



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF N. 1
"LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ"

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 "LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ",
DELEGACIÓN MORELOS.**

Número de registro SIRELCIS R-2020-1702-031

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

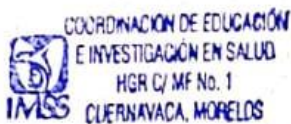
PRESENTA:

LYANNE GWENDOLIN AGUILAR HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES

CUERNAVACA, MORELOS.



OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”,
DELEGACIÓN MORELOS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**LYANNE GWENDOLIN AGUILAR HERNÁNDEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR N.1 IMSS CUERNAVACA, MORELOS**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DR. FERNANDO TRUJILLO OLÉA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. ROSALBA MORALES JAIMES.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS

DRA. EN C. ROSALBA MORALES JAIMES

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, DOCTORADO EN CIENCIAS DE
LA SALUD PÚBLICA, ADSCRITA AL HGR C/MF N.1 DEL IMSS, MORELOS.**

DR. ALFREDO ANTÚNEZ JIMÉNEZ

**MÉDICO NO FAMILIAR, ADSCRITO AL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1
DEL IMSS, MORELOS.**

CUERNAVACA, MORELOS

OCTUBRE 2021

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”,
DELEGACIÓN MORELOS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

LYANNE GWENDOLIN AGUILAR HERNÁNDEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”,
DELEGACIÓN MORELOS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**LYANNE GWENDOLIN AGUILAR HERNÁNDEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ANGÉLICA TOLEDO HERNÁNDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
ADSCRITA A LA UMF 01 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS.**

**SECRETARIO DEL JURADO
DRA. ALMA LETICIA FLORES SÁMANO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
ADSCRITA A LA UMF 20 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS.**

**VOCAL DEL JURADO
DRA. ROSALBA MORALES JAIMES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR,
UMF 01 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS.**

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada al amor de mi vida, Adán Israel Basurto Flores. Gracias por ser siempre el faro que me ilumina, que me guía y me cobija en esta vida como en la que sigue. Gracias por tu amor y apoyo incondicional, por inspirarme, por guiarme y protegerme aun cuando estas en el cielo guapo. Te amo millones de millones.

AGRADECIMIENTOS

A mi guapo, Israel, por ser siempre mi motor, mi mayor admirador, por alentarme siempre a seguir mis sueños, darme tu amor incondicional, lo logramos guapo. Quisiera tanto que estuvieras aquí conmigo, este es un esfuerzo de los dos, porque sin ti nada hubiera sido posible.

Agradezco profundamente a mi mamá, Isabel Hernández, por ser siempre mi fuerza, mi roca, mi mejor amiga y motor a seguir.

A mis hermanos por el apoyo incondicional, sus bromas, sus palabras de aliento y por ser únicos, por aguantarme cuando estoy estresada y animarme a su manera a seguir adelante.

A mi papá, José Luis Aguilar, por estar ahí preguntando y al pendiente siempre de mí.

A mis amigos: Claudia, por su apoyo incondicional en las buenas, en las malas y en las peores, por alentarme y echarme porras siempre. A mis amigos y compañeros de guardia: Brenda, Vere, Helio y Charlie, por estar conmigo siempre, por ayudarme a que este protocolo se hiciera realidad, por su amor sincero y apoyo incondicional, por ustedes he podido seguir adelante, los quiero bebés. A Gisheé, gracias amiga por tu ayuda, tu apoyo a pesar de la distancia, por no dejar que esta tesis no pudiera hacerse realidad.

A mis asesores de tesis, Dra. Rosalba Morales y Dr. Alfredo Antúnez, por brindarme su apoyo, por la paciencia, y compartir sus conocimientos conmigo durante este proceso, sin ustedes, si su apoyo, dirección y enseñanzas, este trabajo no hubiera sido posible.

Gracias a mi Boyita y Fañito, por apoyarme tanto en la tierra como en el cielo desde que nací, por ser los mejores abuelos del mundo, y a toda mi familia, por su amor y apoyo incondicional aunque sea a la distancia.

Gracias HGR c/MF N.1 Cuernavaca, por permitirme desarrollarme como profesional, crecer y poder hacer mis sueños realidad.

ÍNDICE GENERAL

1. TÍTULO	9
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	9
3. RESÚMEN	10
4. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL	11
5. JUSTIFICACIÓN	21
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
8. OBJETIVOS	23
8.1 GENERAL	23
8.2 ESPECÍFICOS	23
9. HIPÓTESIS	23
10. MATERIAL Y MÉTODOS	24
10.1 TIPO DE ESTUDIO	24
10.2 MÉTODO DE MUESTREO	24
10.3 POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO	24
10.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
10.5 TIEMPO DE ESTUDIO	24
10.6 TAMAÑO DE MUESTRA	25
10.7 ASPECTOS LOGÍSTICOS	26
10.8 VARIABLES DE ESTUDIO	27
10.9 COVARIABLES	29
10.10 RECURSOS	32
10.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
10.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
11. RESULTADOS	35
12. DISCUSIÓN	43
13. CONCLUSIÓN	46
14. BIBLIOGRAFÍA	47
15. ANEXOS	51

COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL ON MEDICINA FAMILIAR NO.1
CUERNAVACA, MORELOS

1. TÍTULO

“Funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes que acuden al servicio de displasias del HGR c/MG n.1 “Lic. Ignacio García Téllez”, Delegación Morelos.”

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dra. Rosalba Morales Jaimes
Médico especialista en Medicina Familiar,
Profesor titular del curso de Medicina Familiar, HGR N.1, Cuernavaca, Morelos.
Av. Plan de Ayala, esq. Av. Central No. 1201, Col. Flores Magón, Cuernavaca, Morelos, CP. 62430.
Matrícula: 11807431 Teléfono celular: 777-417-99-53
Correo electrónico: mjross_mf@hotmail.com

INVESTIGADORES ASOCIADOS

Dr. Alfredo Antúnez Jiménez
Médico No Familiar, adscrito al servicio de displasias del HGR N.1, Cuernavaca
Av. Plan de Ayala, esq. Av. Central No. 1201, Col. Flores Magón, Cuernavaca, Morelos, CP. 62430.
Matrícula: 9403485 Teléfono celular: 7773280914
Correo electrónico: dr.antunez@hotmail.com

Dra. Lyanne Gwendolin Aguilar Hernández
Residente de Medicina Familiar, adscrita al HGR C/MF N.1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos
Av. Plan de Ayala, esq. Av. Central No. 1201, Col. Flores Magón, Cuernavaca, Morelos, CP. 62430.
Matrícula: 99188678 Teléfono celular: 777 493 98 17
Correo electrónico: wendyllyanne@hotmail.com

3. RESUMEN

Título: “**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”, DELEGACIÓN MORELOS.**”

Morales-Jaimes, R¹., Antunez-Jiménez A¹., Aguilar-Hernández LG¹.

¹ HGR C/MF N.1, IMSS, Cuernavaca, Morelos

Antecedentes: La infección por virus de papiloma humano (VPH) tiene un alto impacto social, ya que además de ser la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en la población, se reconoce como el agente infeccioso de mayor riesgo involucrado en la etiología del cáncer cervicouterino (CaCu). La prevalencia a nivel mundial de VPH se encuentra alrededor del 11 al 13%; sin embargo, se ha encontrado una variación de estas cifras en varias regiones del mundo. América latina cuenta con un 16% de prevalencia. En México, el CaCu es la segunda neoplasia más frecuente, siendo los genotipos causantes de VPH más frecuentes el VPH 16 (13.7%), 18 (8.3%), 31 (11.3%), 45 y 58. La prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en los adultos se estima generalmente entre un 10-20%, sin embargo, la probabilidad de una mujer de cursar con una infección por VPH es de un 80% durante su vida. Estudios han demostrado que la mayoría de las mujeres con infección por VPH fueron contagiadas por su pareja. La detección de VPH en lesiones cervicales o presentar una prueba citológica normal pero positiva a este virus, puede producir ansiedad y depresión en las mujeres. Las mujeres positivas a virus de papiloma humano reportaron tener peores relaciones sexuales, y un tercio de estas se sentían peor acerca de sus relaciones pasadas y futuras. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de alteraciones de la funcionalidad conyugal en pacientes que acuden al servicio de displasias del HGR C/MF N.1 del IMSS, Delegación Morelos. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio con diseño transversal, descriptivo en el que se incluyeron mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos a 296 pacientes con resultados alterados de citología vaginal que acudieron a la clínica de displasias del HGR c/MF N.1 para su atención y que firmaron consentimiento informado. Para la obtención de variables de interés se aplicó un cuestionario estructurado y la funcionalidad conyugal se determinó a través del cuestionario de Chávez-Velasco. Se realizó análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión, así como medidas de frecuencia según corresponde. Utilizamos el programa Stata13 para el análisis de datos. **Recursos e infraestructura:** Previa autorización para la realización del protocolo por las autoridades competentes y aprobación por el comité local de ética en investigación se procedió a realizar el presente estudio dentro de las instalaciones del HGR c/MF N.1. Los insumos de papelería, el software, equipo de cómputo e impresora corrieron a cargo de los investigadores. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 296 cuestionarios completos de participantes que acudieron al servicio de displasias con un resultado de citología alterada. Del total de las participantes 145 (48.99%) viven en una relación disfuncional (6.42% severamente disfuncional y 42.57% moderadamente disfuncional) y 151 (51.01%) son funcionales. El grupo de mujeres con disfunción conyugal tuvieron mayor edad (38 vs 32), predominando en este grupo las mujeres con estado civil casadas en un 65.52%, con escolaridad básica y media en el 82.08%, ocupación hogar en el 46.90%, y con religión católica en el 73.79%. [1]

Palabras clave: funcionalidad del sistema conyugal, displasias, citología vaginal, cáncer cervicouterino.

4. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

A. VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

El cáncer cervicouterino (CaCu) es uno de los problemas de salud más importantes entre las mujeres mexicanas, siendo la infección por virus de papiloma humano (VPH) el factor de riesgo más importante para su desarrollo. (1) La prevalencia de VPH en CaCu es aproximadamente entre 60-65% (2), sin embargo, se ha encontrado DNA para VPH en un 99.7% de casos de CaCu. (1) Estudios han demostrado que aproximadamente 40 tipos de VPH pueden infectar el aparato reproductor femenino (1), pero se ha encontrado que al menos 14 genotipos se encuentran asociados a la progresión de CaCu (3) siendo más frecuentes y de mayor riesgo los número 16, 18 y 45. (1)

El VPH pertenece a la familia papilomaviridae. Esta familia se divide en 16 géneros, de los cuales, cinco afectan al ser humano (Alfa-papilomavirus, Beta-papilomavirus, Gamma-papilomavirus, Mupa-papilomavirus y Nupa-papilomavirus). Se pueden dividir en VPH cutáneos o mucosos, dependiendo del tejido susceptible. (4) Los papilomavirus infectan y se replican en el epitelio escamoso de la piel (generando verrugas) y membranas mucosas (papiloma genital, oral y conjuntival), donde inducen la proliferación epitelial. Este tipo de virus se caracteriza por su notable especificidad hística y provocan distintos cuadros patológicos. (5) Los virus de bajo riesgo, como el VPH 6, 11, 40, 42,43, 44, 54, 61, 72 y 81 son asociados a la formación de verrugas, además de neoplasia intraepitelial de bajo grado e infecciones asintomáticas. Los virus de alto riesgo están asociados a cáncer cervicouterino, (5) los más comunes son el VPH 16 y 18, y responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres cervicales (4). También se incluyen los tipos 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59 como carcinogénicos. (5) (6).

La infección por VPH se puede adquirir mediante contacto directo a través de pequeñas roturas de la piel o la mucosa, durante las relaciones sexuales o mediante el paso del feto a través del canal de parto infectado. (5) La infección por VPH tiene un alto impacto social. La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas y pueden desaparecer de forma espontánea, sin embargo, la infección persistente con genotipos oncogénicos de VPH puede derivarse en el desarrollo de lesiones cancerosas y precancerosas. (7)

La prevalencia mundial de VPH se encuentra alrededor de un 11-12%, sin embargo, se ha encontrado una variación de estas cifras en varias regiones del mundo. Las cifras de prevalencia más elevadas se encuentran en el este de África y el Caribe, donde la prevalencia se encuentra por encima del 30%. Otras regiones con una alta prevalencia de VPH son la región de África subsahariana con un

24%, seguida de Europa del este con un 21% y América Latina con un 16%. (8) En cuanto a la prevalencia de los genotipos de VPH se encontró que el genotipo 16 se encontró en citologías cervicales alteradas en un 3.5%, mientras que el genotipo 18 en un 1.5%. Otros genotipos de VPH con alto riesgo oncogénico son el 52, 31 y 58 con un 1% de prevalencia a nivel mundial. (9)

En Estados Unidos (EUA) la prevalencia en mujeres de 14 a 59 años es del 26.8%, con un mayor pico entre mujeres de 20 y 24 años de un 44.8%. (10) La prevalencia en mujeres de 57 a 85 años es del 6%. Inclusive antes de la primera relación sexual se han hecho detecciones virales; en 110 niñas de 4 a 15 años, la prevalencia de la infección era del 17%, con 14.5% de cepas de alto riesgo de VPH. (4) El centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) reporta que anualmente entre el año 2012 y 2016 se presentaron un promedio de 43,999 casos de cánceres probablemente asociados a VPH, y un estimado de 34,800 (79%) de esos cánceres fueron atribuidos de manera definitiva a infección por VPH. (11)

En México el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más frecuente, siendo los genotipos de VPH más frecuentes el 16 (13.7%), 18 (8.3%), 31 (11.3%), 45 y 58. (12) (13) Se calcula que un 80% de la población está infectada con este virus y que al menos el 90% de mujeres mexicanas han tenido alguna vez en su vida infección por VPH. (14) Se ha encontrado dos picos de prevalencia en la población, el primero antes de los 25 años con un 16.7% y el segundo en mayores de 65 años con un 23%. Estudios han reportado prevalencia de VPH en mujeres con citologías normales en un 22%, con lesiones de bajo grado un 37% y con lesiones de alto grado en un 41%. En pacientes con antecedente de dos o más parejas sexuales, se reporta una prevalencia de VPH de un 14.4%. (13)

B. CÁNCER CERVICOUTERINO

La guía de práctica clínica para la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención define al CaCU como “una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, éstas se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada o severa, y pueden evolucionar a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o cáncer invasor cuando la lesión traspasa la membrana basal.” (15)

La organización mundial de la salud reporta que el CaCU representó aproximadamente el 85% de los 528 000 casos de diagnósticos nuevo en el 2012, todo esto en países de ingresos bajos y

medianos alrededor del mundo. (16) En EUA se estima que anualmente 14 065 mujeres son diagnosticadas con CaCU y 5 266 murieron por esta causa. El CaCu se encuentra en el lugar número catorce de los cánceres en mujeres estadounidenses y es el tercero más frecuente en mujeres entre los 15 y 44 años. Aproximadamente el 71.2% de los cánceres invasores [EUA][113] se atribuye a infección por VPH 16 o 18. (17) En América Latina, el CaCU es el segundo cáncer más común, siendo los países con las tasas de incidencia más altas (de 30 por cada cien mil mujeres): Guyana, Nicaragua, Honduras, El Salvador[114], Bolivia, Paraguay, Venezuela y Guatemala. (18)

En nuestro país, el CaCu ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con neoplasia maligna, con una incidencia del 15.5% y una mortalidad del 12.8%. Afecta principalmente a mujeres entre 25 a 69 años de edad. (19) En 2008, la frecuencia de casos nuevos de CaCu fue de 10 186, con una tasa de 19.2 por cada 100 mil mujeres, una morbilidad de 27.2 por cada 100 mil mujeres, a diferencia de las mujeres hispanas residentes de Estados Unidos, donde el CaCU ocupa el séptimo lugar de las neoplasias. En el Instituto[115] Mexicano del Seguro Social, hasta el año 2011, los estados que presentan tasas iguales o mayores a 9 por cada 100 mil mujeres derechohabientes fueron Morelos, Tamaulipas y Quintana Roo. (18)

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer [cervico][116] uterino son los siguientes:

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E
- Nunca haberse practicado el estudio citológico. (19) (20)

El diagnóstico presuncional de CaCU se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia, puede considerarse consulta médica, ya que lleva un proceso de interpretación que ayuda a definir un diagnóstico. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico. Se puede clasificar de la siguiente manera de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1991, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico uterino: (19)

Displasias del cuello uterino

Excluye: carcinoma in situ del cuello del útero

1. Displasia cervical leve
 - Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado I.
2. Displasia cervical moderada.
 - Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado II.
3. Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte.
 - Displasia cervical severa SAI.
 - Excluye: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa
4. Displasia del cuello del útero, no especificada.

Carcinoma in situ del cuello del útero

Incluye: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa.

Excluye: displasia severa del cuello SAI y melanoma in situ de cuello.

1. Carcinoma in situ del endocérvix.
2. Carcinoma in situ del exocérvix.
3. Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero.
4. Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada.

Tumor maligno del cuello del útero

1. Tumor maligno del endocérvix.
2. Tumor maligno de exocérvix.
3. Lesión de sitios contiguos del cuello del útero.
4. Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación.

La citología cervical se realiza cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. (19)

C. MÓDULO DE DISPLASIAS

La historia sobre el tratamiento de las lesiones pre-malignas data de la década de los años 70. Las primeras instituciones en realizar el tratamiento para este tipo de lesiones fueron el Centro Hospitalario 20 de noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Hospital Militar de la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA). Fue hasta la década de 1980 que se fundó la primera clínica de displasias en la unidad de oncología del Hospital General de México (HGR), el cual se convertiría en un centro de capacitación a nivel nacional en los noventa.

Las clínicas de colposcopia o displasias se encuentran ubicadas en el segundo y tercer nivel de atención; requieren el manejo de personal especializado y capacitado, con formación en gineco-obstetricia u oncología. Los médicos son capacitados por un periodo no menor a seis meses en centros de formación en colposcopia, en donde se cuenta con la infraestructura necesaria para efectuar labores de enseñanza. Los médicos especialistas son entrenados para que a través de la colposcopia realicen el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres con lesiones intraepiteliales y para que las mujeres con lesiones neoplásicas sean referidas oportunamente a los Centros Oncológicos para que allí se continúe con su estudio y tratamiento. (21)[7] En el HGR c/MF N.1 el diagnóstico de envía a displasias más frecuente fue ASC-US y NIC-1 (datos tomados del censo de displasias: relación de pacientes de 1ra vez con leibg, leiag, atipias glandulares y carcinoma invasor). De acuerdo a la guía de práctica clínica, la paciente que presenta un resultado de citología anormal, sin presencia de CaCu (ASC-US, LEIBG, LEIAG) se envía de manera ordinaria a la clínica de displasia o módulo de colposcopia[118] en un plazo mayor a 6 semanas; aquellas pacientes con diagnóstico de CaCu deben ser referidas por medicina familiar a la consulta de clínica de displasias en un plazo no mayor a 3 semanas. (19)

D. FAMILIA

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa esclavo. (22) La real academia de la lengua define la palabra familia como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje o un conjunto de personas que comparten alguna condición, opinión o tendencia. (23) La familia ha evolucionado conforme al avance de la humanidad, modificando sus definiciones, ampliándose y adaptándose a los tiempos actuales; es por eso, que dar una definición de familia que se adapte a las percepciones universales es difícil.

La organización mundial de la salud comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. (22) Los cambios que han ocurrido en la familia en las últimas décadas han sido muy notorios, pudiendo afirmar que la definición y conformación de la misma no es igual entre décadas. Hace varios años predominaba un tipo de familia: la familia nuclear, o la familia tradicional. Sin embargo, los cambios en este predominio se han visto afectados en la forma como actualmente se ve al matrimonio, la familia y las relaciones de parentesco. (24) Actualmente existen varias clasificaciones de familia, las cuales se adaptan a lo previamente mencionado. Estas clasificaciones pueden ser con base en la forma o estructura, funciones, ciclo de vida de acuerdo a recursos, lugar en donde habitan entre otras. (22) (25)

La familia nuclear (dos adultos, hombre y mujer, con sus hijos) es la unidad principal de las sociedades. Sin embargo, durante este tiempo han existido variaciones. Actualmente el concepto de familia presenta una transformación secundaria a los nuevos modelos sociales, donde debe considerarse que ya no se encuentra integrada únicamente por cónyuges de la manera tradicional (por medio del matrimonio), sino que también se encuentran unidas por lazos de afecto, respeto, convivencia y solidaridad (unión libre). También debemos considerar a los grupos maritales **integradas** por personas del mismo sexo, la poligamia, entre otras. (25)

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de distintos subsistemas, los cuales están organizados por generaciones, sexo, intereses y funciones. Estos son:

- 1) Subsistema conyugal: cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de construir una familia.
- 2) Subsistema paterno-filial: se forma con el nacimiento del primero hijo, ocasionando un cambio en la organización familiar. Con la creación de este subsistema se reorganizan los límites y las funciones familiares.
- 3) Subsistema fraterno: es el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En este subsistema, los miembros que lo forman aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. (22)

E. SUBSISTEMA CONYUGAL

La real academia de la lengua define al cónyuge como la persona unida a otra en matrimonio. (23) El subsistema conyugal se forma cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención

de formar una familia (22), sin embargo, algunos autores afirman que la pareja no se forma con el matrimonio desde el punto de vista de su funcionalidad, se forma desde el noviazgo. (26) La elección de la pareja no es por azar, es una elección voluntaria. (22) Algunos de los factores que influyen en la formación de la pareja son: (26) (27)

- 1) Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
- 2) Reconocer creencias afines
- 3) La educación que la familia le da a cada miembro de la pareja: escolaridad, creencias religiosas.
- 4) Disponer una actitud semejante con respecto a la vida sexual.
- 5) Expectativas y situaciones no esperadas (enfermedades de algún miembro, la llegada de los hijos, etc).

La pareja es el núcleo central de la familia, la única parte de todos los subsistemas que la conforma de manera permanente y que determina el ciclo de vida familiar. Esta se puede modificar por varios factores como la edad en que la pareja se une, los hijos e incluso los periodos de crisis que puedan experimentar durante la unión. (27) Al formarse una nueva pareja se crean expectativas acerca de cómo se llevará a cabo la vida futura en familia (26), configurando el proyecto de vida familiar, plantea las metas, distribuye los roles, formula las normas (28), sin embargo, existen varios factores que influyen sobre el desarrollo y desenlace de esta expectativa. Las cualidades principales para la conformación del subsistema conyugal son la complementariedad y la acomodación mutua. Durante la formación del subsistema, ambas partes deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. (22) (29)

La funcionalidad de la pareja queda al descubierto desde la forma que inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja. Una pareja sana no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe manejar estos conflictos desde el momento y la manera en que se presenten. Las principales funciones del subsistema conyugal que se consideran para su evaluación son:

- A) Comunicación, la cual debe ser clara, directa y congruente.
- B) Adjudicación y asunción de roles, las cuales deben de ser congruentes, flexibles y satisfacer a ambas partes.
- C) Satisfacción sexual, donde se evalúa la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción de ambas partes.
- D) Afecto, donde se evalúan las manifestaciones físicas, calidad de la convivencia y la reciprocidad del afecto.

E) Toma de decisiones, donde se evalúa las decisiones conjuntas o en pareja y la toma de decisiones de forma individual. (22)

En 1994, Víctor Chávez y Rubén Velasco propusieron en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) un instrumento para la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal, evaluando los 5 puntos previos. Con un alfa de Cronbach de 0.91, este instrumento da una calificación a cada función, permitiendo detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención. Con un total de 100 puntos, este clasifica la funcionalidad de la pareja de la siguiente forma: pareja severamente disfuncional (0-40 puntos), pareja moderadamente disfuncional (41-70 puntos) y pareja funcional (71-100 puntos). (26) (30) (31)

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere respuesta adaptativa de la misma. Los eventos críticos incrementan la tensión en el grupo familiar, estos se dividen en dos:

- 1) Crisis normativas: se refieren a las transiciones, los cambios obligadamente se suscitan dentro de la familia, por lo cual se llaman intrasistémicas.
- 2) Crisis paranormativas: son experiencias adversas o inesperadas, incluyen eventos del exterior. Estas pueden ser de diferentes tipos, como enfermedades (entre las que se encuentran las infecciones de transmisión sexual). (22)

Existe un estudio cualitativo realizado en el año 2010 por Jeng (29) y colaboradores sobre el efecto de la infección por VPH en la relación en pareja, esto en Taiwán. En nuestro país, no existen estudios sobre alteraciones de la funcionalidad conyugal (medidas con el cuestionario de Chávez-Velasco) y su relación con el VPH o alguna lesión asociada a esta, sin embargo, se cuenta con estudios que relacionan la funcionalidad conyugal, el uso del instrumento a utilizar y otras patologías.

En 2010, Boo Vera y colaboradores (32) realizaron un estudio para determinar la influencia del consumo de alcohol con la funcionalidad conyugal y familiar en mujeres usuarias de atención primaria en Tapachula, Chiapas. Se realizó el APGAR familiar (funcionalidad familiar) y la evaluación del Subsistema Conyugal (Cuestionario de Chávez-Aguilar). Se entrevistaron a 374 mujeres con una media de 34.68 ± 11.84 años, el 47.6% consume alcohol, el 11.2% presentan riesgo elevado de consumo de alcohol y el 15.8% empieza a tener problemas de consumo. El 26.47% presenta disfunción conyugal (18.71% disfuncionalidad moderada y 7.75% disfunción severa). El 28.07% presenta disfunción familiar (25.40% disfunción moderada y 2.67% disfunción severa). De las mujeres con consumo de alcohol el 18.44% presenta disfunción conyugal y el 18.71% presenta disfunción familiar.

En 2014, Pavón Mendoza y colaboradores (33) realizaron el estudio de climaterio como factor de riesgo en casos de disfunción conyugal utilizando el Cuestionario de Chávez-Velasco. Se estudiaron 100 mujeres de 45 a 60 años y se observó que la disfuncionalidad conyugal se presentó con mayor frecuencia en la etapa de la posmenopausia (75%). Se identificó al climaterio como un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal y las funciones conyugales con mayor afectación fueron la comunicación y el afecto.

F. IMPACTO A NIVEL SOCIAL, FAMILIAR Y PERSONAL POR EL DIAGNÓSTICO DE VPH Y CÁNCER

Las crisis paranormativas son experiencias adversas o inesperadas, donde están incluidas las infecciones de transmisión sexual. El proceso de salud, enfermedad y atención del paciente se relaciona con los saberes y significados sociales sobre los padecimientos. El estigma se define como un atributo desacreditador calificado en la interacción social particular. Estos se pueden dividir de la siguiente manera:

- 1) Los pertenecientes a enfermedades y deformidades físicas.
 - 2) Los que derivan de creencias falsas, pasiones antinaturales y falta de voluntad.
 - 3) Los que se vinculan a condiciones heredadas, la pertenencia religiosa, étnica o nacional.
- (34)

Estudios han demostrado que la mayoría de las mujeres se inquietan cuando se les comunica que padece una enfermedad de transmisión sexual. (4) La sexualidad es un componente de la vida de las personas que, a su vez, está sujeta a diversas normas sociales y de conducta consideradas moralmente correctas. Al no cumplir con los criterios que marca la sociedad, las personas pueden ser estigmatizadas. La sexualidad, el cuerpo, las decisiones y acciones de las mujeres son sometidas al control social. El diagnóstico de VPH o CaCu para por la estigmatización al relacionares con el número de parejas sexuales y las prácticas socialmente rechazadas. (34)

La prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en los adultos se estima generalmente entre un 10-20%, sin embargo, la probabilidad de una mujer de cursar con una infección por VPH es de un 80% durante su vida. Estudios han demostrado que la mayoría de las mujeres con infección por VPH fueron contagiadas por su pareja. La detección de VPH en lesiones cervicales o presentar una prueba citológica normal pero positiva a este virus, puede producir ansiedad y depresión en las mujeres. Las mujeres positivas a virus de papiloma humano reportaron tener peores relaciones sexuales, y un tercio de estas se sentían peor acerca de sus relaciones pasadas y futuras.

En un estudio realizado por McCaffery, y colaboradores (35) en el año 2006 examinó el impacto social y psicológico del examen de detección para VPH. Este estudio asoció que el resultado positivo en la citología cervical tenía consecuencias sociales y psicológicas, sobre todo con la transmisión del virus por vía sexual y su asociación con CaCU. Las pacientes comentaron sentirse estigmatizadas, ansiosas y estresadas, predominantemente con sus relaciones sexuales. En cuanto a la influencia en el status de la relación de pareja y la historia de la pareja, aquellas mujeres que habían tenido una infidelidad durante su matrimonio o terminado la relación de una forma poco amigable, el resultado positivo de la citología cervical las hacía preguntarse sobre temas de confianza y fidelidad, así como la adjudicación de la culpa a ellas o sus parejas sobre la infección. Las mujeres que entraban a una nueva relación de pareja con resultados de citología positivos, reportaban preocupación sobre transmitir la infección a su nueva pareja y ansiedad sobre compartir con ellos acerca de este tema. En contraste, las mujeres con relaciones más estables, la infección por VPH fue simplemente atribuida a parejas previas y aparentemente no causaba problemas en sus relaciones actuales.

En 2010, Jeng y colaboradores (29) realizaron un estudio sobre el efecto de la infección por VPH en la relación de pareja. El propósito de este estudio fue explorar los efectos del virus del papiloma humano en la vida sexual de las mujeres y sus parejas. Este estudio cualitativo, recogió veinte casos de infección por virus de papiloma humano oncogénico o de alto riesgo en un centro médico de Taipei. Veinte mujeres se sometieron a una entrevista donde se analizó cualitativamente el efecto de la infección por VPH en la relación de pareja; efecto de la infección por VPH sobre la vida sexual; apoyo de la pareja y apoyo social; mitos sobre el amor y el matrimonio; y mitos sexuales. Los resultados mostraron que mientras la relación en pareja fuera mejor, los pacientes tenían menos dificultad para confrontar la infección por VPH. La mayoría de las participantes insistían que sus parejas fueran examinadas y aconsejaban a amigas sobre realizarse la prueba de Papanicolau. La relación de pareja no se vio afectada por el diagnóstico de VPH, a diferencia de su vida sexual. La mayoría de las pacientes cumplía el rol de la familia tradicional china de mantener las relaciones sexuales, sin embargo, dado al discomfort físico y psicosocial del tratamiento para VPH, así como el miedo a la infección, algunas no tenían deseo de mantener una relación sexual, mientras otras disminuyeron la frecuencia de la actividad sexual. La mayoría de las pacientes recibió poco apoyo de su pareja, su familia y amigos. La calidad de la relación se vio afectada por las creencias sobre el matrimonio y las relaciones sexuales de las pacientes.

5. JUSTIFICACIÓN

El CaCu es uno de los problemas de salud más importante entre las mujeres de México y en el mundo. Ocupa el primer lugar de incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad por neoplasias malignas. Se reconoce al VPH como el principal agente etiológico de CaCu y a la infección por VPH como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. La prevalencia de VPH en CaCu es aproximadamente del 60-65%; sin embargo, se ha encontrado DNA para VPH en un 99.7% de casos de CaCu[10]. La citología cervical debe considerarse como un estudio de tamizaje o búsqueda de CaCu, el cual conlleva un proceso de interpretación que ayuda a definir un diagnóstico, siendo la primera parte del diagnóstico realizado por el médico familiar en la consulta para posterior referencia al servicio de displasias. Aunque existe una prueba de tamizaje y diagnóstico, aún no se ha logrado una disminución de las complicaciones a corto, mediano y largo plazo de estas patologías. El CaCu o sus lesiones precursoras y la infección por VPH pueden causar repercusiones físicas y psicológicas en las mujeres que la padecen.

La enfermedad es una principal causa de alteración dentro de la dinámica familiar; al ser la pareja el núcleo de la familia, una alteración dentro de este subsistema puede ocasionar repercusiones en el resto. Al identificar a las pacientes con alteraciones en el subsistema conyugal podremos analizar los factores que afectan a este y si existen otros que desencadenen disfunción dentro de la pareja. La funcionalidad o disfuncionalidad dentro del subsistema conyugal, podrá determinar si la paciente contará con apoyo durante el transcurso de su enfermedad, si es así, le será más fácil aceptar la enfermedad y afrontar los efectos adversos o positivos del tratamiento. Este estudio trata de determinar el impacto de las alteraciones en la citología cervical en la relación de pareja, y así, poder establecer que estos diagnósticos deben ser tratados de manera multidisciplinaria fortaleciendo los lazos dentro del núcleo familiar.

En nuestro país no existen estudios sobre alteraciones de la funcionalidad conyugal medidas con el cuestionario de Chávez-Velasco en mujeres con el VPH o alguna lesión asociada a esta. Existen estudios cualitativos publicados en otras regiones del mundo que, mediante entrevista, miden el efecto de la infección por VPH en la pareja. La infraestructura del hospital, el personal y la población adscrita al servicio de displasias hacen posible la realización de este estudio.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por virus de papiloma humano y sus complicaciones, como cáncer cervicouterino o lesiones premalignas, representan una serie de repercusiones físicas y emocionales en las pacientes diagnósticas. El subsistema conyugal es a menudo el subsistema familiar afectado ante la presencia de una infección de transmisión sexual en la pareja, sobre todo en aquella cuyo desenlace puede ser fatal de no ser detectado a tiempo. Las mujeres reaccionan de distinta manera a un resultado alterado de citología o a la noticia de ser portadora de VPH o CaCu. La etapa en la que se encuentre la paciente con su pareja (años de relación), los roles que juegan cada uno, la comunicación, el afecto y la función sexual, brindarán distintas reacciones y ayudarán a la paciente a afrontar o negar la situación en la que se encuentran.

Considerando lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes que acuden, con un estudio de citología vaginal alterada o lesiones relacionadas al virus del papiloma humano, a la clínica de displasias del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos[11]?

8. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la frecuencia de alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes que acude con un estudio alterado de citología vaginal o lesiones relacionadas al virus de papiloma humano a la clínica de displasias del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos[12].

ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población participante en relación con factores sociodemográficos (edad, ocupación, escolaridad, religión, nivel socioeconómico y estado civil), variables de comportamiento sexual (edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales hasta el momento, número de parejas sexuales en los últimos 6 meses, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tipo de relaciones sexuales [heterosexuales, homosexuales, etc.])
- Describir características [13]sociodemográficas, variables de conducta sexual y diagnóstico de atención en la clínica de displasias según presencia o ausencia de disfunción conyugal[14].

9. HIPÓTESIS

La frecuencia de alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes que acuden con un estudio de citología vaginal alterado o lesiones relacionadas al virus de papiloma humano que acudan a la clínica de displasias del HGR c/MF N.1, Delegación Morelos es mayor al 26%[15].(32)

10. MATERIAL Y MÉTODOS

10.1 TIPO DE ESTUDIO

- Transversal y descriptivo.

10.2 MÉTODO DE MUESTREO

- No probabilístico, de casos consecutivos.

10.3 POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO

- Mujeres de 18 a 69 años que acuden a la clínica de displasias del HGR c/MF N.1 con un resultado de citología alterado.

10.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Criterios de Inclusión

- Mujeres de 18 a 69 años
- Que tengan pareja sexual regular (Pareja sexual con antecedente de convivencia sexual de 6 meses o más, aunque no vivieran en la misma casa.) (36)
- Que acepten participar en el estudio
- Firma de consentimiento informado

- Criterios de Exclusión

- Mujeres sin pareja sexual regular al momento del estudio
- Pacientes con problemas psiquiátricos.

10.5 TIEMPO DE ESTUDIO

- El estudio se realizó durante 10 meses posteriores a la aceptación del protocolo de investigación por el CEI 17028 y CLIES 1702.

10.6 TAMAÑO DE MUESTRA

El cálculo de tamaño de muestra se realizó de la siguiente manera. (37)

- Considerando la fórmula para una proporción en población infinita, con una proporción de pacientes con alteraciones de la funcionalidad conyugal de al menos 26%, amplitud del intervalo de 0.05 y un nivel de confianza del 95%, nuestro tamaño de muestra es:

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 (.26)(.74)}{.05^2}$$

$$n = \frac{.73912}{.0025} = 295.648$$

296 pacientes con disfuncionalidad conyugal

- n= número total de pacientes a estudiar
- $Z\alpha$ = la desviación normal estandarizada para α bilateral, donde $(1-\alpha)$ es el nivel de confianza (puesto de $\alpha=0.05$ para un nivel de confianza del 95%, $Z\alpha=1.96$)
- d = amplitud total del intervalo de confianza = 0.05
- P = proporción de pacientes con disfuncionalidad conyugal = 0.26
- n= 296 pacientes

10.7 ASPECTOS LOGÍSTICOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, no probabilístico de casos consecutivos en el HGR C/MF N.1 “Ignacio García Téllez”, Delegación Morelos. El protocolo fue sometido al comité de ética e investigación 1702. Posterior a su aceptación y registro, se realizó la recolección de la muestra los 4 meses siguientes. De las mujeres que acudieron al servicio de displasias turno matutino, se incluyeron al estudio 296 pacientes que cuentan con pareja heterosexual regular.

Las participantes fueron abordadas en la sala de espera de la consulta externa del servicio de displasias. **Previo**[16] a consentimiento informado, se informó de manera verbal a las pacientes las características del estudio el objetivo y el tipo de preguntas que se realizarían en este. Posterior a la firma del consentimiento informado, se aplicó un cuestionario estructurado para obtener características sociodemográficas y características de conducta sexual; para determinar su nivel socioeconómico se aplicó el cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2019. Los datos relacionados al tipo de lesión por la que acuden a la clínica de displasias se obtuvieron con pregunta directa a la paciente o del expediente clínico en su reporte de Papanicolaou, por cuestiones de pandemia, no en todos los casos fue posible recabar este resultado. La funcionalidad conyugal se evaluó con el cuestionario propuesto por Chávez-Velasco en el IMSS. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de indicadores. Con un total de 100 puntos, este clasificó la funcionalidad de la pareja de la siguiente forma: pareja severamente disfuncional (0-40 puntos), pareja moderadamente disfuncional (41-70 puntos) y pareja funcional (71-100 puntos).

10.8 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Dependiente: Funcionalidad conyugal

- ❖ **Definición Conceptual:** Capacidad de la pareja para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.
- ❖ **Definición Operacional:** Se clasificó de acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario de Funcionalidad Conyugal propuesto por Chávez y Velasco. Este instrumento da una calificación a cada función, permitiendo detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención. Con un total de 100 puntos, este clasifica a funcionalidad del a pareja en severamente disfuncional, moderadamente disfuncional y pareja funcional.
- ❖ **Tipo de Variable:** Cualitativa
- ❖ **Escala de Medición:** Ordinal
- ❖ **Indicador:** 0-40 puntos pareja severamente disfuncional, de 41-70 puntos pareja moderadamente disfuncional y de 71-100 pareja funcional (26)

Variable Independiente: Presencia de VPH o Anormalidades en epitelio plano/escamoso

- ❖ **Definición conceptual:**
 - VPH: grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia Papilomaviridae, no poseen envoltura, y tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm
 - Anormalidades epitelio plano/escamoso: Epitelio que recubre la parte vaginal del cuello, sensible a estímulos hormonales y se renueva cada cinco días por acción estrogénica. Se detectan mediante prueba de papanicolau.
- ❖ **Definición Operacional:** de acuerdo al sistema de clasificación de Bethesda, que es la nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de citología cervical, todas aquellas con un resultado anormal.
- ❖ **Tipo de Variable:** Cualitativa
- ❖ **Escala de medición:** Ordinal (19)
- ❖ **Indicador**

INTERPRETACIÓN/RESULTADO	<p>Anormalidades en epitelio plano/escamoso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anormalidades en el epitelio plano (ASC) 1.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) 1.2 Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H) 2) Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I) 3) Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ, NIC2, NIC3) 4) Carcinoma epidermoide
	<p>Anormalidades en epitelio glandular</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Células glandulares endocervicales atípicas (AGC) 2) Células glandulares endometriales atípicas 3) Células glandulares atípicas 4) Adenocarcinoma in situ 5) Adenocarcinoma
	<ol style="list-style-type: none"> 6) Otros

10.9 COVARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona. (23)	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario	Cuantitativa, discreta, de razón	Años cumplidos
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina. (23)	Se evalúa a pacientes femeninas que acuden a la unidad de displasias.	Cualitativa. Nominal, dicotómica.	Mujeres
OCUPACIÓN	Trabajo, empleo u oficio. (23)	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario	Cualitativa	1) Empleada 2) Desempleada ^[117]
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente durante un tiempo determinado. (23)	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario	Cualitativa, nominal	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Posgrado 6) Analfabeta
RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario.	Cualitativa, nominal	1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Otras.

	<p>conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (23)</p>			
<p>NIVEL SOCIOECONÓMICO [18]</p>	<p>Norma desarrollada por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), basada en el desarrollo de un modelo estadístico que permite clasificar a los hogares de una manera objetiva y cuantificable de acuerdo a su nivel socioeconómico . (38)</p>	<p>Se evaluó con el cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 y tabla de clasificación.</p>	<p>Cualitativa, nominal, politómica.</p>	<p>1) A/B 2) C+ 3) C 4) C- 5) D+ 6) D 7) E</p>
<p>ESTADO CIVIL</p>	<p>Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (23)</p>	<p>Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario</p>	<p>Cualitativa, nominal, politómica</p>	<p>1) Noviazgo 2) Unión Libre 3) Casada</p>

AÑOS EN RELACIÓN	Tiempo en que se desarrolla la relación de pareja.	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario	Cuantitativa , de razón, discreta.	Número de años
EDAD DE INICIO VIDA SEXUAL	Edad a la que comienza a ejercer su sexualidad.	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario	Cuantitativa , discreta.	Edad cumplida en años
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Cantidad de personas con las que se llevan a cabo conjunto de comportamientos con el objetivo de dar o recibir placer sexual o con fines reproductivos. (39)	Se evaluó con ficha de identificación del cuestionario.	Cuantitativa , discreta.	Número de personas con las que han tenido relaciones sexuales.
ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distintas sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de transmisión. (40)	Se evaluó con ficha de identificación.	Cualitativa, dicotómica.	1) Si 2) No

ORIENTACIÓN SEXUAL	Se clasifica en función del sexo del individuo y del sexo de las personas deseadas y con quienes se mantienen relaciones sexuales. (41)	Se evaluó con ficha de identificación.	Cualitativa, politómica.	1) Heterosexual 2) Homosexual 3) Bisexual
-------------------------------	---	--	--------------------------	---

10.10 RECURSOS

1) Humanos

- Investigador principal.
- Investigadores asociados

2) Materiales

- Cuestionario de Funcionalidad Conyugal Chávez-Velasco
- Lápiz/pluma
- Tablas de madera
- Computadora
- Paquetería de Word

3) Financieros

- Todos los recursos financieros serán absorbidos por el investigador principal y asociado.

10.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Obtenidos los datos, fueron capturados en una hoja de Excel y posteriormente con apoyo del programa estadístico STATA 13, se realizó un análisis descriptivo con el que se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión según la distribución de las variables en variables cuantitativas y, en variables cualitativas se obtuvo frecuencias y porcentajes. Para comparación de características sociodemográficas, características de conducta sexual y tipo de lesión reportada en la citología cérvico vaginal entre grupos (presencia y ausencia de disfunción conyugal), se utilizó exacta de Fisher para variables cualitativas y prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparación de variables cuantitativas. Se obtuvieron valores de p, considerando un valor menor o igual a 0.05 como estadísticamente significativo.

10.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega al reglamento actual y vigente de la Ley General en Investigación para la Salud en nuestro país, este trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 13 y 17 categoría 2, investigación con riesgo mínimo debido a que los individuos a participar en este estudio aportaran datos mediante cuestionarios, sin embargo, estos cubren aspectos sobre la salud y vida sexual de las pacientes. Esto no provoca daños físico ni mentales, no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participaran seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en Octubre 2000.

Apegada a la declaración Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece los principios para la investigación en seres humanos, adoptada en la 18ª Asamblea General de la WMA, Filadelfia, Helsinki, Tokio, Japón, octubre de 1975; 35ª Asamblea General de la WMA, Venecia, Italia, octubre 1983; 41ª Asamblea General de WMA Somerset West, República de Sudáfrica, octubre de 2000; 53ª Asamblea General de WMA, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. 53ª Asamblea General Washington 2002 apegada al párrafo 29; 55ª Asamblea General de WMA, Tokio 2004 párrafo 30; 59ª Asamblea General de WMA, Seúl, octubre de 2008. Así mismo se solicitará permiso a los pacientes y su autorización para su participación y elaboración de un cuestionario por medio de una carta de consentimiento informado donde se les explicará en que consta dicho estudio y la confiabilidad y discreción a los cuales nos apegaremos. (Ver Anexo 1)

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos:

5.11 El investigador principal, así como los demás profesionales y técnicos de la salud que intervengan en una investigación, deben cumplir en forma ética y profesional las obligaciones que les impongan la Ley General de Salud y el Reglamento, así como esta norma.

5.12 En toda investigación, los expedientes de los sujetos de investigación serán considerados expedientes clínicos, por lo que se deberá cumplir con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana.

Aspectos de bioseguridad

En este proyecto, la valoración de riesgo se considera mínimo, pues se clasifica en el grupo de riesgo 2 (riesgo individual moderado, riesgo poblacional bajo), ya que se llevó a cabo mediante cuestionarios, sin embargo, incluía preguntas de características sexuales.

El Hospital General Regional N°1 “Lic. Ignacio García Téllez” con Medicina Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Cuernavaca, Morelos cuenta con las instalaciones y el equipo necesario para la realización del proyecto, al ser realizado por medio de cuestionario, **minimiza**[19] los riesgos a los que pudiera estar expuesto tanto el personal como el individuo que participen en dicho estudio.

11. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido de septiembre del 2020 a junio del 2021 se realizó un estudio transversal descriptivo en el HGR C/MF No.1 del IMSS, para evaluar la funcionalidad del subsistema conyugal en una muestra de 296 pacientes que acuden al servicio de displasias del HGR c/MF N.1 “Lic. Ignacio García Téllez”, delegación Morelos con diagnóstico de citología alterado.

En la tabla 1 observamos las características sociodemográficas de la muestra de estudio. La mediana de edad de las participantes fue de 36 años, con un valor mínimo de 18 años y un máximo de 68 años. En cuanto al estado civil, la mayoría de las participantes son casadas con una frecuencia de 175 (59.12%), seguida de unión libre con una frecuencia de 102 (34.46%). La escolaridad que predominó fue bachillerato con una frecuencia de 154 (52.03%), licenciatura con 61 (20.61%) y secundaria con una frecuencia de 58 (19.59%). La ocupación más frecuente de las pacientes fue ama de casa con 105 (35.47%), seguida de la categoría de otras ocupaciones con una frecuencia de 98 (33.11%) donde se incluye oficios, estudiantes y operadoras de maquinaria o transporte. La religión que predominó en las participantes fue la católica con una frecuencia de 238 (80.41%). Con relación al nivel socioeconómico, se observó que la mayoría de las entrevistadas se encuentran en un nivel socioeconómico medio con una frecuencia de 145 (48.99), seguidas de nivel alto y medio alto con una frecuencia de 94 (31.76% y bajo con una frecuencia de 57 (19.26%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en la clínica de displasia del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos.

Total: 296		
Variable	Mediana (RIC) ^a	Rango
Edad	36 (27-49)	18-68
	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
- Soltera	16	5.41
- Casada	175	59.12
- Unión Libre	102	34.46
- Divorciada, separada o viuda	3	1.01
Escolaridad		
- Primaria	11	3.72
- Secundaria	58	19.59
- Bachillerato	154	52.03
- Licenciatura	61	20.61
- Posgrado	12	4.05
Ocupación		
- Ama de casa	105	35.47
- Empleada ^b	51	17.23
- Comerciante	42	14.19
- Otras ^c	98	33.11
Religión		
- Católica	238	80.41
- Cristiana	27	9.12
- Testigo de Jehová	4	1.35
- Otras ^d	27	9.12
Nivel socioeconómico^e		
- Alto y medio alto	94	31.76
- Medio	145	48.99
- Bajo	57	19.26

^a Mediana y rango inter cuartil

^b En la variable ocupación, la categoría “empleada” incluye profesionistas y técnicos, auxiliar administrativo y trabajadoras de vigilancia.

^c En la variable ocupación, la categoría “otras” incluye oficios y operadora de máquinas.

^d En la variable religión, la categoría “otras” incluye a pacientes que no profesan ninguna religión, evangelistas y adventistas.

^e Variable obtenida mediante la aplicación del cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018.

En la tabla 2 se muestra la distribución de las variables de comportamiento sexual. La edad promedio de inicio de vida sexual fue de 19 años, con una mínima de 8 y una máxima de 27 años. El tiempo promedio de permanencia en la relación actual fue de 7 años, con una mínima de 0.5 (6 meses) y una máxima de 49 años. La mediana del número de parejas sexuales durante toda su vida en las pacientes fue de 2, con una mínima de 1 y una máxima de 16. Del total de la muestra, 160 mujeres (54.05%) refirieron haber tenido entre 2 y 3 parejas sexuales durante su vida, mientras que 17 mujeres informaron entre 7 y 16 parejas (5.74%). En cuanto a número de parejas sexuales en los últimos 6 meses, 277 (93.58%) tuvieron 1 pareja. Con relación al antecedente de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, 185 (62.50%) de las pacientes respondieron que si tenían el antecedente y 94 (31.76%) negaron tenerlo. La lesión por la que las participantes fueron referidas al servicio de displasias se distribuyeron de la siguiente manera: 135 (45.61%) de las participantes fueron referidas por algún grado de displasia (NIC 1, NIC 2 o NIC3), 86 (28.04%) fueron referidas por ASC-US, 27 (9.17%) con diagnóstico de condilomas, 25 (8.45%) por células glandulares atípicas y 26 (8.78%) de las participantes fueron enviadas a la clínica de displasias por otras lesiones. Todas las mujeres participantes reportaron tener una pareja sexual estable actual y encontrarse en una relación heterosexual.

Tabla 2. Variables de comportamiento sexual en las mujeres atendidas en la clínica de displasia del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos.

Total: 296		
Variable	Mediana (RIC) ^a	Rango
Edad a la primera relación sexual	19 (17 – 20)	8 - 27
Tiempo en la relación actual (años)	7 (4 – 19.5)	.5 - 49
Número de parejas sexuales durante su vida	2 (1.5 – 3)	1 - 16
	frecuencia	%
- 1	74	25.00
- 2-3	160	54.05
- 4-6	45	15.20
- 7-16	17	5.74
Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses		
- 1	277	93.58
- 2	18	6.08
- 3	1	0.34
Antecedente de enfermedades de transmisión sexual		
- No	94	31.76
- Si	185	62.50
- No lo sé	17	5.74

Diagnóstico de atención en la clínica de displasia		
- ASC-US	83	28.04
- Displasia NIC 1, NIC 2, NIC 3	135	45.61
- Células glandulares atípicas	25	8.45
- Condilomas	27	9.17
- Otras	26	8.78

NOTA. Todas las mujeres participantes tienen pareja sexual actual estable y se encuentran en una relación heterosexual.

En cuanto a la **funcionalidad del subsistema conyugal** global, se observó que 145 (48.99%) de las participantes viven en una relación disfuncional (6.42% severamente disfuncional y 42.57% moderadamente disfuncional) y 151 (51.01%) son funcionales. Figura 1

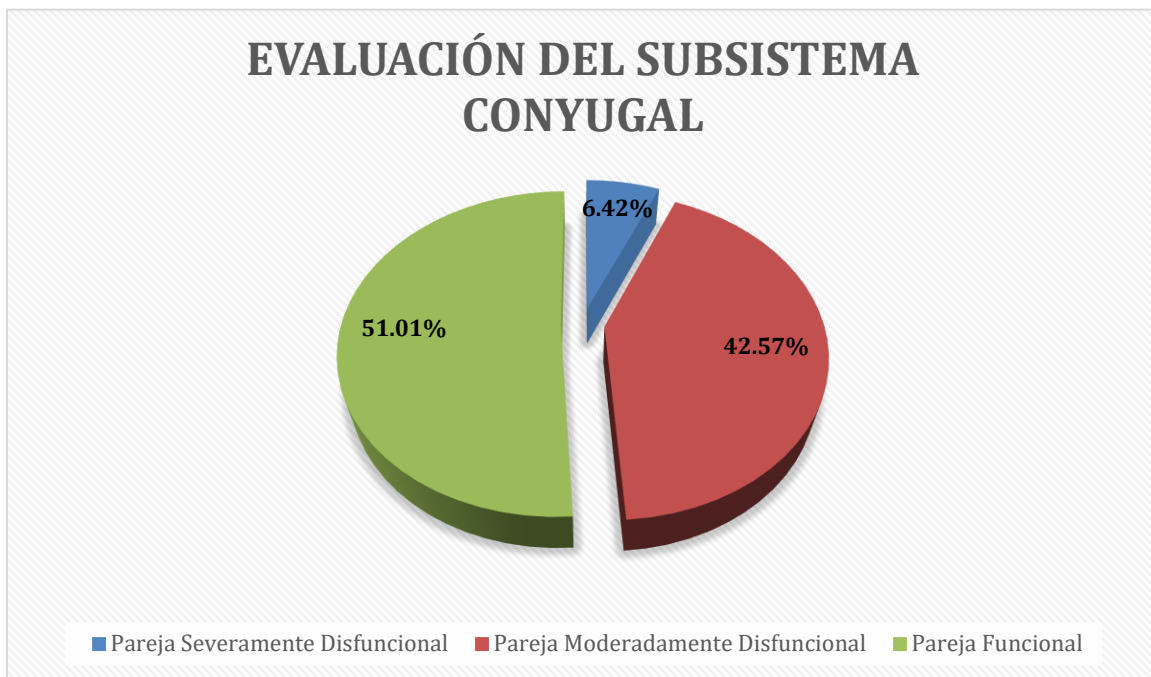


Figura 1: EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Fuente: Cuestionario de funcionalidad conyugal de Chávez-Velazco.

Al analizar el instrumento que evalúa la funcionalidad del subsistema conyugal por funciones, encontramos lo siguiente: En **función de comunicación** (puntuación mínima 0 y máxima 30) el 3.04% de las participantes presentaron una puntuación de 0 y el 51.69% una puntuación de 25-30 puntos; en la **función adjudicación y asunción de roles** (puntuación mínima 0 y máxima 15), el 2.7% presentó una puntuación de 0 y el 31.42% una puntuación de 15; en la **función de satisfacción sexual** (puntuación

mínima 0 y máxima 20) el 5.07% presentó una puntuación de 0 y el 32.43% una puntuación de 20; en la **función de afecto** (puntuación mínima 0 y máxima 20), el 1.35% tuvo un puntaje 0 y el 37.50% una calificación de 20 y en cuanto a la **función de toma de decisiones** (puntuación mínima 0 y máxima 15), el 8.45% presentó una puntuación de 0 y el 46.28% una calificación máxima de 15. Tabla 3

Tabla 3. Variables de funcionalidad conyugal en las mujeres atendidas en la clínica de displasia del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos.

n=296		
	Frecuencia	%
Funcionalidad conyugal^a		
- Severamente disfuncional	19	6.42
- Moderadamente disfuncional	126	42.57
- Funcional	151	51.01
Dimensión Cuestionario Chávez-Velazco ^a	Mediana (RIC)^a	Rango y % de valores mínimos y máximos
- Comunicación	25 (15-30)	0 (3.04%) -30 (29.39%)
- Adjudicación y asunción de roles	10 (7.5-15)	0 (2.7%) -15 (31.42%)
- Satisfacción sexual	15 (10-20)	0 (5.07%) -20 (32.43%)
- Afecto	15 (11.25-20)	0 (1.35%) -20 (37.50%)
- Toma de decisiones	7.5 (7.5-15)	0 (8.45%) -15 (46.28%)

^aCuestionario de Funcionalidad Conyugal Chávez-Velasco.

Para comparar las características sociodemográficas y de comportamiento sexual entre grupos de mujeres con buena y mala funcionalidad conyugal, la variable original de funcionalidad familiar se dicotomizó. De las 296 participantes, 151 (51.01%) presentaron funcionalidad conyugal y 145 (48.99%) algún grado de disfuncionalidad conyugal.

El promedio de edad de las mujeres en el grupo de disfunción familiar fue mayor que el del grupo de mujeres con relación conyugal funcional 38 vs 32 años ($p=0.0334$). Con relación a estado civil, la frecuencia de mujeres casadas predominó en el grupo de disfunción conyugal 95(65.52%) vs 80(52.98), mientras que la frecuencia de mujeres en unión libre predominó en el grupo con relación conyugal funcional 54(35.76) vs 48(33.10) ($p=0.001$). La frecuencia de escolaridad nivel bachillerato y licenciatura fue mayor en mujeres en una relación conyugal funcional 122(80.79) vs 93(64.14) ($p=0.002$). En cuanto a la ocupación, la frecuencia de amas de casa predominó en el grupo con disfunción conyugal 68(46.90%) vs 37(24,50%) y las mujeres con ocupación comerciante predominaron en el grupo en una relación conyugal funcional 35(23.18%) vs 7(4.83%) ($p=0.000$). La frecuencia de mujeres con religión católica fue mayor en el grupo con funcionalidad conyugal 131 (86.75) vs 107 (73.79) mientras que las mujeres con religión cristiana predominaron en el grupo con

disfunción conyugal 17 (11.72) vs 10 (6.62) ($p=0.017$). La variable nivel socioeconómico no fue estadísticamente diferente entre los grupos. Tabla 4

Tabla 4. Características sociodemográficas según presencia o ausencia de disfunción conyugal en las mujeres atendidas en la clínica de displasia del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos.

Funcionalidad del subsistema conyugal n = 296			
Variable	Funcional n=151 (51.01%) Mediana (RIC)	Disfuncional n=145 (48.99%) Mediana (RIC)	P
Edad	32 (27-47)	38 (29-51)	0.0334 ^a
	n (%)	n (%)	
Estado civil			
Soltera	15(9.93)	1(0.69)	0.001 ^b
Casada	80(52.98)	95(65.52)	
Unión Libre	54(35.76)	48(33.10)	
Divorciada, separada o viuda	2(1.32)	1(0.69)	
Escolaridad			
Primaria	2 (1.32)	9 (6.21)	0.002 ^b
Secundaria	20 (13.25)	38 (26.21)	
Bachillerato	82 (54.30)	72 (49.66)	
Licenciatura	40 (26.49)	21 (14.48)	
Posgrado	7 (4.64)	5 (3.45)	
Ocupación			
Ama de casa	37 (24.50)	68 (46.90)	0.000 ^b
Empleada ^b	26 (17.22)	25 (17.24)	
Comerciante	35 (23.18)	7 (4.83)	
Otras ^c	53 (35.10)	45 (31.03)	
Religión			
Católica	131 (86.75)	107 (73.79)	0.017 ^b
Cristiana	10 (6.62)	17 (11.72)	
Testigo de Jehová	0 (0)	4 (2)	
Otras ^d	10 (6.62)	17 (11.72)	
Nivel socioeconómico ^e			
Alto y medio alto	57 (37.75)	37 (25.52)	0.079 ^b
Medio	67 (44.37)	78 (53.79)	
Bajo	27 (17.88)	30 (20.69)	

^a Prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney

^b Comparación de proporciones entre grupos mediante prueba exacta de Fisher.

^c En la variable ocupación, la categoría “otras” incluye oficios y operadora de máquinas.

^d En la variable religión, la categoría “otras” incluye a pacientes que no profesan ninguna religión, evangelistas y adventistas.

^e Variable obtenida mediante la aplicación del cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018.

En la tabla 5 se comparan las características de conducta sexual entre los grupos de relación conyugal funcional y disfuncional. La mediana de edad de inicio de vida sexual es de 19 años en ambos grupos ($p=0.0559$); las mujeres en el grupo de relación conyugal disfuncional tienen en promedio mayor tiempo en la relación actual 10 vs 7 años ($p=0.0009$). El número de parejas sexuales durante la vida fue de 2 o más en el 84.77% de las mujeres en una relación conyugal funcional, mientras que, en mujeres en una relación conyugal disfuncional, esta frecuencia fue de 64.83% ($p=0.000$). El 91.39% de las mujeres en una relación conyugal funcional y el 95.86% en una relación conyugal disfuncional, reportaron haber tenido una pareja sexual en los últimos 6 meses ($p=0.087$). El número de parejas sexuales en los últimos 6 meses y la frecuencia del antecedente de enfermedades de transmisión sexual no fue estadísticamente diferente entre los grupos. Tabla 5

Tabla 5. Variables de conducta sexual según presencia o ausencia de disfunción conyugal en las mujeres atendidas en la clínica de displasia del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos.

	Funcional n=151 (51.01%)	Disfuncional n=145 (48.99%)	P
Variable	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
Edad a la primera relación sexual	19(16-20)	19(17-20)	0.0559 ^a
Tiempo en la relación actual (años)	7 (3-15)	10 (5-24)	0.0009 ^a
	n (%)	n (%)	
Número de parejas sexuales durante la vida			
- 1	3 (15.23)	51 (35.17)	0.000 ^b
- 2-3	91 (60.26)	69 (47.59)	
- 4-6	20 (13.25)	25 (17.24)	
- 7-16	17 (11.26)	0 (0.00)	
Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses			
- 1	138 (91.39)	139 (95.86)	0.087 ^b
- 2	13 (8.61)	5 (3.45)	
- 3	0 (0.00)	1 (0.69)	
Antecedente de enfermedades de transmisión sexual			
- No	50 (33.11)	44 (30.34)	0.673 ^b
- Si	91 (60.26)	94 (64.83)	
- No lo sé	10 (6.62)	7 (4.83)	

^a Prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney

^b Comparación de proporciones entre grupos mediante prueba exacta de Fisher.

Al analizar el diagnóstico de atención en la clínica de displasias entre los grupos con y sin funcionalidad conyugal, se observa que el 36.42% de las mujeres en el grupo con funcionalidad conyugal fueron enviadas con diagnóstico de ASC-US y 41.72% fueron enviadas con diagnóstico de displasia (NIC1, NIC2 o NIC3), mientras que en el grupo sin funcionalidad estos porcentajes correspondieron al 19.31% y al 49.66% respectivamente (0.023). Tabla 6

Tabla 6. Diagnóstico de atención en la clínica de displasias según presencia o ausencia de disfunción conyugal en las mujeres atendidas en la clínica de displasia del HGR C/MF N.1, Delegación Morelos.

Variable	Funcional n=151 (51.01%)	Disfuncional n=145 (48.99%)	P
	n (%)	n (%)	
Diagnóstico de envío a la clínica de displasias			
ASC-US	55 (36.42)	28 (19.31)	
Displasia NIC1, NIC2, NIC3	63 (41.72)	72 (49.66)	
Células glandulares	11 (7.28)	14 (9.66)	0.023 ^a
Condilomas	11 (7.28)	15 (10.34)	
No lo sé	11 (7.28)	15 (10.34)	

^a Comparación de proporciones entre grupos mediante prueba exacta de Fisher.

12. DISCUSIÓN

El presente estudio investigó la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres que acuden a la clínica de displasias del HGR c/MF N.1, del IMSS Morelos por la presencia de una alteración en la citología vaginal. Al momento no existen estudios previos publicados que hayan analizado la funcionalidad conyugal medida con el instrumento de Chávez-Velasco en este grupo poblacional.

En el estudio realizado en 2010, por Boo Vera y colaboradores (32) se determinó la influencia del consumo de alcohol con la funcionalidad conyugal y familiar en mujeres usuarias de atención primaria en Tapachula, Chiapas, se evaluó el Subsistema Conyugal a través del Cuestionario de Chávez-Velasco, encontrándose que el 26.47% presenta disfunción conyugal, una cifra menor a nuestro estudio, ya que en el nuestro observamos que el 48.99% presenta disfunción conyugal. En el estudio realizado por Boo Vera y colaboradores, el 18.71% presentó disfuncionalidad moderada y el 7.75% disfunción severa, mientras que en nuestro estudio se encontró disfuncionalidad moderada en un 42.57% y disfunción severa en un 6.42%. El aumento de la disfuncionalidad conyugal en nuestro estudio, en comparación con el de Boo Vera, podría deberse a que el alcoholismo y la presencia de alguna lesión cervical afectan distintas funciones, además de que la muestra hecha por los investigadores era significativamente menor a nuestra investigación.

Dentro de los aspectos evaluados en la funcionalidad del subsistema conyugal se obtuvo que los de mayor afectación fueron la función sexual y la función de toma de decisiones, comparando con el estudio de Pavón Mendoza y colaboradores (33) donde se observó que las funciones conyugales con mayor afectación fueron la comunicación y el afecto. En el estudio de Jeng y colaboradores, a pesar de ser un estudio cualitativo, se encontró que la relación de pareja puede verse afectada por una infección de virus de papiloma humano. Un diagnóstico negativo puede afectar la vida sexual y la función de apoyo de la pareja.

En nuestro estudio, el grupo de mujeres con disfunción conyugal tuvieron mayor edad (38 vs 32), predominando en este grupo las mujeres con estado civil casadas en un 65.52%, con escolaridad básica y media en el 82.08%, ocupación hogar en el 46.90%, y con religión católica en el 73.79%. [20] En comparación con el estudio de McCaffery, y colaboradores, se encontró que la mayor parte de las participantes tenían una edad entre 20-29 años, predominaron las mujeres con estado civil casadas con un total de 24 participantes, el equivalente al 32.43%, al igual que en el estudio de Pavón y colaboradores con estado civil casadas con un 60%. En el estudio de Pavón, las pacientes contaban con escolaridad básica completa en un 60%, similar a lo encontrado en nuestro estudio. En el estudio

realizado por Jeng y colaboradores, encontramos que del total de participantes (20), el 50% de ellas practicaban una religión, sin embargo, al ser un estudio realizado en Taiwán la religión practicada fue la budista, ningún otro de los estudios que se utilizaron como marco referencial evalúan variables como la religión. En el estudio de Pavón y colaboradores, las tres ocupaciones reportadas fueron ama de casa, empleada y actividades laborales propias, principalmente comerciantes, similar a lo encontrado en nuestro estudio.

Con relación a características de conducta sexual, el promedio de edad de inicio de vida sexual activa en ambos grupos fue de 19 años. En el grupo de mujeres con disfunción conyugal, el promedio de duración en su relación actual fue de 10 años a comparación de las mujeres con relación conyugal funcional en quienes el promedio de duración en su relación fue de 7 años ($p=0.0009$), además, en el grupo con disfunción conyugal, hubo mayor frecuencia de mujeres con una sola pareja sexual durante la vida (35.17%) ($p=0.000$), mientras que en el grupo de mujeres con relación conyugal funcional predominaron las mujeres con 2 o más parejas sexuales durante la vida (84.77%) ($p=0.000$). Entre las mujeres con disfunción conyugal, predominaron aquellas que tuvieron un diagnóstico de displasia (NIC1, NIC2 o NIC 3) ($p=0.023$). [21] No existen estudios previos que comparen la funcionalidad conyugal con el uso del cuestionario de Chávez-Velasco y diagnósticos de envío a displasias[22]. El médico familiar, al ser el encargado del seguimiento del paciente a lo largo de sus ciclos vitales, debe evaluar previamente las funciones familiares para una mejor atención y manejo oportuno de las mismas. El actuar del médico familiar no debe limitarse a un diagnóstico clínico, sino también a valorar las funciones en los distintos subsistemas, sobretodo el subsistema conyugal, que es la base de la familia.

Finalmente, en nuestro estudio podemos rechazar nuestra hipótesis nula y aceptar la alterna que nos indica que la frecuencia de alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres que acuden, con un estudio de citología vaginal alterado o lesiones relacionadas al virus de papiloma humano, a la clínica de displasias del HGR c/MF N.1, Delegación Morelos es mayor al 26%, ya que la frecuencia presentada en nuestra muestra de estudio fue del 48.99%.

Estos resultados pudieron estar influenciados por el tipo de muestreo (no probabilístico por conveniencia) y la lesión por la cual fueron enviadas al servicio de displasias, además del rango amplio de edad[23].

Este estudio tiene como fortaleza que en México no hay artículos publicados sobre el tema de funcionalidad conyugal y citología vaginal alterada, sin mencionar que en Morelos no hay estudio alguno sobre el tema; estudios como este pueden ser una ventana de oportunidad para realizar más

trabajos de investigación en el futuro que ayuden a otorgar apoyo psicológico tanto para las pacientes como para su familiar, previniendo así alteraciones de la funcionalidad conyugal. Las limitaciones que se encontraron fue el no evaluar previo al diagnóstico de displasia la funcionalidad conyugal, así como de forma periódica para evaluar los cambios en la dinámica de la pareja. Además, únicamente se midió la percepción de funcionalidad conyugal en las pacientes que acudían al servicio de displasias, más no en sus parejas. Esto fue a que la mayoría de las pacientes acudían solas al servicio para realizar sus tratamientos, además de que por cuestiones de tiempo en la recolección de datos y la pandemia mundial por SARS-COV-2, era más difícil recabar ambas muestras[24].

13. CONCLUSIÓN

En nuestro estudio concluimos que en las mujeres que acuden a la clínica de displasia con un estudio de citología vaginal alterado o lesiones relacionadas al virus de papiloma humano, existe una alta frecuencia de disfunción en el subsistema conyugal presentándose en un 48.99% de ellas. Estos resultados nos llevan a pensar en:

- 1) Otorgar atención necesaria en cuanto apoyo psicológico para la paciente y su pareja, con la finalidad de prevenir alteraciones de la funcionalidad conyugal.
- 2) Integrar a la pareja en el conocimiento, seguimiento y tratamiento de las pacientes.
- 3) Crear grupos de autoayuda a mujeres con un diagnóstico alterado de citología, para poder expresar sus conflictos personales con el diagnóstico, problemas en pareja y soluciones que puedan ser útiles para el grupo. El compartir experiencias con personas que padecen diagnósticos similares puede otorgar un sentido de confort y sensación de que no están solas.
- 4) Capacitar y mejorar el proceso de atención en el médico, personal de enfermería y administrativo, tanto de primer como de segundo nivel, a dar un enfoque biopsicosocial en la atención de las pacientes, ayudando a brindar mejor atención a las derechohabientes.

Este estudio es importante, como fue mencionado en el apartado anterior, por ser el primero en Morelos de su tipo, además de ser una ventana de oportunidad para realizar más trabajos de investigación en el futuro que ayuden a otorgar apoyo psicológico y médico, tanto para las pacientes como para su familiar, a través de grupos de apoyo, trabajo social y capacitaciones, previniendo así alteraciones de la funcionalidad conyugal.

14. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Salcedo M, Piña SP, Vallejo RV, et al. Human Papillomavirus Genotypes among Females in México: a study from the Mexican Institute for Social Security. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15 (23):10061-10066.
- 2) Maxwel PD. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006; 118: 3030-3044.
- 3) Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, et al. Type-Specific HPV Prevalence in Cervical Cancer and High-Grade Lesions in Latin America and the Caribbean: Systematic Review and Meta-Analysis 2001 ; 6(10): e25493.
- 4) Sanabria NJ. Virus del papiloma humano. *Rev Cienc Med Pinar del Río*. 2009; 13(4).
- 5) Murray P, Rosenthal K, Pfaller M. Papilomavirus y poliomavirus . En: *Microbiología Médica*. 7° Ed. Madrid,España: Mosby; 2014. pp. 523-528.
- 6) Ochoa CF. Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de la vacuna. Parte I/III. *Gac Mex Onco* 2014; 13 (5): 308-315.
- 7) Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Online] Lyon, France; 2018 [Consultado el 03 Junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
- 8) Forman D, de Martel C, Lacey C, et al. Global Burden of Human Papillomavirus and Related Diseases. *Vaccine* 2012; 30 (5): F12-F23.
- 9) Benites ZV, Tejada CR, Mezones H. Frecuencia de Infección por virus de papiloma humano no asociados a cáncer y distribución de genotipos en la población general. Lima: INS-UNAGESP 2013 [Consultado el 03 de Junio 2020]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/08_SERIE_NOTA_TECNICA_N_08-2013_Frecuencia_de_infeccion_por_virus_de_papiloma_humano_no_asociados_a_cancer_y_distribucion_de_genotipos_en_poblacion_general.pdf
- 10) Dunne E, Unger E, Sternberg M, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA* 2007; 297 (8): 813-819.
- 11) Senkomago V, Henley J, Thomas CC, et al. Human Papillomavirus-Attributable Cancers-United States, 2012-2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2019; 68 (33) 724-728.

- 12) Flores MM, Torres RL, Aguilar LA, et al. Prevalencia de genotipos de VPH en México y el mundo detectados mediante Linear Array. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015; 2 (53): S122-S130.
- 13) Heredia CA, Palacios LG, Castillo HM, et al. Prevalencia y tipificación de genotipos de virus del papiloma humano en mujeres el área metropolitana del Valle de México. Ginecol Obstet Mex 2017; 85 (12): 809-818.
- 14) Gobierno del Estado de México. Diagnóstico sobre el contagio del virus del Papiloma Humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Estado de México. [Online]Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social 2012. [Consultado el 2 de Junio 2020]. Disponible en: <http://189.240.117.226/biblos-imdf/node/12846>
- 15) GPC: Diagnóstico y tratamiento del Cáncer Cervicouterino. México: Secretaria de Salud, 2010.
- 16) World Health Organization , United States Centers for Diseases Control and Pre , CDC Foundation , George W. Bush Institute. Mejores datos para tomar decisiones. Caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino; 2019.
- 17) Bruni L, Albero G, Serrano G, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (PHV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 17 Junes 2019.[Online] Ico/IARC HPV Information Centre. [Consultado el 25 de Mayo 2020] Disponible en: <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
- 18) Hernández HD, Apresa GT, Patalán PR. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med IMSS 2015; 53(2): S154-S161.
- 19) Varios. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. 2007.
- 20) Garcés RS. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Rev Correo Científico Médico Holguín 2010; 14(1).
- 21) Secretaria de Salud. Manual de Procedimientos y Organización de la Clínica de Colposcopia. 2007.
- 22) Huerta GJ. La Familia con unidad de estudio.En: Medicina Familiar: La familia en el proceso salud enfermedad. Primera Ed. México DF: Alfil; 2005: 60-87.
- 23) Diccionario de Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. 2014.

- 24) UNICEF-UDELAR. Nuevas Formas de Familia: Perspectivas Nacionales e Internacionales. Primera ed. Montevideo; 2003.
- 25) Oliva GE, Villa GV. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* 2014; 10 (1): 11-20.
- 26) Chávez AV, Velazco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Med IMSS* 1994; (31): 39-43.
- 27) Torres VL, Ortega SP, Garrido GA, et al. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Rev Inter Psic Edu* 2008; 10 (2): 31-58.
- 28) Espinal I, Gimeno A, Gonzáles F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda. 2000; 1-14.
- 29) Jeng C, Lin H, Wang L. The effect of HPV infection on a couple's relationship: A quantitative study in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2010; 49 (4): 407-412.
- 30) Gómez CF, Irigoyen CA, Ponce RE. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med FAM* 1999; 1(2): 45-57.
- 31) Sánchez RC. Disfunción eréctil y funcionalidad en el subsistema conyugal en pacientes con hiperplasia prostática benigna que utilizan tamsulosina y finasterida, [tesis] Hermosillo: Universidad Nacional Autónoma de México; 2019.
- 32) Boo VD, Martínez TJ, Montesino BJ. Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. *RESPYN* 2010; 11(2): 1-8.
- 33) Pavón MN, Dickinson BM, Gonzáles SC. El climaterio como factor de riesgo en casos de disfunción conyugal. *Aten Fam* 2014; 21(2): 35-38.
- 34) Arellano GM, Castro VM. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales* 2013; 21(42): 260-278.
- 35) McCaffery K, Waller J, Nazaroo J, et al. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect* 2006; 82: 169-174.
- 36) Parada R, Morales R, Giuliano A, et al. Prevalence, concordance and determinants of human papillomavirus infection among heterosexual partners in a rural region in central Mexico. *Infectious Diseases* 2010; 10(223): 1-10.
- 37) Wayne WD. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. 6ª Ed. México: Limusa; 1991.

- 38)** MAI. Nivel Socio Económico AMAI 2018: Nota Metodológica. Comité de Niveles Socioeconómicos; 2017.
- 39)** Mendoza TI, Claros BD, Peñaranda OC. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. [Online]. Santiago; 2016. [Consultado el 30 de Mayo 2020] Disponible en:
- 40)** Anzalone L, Mattera A. Infecciones de transmisión sexual. En Temas de Bacteriología y Virología Médica. 2º Ed. Universidad de la República: Facultad de Medicina; 2006.
- 41)** Moral J. Orientación Sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. Psicología desde el Caribe 2011; (27): 112-135.

15. ANEXOS

ANEXO N.1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2019		2020		2021		
ACTIVIDADES	FEBRERO- JULIO	AGOSTO- DICIEMBRE	ENERO- JUNIO	JULIO- DICIEMBRE	ENERO- JUNIO	JULIO- SEPTIEMBRE	OCTUBRE
BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA							
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO							
PRESENTACIÓN, AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO POR EL CLIES							
RECOLECCIÓN DE DATOS							
ANÁLISIS Y ESCRITURA DE RESULTADOS							
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES							
ENVIÓ A SINODALES							
DEFENSA DE TESIS							

ANEXO N.2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”, DELEGACIÓN MORELOS.

Investigador Principal: Dra. Rosalba Morales Jaimes, Médico Familiar e Investigadora asociada A del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Matrícula: 11807431 Tel. 777 417 99 53 E-mail mjross_mf@hotmail.com.

Investigadores Asociados: Dr. Alfredo Antúnez Jiménez, Médico No Familiar, adscrito al servicio de displasias. Matrícula: 9403485

Teléfono celular: 7773280914 Correo electrónico: dr.antunez@hotmail.com. Dra. Lyanne Gwendolín Aguilar Hernández. Residente de Medicina Familiar, adscrita al HGR C/MF N.1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos. Matrícula: 99188678 Teléfono celular: 777 493 98 17.

Correo electrónico: wendyllyanne@hotmail.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/UMF #1 “LICENCIADIO IGNACIO GARCÍA TELLEZ”, CUERNAVACA MORELOS

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Cuernavaca, Morelos a del mes de del año

Número de registro:

En trámite

Justificación y objetivo del estudio:

El cáncer cervicouterino (CaCU) es uno de los problemas de salud más importantes en México y en el mundo, siendo una de las principales causas la infección por VPH, la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. La frecuencia de VPH en CaCu es aproximadamente entre 60-65. La enfermedad puede causar repercusiones físicas y psicológicas en las mujeres que la padecen.

La enfermedad es una principal causa de alteración dentro de la dinámica familiar; al ser la pareja el núcleo de la familia, una alteración dentro de este subsistema puede ocasionar repercusiones en el resto. Al identificar a las pacientes con alteraciones en el subsistema conyugal podremos analizar los factores que afectan a este y si existen otros que desencadenen disfunción dentro de la pareja. Este estudio trata de determinar el impacto de las alteraciones en la citología cervical en la relación de pareja, y así, poder establecer que estos diagnósticos deben ser tratados de manera multidisciplinaria fortaleciendo los lazos dentro del núcleo familiar.

El presente estudio tiene como objetivo: Determinar la frecuencia de alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes que acude con un estudio alterado de citología vaginal o lesiones relacionadas al virus de papiloma humano a la clínica de displasias del HGR c/MF N.1, Delegación Morelos.

Procedimientos:

Queremos solicitar su participación en éste estudio. Si usted acepta participar con nosotros, en un área asignada de la sala de espera de la consulta de displasias, se le darán tres instrumentos auto aplicados: 1) Con la finalidad de obtener datos generales y conocer el entorno de la participante se aplicará un cuestionario sociodemográfico; en este mismo apartado se aplicarán preguntas de carácter sexual, las cuales abarcan inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, tipo de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, tiempo

de relación con la pareja; 2) para determinar su nivel socioeconómico se aplicará el cuestionario de la AMAI; 3) Se le aplicará también el instrumento de evaluación de la funcionalidad conyugal de Chávez-Velasco, el cual tiene la finalidad de evaluar la funcionalidad conyugal. Estos cuestionarios serán aplicados en un sitio específico de la consulta externa del módulo de displasias de este hospital (HGR C/MF No. 1), buscando ante todo la comodidad, privacidad y confidencialidad de los participantes.

En caso de aceptar participar en este estudio deseamos expresarle lo siguiente:

- Las respuestas expresadas en este cuestionario son confidenciales, nadie tendrá acceso a ellas.
- Su participación es absolutamente voluntaria.
- Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Posibles riesgos y molestias:

Dada la naturaleza sensible de algunas preguntas, es posible que usted pueda sentirse incomoda. Si éste fuera el caso, usted tendrá la absoluta libertad de comentarlo al investigador y no responder a cualquier pregunta e incluso suspender el cuestionario si así lo decide.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

En el caso de que a alguna participante se le detecte un grado moderado a elevado de disfuncionalidad conyugal, será referida a la consulta de medicina familiar o al servicio de psicología para recibir la ayuda pertinente en este proceso.

Además, su participación en este estudio servirá para generar conocimiento y futuras herramientas para ayudar a mujeres en su misma situación.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se le informará acerca de los resultados en un sobre sellado y en caso de requerir valoración por su médico familiar y/o envío a psicología, se le informará.

Participación o retiro:

Su participación es de forma voluntaria. En caso de querer abandonar el estudio lo podrá hacer en cualquier momento, así como expresar sus dudas de los cuestionarios aplicados. La permanencia o abandono en estas entrevistas, no condiciona de ninguna manera la atención médica o servicios dentro del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

Se mantendrá en todo momento respeto al participante. Sus datos personales y de identificación se mantendrán en secreto. Tras la difusión de los resultados obtenidos (en tesis, carteles, foros de investigación o artículos científicos) se privilegiará la confidencialidad de la información acorde a los lineamientos éticos vigentes. Únicamente el encuestador y el personal que trabaja en el estudio conocerán la información. No se proporcionará esta información a ninguna institución o persona ajena. Su cuestionario será identificado a través de un número de folio y no mediante su nombre.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Siempre que el participante así lo desee y según el resultado en la evaluación de funcionalidad conyugal podrá ser enviada al servicio de psicología.

Beneficios al término del estudio:

Detección de alteraciones en el subsistema conyugal secundario a padecimiento actual además, se así desearlo, seguimiento mediante primer nivel en la consulta de medicina familiar y/o psicología.

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

Investigador responsable: Dra. Rosalba Morales Jaimes. Médico Familiar, Adscrita al Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos, Correo electrónico: mjross_mf@hotmail.com. Cel. 7774179953

Colaboradores: Dra. Lyanne Gwendoin Aguilar Hernández, Residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, Matrícula: 99188678. Correo electrónico: wendylyanne@hotmail.com. Cel. 7774939817

Dr. Alfredo Antúnez Jiménez, Médico No Familiar, adscrito al servicio de displasias. Matrícula: 9403485 Teléfono celular: 7773280914 Correo electrónico: dr.antunez@hotmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17028 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5 del IMSS. Dirección: Blvd. Lázaro Cárdenas s/n, Col. Centro, Municipio de Zacatepec de Hidalgo, Morelos. Tels.: 734 34 724 31, 734 34 78 509, 734 34 72 549. Correo electrónico: comitedeetica.17028hgz5@gmail.com

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO N.3: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LICENCIADIO IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”, DELEGACIÓN MORELOS.

Investigador Principal: Dra. Rosalba Morales Jaimes, Médico Familiar e Investigadora asociada A del IMSS, Cuernavaca Morelos. Matrícula: 11807431 Tel. 777 417 99 53 E-mail mjross_mf@hotmail.com.

Investigadores Asociados: Dr. Alfredo Antúnez Jiménez, Médico No Familiar, adscrito al servicio de displasias. Matrícula: 9403485 Teléfono celular: 7773280914 Correo electrónico: dr.antunez@hotmail.com. Dra. Lyanne Gwendolín Aguilar Hernández. Residente de Medicina Familiar, adscrita al HGR C/MF N.1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos. Matrícula: 99188678 Teléfono celular: 777 493 98 17. Correo electrónico: wendyllyanne@hotmail.com

Los investigadores están efectuando un estudio de investigación para averiguar más información sobre la funcionalidad conyugal en las pacientes que acuden al servicio de displasias, así como más información sobre el virus del papiloma humano (VPH) o las lesiones por las que son enviadas a este servicio. Con su ayuda, la información adquirida con este estudio se usará para servirle mejor a usted y a la comunidad.

Apreciamos su buena voluntad para participar en este proyecto. Toda la información que nos proporcione es estrictamente confidencial, y su nombre no estará asociado con este cuestionario ni se usará jamás en ningún informe.

Lea cada pregunta y marque la respuesta que mejor describa su situación. Recuerde que tiene la opción de negarse a contestar aquellas preguntas que no desee responder.

Si tiene alguna pregunta, no dude en hacérsela al entrevistador del proyecto.

FOLIO: _____ FECHA DE LA ENTREVISTA: ____/____/____

1. Edad: _____

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

- _____ Soltero. Nunca he estado casado.
- _____ Casado.
- _____ Cohabito, vivo con mi pareja.
- _____ Divorciado, separado.
- _____ Viudo.
- _____ Me niego a contestar

3. ¿Cuántos años de escuela terminó?

- _____ Primaria incompleta (1-5 años)
- _____ Primaria completa (6 años)
- _____ Secundaria incompleta (7-8 años)
- _____ Secundaria completa (9 años)
- _____ Preparatoria incompleta (10-11 años)
- _____ Técnica superior o Preparatoria completa (12 años)
- _____ Universidad Incompleta (13-15 años)
- _____ Profesional, Universidad completa (> 16 años)

_____ Postgrado

4. Ocupación (durante los pasados 12 meses)

- _____ Ama de Casa.
- _____ Jubilada.
- _____ funcionaria, directora y jefe.
- _____ Profesionistas y técnicos.
- _____ Trabajadora auxiliar en actividades administrativas.
- _____ Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas.
- _____ Trabajadora en servicios personales y vigilancia.
- _____ Trabajadora en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca.
- _____ Trabajadora artesanal.
- _____ Operadora de maquinaria industrial, choferes y conductoras de transporte.
- _____ Otras Especificar: _____

5. ¿Qué religión practica?

- _____ católica.
- _____ cristiana.
- _____ Testigo de Jehová.
- _____ mormón.
- _____ Otras Especificar: _____

6. ¿Cuál es la lesión por la que usted acude al servicio de displasias?

- _____ ASC-US
- _____ Displasia leve, NIC-1.
- _____ Displasia moderada, NIC-2.
- _____ Displasia severa, NIC-3.
- _____ Carcinoma epidermoide.
- _____ Células glandulares endocervicales atípicas.
- _____ Células glandulares endometriales atípicas.
- _____ Células glandulares atípicas.
- _____ Adenocarcinoma in situ.
- _____ Adenocarcinoma.
- _____ No lo sé.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS QUE LE VAMOS A HACER SON DELICADAS. ES ÚTIL TENER ESTA INFORMACIÓN PORQUE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO QUIZÁ SEA DIFERENTE EN FUNCIÓN DE SUS ANTECEDENTES SEXUALES.

1. ¿A qué edad inicio usted su vida sexual?

_____ años.

ANEXO N.4: CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE CHÁVEZ-VELAZCO

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”, DELEGACIÓN MORELOS.

Investigador Principal: Dra. Rosalba Morales Jaimes, Médico Familiar e Investigadora asociada A del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Matrícula: 11807431 Tel. 777 417 99 53 E-mail mjross_mf@hotmail.com.

Investigadores Asociados: Dr. Alfredo Antúnez Jiménez, Médico No Familiar, adscrito al servicio de displasias. Matrícula: 9403485

Teléfono celular: 7773280914 Correo electrónico: dr.antunez@hotmail.com. Dra. Lyanne Gwendolín Aguilar Hernández. Residente de Medicina Familiar, adscrita al HGR C/MF N.1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos. Matrícula: 99188678 Teléfono celular: 777 493 98 17.

Correo electrónico: wendyllyanne@hotmail.com

PONDERACIÓN	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN			
a) Cuando quiero comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10
II. FUNCIÓN DE ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES			
a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	2.5	5
c) Se Propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	2.5	5
III. FUNCIÓN DE SATISFACCIÓN SEXUAL			
a) Es satisfactoria la frecuencia con que tiene relaciones sexuales.	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
IV. FUNCIÓN DE AFECTO			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	0	2.5	5
d) Percibe que son queridos por su pareja.	0	2.5	5
V. FUNCIÓN DE TOMA DE DECISIONES			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15

ANEXO N.4: CUESTIONARIO PARA LA APLICACIÓN DE LA REGLA AMAI 2018 Y
TABLA DE CLASIFICACIÓN.

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DISPLASIAS DEL HGR C/MF N.1 “LICENCIADIO IGNACIO GARCÍA
TÉLLEZ”, DELEGACIÓN MORELOS.**

Investigador Principal: Dra. Rosalba Morales Jaimes, Médico Familiar e Investigadora asociada A del IMSS, Cuernavaca Morelos. Matrícula: 11807431 Tel. 777 417 99 53 E-mail mjross_mf@hotmail.com.

Investigadores Asociados: Dr. Alfredo Antúnez Jiménez, Médico No Familiar, adscrito al servicio de displasias. Matrícula: 9403485 Teléfono celular: 7773280914 Correo electrónico: dr.antunez@hotmail.com. Dra. Lyanne Gwendolín Aguilar Hernández. Residente de Medicina Familiar, adscrita al HGR C/MF N.1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos. Matrícula: 99188678 Teléfono celular: 777 493 98 17. Correo electrónico: wendyllyanne@hotmail.com

Instrucciones: Lea la pregunta y subraye la pregunta que más se ajusta a ella.

<p>1. Pensando en el jefe o jefa del hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?</p> <p align="center">Sin instrucción (0 puntos)</p> <p align="center">Preescolar (0 puntos)</p> <p align="center">Primaria Incompleta (10 puntos)</p> <p align="center">Primaria Completa (22 puntos)</p> <p align="center">Secundaria Incompleta (23 puntos)</p> <p align="center">Secundaria Completa (31 puntos)</p> <p align="center">Preparatoria Incompleta (35 puntos)</p> <p align="center">Licenciatura Incompleta (59 puntos)</p> <p align="center">Licenciatura Completa (73 puntos)</p> <p align="center">Posgrado (101 puntos)</p>
<p>2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?</p> <p align="center">0 (0 puntos)</p> <p align="center">1 (24 puntos)</p> <p align="center">2 ó más (47 puntos)</p>
<p>3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?</p> <p align="center">0 (0 puntos)</p> <p align="center">1 (18 puntos)</p> <p align="center">2 ó más (37 puntos)</p>
<p>4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿su hogar cuenta con internet?</p> <p align="center">No tiene (0 puntos)</p> <p align="center">Si tiene (31 puntos)</p>
<p>5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?</p> <p align="center">0 (0 puntos)</p>

1 (15 puntos) 2 (31 puntos) 3 (46 puntos) 4 ó más (61 puntos)
6. En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?
0 (0 puntos) 1 (6 puntos) 2 (12 puntos) 3 (17 puntos) 4 ó más (23 puntos)

NIVEL SOCIOECONÓMICO	PUNTOS
A/B	205 o más
C+	166 a 204
C	136 a 165
C-	112 a 135
D+	90 a 111
D	48 a 89
E	0 a 47