupation: housewives (57.2%), occupation of the couple: non-professional employee (63.8%), divorced (29%) and a secondary diagnosis of HPV, nulliparous (36.2%) with a sexual partner (59.4%), 6 months to 1 year of diagnosis (60.8%), with a time of living together between 1-2 years (51%), CIN 1 (80.4%). With statistically and clinically significant in the level of sexual intimacy after diagnostic.

Conclusiones : HPV infection is determinant in couple dysfunction with full involvement in the different components that make sexual satisfaction, being affected eight grade components sexual satisfaction $\geq 90\%$ from their perception before knowing the diagnosis.

Keywords: human papillomavirus, sexual intimacy.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción marital es una de las principales características de una familia sana, y es conocido como un importante predictor de la calidad de vida en general. Una pareja es “la unión de dos seres completos, con los componentes físicos y psíquicos de sus respectivos sexos, los cuales portan no solo un sexo genético, anatómico y fisiológico, sino también un sexo psíquico, familiar, social y cultural.”

“La relación de pareja es un proceso complejo y largo que parece estar determinado por múltiples factores cuya combinación da por resultado que la relación se vaya acrecentando hasta terminar ya sea en la conformación de la vida en común o en una ruptura.

Es así como muchos de los investigadores en el tema de relación de pareja, están de acuerdo en que un elemento central de este tipo de conformaciones es el amor, el cual se ha concebido a través del tiempo y del conocimiento como el más profundo y significativo de los sentimientos.”

La comunicación es una parte muy importante en la relación de pareja, dicha comunicación representa el medio más idóneo para que una persona exprese apertura y obtenga a la vez retroalimentación acerca de sí misma, apoyo, aceptación y confirmación de que es un individuo digno para establecer una relación íntima exitosa este mecanismo actúa como una entidad facilitadora en la emisión de ciertos comportamientos dirigidos a organizar la relación, toma de decisiones, se asignan funciones y papeles y con ello se crea una visión conjunta del mundo.

La comunicación marital y el estilo de comunicación son considerados como relevantes en la conducta humana, pues abarcan la observación y el estudio de aspectos que van más allá de los procesos internos dado que son manifestaciones observables de cómo se establecen las relaciones entre los individuos. La comunicación es uno de los fenómenos más genuinamente humanos, el estudio y la sistematización de estas manifestaciones observables entre los individuos explican en gran medida, la conducta humana. En otras palabras estas

manifestaciones se dan a través de la comunicación y ésta tiene un efecto sobre la conducta, pudiéndose observar en las diferentes formas de las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones de mayor intimidad, como lo es: la relación de pareja.

Todo esto entre otros aspectos como el amor, la ternura, el deseo, la confianza entre otras se entrelazan y complementan para poder brindar satisfacción en la diada.

La palabra satisfacción tiene como base una necesidad personal y mutua que ha de ser satisfecha o cubierta. Partiendo de esto la satisfacción en pareja adquiere una gran relevancia al ser un posible indicador de estabilidad y felicidad de una relación de pareja.

Es por eso que la satisfacción de pareja puede ser definida de una variedad de formas, y es una variable que es muy dependiente del contexto cultural en el que se desarrollan las parejas.

Llegando a la conclusión de que el grado de satisfacción que experimenta la pareja, depende de múltiples variables: tanto internas (creencias, valores, mitos, etc.) como externas que tienen que ver con la relación que se tiene con el cónyuge (nivel de comunicación, manifestación de efecto etc.).

Dentro de la satisfacción se encuentra la intimidad sexual de la pareja la cual es la capacidad de superar el aislamiento no solo del cuerpo, sino también de las ideas, creencias, emociones y necesidades, así como establecer un vínculo de confianza y pertenencia con la otra persona. Es una vinculación de la personalidad, en lo emocional y lo espiritual.

La naturaleza de la intimidad en la relación de pareja ha significado cosas diferentes y semejantes a través del tiempo y de las culturas, esta variedad va desde considerarse un elemento de amor, hasta una combinación que surge al compartir creencias, pensamientos, sueños, así como la sexualidad en una relación personal.

Con base en las nociones de Intimidad en su sentido más amplio y sus implicaciones en la interacción de la pareja romántica, se consideró relevante diseñar una escala para medir la intimidad sexual en las parejas mexicanas, para lo cual se propuso la siguiente definición:

“Es el lazo que favorece el proceso de compartir pensamientos, sentimientos y experiencias únicas de importancia personal, con alguien altamente significativo, motivación mutua con potenciales de gratificación sexual única en la pareja, en donde el tiempo y privacidad dan oportunidad de intercambiar señales psicológicas de cercanía emocional, admiración, deseo, apreciación, sensibilidad, devoción, respeto, entrega, pertenencia y confianza”

Las enfermedades de transmisión sexual como lo es la ocasionada por el VPH pueden mermar el la expresión de la intimidad de pareja ya que las mujeres y hombres en su mayoría pueden asociarlo a infidelidad de la misma, truncando la expresión en los distintos componentes de la intimidad de los integrantes de la diada.

Es importante aclarar que el inicio de la vida sexual se ha visto que en los últimos años ha ido adelantándose comenzando cada vez más jóvenes su inicio de vida sexual activa, siendo alarmante ya que a pesar de que se tiene información más fácilmente se continua sin educación sexual obteniendo como resultado más personas contagiadas por este tipo de enfermedades, es bien sabido que la edad media del contagio y diagnóstico de VPH es entre los 20 y 35 años de edad ya que esta edad es la edad fértil y la edad en la que las mujeres regularmente experimentan plenamente su sexualidad, ejerciéndola con responsabilidad.

Es por eso que es de mucha importancia que el médico de primer contacto tenga el conocimiento adecuado, para poder informar no solo a la paciente sino también a la pareja dando una adecuada orientación no solo clínica si no emocional para así poder disminuir su nivel de estrés e incertidumbre originada secundariamente del diagnóstico. Por lo que es importante conocer el componente más afectado de la intimidad sexual y poder reforzar este mismo y así prevenir rupturas innecesarias de núcleos familiares.

MARCO TEÓRICO

El virus del papiloma humano pertenece a la familia Papiloviridae. Alrededor de 100 serotipos se pueden encontrar en la piel, las membranas mucosas de los genitales, la abertura anal, cavidad oral, y la hipo faringe. (1)

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia en la población sexualmente activa y desempeña un rol importante en la génesis de las lesiones pre neoplásicas y del cáncer invasivo de cuello uterino. (1, 2)

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más común a escala mundial y afecta, al menos una vez en la vida, a un estimado de 50 a 80 % de las mujeres sexualmente activas. Las féminas se infectan con el virus durante la adolescencia, en la tercera década de la vida y en los primeros años de la cuarta.

Como es sabido, el VPH se transmite con facilidad por contacto sexual, probablemente a través de erosiones mínimas o imperceptibles de la piel o las mucosas, a pesar de que se han descrito otras formas alternativas de transmisión (vertical o materno-fetal y horizontal o por fomites). (3,4)

Los papiloma virus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales.

A nivel evolutivo todos los papiloma virus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. (5)

Los dos géneros de VPH más importantes son los papiloma virus Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha (3).

Entre los más comunes del grupo de virus de bajo riesgo oncogénico están los tipos 6 y 11 que causan las verrugas benignas o condilomas acuminados y que generalmente, se asocian con lesiones no invasivas, mientras que los tipos 16 y 18, se corresponden con los de alto riesgo por su gran potencial carcinogénico.

El VPH tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos, responsable de más de la mitad de los tumores malignos del cuello uterino, mientras que el VPH 18 está implicado aproximadamente en el 20 % de estos.

El cáncer cervico uterino (CaCu) ocupa los primeros lugares como causa de muerte por cáncer en mujeres mexicanas. Una infección persistente de virus del papiloma humano (VPH) de tipos virales de alto riesgo oncogénico, es el factor etiológico principal en el desarrollo de esta neoplasia.

El cáncer de cérvix ocurre en dos formas predominantes: carcinoma escamoso y adenocarcinoma. El tipo histológico más comúnmente encontrado en las mujeres es el carcinoma escamoso (80% de los casos) y está más frecuentemente asociado al VPH 16.

El adenocarcinoma es el segundo tipo histológico más común y aunque el VPH tipo 16 también es el más frecuente, la proporción de los genotipos 18 y 45 aumenta significativamente en este tipo de tumores (8,9).

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 (10).

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. Aun cuando en personas jóvenes la infección por VPH es muy frecuente, la mayoría de las mujeres infectadas resuelven la infección espontáneamente (alrededor del 90%), persistiendo solo en una pequeña fracción de la mujeres (11).

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 (7).

Después de una infección natural solo la mitad de las mujeres desarrollan anticuerpos contra VPH detectables, los cuales probablemente no son protectores (14).

Los papiloma virus humanos también pueden alojarse de forma latente en las células epiteliales, evadiendo la detección por el sistema inmune y permitiendo una reactivación futura. (6,7,8).

La historia natural del cáncer cervico uterino implica la progresión gradual de una serie de etapas secuenciales en que las células del cérvix presentan ciertas anomalías histológicas conocidas como Neoplasia Intra epitelial Cervical:

NIC I (displasia leve)

NIC II (displasia moderada)

NIC III (displasia severa/carcinoma in situ)

Cáncer invasor. (5)

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).

Segundo 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 pre maligna.

Tercero, la infección clínica se manifiesta por la aparición de tumores visibles y es en esta etapa donde podemos encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH (5).

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia en la población sexualmente activa y desempeña un rol importante en la génesis de las lesiones pre neoplásicas y del cáncer invasivo de cuello uterino. (12)

Los factores que se asocian a la infección viral y pueden determinar la evolución hacia lesiones intra epiteliales y cáncer están relacionados en gran medida con el comportamiento sexual. (4, 6,7) Estos son:

- ❑ La edad al primer coito antes de los 20 años y especialmente antes de los 18 años, dada la vulnerabilidad del epitelio cervical en esas edades.
- ❑ Las infecciones de transmisión sexual como la producida por el virus del herpes simple genital tipo 2 (HSG-2) puede actuar de manera sinérgica en la acción oncogénica del VPH.8, 9 Otras infecciones han sido consideradas como las producidas por *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas*.
- ❑ La promiscuidad sexual de al menos un miembro de la pareja es otro de los factores a considerar, sobre todo cuando no se tiene en cuenta el uso de anticonceptivos de barrera como el condón.
- ❑ El papel del varón de riesgo en la transmisión de la infección se atribuye en gran medida al semen. (12, 14, 15, 16, 17)

Su fisiopatología está determinada porque al producirse la eyaculación dentro de la vagina, los espermatozoides contenidos en el semen, ascienden a través del canal endocervical y una elevada cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamo columnar, lugar donde se desarrolla el mayor número de neoplasias.(16, 17, 18)

- ❑ La multiparidad es otro de los elementos a considerar porque durante el embarazo se produce una depresión inmunológica y de los folatos en la sangre, elementos que se han asociado a un incremento de lesiones intra epiteliales mientras más embarazos tenga la mujer.(19, 20, 21)
- ❑ En relación con el hábito de fumar, desde hace más 30 años se consideró la teoría que el humo del cigarrillo, al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer espino celular del pulmón y de laringe podría también relacionarse con el cáncer de cuello uterino del mismo tipo histológico. En la actualidad, el hábito de fumar se relaciona con la aparición de lesiones precursoras y de cáncer cervical. Los componentes del humo tienen una

acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre que han sido detectadas en el cuello uterino y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH producida por un efecto tóxico sobre las células del cérvix y estimulado por la inmunodepresión local que se produce.

- ▣ El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH y algunos factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis.
- ▣ La reducción de los antioxidantes en la dieta ha sido considerada como influyente en la infección. En la medida que la ingestión de alimentos con alto contenido en vitamina A, y especialmente en retinol, se asoció con la reducción de desgarros del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reducen el riesgo de infección.
- ▣ Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino.
- ▣ Los factores hormonales pueden actuar como cofactores y existen reportes controversiales sobre el uso de anticonceptivos hormonales por más de cinco años, en algunas investigaciones se señala un incremento del riesgo de cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH y que si existe una lesión intra epitelial, puede progresar más rápidamente a cáncer invasor.
- ▣ La susceptibilidad genética a la infección por el VPH determina un riesgo individual de desarrollar el cáncer cervical y resulta importante la respuesta inmunológica del organismo, pues actúa como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores.
- ▣ Las infecciones virales son frecuentes en pacientes con deficiencias en el sistema inmunológico que se manifiesta con linfopenia y alteración de la

relación entre los linfocitos B y T y la quimiotaxis de los neutrófilos está disminuida. Estas alteraciones inducen trastornos en la sucesión de los pasos necesarios para que las respuestas inmune celular y humoral sean efectivas. Como ejemplo refutable se ha demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se manifiesta un incremento de lesiones pre malignas y malignas (12, 22, 23).

En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que alrededor de 630 millones de personas en todo el mundo (9 %-13 %) estaban infectadas con el VPH (1). Actualmente, hay 310 millones de mujeres infectadas con este virus; de estas, 56 millones han desarrollado algún tipo de cáncer de cuello de útero. Alrededor de 20 millones de estadounidenses están infectados con el VPH entre ellos 9,2 millones de adolescentes y adultos jóvenes (15-24 años) y 10,8 millones de adultos con vida sexual activa. Otros seis millones de personas contraen anualmente la infección por primera vez (24, 25, 26).

En Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia del VPH es del 30 % en mujeres de 15 a 24 años, y del 20 % entre hombres (4).

La mayor prevalencia de VPH de alto riesgo oncogénico, que incluye los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 59, se encuentra en África y América Latina. El VPH 16 es el más frecuente en el mundo, excepto Indonesia y Argelia donde el VPH 18 es el más común. El VPH 45 es de alta frecuencia en África Occidental. Los tipos 33, 39 y 59 se concentran en Centro y Sudamérica. (24, 26, 27, 28)

El virus del papiloma humano (VPH) es de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes a nivel mundial; en América Latina y el Caribe la prevalencia en mujeres es del 15.6% (Organización Panamericana de la Salud, 2008). En el 93% de los casos de cáncer cervico uterino (Cacu) se ha detectado el VPH (Walboomers *et al.*, 1999), son los serotipos 16 y 18 los de mayor riesgo (Cutts *et al.*, 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2008: 2). Este tipo de cáncer

se relaciona con las condiciones de pobreza y es el tercero más común entre las mujeres (International Agency for Research on Cancer, 2012). (29)

México es de las zonas de mayor incidencia y mortalidad por Cáncer. En 2008 la tasa de incidencia fue de 19.2 casos por cada cien mil mujeres y la tasa de mortalidad fue de 9.7 por cada cien mil mujeres (International Agency for Research on Cancer, 2012); se ubica entre las veinte principales causas de mortalidad general y la segunda en mujeres mayores de veinticinco años (Secretaría de Salud, 2010).

Las tasas de mortalidad por Cáncer en México entre 1980 y 2004 muestran una disminución en los últimos cinco años, lo que puede atribuirse a la ejecución del programa de detección oportuna iniciado en los setenta (Tovar *et al.*, 2008). Sin embargo, es necesario el diseño de políticas públicas que permitan una disminución significativa de las tasas de mortalidad, que consideren el contexto sociocultural, las creencias y significados sobre la prueba diagnóstica del Papanicolaou (Pap), la infección por VPH y los elementos subjetivos de la sexualidad de las mujeres. (29,30)

La sexualidad es un componente de la vida de las personas sujeta a diversas normativas sociales que han llevado a estigmatizar ciertos comportamientos y prácticas.

Trabajos a nivel internacional han analizado la relación entre las infecciones de transmisión sexual (principalmente el VIH/Sida) y el estigma (Maluwa, Aggleton y Parker, 2002; Castro y Farmer, 2003; Linchtenstein, Hook y Sharma, 2005; Morrison, 2006; Caceres, 2009; Solis *et al.*, 2009). (29, 31,32)

El impacto causado por una enfermedad crónica como el VPH (con su variabilidad e incertidumbre) es tremendo y extiende más allá de un sólo individuo. Es importante comprender esto, porque detrás de cada individuo afectado por el VPH, siempre hay más gente "afectada por el VPH" (familia, colegas y amigos).

El grado de adaptación de cada persona puede ser medido por la manera en la que cada uno acepta además la realidad de la enfermedad. La tensión de tener que enfrentarse a esta, supone un reto a los esfuerzos de la pareja por comunicarse abiertamente sus respectivas experiencias y las necesidades cambiantes de expresión y plenitud sexuales.

La satisfacción marital está relacionada con aspectos tales como la viabilidad, intimidad, cuidado, pasión, satisfacción y apoyo, concibiéndose este último como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro por medio de sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.(33)

La naturaleza de la intimidad en la relación de pareja ha significado cosas diferentes y semejantes a través del tiempo y de las culturas; esta variedad va desde considerarse un elemento del amor, hasta una combinación que surge al compartir creencias, pensamientos, sueños, así como la sexualidad en una relación personal.(33)

Algunas de las conceptualizaciones formuladas sobre la intimidad son las siguientes:

Asociación, contacto o familiaridad; denominada como una amistad cálida que se desarrolla mediante una larga relación que sugiere privacidad; relaciones entre personas que se aman, cuyas vidas están profundamente entrelazadas; motivo que refleja las preferencias individuales para las experiencias de cercanía, calidez y comunicación; situación por la cual dos personas que se profesan cariño comparten con la mayor libertad posible: sentimientos, ideas y procederes; suele caracterizarse por un sentimiento recíproco de aceptación, entrega, ternura y confianza. (33)

Maslow señala que, aquellas personas que tienen capacidad de amar, de pertenecer, que se encuentran sanas emocionalmente, que son recíprocas y que

se respetan a sí mismas, se comunican adecuadamente, se expresan mejor en la intimidad y muestran satisfacción y mayor plenitud sexual.

Masters et al., expresan que la sexualidad es una relación confirmada, que se manifiesta en tres aspectos:

- 1) Cada compañero admira, desea y aprecia al otro como un ser humano capaz de desarrollar el sexo
- 2) Cada uno de los integrantes de la pareja afirma que el compañero no es un monstruo en sus deseos y ejecuciones sexuales, sino que cada uno de ellos comparte la universalidad y variedad sexual.
- 3) Ambos se sienten seguros de que lo que comparten en lo sexual es especial y único.

Es evidente entonces que la intimidad no solo concentra elementos de calidez, altruismo, compromiso, cercanía deseo de promover el bienestar de la persona amada, sentimiento de felicidad, respeto por el otro, capacidad de contar con la persona amada en los momentos de necesidad, entendimiento mutuo, recepción y entrega de apoyo emocional por la persona amada, o comunicación íntima, sino que logra manifestarse con sensaciones físicas y emociones que fusionan mediante el tiempo y la privacidad, ya que contribuyen al encuentro de dos personas en su intercambio de experiencias, sentimientos y conductas placenteras. (33)

El DSM-IV define disfunción sexual como un trastorno en el ciclo de respuesta sexual como un trastorno en el ciclo de respuesta sexual o dolor durante el coito. Inicialmente la Asociación Psiquiátrica Americana había reunido las alteraciones de la disfunción sexual en cuatro tipos: trastorno del deseo, de la excitación, falla orgásmica y dolor coital. Posteriormente la International Consensus Development

Conference on Female Sexual Dysfunctions a esos cuatro tipos agregó dos más: alteración de la lubricación y de la satisfacción. (34, 35)

Satisfacción marital es una de las principales características de una familia sana, y es conocido como un importante predictor de la calidad de vida en general. El estrés es inevitable en la vida cotidiana y que puede afectar a las relaciones de pareja. Por otra parte, las personas casadas que trabajan se encuentran con más factores de estrés de hacer las solteras, sobre todo cuando sus trabajos son exigentes y estresantes, tales como trabajar como profesionales de la medicina en los hospitales. (36)

La aplicación de estrategias de afrontamiento eficaces y recibir apoyo social, especialmente de las personas emocionalmente cercanos, son los factores de protección que pueden ayudar a las personas a manejar el estrés y amortiguar los efectos negativos del estrés de la vida sobre la satisfacción conyugal y la vida. (36, 37, 38)

La sexualidad es un proceso complejo coordinado por el sistema neurológico, sistemas vasculares y endocrinos. FSD es un multi - causal y un problema médico multidimensional que afecta adversamente física la salud y el bienestar emocional. La disfunción sexual puede tener un impacto importante en la calidad de vida en las mujeres.

El deterioro de la función sexual puede tener efectos perjudiciales sobre la autoestima, el sentido de totalidad y las relaciones interpersonales de las mujeres.

A menudo es emocionalmente angustiante. Si se altera la sexualidad femenina, las consecuencias que podría dar lugar a, incluir la discordia y el divorcio familiar, y la reproducción también se ve afectado. FSD es un problema altamente prevalente en el 38% de 63% de las mujeres.

Con base en estudios realizados por el National Health y Encuesta de la vida social, de 1.749 mujeres, el 43% tiene quejas de disfunción sexual. Si bien la prevalencia y factores de riesgo para el varón disfunción sexual, en particular la disfunción eréctil, han sido estudiado intensamente en la última década los datos, con respecto a este tema en las mujeres, son escasas. (39, 40)

La satisfacción marital determina en gran medida la duración y mantenimiento de la unión, así como su buen funcionamiento. Neto (2001) la define en términos de la actitud que tiene una persona de su matrimonio, la que puede ser positiva o negativa. Para algunos implica una evaluación subjetiva de la relación de una pareja de casados, donde la interacción marital y los aspectos del cónyuge son esenciales (Pick y Andrade, 1988; Reifman y Pearson, 2004).

Es evidente entonces que la intimidad no solo concentra elementos de calidez, altruismo, compromiso, cercanía deseo de promover el bienestar de la persona amada, sentimiento de felicidad, respeto por el otro, capacidad de contar con la persona amada en los momentos de necesidad, entendimiento mutuo, recepción y entrega de apoyo emocional por la persona amada, o comunicación íntima, sino que logra manifestarse con sensaciones físicas y emociones que fusionan mediante el tiempo y la privacidad, ya que contribuyen al encuentro de dos personas en su intercambio de experiencias, sentimientos y conductas placenteras

Algunas de las causas de divorcio más frecuentes son la infidelidad, el factor económico, la falta de comunicación o deseo o el sentimiento de soledad ante la falta de comprensión de la pareja (cfr. Fricker, 2006). Es por ello que se considera de suma importancia la percepción que tiene una persona acerca del apoyo positivo, negativo o expresado que recibe de su pareja.

El apoyo que se expresa en las relaciones de pareja es de vital importancia ya que es la base fundamental de las relaciones maritales.

Actualmente, una de las principales causas por lo que las relaciones comienzan a agotarse es la falta de apoyo y comunicación en la pareja (Sánchez, 2007), lo que genera un desconocimiento de las propias necesidades (41, 42)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus del papiloma humano (VPH) es de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes a nivel mundial; en América Latina y el Caribe la prevalencia en mujeres es del 15.6% (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

México es de las zonas de mayor incidencia y mortalidad por Cáncer cervico uterino. En 2008 la tasa de incidencia fue de 19.2 casos por cada cien mil mujeres y la tasa de mortalidad fue de 9.7 por cada cien mil mujeres (International Agency for Research on Cancer, 2012); se ubica entre las veinte principales causas de mortalidad general y la segunda en mujeres mayores de veinticinco años (Secretaría de Salud, 2010).

Ya que esta enfermedad es de transmisión sexual, merma en la satisfacción del ejercer la sexualidad en la pareja, ya sea una pareja estable o pareja ocasional, por el miedo al contagio, o por lo sabido por la población y el pensar en una probable infidelidad por parte de ambas partes de la pareja.

En México, en el año 2003, por cada 100 matrimonios había 11 divorcios, que aumentaron a 12 en el año 2005.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2010) declaró que en 2005 muchas parejas se esperaban a cumplir los tres años de casados que por ley se deben cumplir para poder divorciarse, pese a que ya vivían separadas desde antes.

Para el 2012 aumenta el índice de divorcios a 99,509 celebrándose al 2012, 585 mil 434 matrimonios, en 2011 fueron 570 mil 954 y en 2010 fueron 568 mil 632.

En su reporte "Indicadores sobre la situación conyugal de la población, matrimonios y divorcios ocurridos en México", advierte un aumento paulatino de las separaciones y las uniones; señala que en 2009, se dieron 558 mil 913

matrimonios contra 84 mil 302 divorcios; en tanto que entre 2000 y 2009 el monto de matrimonios se redujo 21% y el de los divorcios aumentó 61 por ciento".

El INEGI detalló que de los 30.5 % de los divorciados estuvieron casados cinco años o menos, del 18.5% permanecieron unidas entre 6 y 9 años y prácticamente la mitad; es decir el 49.5% duraron 10 años o más; siendo la medida de los matrimonios que disolvieron su vínculo de manera legal a los 12 años.

Datos del INEGI revelan que en México la mayor parte de los varones jóvenes entre 15 a 29 años son solteros; es decir el 67.3% y sólo tres de cada diez se encuentran casados o en unión libre.

Observando cómo se comportan las estadísticas en cuanto a divorcio y aumento en el diagnóstico de VPH y siendo de nuestro conocimiento las primeras causas de divorcio, nos hace pensar que la satisfacción sexual en la pareja es de mucha importancia por lo que es importante saber cómo se modifica esta al momento de dar el diagnóstico con respecto a antes de saberlo.

Es por eso que es importante plantearse la siguiente pregunta.

¿Cuál es el grado de intimidad sexual en mujeres antes y después del diagnóstico de VPH?

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción marital es una de las principales características de una familia sana, y es conocido como un importante predictor de la calidad de vida en general.

El estrés y las enfermedades de transmisión sexual, hace que sea inevitable la disfunción conyugal en la vida cotidiana y que puede afectar a las relaciones de pareja. (33)

Es bien sabido que la edad media del contagio y diagnóstico de VPH es entre los 20 y 35 años de edad ya que esta edad es la edad fértil y la edad en la que las mujeres regularmente experimentan plenamente su sexualidad.

Debido al gran impacto que tienen los divorcios en México así como el incremento del diagnóstico de VPH en mujeres y sabiendo las causas de ambos es muy importante conocer el impacto que tiene este diagnóstico sobre la satisfacción sexual, ya que este sirve como predictor de posibilidad de divorcio, aumentando la depresión y así las consultas médicas por padecimientos psicosomáticos, por lo que es fundamental que el medico de primer contacto haga de su conocimiento el impacto del diagnóstico de VPH para poder dar una adecuada orientación sobre el mismo a las pacientes y de esta forma brindar una atención integral al derechohabiente

OBJETIVOS

General:

Determinar el grado de intimidad sexual antes y después del diagnóstico de VPH en mujeres de 20 a 35 años.

Específicos:

1. Estimar el porcentaje de pacientes femeninas de 20 a 35 años con diagnóstico de VPH
2. Identificar el grado de intimidad sexual con la pareja en mujeres de 20 a 35 años antes y después del diagnóstico de VPH.
3. Conocer el estado civil en porcentaje de pacientes femeninas de 20 a 35 años con diagnóstico de VPH.

HIPÓTESIS

Nula:

El grado de intimidad sexual es igual en mujeres antes y después del diagnóstico de VPH.

Alternativa:

El grado de intimidad sexual diferente en mujeres antes y después del diagnóstico de VPH.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar donde se realizara el estudio:

Hospital Gineco Pediatría 3 - A. Av. Politécnico s/n Col. Magdalena de las Salinas
de marzo 2015 a julio del 2015.

Diseño:

Serie de Casos

Tipo de estudio:

Observacional, transversal, analítico, de encuesta con reactivos en una población cerrada.

GRUPOS DE ESTUDIO.

Características del grupo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio en pacientes femeninas de 20 a 35 años de edad las cuales fueron derechohabientes del IMSS, con un mínimo de 6 meses de diagnóstico de VPH.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión:

Pacientes femeninas, edad de entre 20 a 35 años, derechohabientes del IMSS con un mínimo de 6 meses de diagnóstico de VPH por colposcopia y toma de biopsia.

Criterios de exclusión:

Enfermedades inmunológicas y crónico degenerativas (LUES, DM, AR, etc.) paciente que presentaron impedimentos físicos dificultades para la lectura para realizar las encuestas, sordera asociada, y/o psíquico, o una situación clínica grave que les impidió contestar los cuestionarios.

Criterios de eliminación:

Que se hayan retirado al momento del estudio o bien que no hayan contestado en al menos el 80% de los reactivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se aplicó la fórmula (43) para proporciones donde:

$$d = \frac{z_{\alpha} p_0 \times q_0}{n}$$

$$n = \frac{z_{\alpha} \times p_0 \times q_0}{d^2}$$

($\alpha = 0.05$; $Z_{\alpha} = 1.96$ y precisión del 0.08)

$$n = 125 + 10\% = 138$$

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron medidas de tendencia central, frecuencia para variable paramétricas y medidas de asociación de tipo Chi cuadrada con paquete estadístico SPSS 15.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición de variable	Nivel de Medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente en el momento de realizar la encuesta	Cuantitativa	Discreta Razón Unidad de medida: años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación mediante el NSS.	Cualitativa	Nominal Dicotómica Genero Femenino
Estado civil	Condición jurídica de la persona desde el punto de vista de sus obligaciones y deberes cívicos de carácter individual y familiar.	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente.	Cualitativa	Nominal. Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada
Ocupación.	Situación laboral actual de los pacientes en estudio	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente siendo este el tipo de trabajo que desempeña el paciente y que le genera ingresos.	Cualitativa	Nominal Politómica
Número de hijos	Cantidad de hijos nacidos vivos.	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente.	Cuantitativa	Discreta
Ocupación de la pareja	Situación laboral actual de la pareja sentimental de las pacientes en estudio	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente	Cualitativa	Nominal Politómica
Intimidación sexual	Aquellos actos y sentimientos que se mantienen fuera del alcance del público	Evaluado por el investigador asociado el cual identifico el grado de intimidación sexual en los	Cualitativa	Nominal Politómica: Contacto físico y

		diferentes factores de la encuesta realizada		confianza Auto-divulgación y satisfacción sexual Gusto y bienestar mutuo Ternura Expresión de amor Contacto emocional Caricias Deseo
Tiempo de vivir en pareja	Período determinado durante el que se convive estrechamente, en la misma vivienda con otra persona del mismo sexo u otro.	Evaluado por el investigador asociado mediante la ficha de identificación de la paciente	Cuantitativa	Discreta Razón Meses Años
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que se tuvo una relación sexual	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente	Cuantitativa	Discreta
Tipo de lesión genital.	Tipo de afectación del tejido genital evaluado mediante biopsia y reporte histopatológico	Evaluado por el investigador asociado con el expediente clínico	Cualitativa	Nominal politómica NIC I NIC II NIC III Lesión por VPH Condiloma vaginal Condiloma vulvar Carcinoma in situ Carcinoma micro invasor
Tiempo de diagnóstico	Periodo determinado durante el que se realiza el reconocimiento de un estado de salud	Evaluado por el investigador asociado con la ficha de identificación del paciente, usando intervalos de tiempo de meses y/o años.	Cuantitativa	Discreta Razón Meses Años

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Gineco – Pediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el área de consulta externa del servicio de Displasias, en el turno matutino en el periodo comprendido entre marzo y Julio del 2015 aplicándose encuestas a pacientes femeninas de 20 a 35 años de edad derechohabientes con diagnóstico de infección por Virus del Papiloma Humano mediante colposcopia y biopsia y que cumplieron los criterios de inclusión. Realizándose con el apoyo de la Dra. Silvia Angélica Gordillo Rodríguez la cual es especialista en Ginecoobstetricia e instructora Clínica en Colposcopia de dicho Hospital.

Se les aplicó un consentimiento informado (ANEXO 1) a cada paciente, el cual fue firmado por el paciente, que se incluyó en el estudio. Se les comentó acerca del manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación y se les explicó que el estudio no sería sobre su tratamiento médico, por lo tanto no habría riesgo de efectos secundarios, sobre su tratamiento, en caso de no querer participar no repercutiría en su tratamiento ni modificaría el trato del equipo médico.

1. Las encuestas a utilizadas fueron:

- Cuestionario para calificar la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja: consta de 91 reactivos de los cuales 23 reactivos son para contacto físico y confianza, 24 reactivos para auto divulgación y satisfacción sexual, 20 reactivos para gusto y bienestar mutuo, 6 reactivos para ternura, 7 reactivos para expresión de amor, 4 reactivos para contacto emocional, 5 reactivos para caricias, 2 reactivos para deseo, obteniendo el resultado del punto de corte de la suma de cada reactivo correspondiente al parámetro de acuerdo a la escala de Likert, dicho cuestionario se realizó por duplicado es decir el cuestionario contó con dos columnas enumeradas del 1 al 5 cada una, una de color gris y una blanca, la columna de color gris se refirió a la

percepción que ella presentó con respecto a la relación con su pareja antes de saber el diagnóstico de VPH y la de color blanco la percepción con respecto a su pareja, posterior a el diagnóstico de VPH, esto con el fin de saber el impacto antes y después del diagnóstico de VPH. (ANEXO 2)

Los cuestionarios estuvieron dirigidos a personas que se encuentran casadas, en unión libre, viudas, divorciadas, con la administración mediante entrevista personal, dirigiendo las preguntas para antes y después del diagnóstico de VPH.

Una vez aplicadas las encuestas por los pacientes seleccionados, se procedió a contestar la interrogante planteada en esta investigación, para ello se colocaron las variables de cada una de estas encuestas en una base de datos, en un programa denominado SPSS, el cual nos permitió, codificar cada una de las variables, ya comentadas, posteriormente arrojándonos un valor determinado, representándolo a su vez, en una serie de gráficas, las cuales fueron analizadas por los investigadores posteriormente, interpretando y discutiendo los resultados de este estudio, observando el impacto en el grado de intimidad sexual en pacientes femeninas con diagnóstico de mínimo de 6 meses de VPH.

Este cuestionario fue elaborado por Lucia Edith Pantaleón García, esta escala se construyó para evaluar el grado de intimidad sexual de la pareja. Fue elaborado con base en las nociones de intimidad en su sentido más amplio y sus implicaciones en la interacción de la pareja romántica y pretende medir la intimidad sexual en la pareja mexicana.

Como se construyó la escala.

El instrumento fue diseñado por Lucia Edith Pantaleón García a partir de la definición conceptual de intimidad sexual obtenida de la revisión teórica. El número de reactivos es de 91 en una escala tipo Lickert con cinco opciones de respuesta, que van de: Totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5).

Se acudió a diferentes lugares para la aplicación del instrumento y fue solicitada la participación de las parejas, a quienes se les garantizó el anonimato de sus respuestas y aclarándoles que el manejo de la información sería confidencial.

Se trabajó con una muestra no probabilística de sujetos voluntarios constituida por 152 parejas (96 íntegras y sanas y 56 parejas sanas con un integrante sin una extremidad superior o inferior de su cuerpo), con un tiempo en la relación de 1 a 34 años y con un rango de 15 a 64 años de edad.

Las parejas residen en el Distrito Federal y en el Estado de México, con un mínimo de escolaridad de primaria.

Validez y Confiabilidad.

Se realizó un análisis de frecuencia de la serie de reactivos significados de 25 dimensiones y se encontró que, de los 154 reactivos diseñados originalmente, 91 discriminaron y solo dos dimensiones (juego y espacio) fueron omitidas por no constituirse en dimensiones claras.

Se realizó un análisis factorial obteniendo 13 factores con valor propio mayor de 1, que explicaron 76.3% de la varianza. De estos factores, se tomaron en consideración los primeros 8 que explicaron 70.55% de la varianza: Se incluyeron los reactivos que tenían la carga factorial mínima de 0.390. Los ocho factores son:

- Grado de contacto físico y confianza.
- Auto divulgación y satisfacción sexual.
- Gusto y bienestar mutuo.
- Ternura.
- Expresión de amor.
- Contacto emocional.
- Caricias.
- Deseos.

Se observó que los factores obtenidos mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.84 a 0.98, los cuales confirman la estabilidad teórica y empírica

de los elementos que componen la intimidad sexual. El alfa de Cronbach total de la escala fue de 0.9537

Forma de calificar la Escala de Intimidad Sexual en la pareja.

Para obtener la calificación fue necesario:

- a) Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
 - b) Sumar la calificación de los puntajes (1,2, 3, 4 o 5) dados por el sujeto.
 - c) El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
 - d) Comparar el puntaje con el punto medio o punto obtener así como el mínimo.
- Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la adecuada intimidad sexual, se obtuvo el punto medio de cada factor, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor. Para obtener este punto de corte o punto medio multiplicamos, el número total de reactivos de cada factor por tres, que en la Escala de Likert es el punto medio. Para obtener el puntaje máximo multiplicamos el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Likert es el puntaje más alto; y para obtener el puntaje mínimo multiplicamos el número total de reactivos de cada factor por 1, que para el puntaje de Likert es el puntaje más bajo asignado. Si rebasa la media de cada factor, se encuentra presente este aspecto, si es menor de la media, no está presente.

FACTOR	REACTIVOS	PUNTO DE CORTE O PUNTO MEDIO
Grado de contacto físico y confianza	1, 3, 11, 13, 28, 39, 49, 51, 52, 56, 58, 60, 61, 62, 65, 73, 74, 78, 80, 83, 84, 90 y 91.	69
Auto divulgación y satisfacción sexual	10, 12, 15, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 34, 38, 48, 50, 55, 57, 64, 69, 70, 75, 79, 82, 85, 86 y 88	72
Gusto y bienestar mutuo	2, 6, 8, 9, 25, 29, 33, 37, 40, 41, 42, 44, 53, 66, 67, 68, 71, 76, 77 y 87	60
Ternura	20, 31, 35, 43, 47 y 72	18
Expresión de amor	5, 14, 16, 22, 30, 54 y 89	21
Contacto emocional	4, 17, 63 y 81	12
Caricias	7, 21, 32, 46 y 59.	15
Deseo	36, 45	06

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere,

especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

Declaración de Helsinki

1. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
2. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
3. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
4. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses.

Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Código de Núremberg

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

Ley general de salud

Artículo 97. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

RESULTADOS.

Se encuestaron 138 mujeres con edad entre 20 y 35 años, diagnosticadas con infección por VPH mediante colposcopia y biopsia de por lo menos 6 meses de diagnóstico, todas ellas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pertenecientes al Hospital Gineco - Pediatría 3A, en donde acuden a consulta en los consultorios de Displasias del turno matutino, durante el mes de marzo- abril del año 2015, con la finalidad de estudiar y saber el impacto del diagnóstico de VPH sobre su satisfacción sexual.

En tanto los aspectos sociodemográficos se encontró que el 38.4% se encontraba casada (n= 53), con ocupación ama de casa en un 57.2% (n= 79), con una ocupación de la pareja como empleado no profesional en un 63.8% (n= 88).

Se encuentra una media de edad de 28.16 años, con una mediana de 28 años, obteniendo con mayor frecuencia las pacientes de 35 años de edad en el 24.6% (n=34), seguido de un 14.5% (n=20) de 20 años y de un 13.8% (n=19) de 26 años.

Cuadro 1. Perfil sociodemográfico de las mujeres con diagnóstico de VPH

Variable	N	%
Edo civil		
Casada	53	38.4
Divorciada	29	21.0
Soltera	35	25.4
Unión libre	21	15.2
Ocupación de la Paciente		
Ama de casa	79	57.2
Empleada no profesionista	43	31.2
Empleada profesionista	16	11.6
Ocupación de la Pareja		
Desempleado	21	15.2
Empleado no profesional	88	63.8
Empleado profesional	29	21.0
Edad		
Media	28.16 años	
Mediana	28 años	

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

Se encuentra que con respecto a la totalidad de la muestra en un 36.2% (n=50) no tienen hijos, seguido en un 26.1 % (n=36) con un hijo y en un 29% (n=40) con

2 hijos, encontrándose dentro de estos el mayor grosor de la muestra con un 91,3% (n=126), con una mediana de 1 hijo y una media de 1.14 hijos

Cuadro 3. Número de Hijos

Número de hijos	N	%
0	50	36.2
1	36	26.1
2	40	29.0
3	8	5.8
4	3	2.2
5	1	.7
Media	1.14 hijos	
Mediana	1 hijo	

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

Se encuentra que en un 59.4% (n= 82) ha tenido al menos una pareja sexual, y en un 34.1% (n=47) han tenido 2 parejas sexuales, sin rebasar las 3 parejas sexuales en un 6.5% (n=9).

Cuadro 4. Número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	N	%
1	82	59.4
2	47	34.1
3	9	6.5

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

En cuanto al tiempo de diagnóstico se encontró que la mayoría se encontraba en los 6 meses de diagnóstico en un 31.9% (n=44), seguido de un 17.4% (n=24) de

12 meses, la mayoría de las pacientes se encontraban entre los 6 meses y un año en un 60.8% (n=84) y mayor a un año hasta casi 3 años en un 38.8% (n=54), con una media de 12.94 meses y una mediana de 12 meses.

Cuadro 5. Tiempo del diagnóstico

Tiempo de diagnóstico en meses	N	%
6	44	31.9
7	5	3.6
8	9	6.5
9	1	0.7
10	1	0.7
12	24	17.4
14	4	2.9
15	2	1.4
16	5	3.6
17	4	2.9
18	7	5.1
19	7	5.1
20	4	2.9
21	2	1.4
22	8	5.8
23	2	1.4
25	1	0.7
28	2	1.4
29	1	0.7
30	2	1.4
32	2	1.4
34	1	0.7
Media	12.92 meses	
Mediana	12 meses	

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

De las encuestadas se encuentra que el 51% de las pacientes tenían entre 1 y 2 años de vivir en pareja, y el 48% tenían entre 3 a 9 años de vivir en pareja, obteniendo un panorama global del 85% de las pacientes tienen menos de 5 años de vivir en pareja y solo un 15% representan una relación de pareja mayor de 5 años. Encontrando una Chi2 con significancia estadística de $P \leq 0.000$, lo cual demuestra una fuerte relación entre el tiempo de vivir en pareja y el tiempo de diagnóstico.

Cuadro 6. Tiempo de vivir en pareja en años

Tiempo en años	N	%
1	41	29.7
2	30	21.7
3	18	13.0
4	13	9.4
5	16	11.6
6	6	4.3
7	6	4.3
8	7	5.1
9	1	0.7
Media	3.12 años	
Mediana	2 años	

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

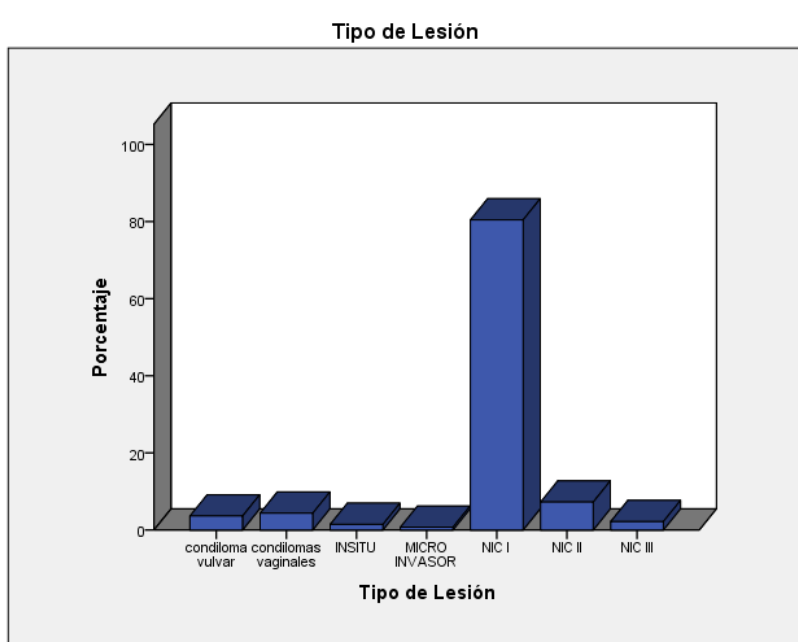
En cuanto al tipo de lesión confirmado por colposcopia (prueba con ácido acético) y biopsia de la lesión se encontró que en un 80.4% (n= 111) presentaron NIC 1 y en un 7.2% (n=10) con diagnóstico de NIC 2, siendo estos en conjunto la mayoría de los encuestados en un 87.6% (n= 121) y el resto encontrándose en un 12.2% (n= 17).

En cuanto la relación del tipo de lesión y el tiempo de diagnóstico así como el tiempo de vivir en pareja se encuentra con una significancia de $P \leq 0.000$ lo cual hace demostrable la fuerte asociación entre estas tres variables.

Cuadro 8. Tipo de lesión de las mujeres con diagnóstico de VPH

Variable	N	%
Tipo de lesión		
INSITU	2	1.4
MICRO INVASOR	1	0.7
NIC I	111	80.4
NIC II	10	7.2
NIC III	3	2.2
Condiloma vulva	5	3.6
condiloma vaginal	6	4.3

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3ª



Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

El 98% de las pacientes presentan desconfianza y solo el 1.4% continúan con confianza, con una Chi2 con significancia estadística la cual fue de $P \leq 0.000$, teniendo una confianza previa al diagnóstico en un 94.2% de las pacientes y con desconfianza ya existente antes del diagnóstico de 5.79%,

En tanto al grado de contacto físico y confianza antes del diagnóstico de VPH en un 94.2% (n=130) de las pacientes si lo presentan y solo el 5.8% (n=8) era negativo y posterior a el diagnóstico los grado de confianza se invierte con el 1.4% (n=2) que si lo presentan y el 98.6% (n=136) que no lo presentan.

Con respecto a la auto-divulgación y satisfacción sexual, se encuentra antes del diagnóstico en un 88.4% (n=122) y negativo en 11.6% (n=16) en comparación con lo obtenido después del diagnóstico de VPH lo cual se modifica considerablemente encontrando que en este momento no hay mujer que lo presente, ya que en su totalidad 100% es negativo.

En el apartado de gusto y bienestar mutuo se encuentra que antes del diagnóstico el 96.4% (133) de las pacientes es positivo y que solo el 3.6% (n=5) no lo presentan posterior al diagnóstico se vuelve a invertir los resultados de 0.7% presentan gusto y bienestar mutuo con respecto al 99.3% (n=137) que no lo presentan.

Con respecto a la percepción de ternura antes y después del diagnóstico, las pacientes refieren que si lo perciben en un 99.3% (n=137) y no lo perciben en un 0.7% (n=1) en comparación con la percepción posterior al diagnóstico la cual se ve volcada en su totalidad obteniendo un 100% (n=138) las cuales ya no está presente..

En el apartado expresión de amor refieres que antes del diagnóstico tanto de parte de la pareja como de ellas si existía en un 100% (n=138), modificándose absoluta

y radicalmente en el 100% (n=138) de las pacientes posterior al diagnóstico de VPH.

Evaluando el apartado contacto emocional se encuentra que en un 95.7% (n=132) si lo perciben y solo el 4.3% (n=6) no lo perciben, posteriormente a la confirmación del diagnóstico estas estadísticas se transforman radicalmente obteniendo en un 100% (n=138) las cuales no perciben ya el contacto emocional entre ambos.

En cuanto a la percepción de las caricias estas disminuyen en un 100% (n=138) posterior al diagnóstico tomando en cuenta que antes del diagnóstico solo el 1.4 % (n=2) no la percibían con respecto al 98.6% (n=136) que si lo percibían.

Y por último en cuanto a la percepción del deseo las pacientes refieren en un 100% que se encuentra presente antes del diagnóstico originando este una modificación absoluta de los resultados posterior a su conocimiento obteniendo el 100% (n=138) sin percepción del deseo.

Con una disminución en tanto a la mediana y media después del diagnóstico en más del 50% con respecto a el puntaje obtenido antes del diagnóstico, en las ocho variables de la encuesta.

En todas las variables al realizar la prueba de Chi2 encontramos significancia estadística con una $P \leq 0.000$.

Cuadro 11. Grado de satisfacción sexual antes y después del diagnóstico de VPH

Variable	Antes del diagnóstico				Después del diagnóstico				Chi 2
	n	%	Media	Mediana	n	%	Media	Mediana	P
Grado de contacto físico y confianza									
Con satisfacción	130	94.2	93.82	97.00	2	1.4	37.28	34.00	0.000
Sin satisfacción	8	5.8			136	98.6			0.000
Auto-divulgación y satisfacción sexual									
Con satisfacción	122	88.4	97.55	99.00	0	0.0	37.04	33.00	0.000
Sin satisfacción	16	11.6			138	100.0			0.000
Gusto y bienestar mutuo									
Con satisfacción	133	96.4	83.99	90.00	1	0.7	32.73	33.00	0.000
Sin satisfacción	5	3.6			137	99.3			0.000
Ternura									
Con satisfacción	137	99.3	27.40	30.00	0	0.0	10.52	10.00	0.000
Sin satisfacción	1	.7			138	100.0			0.000
Expresión de amor									
Con satisfacción	138	100	31.77	35.00	0	0.0	12.83	14.00	0.000
Sin satisfacción	0	0.0			138	100.0			0.000
Contacto emocional									
Con satisfacción	132	95.7	24.90	28.00	0	0.0	7.83	7.00	0.000
Sin satisfacción	6	4.3			138	100.0			0.000
Caricias									
Con satisfacción	136	98.6	20.14	20.00	0	0.0	8.09	10.00	0.000
Sin satisfacción	2	1.4			138	100.0			0.000
Deseo									
Con satisfacción	138	100	9.07	9.00	0	0.0	3.62	4.00	0.000
Sin satisfacción	0	0.0			138	100.0			0.000

Fuente: Encuesta realizada a mujeres con diagnóstico de VPH en Hospital Gineco - Pediatría 3A

DISCUSIÓN.

En nuestro estudio se encontró que las edades de mayor prevalencia fueron los 26 años y 35 años de edad los cuales se equiparan con estudios anteriormente realizados tales como el de la Dra. Rosete Hernández, “Aspectos psicosexuales, familiares y sociales de las mujeres portadoras de condilomatosis genital por VPH en el hospital de Gineco-Pediatria 3A del IMSS.” (44). Este refiere mayor afectación entre los 31 y 45 años de edad, con un promedio de 29.3 años, de acuerdo Moiouk Jaafarpour, Ali khani, Javaher kha Javikhan, Zeinab Suhrabi, Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors, (39), refieren que la prevalencia de edad son en mujeres mayores de 30 años, dichos resultados equiparables a los encontrados en nuestro estudio.

El 38% eran mujeres casadas, lo cual es similar a lo obtenido en estudio realizado en esta misma unidad por la Dra. Rosete Hernández (44) la cual reportó una mayoría en mujeres casadas de hasta un 64%. En nuestro estudio se encuentra un aumento en la población con esto civil casada, donde se encontró mayor frecuencia en mujeres con unión libre así como la escolaridad máxima la cual fue secundaria o posgrado.

En cuanto a la ocupación de la paciente no se tienen datos de otros estudios demostrables como punto de comparación para este estudio, sin embargo en nuestro estudio se encontró que la mayor parte de la muestra presentaba como amas de casa en un 57.2%, y con ocupación de la pareja como empleado no profesional en un 68%, lo cual es similar con el estudio Moiouk Jaafarpour, Ali khani, Javaher kha Javikhan, Zeinab Suhrabi, (39), en donde se reporta como pareja empleado en un 77.3%.

Es importante señalar que en nuestro estudio, la tercera parte de las pacientes no presentaron descendencia lo cual es transcendental ya que en los pocos estudios

realizados se ha encontrado que a mayor número de hijos aumenta la posibilidad de contraer el VPH por lesión del epitelio cervical, favoreciendo la susceptibilidad del tejido. (34). Por lo que se encuentra en el estudio Infección por VPH en mujeres de edad mediana y factores asociados (12) un 53.7% de mujeres con 3 o más parejas sexuales.

En cuanto a otros aspectos de importancia los efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano, detectaron que ante la posibilidad de tener VPH las mujeres presentan ansiedad, la cual puede llegar a limitar la vida diaria (44). Despierta en ellas rabia y dolor, cuando emergen en los recuerdos o situaciones en las que se buscan o confirman posibles culpables, esto es que al tratarse de una infección de transmisión sexual se plantea siempre la cuestión de la fidelidad, convirtiéndose indispensable y cuestionamiento de la conducta sexual, posteriormente experimenta la impotencia ante la cura por un pronóstico incierto, la mujer es vulnerable, por la posibilidad de recurrencia, finalmente la traición y la ira ante la fidelidad del marido expresándose a través del rechazo.

Aquellas mujeres con antecedentes de dos o más parejas sexuales canalizan de forma diferente rabia y coraje, la disfunción conyugal está dada principalmente por la desconfianza en la pareja, una posible infidelidad, traición, etc.

El VPH desencadena temor hacia las relaciones sexuales que puede condicionar una disminución de la actividad sexual como temor por una reinfección, la pareja puede demostrarse ya que puede afectar su autoestima, y además de disfunción sexual, alterando de forma importante la función sexual femenina de forma predominante en el placer.

Las mujeres vinculan que la fidelidad de la pareja en ese momento aún en un periodo corto, las protege de la infección, por lo que cuando se da la infección por VPH atraviesan una crisis de estado de ánimo, funcionalidad conyugal y

desempeño sexual que incluso afecta la relación con familia y social al sentirse cohibidas para hablar del tema ya que muchas creen que solo las personas promiscuas pueden adquirir el VPH.

Respecto a la funcionalidad sexual se encontró que el 61.8% se encuentran con cierto grado de disfunción sexual, siendo este el segundo aspecto más afectado.
(44)

En el estudio de la Dra. Lara Ruiz (46) demostró que un tercio de las pacientes portadoras de VPH presenta algún grado de disfunción de pareja y falta de apoyo conyugal en comparación de las pacientes que padecen otras enfermedades ginecológicas, donde solo se afectan en el 8%. Estas parejas presentan un conflicto conyugal, debido al distanciamiento emocional, haciendo referencia a una intimidad disminuida debilitamiento o ausencia de vida sexual, fallas en la comunicación, vidas paralelas, frecuentes discusiones, peleas, violencia infidelidad problemas de integración en familias ensambladas, y /o falta de apoyo conyugal, (esto último significa toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, brindando su sustento emocional, ayuda, seguridad comodidad y amor).

En el aspecto sobre el grado de satisfacción sexual en mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano, este es un tema poco tratado, por lo que desafortunadamente no se encuentra suficiente acervo acerca del tema, a pesar de ser un problema de salud pública, y de afección no solo individual de la paciente sino en el subsistema conyugal si no a nivel de toda la interacción familiar.

En nuestro estudio se encontró en cuanto a la satisfacción sexual que en el 98% de las pacientes presentan desconfianza y solo el 1.4% continúan con confianza posterior al diagnóstico y sospecha de infidelidad de su pareja actual, en comparación a lo percibido previamente al diagnóstico lo cual se encontraba en

un 94.2% con confianza y con desconfianza ya existente anterior al diagnóstico de 5.79%,

Con respecto a la auto-divulgación y satisfacción sexual, se encuentra antes del diagnóstico en un 88.4% y no lo presenta en un 11.6% en comparación con lo obtenido después del diagnóstico de VPH lo cual se modifica considerablemente encontrando que en este momento no hay mujer que lo presente, ya que en su totalidad 100% es negativo, lo cual esta modificado por la sospecha inminente de infidelidad de parte de la pareja así como del estigma social abierto y no abierto tal como lo menciona Arellanos Gálvez en “El estigma en mujeres diagnosticadas con Virus del Papiloma Humano, displasia y cáncer Cervico-uterino en Hermosillo Sonora” (47), el cual nos refiere que el estigma social no abierto es interno lo que hace que la mujer no exprese sus inquietudes lo que la limita en sus redes de apoyo asumiendo estereotipos sobre la sexualidad influyendo esto en su autopercepción, dándole vergüenza sobre el diagnóstico.

Inmediatamente después de saber el diagnóstico las mujeres tratan de evitar las relaciones sexuales y aislándose de sus redes sociales de apoyo.

En tanto el apartado de nuestro estudio sobre gusto y bienestar mutuo se encuentra que antes de saber el diagnóstico el 96.4% de las pacientes lo presentan y que posterior al diagnóstico solo el 0.7% presentan gusto y bienestar mutuo.

Con respecto a la percepción de ternura antes y después del diagnóstico, podemos observar que se encuentra un cambio radical en las estadísticas encontradas en nuestro estudio con una disminución por completo en este parámetro invirtiéndose los porcentajes al 100% de las cuales no lo presentan este aspecto tan importante para poder satisfacer su sexualidad

En el apartado expresión de amor refieren que antes del diagnóstico tanto de parte de la pareja como de ellas si existía en un 100%, modificándose absolutamente en el 100% de las pacientes posterior al diagnóstico de VPH perdiendo este aspecto de mucha importancia en la satisfacción sexual.

Evaluando el apartado contacto emocional se encuentra muy afectado en las mujeres con este tipo de diagnóstico ya que cambia radical en nuestra muestra invirtiéndose hasta el 100% de no estar presente.

En cuanto a la percepción de las caricias estas disminuyen en un 100% posterior al diagnóstico tomando en cuenta que antes del diagnóstico solo el 1.4 % no la percibían con respecto al 98.6% que si lo percibían, mencionando ellas que esto secundario o a la sospecha de infidelidad o la certeza dada por la pareja misma de tal acto.

Y por último en cuanto a la percepción del deseo se puede apreciar que en toda la muestra se encuentra con nulo deseo posterior al diagnóstico este muy seguramente por el miedo al contagio nuevamente, así como a la rabia obtenida por la infidelidad de la pareja

Todos estos resultados en comparativa a lo obtenido de otros estudios realizado a mujeres con el mismo diagnóstico pero con respecto a alguna otra comorbilidad como lo es el climaterio de acuerdo a Monterrosa Castro Álvaro, Márquez Vega Jhonmer, Arteta Acosta Cindy “ Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climáticas residentes en una región del caribe colombiano” (34). Encontraron que la aceptación por la pareja con respecto a la disminución de la actividad sexual es mayormente tolerado por la diada ya que esta intercambia o modifica por aumento de la comunicación y aumento de las caricias.

En el estudio de MC. Haydee Gloria García Estrada, “Intimidad sexual, satisfacción marital y temas de conversación en el subsistema conyugal del

paciente con DM2 de la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social” (45) , podemos observar que hay aumento en la comunicación sobre la relación marital, vida sexual y familia, así como una mayor satisfacción con su matrimonio este siendo mayor en hombres que en mujeres, refiriendo que esto se debe a que la mujer toma más en cuenta toda la historia de la pareja a cerca de su vida amorosa, concluyendo que a pesar de la enfermedad la cual es crónica degenerativa , la edad, los años de matrimonio y los tabúes, se encuentra presente la intimidad sexual y por consiguiente mejorando la satisfacción tanto sexual como conyugal.

Esto es de mucha importancia ya que como podemos apreciar las enfermedades crónicas degenerativas las cuales no tienen relación con los hábitos sexuales por parte de la diada conyugal tienen mayor tolerancia y experimentan mayor comunicación por parte de la pareja y redes de apoyo, así como en los cambios esperados por la edad como lo son la menopausia y climaterio, son bastante mejor tolerados a comparación con las enfermedades de transmisión sexual en las cuales se encuentran inmiscuidos tanto tabúes como sentimientos de fraude por parte de la pareja así como de estigma social y ambivalencia por parte de la pareja, por los sentimientos de amor que aún puedan existir pero a la vez de rencor y coraje del contagio.

CONCLUSIONES

- 1) La infección por el Virus del Papiloma Humano es una patología que es determinante en la disfunción de pareja con afectación total en los diferentes componentes que forman la satisfacción sexual, encontrándose afectados los ocho componentes del grado de satisfacción sexual los cuales son: Grado de contacto físico y confianza; Auto-divulgación y satisfacción sexual; Gusto y bienestar mutuo ternura; Expresión de amor Contacto emocional; Caricias y Deseo ; todos ellos modificándose más del 90% con respecto a su percepción antes de conocer el diagnóstico.
- 2) La media de edad fue de 28.16 años.
- 3) El estado civil es casada en un 38.4%.
- 4) La Ocupación ama de casa en un 57.2%.
- 5) Ocupación de la pareja como empleado no profesional en un 63.8%
- 6) Mujeres divorciadas el 29% secundario al diagnóstico de Virus del Papiloma Humano.
- 7) Número de hijos negativo en 36.2%.
- 8) Un 59.4% ha tenido al menos una pareja sexual, y en un 34.1% han tenido 2 parejas sexuales.
- 9) Tiempo de diagnóstico : la mayoría entre los 6 meses y un año en un 60.8% y mayor a un año hasta casi 3 años en un 38.8%

- 10) Tiempo de vivir en pareja se encuentra que el 51% de las pacientes tenían entre 1 y 2 años de vivir en pareja y el 48% tenían entre 3 a 9 años de vivir en pareja.
- 11) Tipo de lesión en un 80.4% presentaron NIC 1 y en un 7.2% con diagnóstico de NIC 2.

RECOMENDACIONES.

La infección por el Virus del Papiloma humano se ha convertido al paso de poco tiempo una enfermedad de transmisión sexual común, secundaria a los cambios de conducta sexual, aumentando la frecuencia en edades cada vez más jóvenes del inicio de la vida sexual activa.

Como se puede apreciar en los resultados obtenidos, es de mucho valor que el médico de primer nivel de atención, es decir el médico familiar sepa manejar no solo la patología, si no la información adecuada para la paciente y su pareja, para poder así disminuir el estrés ocasionado por el diagnóstico repentino y la gran mayoría de ocasiones inesperado, el cual al enfrentarse genera no solo una crisis en el entorno físico de la paciente sino también en su entorno sexual, social, familiar, entre otros muchos más, por lo que es de gran importancia que el médico familiar se encuentre con la preparación adecuada para poder saber el momento oportuno de realizar alguna intervención en crisis, con el fin de disminuir la ansiedad en la paciente y la pareja, así como evitar o disminuir el índice de divorcios secundarios a una posible infidelidad, y poder orientarlos, ya que como se describe en algunos estudios y las mismas pacientes encuestadas en este, refieren que no cuentan con la información necesaria, sin sentirse comprendidas ni orientadas, y si cuestionadas e inhibidas o censuradas por el médico de primer contacto.

Nos parece que una muy buena estrategia sería la de realizar talleres no solo con las pacientes implicadas si no con las parejas y así hacerlas interactuar expresando sus dudas y resolviendo las mismas de manera clara para su mejor comprensión, siendo importante que no solo el médico familiar si no todos aquellos médicos que se encuentran en contacto con ellos cuenten con información tanto eficaz como asertiva para brindar un mejor diagnóstico y apoyo.

Consideramos que sería de manera primordial el tener la libertad de poder enviar a este tipo de pacientes a terapia no solo individual, sino familiar, pero sobre todo en pareja, disminuyendo la afección a nivel sexual brindando ayuda a todas aquellas mujeres víctimas de violencia no solo física, económica o psicológica sino también de violencia sexual, la cual ha estado olvidada por pena tanto del médico al no preguntar como de parte de la paciente al no expresarla por tabúes de nuestra sociedad y creencias sociales del machismo.

El abordaje integral por parte del médico familiar es importante ya que engloba la esfera biopsicosocial, brindando un enfoque preventivo no solo dirigido a delimitar el daño sino principalmente a evitarlo, todo esto nuevamente con la adecuada intervención primaria de prevención desde la orientación hasta acciones como la toma de Papanicolaou cérvico-vaginal, la colocación de vacuna contra VPH a las niñas, el envío oportuno a segundo nivel de atención y con nuestros médicos terapeutas, para poder evitar las alteraciones en la dinámica conyugal y familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Petr Michla, Jindrich Pazderaa, Martin Prochazkab, Richard Pinka, Tatana Stosovac. Human papillomavirus in the etiology of head and neck carcinomas. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2010 Mar; 154(1):9–12. 9.

2.- Peña Romero A., Díaz Gonz

ález J., Domínguez Cherit J., Domínguez Soto L. Genital skin diseases. Volumen 11 / Número 4 octubre-diciembre 2013: Pags 132-156.

3.- Puente Perpiñán M., Haber Reyes M., De los Reyes Losada A., Salas Palacios S., Adolescentes e infección por virus del papiloma humano. *Medisan* 2014; 18(6): pags. 769

4.-Hidalgo Vicario M, Redondo Romero A, Castellano Barca G. Medicina de la adolescencia. *Atención Integral.* 2 ed. Madrid: Ergon; 2012. Pags 113-134.

5.-Reimers L., Anderson W., Rosenberg P., Henson D, Castle P.. Etiologic heterogeneity for Cervical Carcinoma by Histopathologic Type, using comparative age 215 period-cohort models. *Cancer Epidemial Biomarkers Prev.* 2009; 18(3): pag. 792-799

6.-Trottier H, Burchell A. Epidemiology of Mucosal human papillomavirus infection and associated diseses. *Public Health Genomics* 2009; 12: pags. 291-307

7.-Huh W. Human Papillomavirus Infection: A concise review of natural history. *Obstetrics and Gynecology* 2009; 114: pags.139-143

- 8.- Medeiros LR, Dornelles D, da Rosa MI, Bozzetti MC, Ruviaro R, Int J Gynecol Cancer 2009;19: pags.1166-1176
- 9.- Jayshree RS, Sreenivas A, Tessy M, Krishna S. Cell intrinsic & extrinsic factors in cervical carcinogenesis. J Med Res. 2009; 13: pag. 286-295
- 10.- CDC. Recommended adult immunization schedule – United States, 2011. MMWR. 2011; 60(4): pags1–4.
- 11.- CDC. Adult vaccination coverage – United States, 2010. MMWR. 2012; 61(4): pags.66–72.
- 12.- Rodríguez González D, Pérez Piñero J., Sarduy Nápoles C. Infection by the human papillomavirus and associated factors in middle-aged women. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(2): pags. 218-232
- 14.-Lizano Soberón M, Carrillo García A, Contreras Paredes A. Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis. Cancerología. 2009;4: pags.205-216
- 15.-Trottier H, Burchell AN. Epidemiology of Mucosal human papillomavirus infection and associated diseases. Public Health Genomics. 2009;12: pags. 291-307.
- 16.-Yugawa T, Kiyono T. Molecular mechanisms of cervical carcinogenesis by high risk human papillomaviruses: novel functions of E6 and E7 oncoproteins. Rev Med Virol. 2009;19: pags 97-113.
- 17.-Bosch FX, de Sanjosé S, Miralles C. La prevención del pre cáncer y del cáncer cervical en España: nuevas opciones para el siglo XXI. Folia Clin Obstet Ginecol. 2010;81: pags. 6-24.

18.-Ríos Hernández MA, et. al. Tipos de papiloma virus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncer cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010;36(2): pags. 104-11.

19.-Bosch FX, de Sanjosé S, Miralles C. La prevención del pre cáncer y del cáncer cervical en España: nuevas opciones para el siglo XXI. Folia Clin Obstet Ginecol. 2010;81: pags. 6-24.

20.-Peláez Mendoza J. Infecciones de transmisión sexual. La Habana: Edit. Científico Técnica; 2011: pags. 1-55.

21.-Rocha Rodríguez MA, et. al. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38 (2): pags.244-55.

22.-Martínez Martínez-Pinillo A, et.al. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010;36(1): pags.52-65

23.-Santoyo S. Centro Latinoamericano de Salud de la Mujer. CELSAM. Comunicación oficial; 2011. Disponible en: <http://www.celsam.org>

24.- Vega-Malagó G, et.al. Infección por el virus del papiloma humano. Biología molecular. European Scientific Journal June 2014 edition vol.10, No.18 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431

25.-Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Enfermedades de Transmisión Sexual. Atlanta: CDC. gov; 2012. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-hpv-s.htm>

- 26.-Unger E, Fajman N, Maloney E, Onyekwuluje J. Virus del Papiloma Humano en región anogenital en niños abusados sexualmente y no abusados: un estudio multicéntrico. *Pediatríc.* 2011; 128: pags.658-665.
- 27.-Escalante J. Infecciones Vulvovaginales. En: Usandizaga y De la Fuente. *Obstetricia y Ginecología.* 1ª edición. Madrid: Marbán, 2010. pags. 963-965.
- 28.-Araujo E, Barroso S, Cendón A, Muñoz M, Ortunio M, Cardozo R, Guevara H. Infección por Virus por Papiloma Humano en mujeres: Hallazgos paraclínicos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010; 70(2): pags.82-89.
- 29.- *María del Carmen Arellano Gálvez, María del Carmen Castro Vásquez,* The stigma in women diagnosed with HPV, dysplasia and cervical cáncer in Hermosillo, Sonora. Volumen XXI, numero 42 Julio-Diciembre 2013 pags 261-278
- 30.-Castro, M. y M. Arellano “Acceso a la informacion de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical *in situ*” *Salud Pública de México.* 2010. Volumen 52, número 3, pags. 207-212.
- 31.-Aranda, P. *Los motivos de la “desidia”. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino.* Hermosillo, El Colegio de Sonora. 2010. Pags.01-87.
- 32.-Aranda, P. *Los motivos de la “desidia”. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino.* Hermosillo, El Colegio de Sonora.2010: pags. 11-27
- 33.-Lopez, J. “Infecciones vaginales y lesiones celulares cervicales (III). Características de la sexualidad” *Clin Invest Gin Obst.* 2011. Número 234, pags. 1-12.

- 34.- Monterrosa Castro A., Márquez Vega J., Arteta Acosta C. Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climatéricas residentes en una región del caribe colombiano. *Revista ciencias biomédicas*. Enero-junio 2014 : pags. 2215-7840.
- 35.-Isidori A, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, et al. Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Toolfor Female Sexual Dysfunction *J. Sex Med.* 2010; 7: pags.1139-46.
- 36.- Rostami, A., Ghazinour, M., Nygren, L., & Richter, J. Marital Satisfaction with a Special Focus on Gender Differences in Medical Staff in Tehran-Iran. *Journal of Family Issues*. (Accepted in Journal of Family Issues). (2013): pags 1023- 1036.
- 37.-Bastani, S., Golzari, M., & Rowshani, Sh.. Emotional divorce and strategies to face it. *Journal of Family Research*, 2011.vol.7(2): pags. 241-257.
- 38.-Bookwala, J. Marital quality as a moderator of the effects of poor vision. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2011. Vol 66, pags. 605-616.
- 39.- Molouk Jaafarpour, Ali Khani, Javaher Khajavikhan, Zeinab suhrabi. Female Sexual Dysfunction:Prevalence and Risk Factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013 Dec, Vol-7(12): pags.2877-2880.
- 40.- Rostami, A., Ghazinour, M., Nygren, L., Nojumi, M., & Richter, J. (2012). Health-related Quality of Life, Marital Satisfaction, and Social Support in Medical Staff in Iran. *Applied Research of Quality of Life*. (Published). DOI 10.1007/s11482-012-9190
- 41.- Pick de W., S. y Andrade P., P. (2014). Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital (ESM). *Psiquiatría*, 4(1), 9-20.

42.- Papalia, D.E. y Wendkos Olds, S. (2011). Desarrollo humano. Bogotá: McGraw-Hill.

43.- Talavera J., Rivas-Ruiz R., Bernal-Rosales .Investigación clínica V. Tamaño de la muestra. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (5): 517-522

44.- Rosete Hernández M, Gordillo Rodríguez S, Vega Mendoza S., Aguirre García M., Aspectos Psicosexuales, familiares y sociales de las mujeres portadoras de condilomatosis genital por VPH en el Hospital de Gineco-Pediatría 3ª del IMSS; Tesis, UNAM Facultad de Medicina División de Estudios de Postgrado. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No.20, vol. 104.

45.- García Estrada H., Reyes Carretero I., “Intimidad sexual, satisfacción marital y temas de conversación en el subsistema conyugal del paciente con diabetes mellitus tipo 2, en la unidad de medicina familiar no. 64; 2012”, tesis de Instituto Mexicano del Seguro Social unidad de medicina familiar no. 64 Tequesquihuac, 2012: pags.1-105.

46.- Lara Ruiz S., Gordillo Rodríguez S, Vega Mendoza S., Aguirre García M., Infección por Virus del Papiloma Humano como factor de riesgo para alteración en la funcionalidad y apoyo conyugal; Tesis, UNAM Facultad de Medicina División de Estudios de Postgrado. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No.20, vol. 200.

ANEXO 1

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO:	Impacto en el Grado de intimidad sexual en mujeres diagnosticadas con Virus del Papiloma Humano
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Hospital de Gineco Pediatría 3 A IMSS De Agosto a Septiembre 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el grado de afectación en sus relaciones sexuales al saber que padece una enfermedad que se transmite por relaciones íntimas como es el Virus del Papiloma Humano. Ya que esta enfermedad puede ocasionar depresión, tristeza, enojo, separación de las parejas, afectación en las relaciones familiares e incluso hasta el divorcio. Objetivo: Con este estudio se pretende conocer de manera clara el grado de satisfacción sexual antes y después del saber que padece el Virus del Papiloma Humano, lo que permitirá canalizar oportunamente a las pacientes que lo necesiten a servicios de ayuda psicológica.
Procedimientos:	Se le realizaran algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, así como siente a su pareja en algunos puntos de su convivencia. Esta información que usted proporcionara será absolutamente confidencial y solo se usara para fines de información médica, nunca se mencionara su nombre así como algún dato personal, y si usted lo desea puede retirarse del estudio sin alguna repercusión en su atención médica.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el impacto en el grado de intimidad sexual en mujeres antes y después de el diagnostico por VPH, esto para permitir la canalización oportuna a las pacientes que necesiten ayuda psicológica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SI
Participación o retiro:	SI
Privacidad y confidencialidad:	SI
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Saber el impacto en la intimidad sexual en mujeres diagnosticadas con VPH y así poder canalizar oportunamente a las pacientes que lo necesiten a servicios de ayuda psicológica
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Beatriz Flores Meza Mat. 9608788. Teléfono: 574735007 ext.25724
Colaboradores:	Dra. Viviana Marlen Reyes Hernandez Mat. 98350622 Teléfono: 574735007 ext.25724
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Anexo 2.

ESCALA DE INTIMIDAD SEXUAL EN LA PAREJA

FICHA DE IDENTIFICACION.

NSS: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Ocupación de la pareja: _____

Número de parejas sexuales _____ Número de hijos: _____

Tiempo de vivir en pareja: _____ Tiempo de diagnóstico de VPH: _____

Instrucciones:

A continuación, hay una serie de oraciones que tratan sobre la forma como las personas se relacionan con su pareja; algunas oraciones se refieren a aspectos más íntimos de la relación. Sus respuestas nos ayudarán a entender lo que pasa en la vida de las parejas mexicanas. Por favor, lea cada oración y marque con una X lo que mejor describa la manera como usted siente o piensa, encontrara 2 columnas una en color gris y una en color blanco enumeradas del 1 al 5, la columna de color gris es con respecto a cómo percibía su relación de pareja antes de que usted se enterar del diagnóstico de VPH y la columna en blanco es como percibe usted en este momento la relación con su pareja.

Totalmente de acuerdo.....(5).
 De acuerdo(4).
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo....(3).
 En desacuerdo.....(2).
 Totalmente en desacuerdo.....(1).

Preguntas.	Antes del diagnóstico de VPH					Después del diagnóstico de VPH				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.- frecuentemente le recuerdo a mi pareja que es una persona única										
2.- Me agrada sentirme cerca de mi pareja										
3.- Mi pareja me trata con delicadeza cuando tenemos relaciones sexuales										

4.- Respeto a mi pareja cuando no desea que tengamos relaciones sexuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.- Me gusta hacer sentir a mi pareja el amor que siento por el (ella)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.- Me gusta acariciar el cuerpo de mi pareja antes de hacer el amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.-Me agrada que mi pareja me comente como se siente físicamente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.- Cuando estoy con mi pareja tengo una sensación agradable en mi cuerpo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.- Siento una sensación maravillosa cuando mi pareja me toma la mano tiernamente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.-Me agrada que mi pareja me pregunte cuándo deseo estar en nuestro espacio	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.- Es agradable que coincida con mi pareja cuando deseamos tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.- Mi pareja y yo nos acariciamos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.- Exploro lo que ocurre a mi pareja cuando me rechaza.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.- Mi pareja y yo tenemos muchas formas de expresarnos nuestro amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.- Mi pareja tiene la capacidad de hacerme sentir satisfecha(o) sexualmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16.-Suelo expresar a mi pareja cuanto la(lo) amo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17.- Me gusta que mi pareja me abrace durante nuestra relación sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18.- Mucho de lo que siento solo puedo compartirlo con mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19.- Me gusta lo que hace mi pareja cuando estamos juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.- Pienso frecuentemente en lo tierna que es mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21.- Me gusta la piel de mi pareja porque es suave	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

22.- Busco formas de decir a mi pareja cuanto lo (la) quiero	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23.- Me gusta complacer a mi pareja después de un acuerdo mutuo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24.- Mi pareja y yo nos besamos cuando lo deseamos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25.- Mi pareja y yo nos expresamos lo que sentimos mutuamente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26.- Comparto con mi pareja la sensación de bienestar que me provoca	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27.- Disfruto intensamente el acercamiento físico con mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28.-Busco la comodidad de mi pareja cuando hacemos el amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29.- Me gusta sentirme parte de mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30.- Me gusta considerar la opción de mi pareja al emprender un juego durante nuestra relación sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31.- Mi pareja y yo nos abrazamos tiernamente cuando estamos juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32.- Me gusta besar a mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33.- Sólo con mi pareja quiero compartir mi intimidad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34.- Le expreso a mi pareja cuando quiero acariciar una parte de su cuerpo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35.-Me agrada que mi pareja me abrace cuando conversamos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36.- Deseo sexualmente a mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37.- Me gusta que mi pareja me de masaje	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38.- Experimento un sentimiento particular cuando me complace mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39.- Mi pareja hace todo lo posible por satisfacerme sexualmente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40.- Mi pareja es maravillosa cuando estamos juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

41.- Me gusta reírme con mi pareja por los juegos que hacemos cuando estamos juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42.-Me gusta contemplar a mi parejas cuando estamos solos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43.- Mi pareja y yo compartimos sentimientos que nos acercan más	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44.-Me gusta tratar a mi pareja con cariño cuando estamos juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45.- Se me antoja mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46.-Me gusta cuando mi pareja me abraza con suavidad.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47.-Mi pareja y yo nos expresamos ternura recíprocamente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
48.-Me gusta decirle a mi pareja frases que le hacen sentir bien.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49.-Creo que mi pareja es la mejor que puedo tener.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50.- Me siento feliz después de nuestra relación sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51.- Mi pareja satisface perfectamente mis necesidades sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52.-Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53.- Busco el bienestar de mi pareja cuando estamos juntos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54.- Durante nuestro acto sexual me agrada decirle a mi pareja cuanto lo (la) amo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
55.-Creo que a mi pareja le agrada que tratemos temas para enriquecer nuestra relación sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
56.-Los olores de mi pareja me encantan.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57.-Es importante para mi satisfacer sexualmente a mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
58.- Hago a mi pareja lo que me gustaría que el (ella) me hiciera.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

59.-Me agrada el contacto corporal con mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
60.- Entiendo cuando mi pareja me desea.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
61.- Mi pareja y yo tenemos suficiente confianza cuando deseamos tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
62.-Me gusta ver el cuerpo de mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
63.- Me agrada que mi pareja me comente como se siente durante nuestras relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
64.- Expongo a mi pareja como deseo que pasemos el tiempo que nos dedicamos mutuamente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
65.- Mi pareja es cálida.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
66.- Disfruto la compañía de mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
67.- Me complace escuchar a mi pareja cuando estamos juntos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
68.- Me gusta que mi pareja exprese lo que le gusta de mí.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
69.- Mi pareja me satisface sexualmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
70.- Mi pareja y yo buscamos privacidad para platicar de lo que sentimos durante nuestra relación sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
71.- Me gusta seducir a mi pareja cuando estamos solos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
72.- Me agrada comentar con mi parejas los momentos que hemos pasado juntos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
73.- Me complace hacer feliz a mi pareja cuando estamos juntos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
74.- Me complace saber que mi pareja corresponde a los juegos durante nuestra relación sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
75.- Mi pareja sabe cómo hacerme el amor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
76.-Me hace sentir bien mi pareja cuando me toma en cuenta.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
77.- Frecuentemente le recuerdo a mi pareja que es una persona única.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

78.- Brindo a mi pareja seguridad cada vez que tenemos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
79.-Me encanta tener relaciones sexuales con mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
80.- Para mí, besar a mi pareja cuando estamos juntos, es una señal de amor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
81.- Me gusta acariciar la espalda de mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
82.- Me gusta decirle a mi pareja frases cariñosas mientras hacemos el amor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
83.- Suelo ser tierno (a) sexualmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
84.- Me siento satisfecho(a) sexualmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
85.- Hago saber a mi pareja cuando algo no me satisface.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
86.- Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
87.- Mi pareja es única para mí.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
88.- Me gusta lo que me da mi pareja al hacerme el amor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
89.- Amo a mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
90.- Me complace ver feliz a mi pareja.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
91.- Confío en lo que me hace mi pareja durante nuestro acto sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5