



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ.

Número de Registro:

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Juan Manuel Castillo Rodríguez

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2015 – 2018



AUTORIZACIONES



DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.

Jefe de Postgrado Clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES.

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, I.M.S.S.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. MARIA TERESA AYALA JUÁREZ

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S





NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ.

Número de Registro:

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN MANUEL CASTILLO RODRIGUEZ

Residente de la especialidad de Medicina Familiar

UMF N° 47



AUTOR

RESIDENTE

JUAN MANUEL CASTILLO RODRIGUEZ
Médico Residente Especialidad en Medicina Familiar.
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

ASESORES

NOMBRE: DRA. DORA MARIA BECERRA LOPEZ
Médico Familiar
Diplomado I de Docencia
Maestrante en Ciencias de la Educación
Profesora Titular de la Residencia en Medicina Familiar
Adscrita al HGZ/CMF N°1 IMSS, San Luis Potosí.
Asesor Metodológico.

NOMBRE. DRA. MARIA LETICIA LOREDO ZAMARRON
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Adiestramiento en Colposcopia
Adscrita a el HGZ/CMF N°2, IMSS, San Luis Potosí
Asesor Clínico.

NOMBRE: DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Médico con Maestría en Salud Pública
Facultad de Medicina, de la UASLP.

Asesor Estadístico.



NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ.

RESUMEN

Castillo Rodríguez JM¹, Becerra López DM², Loredo Zamarrón ML³, Hernández Rodríguez HG⁴

¹Residente de la Especialidad de Medicina Familiar, ² Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 47, Maestría en Ciencias de la Educación. ³Ginecóloga, adscrita al HGZ/CMF No. 2, ⁴Profesor de la Facultad de Medicina de la UASLP, Maestro en Salud Pública.

Introducción:

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 300 millones de mujeres menores de 25 años portan infecciones genitales por este virus.

La actividad sexual a edades cada vez más tempranas sin una adecuada educación sexual, sin la orientación familiar, sin los servicios de apoyo de orientación y salud, expone a las adolescentes no sólo su salud, sino sus expectativas de vida.

La familia es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macro estructura.

Es la principal y primera fuente de información, aprendizaje y conocimiento para sus integrantes. Este conocimiento es empírico y va dándose de generación en generación.

En los últimos años han aumentado las infecciones de transmisión sexual, siendo el virus del papiloma humano una de las principales. Por lo que surge la duda de si existe relación entre el conocimiento del virus del papiloma humano y la tipología familiar.

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento de virus de papiloma humano y su relación con la tipología familiar en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Material y métodos

Se realizó un estudio Observacional, Descriptivo de tipo Asociación Cruzada, Transversal. Prospectivo; a 30 adolescentes del programa JUVENIMSS de la UMF N° 47, San Luis Potosí, a los cuales se les aplico, previa autorización de los padres o tutor, un instrumento acerca del Nivel de conocimiento del Virus del Papiloma Humano, además de una hoja de recolección de datos para clasificarlos por tipología familiar y el cuestionario del Método de Graffar para conocer el nivel socioeconómico de cada una de las familias de los adolescentes encuestados. Se calculó el tamaño de muestra el cual fue por conveniencia con una muestra total de 30 adolescentes que es el grupo que conforma el programa JUVENIMSS de la UMF N° 47.

Resultados

De los 30 adolescentes a los que se les aplicó el instrumento, se encontró que el 53% eran del sexo femenino, la edad promedio fue de 15 años, el 87% de los adolescentes tuvo un nivel de conocimiento bajo, de acuerdo a su estado civil el 93% eran solteros, el 100% de las mujeres encuestadas obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, el tipo de familia que predominó fue la extensa en un 57%, seguida de 27% familia reconstruida, 10% familia semiextensa, 3% compuesta y 3% nuclear. De acuerdo a su demografía el total de los encuestados pertenece a la zona urbana, por su ocupación el 73% de los adolescentes tienen una familia obrera, 14% familia empleados y 13% familia comerciantes. De acuerdo a su desarrollo el 53% provenían de familias tradicionales y el 47% de familias modernas. Por su nivel socioeconómico, 87% de los adolescentes provienen de una familia con nivel socioeconómico obrero y un 13% de un nivel socioeconómico medio bajo.

En el análisis inferencial relacionando el grado de conocimiento de VPH con la tipología familiar en base a su composición familiar, desarrollo, ocupación y nivel socioeconómico; se muestra que el nivel de conocimiento bajo, guarda relación con las familias extensas ($P=0.01$), de ocupación obrera ($P=0.001$), tradicional ($P=0.04$) y de estrato obrero ($P=0.00004$), teniendo significancia estadística.

Conclusiones

El nivel de conocimiento acerca del virus del papiloma humano se relaciona con la tipología familiar. 87% de los adolescentes encuestados obtuvieron un conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

Las familias extensas, de ocupación obreras, tradicionales y con un nivel socioeconómico obrero se relacionan con un nivel de conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

INDICE

	pag
1. Marco Teórico:	9-36
1.1. Introducción	
1.2. Antecedentes	
1.3. Marco conceptual	
2. Justificación	37
3. Planteamiento del problema	38-39
4. Objetivo:	40
4.1 Objetivo general.	
4.2 Objetivos específicos.	
5. Hipótesis de trabajo	41
6. Material y métodos	41-48
6.1 Tipo de estudio	
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
6.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra	
6.4 Criterios de selección:	
- Inclusión,	
- Exclusión	
- Eliminación	
6.5 Variables a recolectar	
6.6 Método o procedimiento para captar la información	
7. Aspectos éticos	48-49
8. Recursos, financiamiento y factibilidad	49
9. En caso pertinente aspectos de bioseguridad	
10. Resultados	50-64
10.1 Análisis de resultados	
11. Análisis estadístico (Descripción de los resultados)	65-66
11.1 Tablas (cuadros) y gráficas.	
11.2 Análisis estadístico	
12. Discusión	67
13. Conclusiones	68
14. Sugerencias	69
15. Referencias bibliográficas	70-73
16. Anexos.	74-83
16.1 Cronograma	
16.2 Consentimiento informado	
16.3 Instrumentos de recolección de datos, etc.	

1.- Marco Teórico

1.1 Introducción

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 300 millones de mujeres menores de 25 años portan infecciones genitales por este virus. (1)

Los VPH son un grupo diverso de virus que infectan queratinocitos, tanto del epitelio escamo celular como mucoso, en los cuales induce proliferación celular. En la mayoría de los casos causa lesiones proliferativas benignas, tales como las verrugas o, incluso, lesiones planas que, en condiciones normales, desaparecen espontáneamente uno o dos años después de la infección. (2)

Hoy en día, el uso de las vacunas profilácticas contra los genotipos de alto riesgo 16 y 18 se constituye en una estrategia de prevención primaria cuya eficacia ha sido demostrada en diferentes ensayos clínicos. El conocimiento sobre el papel que desempeña el VPH como agente etiológico del cáncer puede mejorar la aceptabilidad de las vacunas cuando la población considere los beneficios obtenidos en la prevención del cáncer cervical, verrugas genitales y papilomatosis respiratoria; estas dos últimas causadas por los genotipos de bajo riesgo 6 y 11. Adicionalmente, se ha demostrado que la prueba molecular de VPH es más sensible que la citología para la detección de lesiones de alto grado, y que es útil para dictaminar el manejo clínico de mujeres con citología ascus o que han sido sometidas a tratamientos de lesiones preneoplásicas y cáncer. Sin embargo, un resultado positivo puede llevar a la estigmatización y sentimientos de depresión y ansiedad en mujeres al enterarse que portan una infección de transmisión sexual. (3)

Diversos estudios alrededor del mundo han evidenciado que el conocimiento sobre VPH es bajo. Encuestas llevadas a cabo en Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá mostraron que solo entre 13 a 24% de los encuestados había escuchado sobre el VPH. El 37% de los encuestados en Estados Unidos, 51%

en el Reino Unido, 10% en Brasil, 34% en Islandia y 68% en Suráfrica mencionaron el VPH como factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. En la Encuesta Nacional de Conocimiento Público sobre VPH, realizada en el 2000 en los Estados Unidos, solo 2% de las personas de 18 años o más mencionaron el VPH cuando se les preguntó cuáles enfermedades de transmisión sexual conocían, y solo 28% había escuchado sobre este virus (3). En el mismo año, una encuesta realizada en Bielefeld, Alemania, mostró que el conocimiento sobre los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino es pobre; solo 3,2% de mujeres entre 25 y 75 años mencionaron el VPH como un factor de riesgo para dicho cáncer, y solo 1,5% había escuchado hablar sobre el virus. (3)

Un buen conocimiento sobre el VPH, tanto en la población general como en los profesionales de la salud, es necesario para la implementación exitosa de las estrategias de prevención primaria y secundaria de las enfermedades asociadas a este virus.

1.2 Antecedentes.

Zenedy Murillo, Yuli Suárez y colaboradores; Colombia 2010, en el artículo titulado “Conocimiento de los estudiantes y docentes de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia, sobre la infección por el virus del papiloma humano”, se estudiaron a 220 estudiantes y 35 docentes en donde se midió el conocimiento a través de un cuestionario permitiendo identificar factores relacionados con el VPH encontrando en este estudio que el 70% de los estudiantes tuvieron conocimiento bajo sobre el VPH, 46% conocían las formas de transmisión y 9% conocían los factores de riesgo y en cuanto a los docentes 34.3% obtuvieron conocimiento bajo; encontrando que hay desconocimiento global tanto en estudiantes como en profesores sobre el VPH. (3)

Álvarez Ricardo, en Toluca, Estado de México 2013, en su estudio de investigación “Evaluación del conocimiento acerca de la infección del virus de papiloma humano, cáncer cervico uterino y colposcopia en mujeres que acuden al Hospital Materno Infantil de ISSEMYM, en el periodo comprendido del 01 noviembre del 2013 al 31 de diciembre del 2013” en donde se estudió a 100 mujeres de 18-64 años de edad realizándose 15 preguntas en 3 módulos para evaluar sus conocimientos, obteniéndose que el 90% mujeres mostraron tener un nivel de conocimiento adecuado acerca de la infección del virus del papiloma humano. (4)

Carstens Carolina, Salamanca, España 2012, en su investigación titulada “Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España”, se realizó una investigación de carácter mixta utilizando técnica cuantitativas y cualitativas incluyendo a mujeres jóvenes chilenas y españolas concluyendo que ambos grupos en diferentes edades y países cuentan con niveles bajos de conocimiento y conductas relacionadas al VPH. (5)

Ortunio Magaly, Guevara Harold y colaboradores; Venezuela 2009, en su estudio titulado “Conocimiento sobre el virus de papiloma humano en estudiantes de enfermería”, estudio por medio de un cuestionario a 137 alumnos en la Universidad de Carabobo resultando que más de la mitad de las mujeres tuvo un conocimiento sobre virus de papiloma humano muy bueno. (6)

Piedad Estrada Arango y cols., en Colombia 2008, asumen que en el funcionamiento de las familias, las nucleares registran los más altos porcentajes en cuanto a cohesión, autoridad democrática, comunicación directa. Además se confirma la percepción acerca de que en los procesos de separación conyugal se distorsionan la cohesión, la comunicación, implicando de manera desfavorable a los niños y jóvenes. (22)

Vargas Navarro, P, Parra Vera, MD, Arévalo Zamora y cols., en Colombia 2009 mencionan en el artículo acerca de las características de la tipología y la estructura familiar encontradas en pacientes con adicciones, además de su necesidad de afecto junto con la premura por una figura maternal, que la tipología familiar no determina por sí misma el abuso de sustancias psicoactivas, sino la influencia de otros factores como la estructura familiar, especialmente las interacciones afectivas deficientes, lo cual debe considerarse en el desarrollo de las estrategias terapéuticas. (32)

1.3 Marco Conceptual

Conocimiento

El conocimiento es el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. (7)

El conocer mismo constituye un momento necesario de la actividad práctica de la sociedad, pues dicha actividad es propia de los hombres y éstos la realizan basándose en el conocimiento de las propiedades y de las funciones de cosas y objetos. (7)

El conocimiento constituye un complejo proceso dialéctico que se efectúa en distintas formas, posee sus estadios y grados, y en él participan distintas fuerzas y aptitudes del hombre. (7).

Los elementos del conocimiento son:

1. Sujeto: El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que pende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. (8)

Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste. (8)

2. Objeto: Es aquello a lo que se dirige la conciencia, a la que se dirige la conciencia ya sea de una manera cognoscitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. (8)

Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados. (8)

3. Medio: Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. (8)

Los medios del conocimiento son:

La Experiencia interna: Consiste en darnos cuenta de lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos. (8)

La Experiencia externa: Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos. (8)

La Razón: Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo. (8)

La Autoridad: Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión. (8)

4. Imagen: Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad. (8)

Los tipos de conocimiento son los siguientes:

1. Cotidiano: El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. Tiene lugar en las experiencias cotidianas. Es y ha sido respuesta a necesidades vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación. (8)

2. Técnico: La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes. (8)

3. Empírico: También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es a metódico y asistemático. (8)

El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable. (8)

4. Científico: Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. (8)

Virus del Papiloma Humano

Es un virus ADN de doble cadena circular con 8000 pares de bases, el cual no cuenta con envoltura si no con una núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, que proviene de la familia Papovaviridae que afecta células escamosas del epitelio del tracto genital bajo (como vagina, vulva, cuello uterino y ano), así como epitelio oral y nasal. (10)

Incidencia y Prevalencia

El V.P.H, es la enfermedad de trasmisión sexual más común del mundo y la más frecuente en los Estados Unidos de América. La incidencia en el mundo aproximadamente es 10% y durante toda la vida el riesgo de exposición a la infección es de un 50 a 80%, esto varía de acuerdo a edad, localización geográfica y la frecuencia de tamizaje, dicho de otra manera; casi el 80% de la población mundial está expuesta a los 50 años de edad. (10)

Actualmente 20 millones de personas están infectadas y se estima que existirán más de 6 millones de nuevos casos al año, se sugiere además que tres de cada cuatro personas que tienen relaciones sexuales se infectarán en algún tiempo de sus vidas. (10)

La infección persistente con VPH de alto riesgo es reconocida como la causa de Cáncer cervical y sus lesiones precursoras (Neoplasia Intraepitelial o lesión

escamosa intraepitelial para Carcinoma de células escamosas y Adenocarcinoma in situ para Adenocarcinoma), siendo el cáncer cervical el segundo más común del mundo. (10)

Epidemiología

Los papilomavirus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. (11)

A nivel evolutivo todos los papilomavirus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los papilomavirus Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha. (11)

El análisis de los genotipos de VPH resulta importante por distintas razones, dentro de éstas se encuentra que los VPH son tejido específicos y en general producen diferentes tipos de lesiones. Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto anogenital tanto en hombres como en mujeres; además, quince de estos tipos virales se asocian en diferente grado al cáncer de cérvix. (11)

El papiloma virus tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos, responsable de más de la mitad de los tumores, mientras que el papiloma virus tipo 18 está involucrado en el 20% de los mismos. Resulta relevante mencionar los resultados de un estudio que involucró cerca de 2,000 mujeres de 9 países con diagnóstico confirmado de carcinoma escamoso de cérvix, así como 2,000 controles, el cual fue realizado con el fin de establecer la clasificación epidemiológica de los diferentes tipos de VPH que colonizan el tracto genital humano. (11)

El panorama general fue que son pocos los tipos de VPH que contribuyen a las infecciones en el tracto ano genital y que generalmente se encuentran tanto en personas asintomáticos como en pacientes con cáncer. En el caso

de los pacientes, los tipos virales más frecuentes fueron: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35; mientras que en el caso de los controles, los más prevalentes fueron los tipos: 16, 18, 45, 31, 6, 58, 35 y 33. (11)

En conclusión, fue propuesto que además de los tipos 16 y 18, los VPH- 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 deben de ser considerados oncogénicos (carcinogénicos) o tipos de “alto-riesgo”; mientras que los tipos 26, 53 y 56 son “probablemente de alto-riesgo”. Los VPH también han sido implicados en el desarrollo de tumores malignos en sitios distintos a la región ano genital, como ano, vagina, vulva y pene e incluso cavidad bucal, pero con una fracción atribuible considerablemente menor a la del cáncer de cérvix, en el cual virtualmente el 100% de los cánceres son causados por VPH. (11)

La presencia de VPH también se ha correlacionado con otros tumores como el carcinoma escamoso de la conjuntiva, vejiga y uretra, pulmón, retina, mama, próstata, ovario y endometrio. Sin embargo, el papel de VPH en estos tumores es muy controvertido y no está descartada la posibilidad de contaminación en los resultados obtenidos por los diferentes estudios. (11)

Por este motivo, resulta necesario obtener evidencia adicional que permita definir la asociación entre VPH y el riesgo subsecuente a estos tumores. (11)

Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPH's oncogénicos. Sin embargo, el cáncer de cérvix invasor en mujeres jóvenes infectadas con virus oncogénicos es raro y la prevalencia de VPH en mujeres de 40 años o mayores no se correlaciona con la alta tasa de cáncer cervical. (11)

Es la persistencia de VPH's oncogénicos lo que da lugar al desarrollo de lesiones precancerosas y potencialmente al cáncer invasor, lo que puede llevar varios años para su desarrollo. El cáncer de cérvix ocurre en dos formas predominantes: carcinoma escamoso y adenocarcinoma. (11)

El tipo histológico más comúnmente encontrado en las mujeres es el carcinoma escamoso (80% de los casos) y está más frecuentemente asociado al VPH 16. El adenocarcinoma es el segundo tipo histológico más común y

aunque el VPH tipo 16 también es el más frecuente, la proporción de los genotipos 18 y 45 aumenta significativamente en este tipo de tumores. (11)

Los estudios de citología, que incluyen a la prueba Pap convencional, se utilizan para detectar lesiones precancerosas, pero no es suficiente para detectar infecciones por VPH. Es claro que, el adenocarcinoma es más difícil de detectar por Pap que el carcinoma escamoso. (11)

Actualmente se han identificado alrededor de 200 genotipos del VPH, de los cuales 30 tipos son causantes especialmente de infecciones ano genital. Los genotipos de VPH son clasificados como de alto riesgo y de bajo riesgo según su potencial de malignidad. (11)

Varios estudios deben ser considerados carcinogénicos o de alto riesgo a los tipos VPH 16-18-31-33-35- 39-45-51-52-56-58-59-67-68-73- 82; probablemente carcinogénicos a los tipos VPH 26-53 y 66. Los tipos de VPH de bajo riesgo encontrados comúnmente fueron VPH 6- 11- 40-42- 43- 44- 54- 55- 57- 61-62-64-69- 70-71- 72- 81- 83-84 y CP6108. (11)

Diagnostico

Frotis de Papanicolaou: Desde 1940 ha sido una útil herramienta para el diagnóstico de cáncer cervical. Su sensibilidad es de un 50% a un 90%.A pesar de la innovación en las técnicas de detección queda una población de mujeres con frotis de Papanicolaou falsos negativos, ya que la identificación de la enfermedad depende de varios factores como la colección de la muestra, la preparación de la misma y la exanimación de las células exfoliadas del cérvix. (10)

Base líquida y citología de capa fina los cuales se introdujeron en la década pasada han mejorado la precisión del diagnóstico. La citología o test de Papanicolaou ha reducido la incidencia y la mortalidad de cáncer cervical invasivo en muchos países sin embargo el cáncer cervical persiste como causa de muerte y enfermedad en muchas mujeres. (10)

VPH co-test: En donde se utiliza al mismo tiempo el test de Papanicolaou y el test de VPH ha resultado ser eficiente. El test VPH ADN se realiza con una

enzima de inmunoensayo PCR (reacción en cadena de polimerasa) utilizando primers GP5+ y GP6+ para detectar 14 tipos de alto riesgo de VPH (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, y 68). (10)

Solo las muestras PCR positivo confirmadas por la hibridación inversa o secuenciación son clasificadas como VPH positivos. (10)

ThinPrep test es un método basado en el fluido de obtención y preparación de muestras citológicas cervicales para la detección. Un metaanálisis revela que ThinPrep parece ser un método superior para evaluar anomalías citológicas de bajo grado y de alto grado, así como una mejor forma de obtener una muestra apropiada para la evaluación. (10)

ThinPrep no redujo la tasa de diagnóstico de células atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Ni ThinPrep ni el Papanicolaou convencional se vieron favorecidos en la evaluación de las lesiones escamosas atípicas. La limitada transferencia de células del dispositivo de recolección al portaobjetos del frotis convencional, así como la interpretación errónea del frotis contribuye a un número significativo de errores de detección. (10)

ThinPrep no sólo mejora la cantidad de células transferidas para la evaluación, también presenta las células en portaobjetos en una forma automatizada de manera que es más fácil para el citotecnólogo interpretar. Linder y Zahniser demostraron que ThinPrep reduce el número de muestras que son satisfactorias pero limitadas por sangre, moco, mala fijación, y procesos inflamatorios. (10)

Prevención

La prevención primaria se ha convertido en una oportunidad realista para prevenir enfermedades malignas y premalignas del cérvix. (10)

Preservativos: Estudios anteriores se ha sugerido que el uso de preservativos masculinos ofrece a las mujeres poca o ninguna protección contra la infección genital de VPH, sin embargo un estudio donde se evaluó a 82 mujeres universitarias entre 18 a 22 años las cuales tuvieron su primer encuentro sexual dos semanas antes o durante el periodo de estudio, lanzo que el uso

de preservativos masculinos efectivamente reduce el riesgo de transmisión de hombre a mujer de la infección genital de VPH cervical y vulvovaginal. (10)

Mujeres que sus parejas usaron 100% el preservativo hubo una reducción hasta de 70% de adquirir la infección comparado con aquellas mujeres cuyos parejas usaron preservativos menos del 5% del tiempo. (10)

Incluso mujeres cuyas parejas usaron preservativos más de la mitad del tiempo tenía 50% de reducción del riesgo, comparado con las parejas que usaron condones menos del 5% del tiempo. (10)

Vacunación profiláctica: está basado en partículas como el virus (VLP por sus siglas en inglés) compuesto de proteínas L1 del VPH. Los VLP son geoméricamente y antigénicamente casi idénticos al virion original estos VLP imitan a la morfología del virus pero no pueden producir infección ya que no contienen el ADN viral. (10)

Una vez introducida intramuscular se van a generar altos niveles de anticuerpos IgG anti VPH L1, el suero neutralizador de los anticuerpos IgG alcanza la superficie anogenital por medio de difusión o microtraumas para dar protección contra los tipos de VPH representados en la vacuna. (10)

Se ha demostrado que estos anticuerpos neutralizadores persisten hasta 5 años después de la vacunación en niveles más altos que aquellos encontrados en infecciones naturales. Dicha protección tiene una respuesta más alta en personas jóvenes alrededor de la pubertad por lo que la prevención se considera óptima a esta edad. (10)

Es importante nombrar que la protección generada es para un tipo en específico pero puede ocurrir reacción cruzada como ocurre en la vacuna bivalente que disminuye la infección persistente con VPH 31/35 y 52; así como la vacuna cuadrivalente reduce la infección con VPH 31/33/35/39/45/51/52/56/58 y 59. (10)

Estas vacunas inducen memoria inmune, se espera una profilaxis de largo tiempo que es dependiente de la persistencia de la memoria inmune de las células B. Existen en el mercado tres vacunas: la monovalente que es VPH

16 L1 VLP, la bivalente que es VPH16/18 L1 VLP y la cuadrivalente que es la VPH 6/11/16/18 L1 VLP, son administradas por vía intramuscular en un periodo de 6 meses (a los 0,1 o 2 meses y a los 6 meses). (10)

Adicionalmente la profilaxis de dichas vacunas pueden ser efectivas contra el VPH 16/18 asociados a cáncer y pre cáncer de cabeza y cuello tanto en hombres como en mujeres. (10)

Indicación de la vacunación: en mujeres pre púberes antes de la primera relación sexual entre los 9 y los 14 años ya que estas pueden infectarse pocos meses después de iniciarse la actividad sexual y las vacunas tienen poca o nula efectividad sobre mujeres ADN positivas para VPH 16/18, en mujeres entre los 15 y los 18 años que no se les logro vacunar anteriormente, mujeres mayores de 18 años que hayan iniciado relaciones sexuales en un estudio se vio que los niveles de anticuerpos inducidos por la vacuna fueron más altos que una infección natural pero más bajos que en mujeres jóvenes por lo que la decisión de la profilaxis es decisión propia; en hombres el beneficio de la vacuna incluye una disminución en infecciones de VPH, lesiones malignas y pre malignas asociadas a VPH 16/18 y verrugas ano genitales asociadas a VPH 6/11 además se vio una reducción de la transmisión a las mujeres. (10)

Tipología Familiar

Según el diccionario de la “Lengua Española” dice que familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. (19)

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura. (19)

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo".

Cuando se habla sobre la conceptualización de tipología familiar a través de la historia, sin duda es algo complejo y que aun los investigadores sociales luchan por conocer más a fondo. La familia o la tipología familiar no es un elemento estático sino que ha sufrido cambios a través del tiempo en consonancia con las transformaciones de la sociedad relacionada con los factores políticos, sociales, económicos y culturales. (21)

Según Friedrich Engels en su tratado "El origen de la familia" nos habla y menciona sobre diversas teorías que se refieren a las primeras tipologías familiares de la humanidad. Menciona a Bachofen que en 1861 se atrevió a publicar el llamado "Derecho Materno" que hablaba sobre promiscuidad sexual, poligamia, colocando a la ginococracia como una organización familiar de origen, esta información se basó en gran medida a datos históricos de los griegos; todo esto causó controversia en el medio social ya que hasta ese entonces se consideraba a la familia como si no hubiera tenido un desarrollo histórico. (21)

En 1865 aparece MacLennan un británico, que refiere que los primeros tipos de familias fueron "matrimonios por grupos" en pueblos salvajes, también menciona a tribus exógamas y endogamas, marcando un proceso en el cual primero aparece la poligamia, sustituida por la poliandria y finalmente la monogamia.

Pero Morgan en 1871 establece según sus investigaciones, que las primeras organizaciones o tipos de familia tuvieron la siguiente evolución: un estadio primitivo (promiscuidad), después aparecen los gens maternos y finalmente

los gens paternos, que desaparecieron para dar parte a las civilizaciones. Menciona también que en cada gens había diferentes tipos de familia, según el periodo de transición social que estuvieran pasando. (21)

Como nos damos cuenta la evolución o las diferentes tipologías familiares que han estado presentes a través de la historia pues han sido influenciadas por creencias religiosas, factores ambientales, y sobretodo sociales. (21)

En el continente americano la cultura Azteca era predominante monogámica y no obstante la ilicitud de la poligamia se toleraba en el caso de la clase dirigente o de las clases sociales altas. La estructura familiar era patriarcal. Y con la conquista de los españoles esto se fue moldeando de cierta forma según intereses de los europeos. (21)

La gran transformación que el concepto de familia ha tenido en los últimos 30 años ha sido que otras formas de entender y vivir la familia son cada vez más aceptadas y reconocidas. Es el caso de las familias de adopción, las reconstituidas o las monoparentales, las cuales han ido gradualmente avanzando en legitimidad social y legal. Asimismo hemos visto la aparición de nuevas estructuras familiares como la homoparental. (21)

En México existen varias clasificaciones de tipología familiar, que buscan abarcar de la mejor forma las diferentes familias que existen en nuestro país, sin embargo a mi parecer aún existen lagunas en lo referente a tipificar familias en algunos grupos sociales, los indígenas por ejemplo, o cuando existen modificaciones en los ciclos vitales familiares y se forman nuevos conjuntos de personas que cumplen las funciones familiares. (18)

Existen algunas tipologías en nuestro medio como las siguientes:

Según la bibliografía publicada por el Dr. José Luis Huerta González es posible tipificar a la familia de acuerdo a:

- Enfoque demográfico: Urbanas y rurales.
- Con base en su desarrollo: modernas o tradicionales.
- Con base en su integración: integrada o desintegrada.
- Características ocupacionales del jefe de familia: familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, empleados, etc. (18)
- Según su conformación:
 1. Familia nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.
 2. Familia seminuclear (monoparental o uniparental): familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial, es decir, de distintos padres), o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja.
 3. Familia consanguínea (asociada, multigeneracional): es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. Se subdivide en:
 - Familia extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.

- Familia semiextensa: consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno los cónyuges.
4. Familia compuesta (ampliada): Puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de afiliación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.).
 5. Familia múltiple: son dos o más familias de cualquier tipo que viven bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.
 6. Familia extensa modificada: se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red. La estructura de esta unidad se basa tanto en los lazos de afecto como en la selección, ya que la misma cultura puede incluir ciertos mecanismos para incorporar a individuos no familiares a dicha red familiar por medio de parentescos ficticios, tales como el compadrazgo.
 7. Equivalentes familiares (sistemas familiares alternos): bajo este término se conoce al grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar propiamente, como lo hacen las parejas estables de homosexuales, grupos de amigos que viven juntos, etc.
 8. Grupo doméstico: es aquel cuyos miembros comparten los siguientes criterios:
 - Criterio de locación: comparten la unidad residencial.
 - Criterio funcional: establecen una relación dinámica.
 - Criterio de parentesco: existen relaciones de consanguinidad, afinidad o lazos de dependencia y obligaciones recíprocas.
 9. Sin familia: son aquellas personas separadas y viudos sin hijos, solteros separados de su núcleo familiar y jóvenes que por

necesidades de estudio o trabajo viven carentes de grupo doméstico, sin que este hecho implique necesariamente un rechazo a la vida familiar.

10. Reconstruida: Está conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una unión previa, con o sin hijos, independiente de los hijos que conciban juntos. (18)

Y aunque no lo incluye como parte de la tipología familiar, también el Dr. Huerta menciona en su bibliografía que el nivel socioeconómico es parte de la clasificación de una familia; y utiliza al método de Graffar, el cual ha sido utilizado en múltiples investigaciones de carácter sociológico en México y por supuesto en la medicina familiar.

Este cuestionario de Graffar tiene cuatro dimensiones, que miden la profesión del jefe de la familia, el nivel de instrucción de la madre, la fuente de ingreso y las condiciones de vivienda. Clasifica a la familia en: marginal (17-20 puntos), obrera (13-16 puntos), medio bajo (10-12 puntos), medio alto (7-9 puntos), alto (4-6 puntos).

En el año 2005 se realizó en México un taller con el propósito de analizar y llegar al consenso de seis aspectos básicos para el estudio de las familias. Definieron a la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. (19)

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Clasificación de las familias con base en el parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.(19)

Con parentesco:	Características:
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más.
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).
Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

- Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. (19)

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

- Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia. (19)

- Clasificación de las familias con base en su nivel económico

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores. Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza–pobreza en el escenario familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

- Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar. (19)

Tipo	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
Familia Grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia.

Según Mendoza Solís define a la familia como un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia

tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada). (19)

El instrumento utilizado en esta investigación “Conocimiento acerca del virus del papiloma humano”, previamente validado y elaborado por Adalco Guillen Karina y De la Cruz Jiménez Karina del Carmen, con un alpha de Cronbach de 0.78, el cual consta de dos segmentos; el primero está constituido por datos personales, de la pregunta uno a la cinco y de la seis a la nueve se le cuestiona si ha recibido algún tipo de información acerca del tema.

El segundo segmento comprende diez ítems, utilizando la escala de likert con tres opciones de respuesta, el cual mide el conocimiento acerca del virus del papiloma humano.

Se manejaron tres niveles de conocimiento:

Nivel alto comprende de 10 a 15 puntos, Nivel Medio de 16 a 20 puntos y nivel bajo de 22 a 30 puntos.

Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. (9)

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. (9)

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). (9)

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. (9)

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: -Coeficiente alfa $>.9$ es excelente - Coeficiente alfa $>.8$ es bueno - Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable - Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable - Coeficiente alfa $>.5$ es pobre - Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable. (9)

Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año. La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

La adolescencia es principalmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como la de autonomía individual.

JUVENIMSS

Dentro del programa JUVENIMSS cuyo principal misión es lograr la participación de los adolescentes en el cuidado de la salud utilizando la comunicación entre pares capacitando a algunos en para que ayuden a otras en la toma de decisiones sobre su salud a través de actividades que se enseñan persona a persona o en pequeños grupos.

El éxito de la educación entre los adolescentes se debe a una buena capacitación y motivación por parte de los educadores, así como la participación fundamental de las autoridades de las unidades médicas, escuelas, y otras instancias públicas.

Tiene como objetivo incrementar las coberturas de los componentes del programa de salud del adolescente al establecer en cada delegación una estrategia educativa, que propicie la modificación de conductas y prácticas de riesgo y fomente el autocuidado de su salud, organizando en cada delegación centros JUVENIMSS en donde se formara a los promotores adolescentes PREVENIMSS para la promoción y educación entre sus pares en unidades de medicina familiar, y módulos escolares.

Teniendo como metas:

Capacitar en cada centro JUVENIMSS al nuevo equipo educador.

Contar con dos módulos escolares de colaboración por cada centro JUVENIMSS, para establecer una sede alterna de formación de promotores adolescentes y realizar acciones conjuntas de promoción y educación para la salud.

Organizar un curso mensual de formación de promotores adolescentes en cada centro JUVENIMSS.

El centro JUVENIMSS está ubicado en la UMF seleccionada y será un lugar exclusivo para el trabajo con los adolescentes de la unidad médica y acondicionado con los recursos disponibles y los que se gestionen ante las diferentes instancias intra y extra institucionales, con la participación de las autoridades locales delegacionales y centrales así como de los propios promotores.

Debe ser un lugar visible para el equipo de salud verifique vigile y coordine las actividades que ahí se desarrollen.

Permita que los adolescentes participen de la decoración del lugar con materiales que ellos mismos elaboren.

Los centros JUVENIMSS deben contar con la señalización correspondiente para que cualquier persona y en especial los adolescentes lo identifiquen y lleguen fácilmente.

Deben contar también con un código de ética ubicado en un lugar visible del centro JUVENIMSS que contengan las reglas para la sana convivencia y disciplina de los participantes.

Integrando un equipo constituido por un médico, una enfermera y una trabajadora social; quienes se aseguran de la continuidad de las actividades en el centro JUVENIMSS.

A los adolescentes derechohabientes que se inscriban se formaran dos grupos educativos, uno de 10 a 14 años y otro de 15 a 19 años para abordar los temas en sesiones separadas. Cada grupo se integra de un mínimo de 10 y un máximo de 30 adolescentes.

Una vez iniciado el curso no se permitirá el ingreso de nuevos integrantes debido a que los temas están relacionados entre sí desde el principio. Se deberá de propiciar que todos los participantes concluyan el curso.

El eje de las actividades de los promotores adolescentes será el de educación para la salud entre sus pares; así como su derivación a los consultorios de medicina preventiva para que reciban la atención preventiva integrada. En forma complementaria se espera que participen en la formación de nuevos promotores.

Las sesiones educativas son los once temas PREVENIMSS mas cinco de desarrollo humano que les proporcionaran herramientas para la comunicación entre pares estos temas son:

1. Haciendo amigos
2. Valores

3. Autoestima
4. Consejería (comunicación)
5. Programas integrados de salud
6. Salud sexual con enfoque de género
7. Salud reproductiva
8. Prevención de enfermedades
9. Prevención de violencia familiar
10. Prevención de adicciones
11. Prevención de accidentes
12. Identificación oportuna de enfermedades
13. Salud bucal
14. Alimentación saludable
15. Actividad física
16. Plan de vida.

2.- Justificación.

El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, y puede producir verrugas genitales, displasias y cáncer cervico uterino que es la segunda causa de muerte en mujeres en México.

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global

En México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total

En México, las enfermedades de transmisión sexual se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15-44 años de edad

Si bien no existen estudios con representatividad nacional sobre la prevalencia por virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, estudios locales con universitarios indican que los jóvenes se encuentran frecuentemente expuestos a este virus.

Considerando que es la adolescencia es el período de mayor transmisión del Virus Papiloma Humano y demás enfermedades de transmisión sexual, por las conductas de riesgo que este grupo etario experimenta y que existe poca y mala información sobre las mismas; una correcta educación es la mejor forma de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de preparación hacia una conducta sexual responsable.

Este trabajo de investigación propone como meta inicial obtener un panorama de que tanto conocimiento tienen los adolescentes del programa JUVENIMSS a cerca del virus del papiloma humano y a su vez saber si existe relación con la tipología familiar de los mismos, y basados en estos resultados poder dirigir las estrategias educativas hacia los puntos que así lo requieran.

En San Luis Potosí no existe un estudio en donde midan los conocimientos de los adolescentes del grupo JUVENIMSS a cerca del virus del papiloma humano por lo que se justifica este proyecto de investigación.

3.- Planteamiento del problema:

En la actualidad millones de personas en el mundo sexualmente activas presentan infecciones de transmisión sexual (ITS). Una de las más comunes es el Virus del Papiloma Humano (VPH); se considera la infección transmisión sexual más común que existe y contradictoriamente unas de las menos conocidas por las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la infección por el VPH es el primer factor de riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. Cada año se diagnostican en el mundo ciento de miles de casos del VPH y anualmente mueren miles de mujeres de cáncer cervicouterino, el cual ocupa la segunda causa de muerte en mujeres en países en vías de desarrollo.

El cáncer cérvicouterino es la segunda causa de muerte entre la población femenina en México. En el año 2009 ocurrieron en México 4107 muertes por esta tipo de cáncer. Por lo que respecta a la infección por virus de papiloma humano (VPH), las frecuencias reportadas en México oscilan entre el 14.4% y el 51.7%. El VPH ha sido detectado en prácticamente todos los casos de cáncer invasor.

Esta enfermedad se clasifica como un problema de salud pública y se han destinado recursos económicos, materiales y científicos para implementar en el país programas de detección oportuna que evite y disminuya la mortalidad entre la población femenina. No obstante la morbilidad y mortalidad por esta causa prevalece.

En la conducta sexual de los adolescentes juega un papel fundamental la necesidad de aprobación, la impulsividad, la búsqueda de identidad sexual, el egocentrismo y omnipotencia, que les hace asumir conductas de riesgo. Esta conducta sexual está influenciada por el estilo y las condiciones de vida de ellos, su familia y su comunidad, determinantes en el inicio temprano del ejercicio pleno de su sexualidad, sin tomar en consideración los riesgos que representan para su salud y las consecuencias que esto conlleva, pues no tienen la suficiente capacidad crítica para evaluar la magnitud del riesgo y sus consecuencias.

La actividad sexual a edades cada vez más tempranas sin una adecuada educación sexual, sin la orientación familiar, sin los servicios de apoyo de orientación y salud, expone a las adolescentes a la posibilidad de un embarazo no deseado, abortos, infecciones de transmisión sexual, un matrimonio no planeado, unión informal, separación temprana, abandono de la escuela, discriminación social y familiar, entre otros, comprometiendo en muchos casos, no sólo su salud, sino sus expectativas de vida.

La familia como primer educador dentro de la sociedad de los individuos juega un papel muy importante para el conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual y en este caso, el virus del papiloma humano, es importante conocer el tipo de familia de los adolescentes y si este se relaciona con el nivel de conocimiento.

En la UMF No. 47, se cuenta con el grupo JUVENIMSS el cual es liderado por trabajo social y es un grupo vulnerable, a quienes se les puede aplicar encuestas diagnosticas para saber el nivel de conocimiento acerca del VPH, y con esto poder realizar estrategias educativas de prevención, y con esto disminuir los costos en salud por enfermedades de transmisión sexual.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el Nivel de Conocimiento del Virus de Papiloma Humano y su relación con la tipología familiar en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí?

4.- Objetivos:

4.1.- Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento del virus de papiloma humano y su relación con la tipología familiar en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

- **4.2.- Objetivos específicos:**

Identificar el nivel de conocimiento del virus del papiloma humano en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Identificar la tipología familiar de acuerdo a su composición, ocupación, demografía, desarrollo, estrato socioeconómico en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Identificar el nivel de conocimiento por edad y sexo.

5.- Hipótesis:

5.1.- Hipótesis de investigación:

Existe relación entre el Nivel de Conocimiento del Virus de Papiloma Humano y la tipología familiar en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí

5.2.- Hipótesis nula o alternativa:

No existe relación entre el Nivel de Conocimiento del Virus de Papiloma Humano y la tipología familiar en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí

6.- Material y métodos:

6.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio:

- Observacional, Descriptivo, de tipo Asociación Cruzada Transversal, prospectivo.

6.2.- Universo de estudio:

Adolescentes del Programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N°47 del IMSS, S.L.P

Unidad de investigación:

- JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 de San Luis Potosí.

Límite de tiempo:

-2 meses

6.3.- Muestra:

Se realizara al total de adolescentes (30) inscritos en el programa JUVENIMSS de la UMF N°47, San Luis Potosí. La forma de selección fue no probabilística por conveniencia.

6.4.- Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí. En el periodo de septiembre 2017 a marzo 2018, que acepte participar previa firma del consentimiento informado del adolescente y de sus padres o tutor.

De 15 a 19 años de edad.

Cualquier sexo.

Criterios de exclusión:

Adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, que no acudan el día de la aplicación del instrumento.

Criterios de eliminación:

Adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, que no responda completamente el instrumento.

Adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, que deseen retirarse del estudio.

Adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, que respondan en el instrumento más de una opción en una pregunta.

6.5.- Variables de estudio:

Definición de variables:

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION	FUENTE
Nivel de conocimiento	Dependiente	Es el nivel de contenidos mentales que se obtienen mediante experiencias	Sera la capacidad de una persona para acertar lo más posible en las preguntas del instrumento Según el número de aciertos obtenidos en el instrumento	1. Alto:10-15 2. Medio: 16-20 3. Bajo: 22-30	Ordinal	Instrumento de medición
Tipología Familiar	Independiente	Basado en el tipo y número de personas que conforman la unidad familiar de acuerdo a su composición familiar, demografía, ocupación, desarrollo y nivel socioeconómico.	En base a su composición Familiar Nuclear: Ambos padres viven bajo el mismo techo. Extensa: Familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de unos de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar. Semiextensa: Familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges. Interrumpida: Familia de un solo padre por motivos de	-Nuclear. -Extensa. -Se miextensa. - Interrumpida -Contraída. - Compuesta. - Reconstruida	Nominal	Hoja de recolección de datos.

		<p>separación o divorcio.</p> <p>Contraída: Familia de un solo padre por motivos de fallecimiento del cónyuge.</p> <p>Reconstruida: Está conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una unión previa, con o sin hijos.</p> <p>Compuesta: Cualquier tipo de familia, pero incluyendo a miembros sin nexos consanguíneos.</p>			
		<p>En base a su Demografía</p> <p>Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.</p> <p>Urbana: se encuentra en una población grande (>15000) y cuenta con todos los servicios públicos.</p>	<p>-Urbana</p> <p>-Rural</p>	Nominal	Hoja de recolección de datos
		<p>En base a su Ocupación:</p> <p>Profesionistas, Empleados, Obreros, Comerciantes, Desempleados.</p>	<p>- Profesionistas.</p> <p>-Empleados.</p> <p>-Obreros.</p>	Nominal	Hoja de recolección de datos

	Comerciantes. - Desempleados		
<p>En base a su Desarrollo Familiar</p> <p>Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.</p> <p>Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.</p> <p>Primitivas: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.</p>	<p>-Moderna</p> <p>-Tradicional</p> <p>-Primitiva</p>	Nominal	Hoja de recolección de datos
<p>En base a su Nivel Socioeconomico Familiar:</p> <p>Según el método de Graffar:</p> <p>Marginal (17-20 puntos), obrera (13-16 puntos), medio bajo (10-</p>	<p>-Alto</p> <p>-Medio alto</p> <p>-Medio bajo</p> <p>-Obrero</p> <p>-Marginal</p>	Nominal	<p>-Hoja de recolección de datos.</p> <p>- Método de Graffar</p>

				12 puntos), medio alto (7-9 puntos), alto (4- 6 puntos).		
Edad	Control	Número de años vividos	La referida por la persona	El numero reportado por la persona y corroborado con la cartilla de citas.	Cuantitati va	Hoja de recolec ción de datos
Genero	Control	Fenotipo del individuo	El referido por la persona	Masculino Femenino	Cualitativ a	Hoja de recolec ción de datos

6.6.- Procedimientos:

Se estructuró la información de forma adecuada para la elaboración de un protocolo de investigación estableciendo los marcos referenciales, la definición de variables, los criterios de selección para identificar a los pacientes adecuados para el estudio y el cronograma de actividades.

Se subió a la plataforma del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) en espera del número de registro.

Una vez obtenido el número de registro se inició el trabajo de investigación, se acudió al aula en donde se estaban llevando las sesiones del programa JUVENIMSS, se les explicó a los padres de los alumnos y alumnos el proyecto, si aceptaban realizarlo se les dio la carta de consentimiento informado, a los padres y alumnos para ser firmada, posteriormente se aplicó de forma confidencial el instrumento llamado “conocimiento acerca del virus del papiloma humano” el cual fue previamente validado, que consta de 10 preguntas además de la encuesta para tipología familiar, a cada uno de los adolescentes del programa JUVENIMSS que cumplieron los criterios de inclusión.

Una vez realizadas las encuestas, se realizó la parte estadística de la investigación para arrojar los resultados sobre el nivel de conocimiento del Virus del Papiloma Humano y su relación con la tipología familiar en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Instrumentos de recolección de información.

Instrumento: Conocimiento acerca del virus del papiloma humano, elaborado por Adalco Guillen Karina y De la Cruz Jiménez Karina del Carmen, con un alpha de Cronbach de 0.78, el cual consta de dos segmentos; el primero está constituido por datos personales, de la pregunta uno a la cinco y de la seis a

la nueve se le cuestiona si ha recibido algún tipo de información acerca del tema.

El segundo segmento comprende diez ítems, con tres opciones de respuesta, el cual mide el conocimiento acerca del virus del papiloma humano.

Se manejaron tres niveles de conocimiento:

Nivel alto comprende de 10 a 15 puntos, Nivel Medio de 16 a 20 puntos y nivel bajo de 22 a 30 puntos.

Formato de recolección de información para determinar la tipología familiar (ver anexos)

6.7.- Plan de Análisis:

Se utilizó la distribución multihipergeometrica la cual es una extensión de la probabilidad exacta de Fisher, que a su vez se basa en la distribución hipergeometrica. (33)

7.- Consideraciones éticas

La Ley General de Salud que en su Título Segundo; contempla los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. En el artículo 13 señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente protocolo se apega a la Declaración de Helsinki, que señala los principios éticos 13, 14, 20 y para la Investigación Médica en Seres Humanos y establece: el diseño del protocolo debe ser sometido a un comité de ética, contener un párrafo que incluya las consideraciones éticas involucradas, los sujetos participantes en proyectos de investigación deberán ser voluntarios informados y se deberán de tomar precauciones para respetar la privacidad del sujeto, la confidencialidad de la información del paciente y para minimizar

el impacto que pueda tener el estudio en la integridad física y mental del sujeto, así como en su personalidad. Una vez concluido el protocolo de investigación se someterá a revisión y en su caso a aprobación por el comité local de ética y de investigación de la unidad médica. **Riesgo: Mínimo**

8.- Recursos, financiamiento y factibilidad:

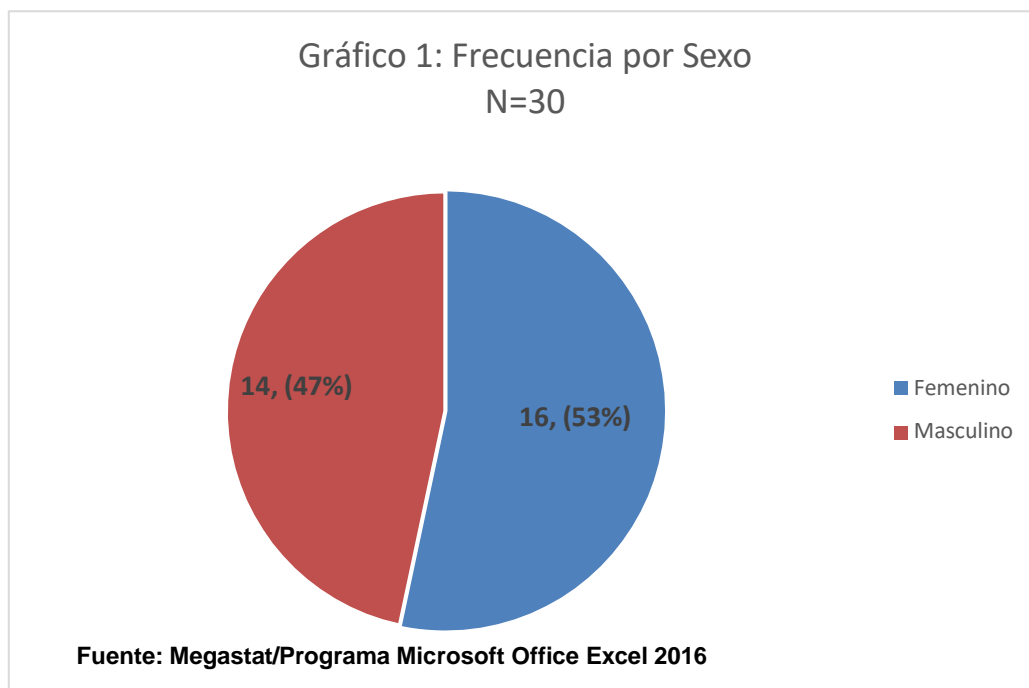
1.- Humanos: Investigador principal (residente en medicina familiar) y asesores estadísticos, metodológicos y clínico, trabajadoras sociales de la UMF No. 47, alumnos del programa JUVEIMSS de la UMF No. 47.

2.- Materiales:

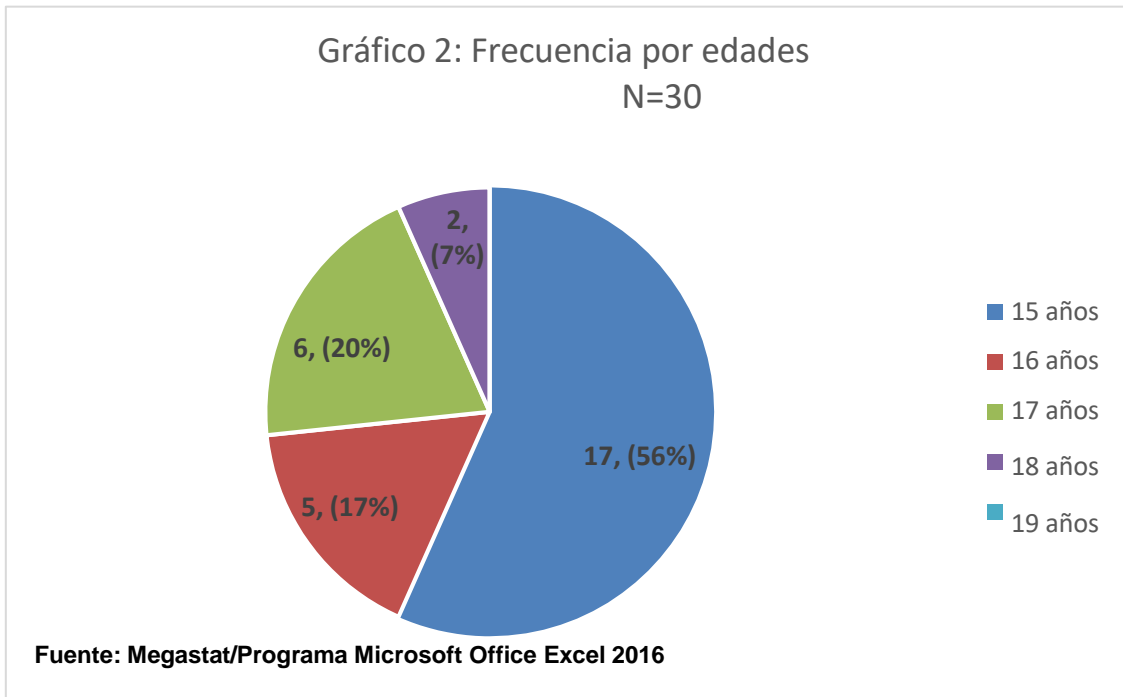
- Computadora (\$8000 pesos)
- Fotocopias (\$100 pesos)
- 1000 hojas blancas tamaño carta (\$100 pesos)
- Bolígrafos de tinta negra (30) (\$250 pesos)
- Carpetas 30 (30 pesos)

10.- Resultados.

10.1 Análisis de Resultados

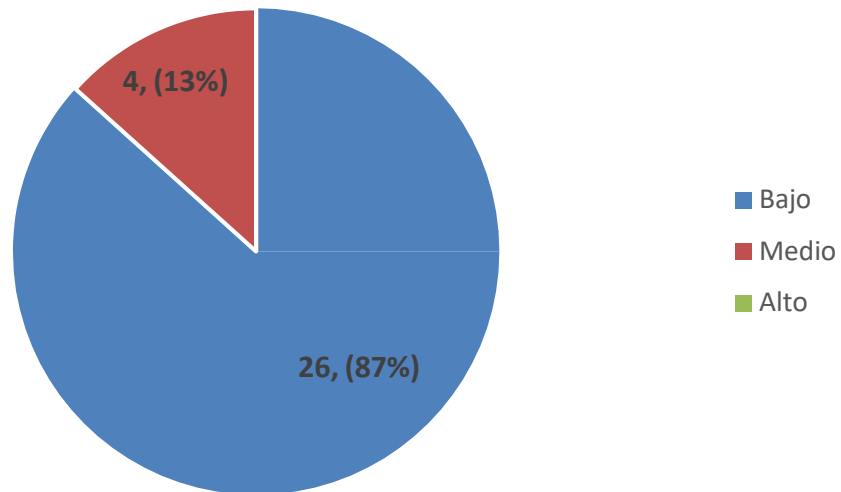


Análisis causal: Encontramos que de 30 pacientes estudiados; 47% fueron hombres y 53% fueron mujeres



Análisis causal: De la muestra de 30 pacientes encontramos que entre los pacientes encuestados el 56% tenía 15 años; seguidos por un 20% tenían 17 años, el 17% tenía 16 años y el 7% 18 años.

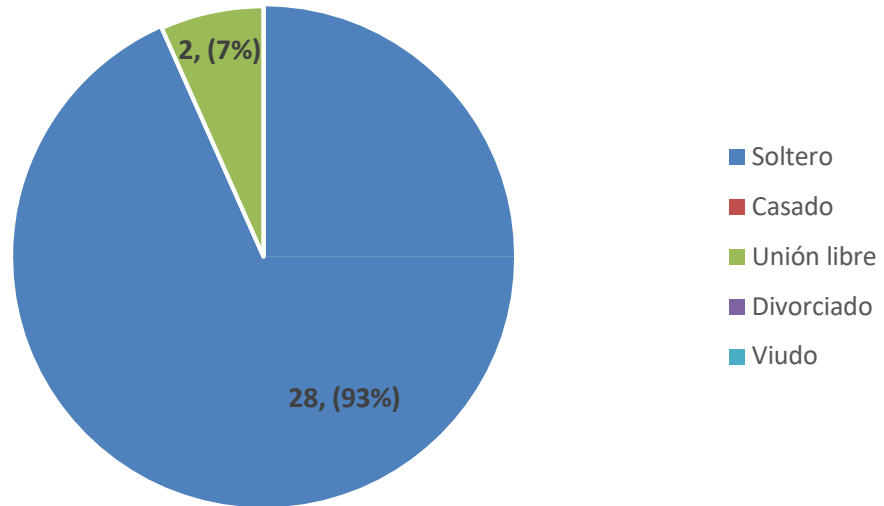
Gráfico 3: Frecuencia por Grado de conocimiento
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

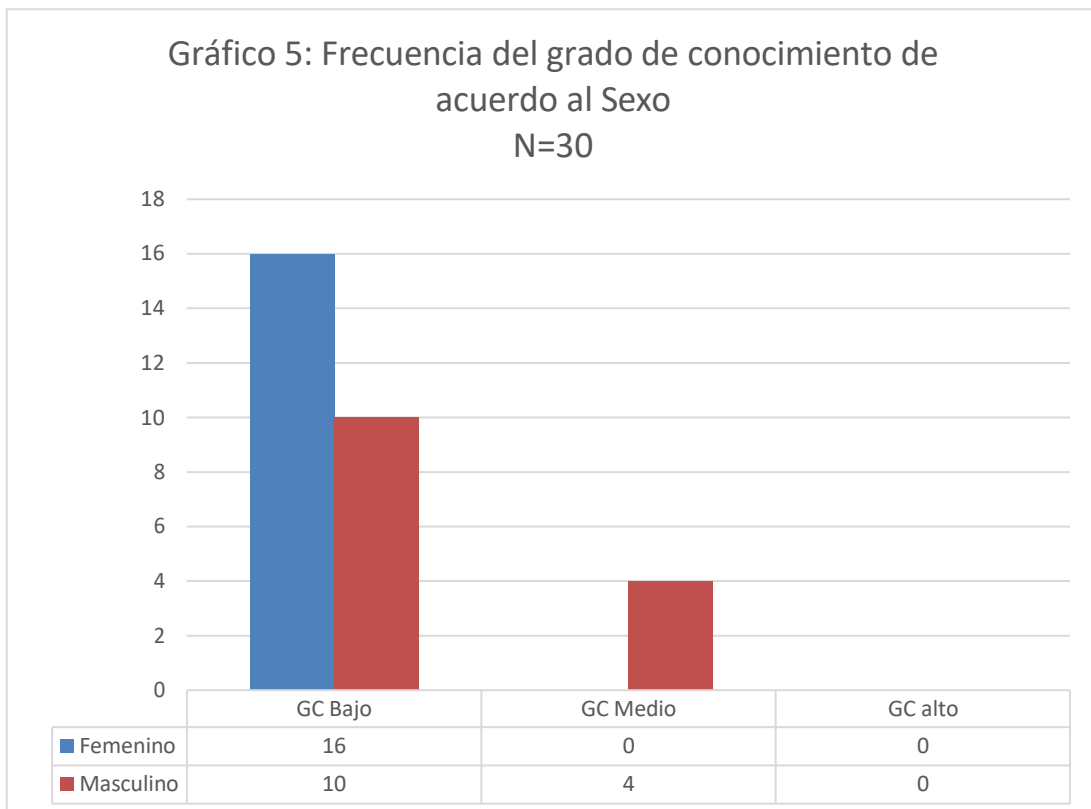
Análisis causal: Tras la aplicación del instrumento “conocimiento acerca del virus del papiloma humano” se encontró que el 87% de los encuestados obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 13% un conocimiento medio, ninguno de los encuestados obtuvo un nivel de conocimiento alto.

Gráfico 4: Frecuencia por estado civil
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: De acuerdo al estado civil el 93% de los encuestados eran solteros y el 7% vive en unión libre.

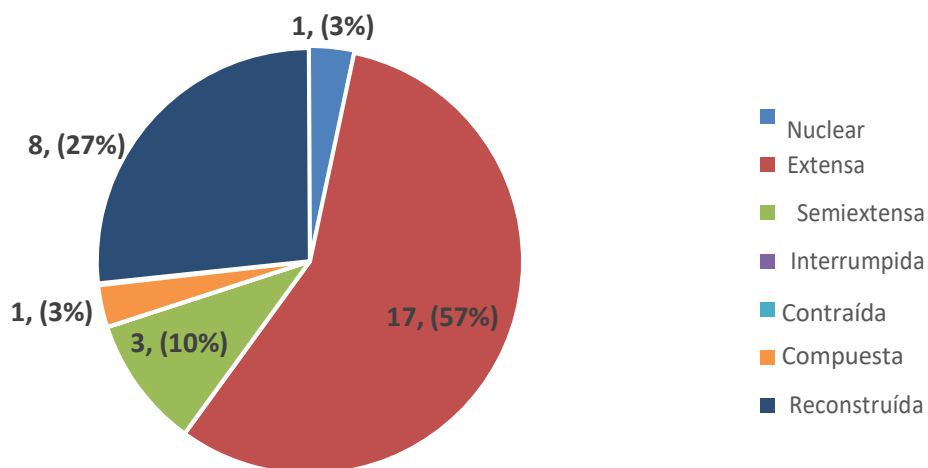


Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: Encontramos que el la totalidad de las mujeres encuestadas obtuvieron un conocimiento bajo sobre el VPH, mientras que de los 14 hombres encuestados 10 obtuvieron un conocimiento bajo y 4 un conocimiento medio.

Gráfico 6: Frecuencia por tipología familiar de acuerdo a su composición familiar

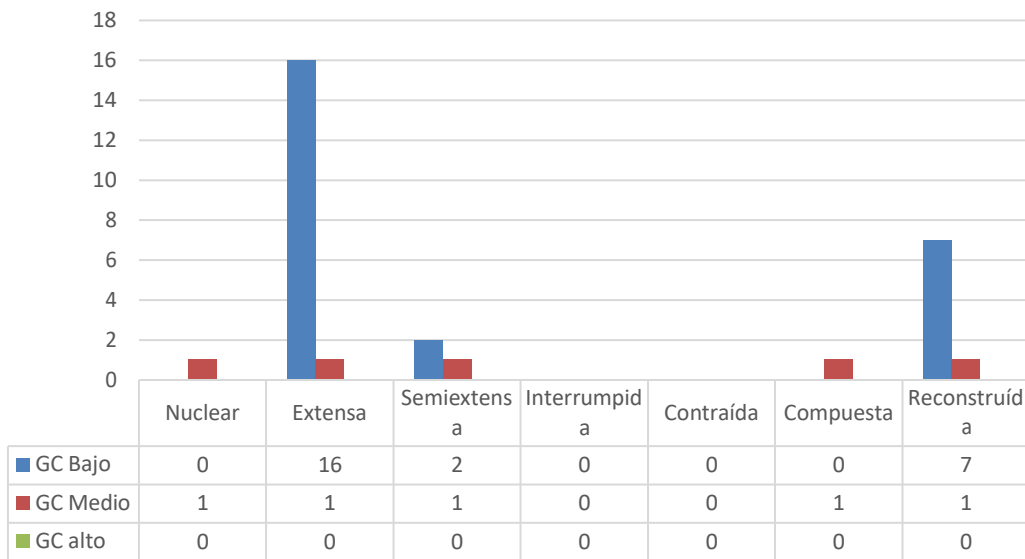
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: En cuanto a tipología familiar de acuerdo a su composición familiar encontramos que el 57% de los adolescentes encuestados tienen una familia extensa, 27% familia reconstruída, 10% familia semiextensa, 3% compuesta y 3% nuclear.

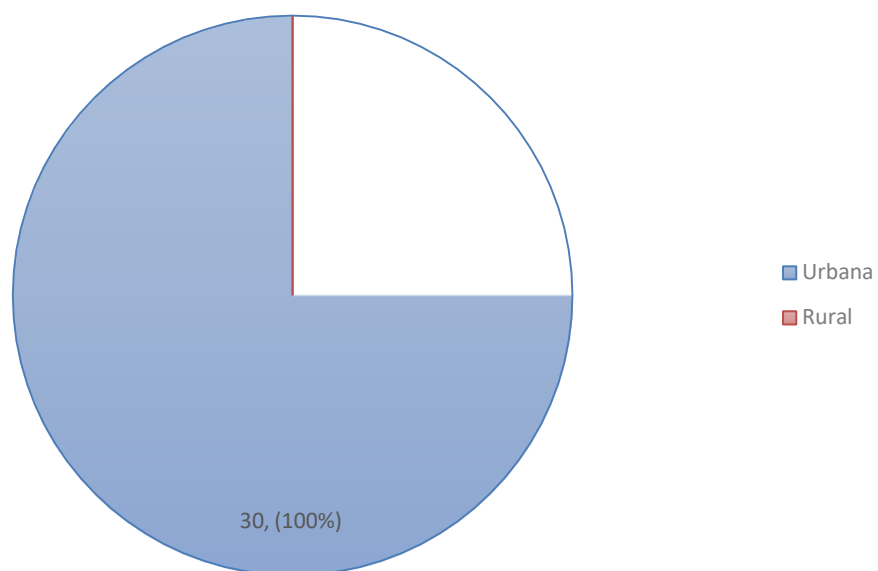
Gráfico 7: Frecuencia por tipología familiar de acuerdo a su composición familiar y grado de conocimiento



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

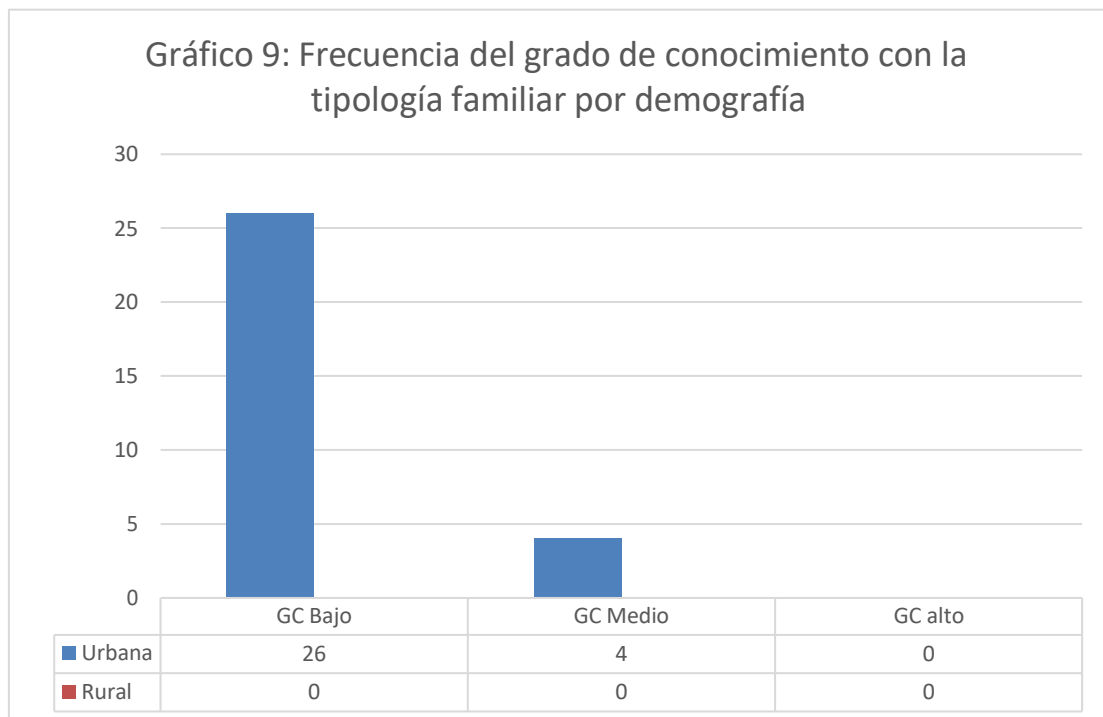
Análisis causal: 16 adolescentes de familias extensas obtuvieron un grado de conocimiento bajo mientras que 1 un nivel de conocimiento medio, en cuanto a familias nucleares se encontró 1 adolescente con nivel de conocimiento medio, semiextensas 2 adolescentes con conocimiento bajo y 1 con conocimiento medio, en familias compuestas 1 adolescente con conocimiento medio, mientras que en adolescentes con familia reconstruídas 7 obtuvieron conocimiento bajo y solo 1 con conocimiento medio.

Gráfico 8: Frecuencia de tipología familiar por demografía
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

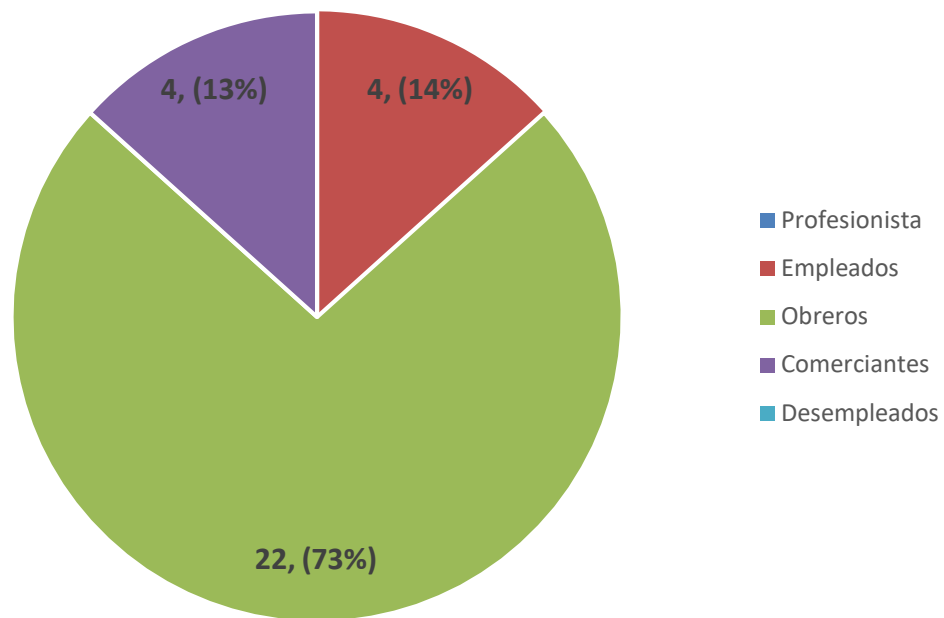
Análisis causal: Se encontró de acuerdo a su demografía que todos los adolescentes encuestados pertenecían a la zona urbana.



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: De los 30 adolescentes que viven en zona urbana 26 obtuvieron un conocimiento bajo y 4 un nivel de conocimiento medio.

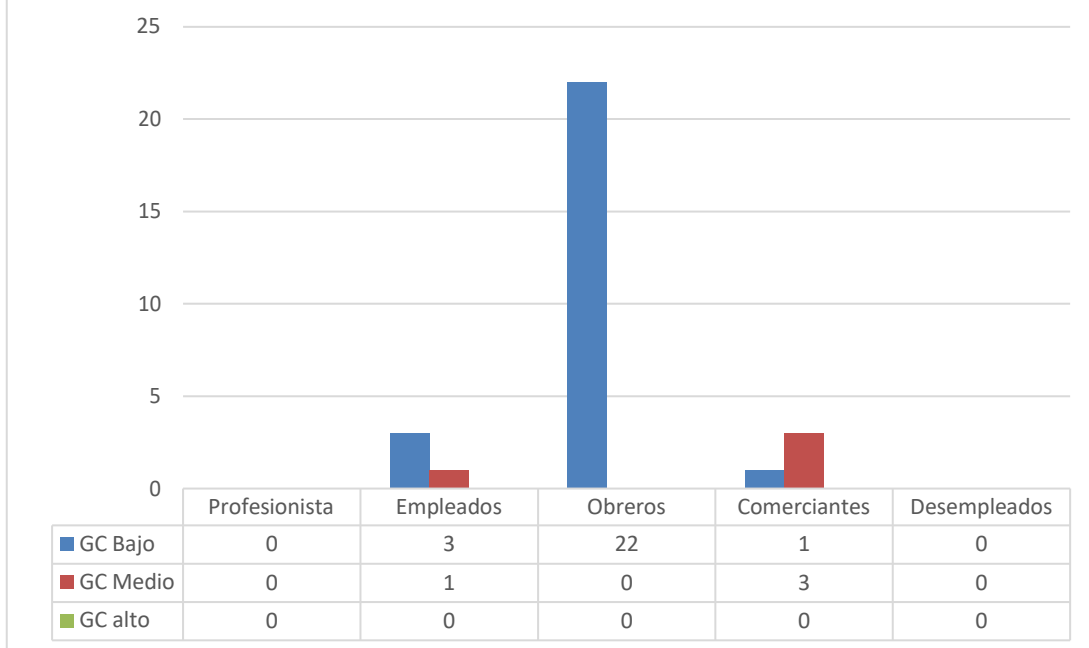
Gráfico 10: Frecuencia de ocupación según su tipología familiar



Fuente: SPSS 21/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: En base a su ocupación encontramos que el 73% de los adolescentes tienen una familia obrera, 14% familia empleados y 13% familia comerciantes.

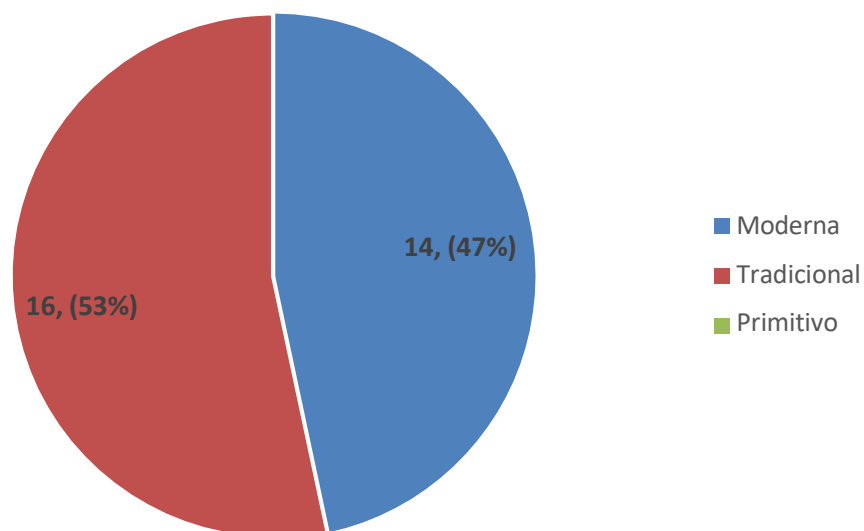
Gráfico 11: Frecuencia del grado de conocimiento según su tipología familiar de acuerdo a su ocupación



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: 22 adolescentes con familias obreras según su ocupación obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, en familias comerciantes 3 obtuvieron un conocimiento medio y uno bajo, y en familias con ocupación empleados 3 obtuvieron un conocimiento bajo y 1 con conocimiento medio sobre el VPH.

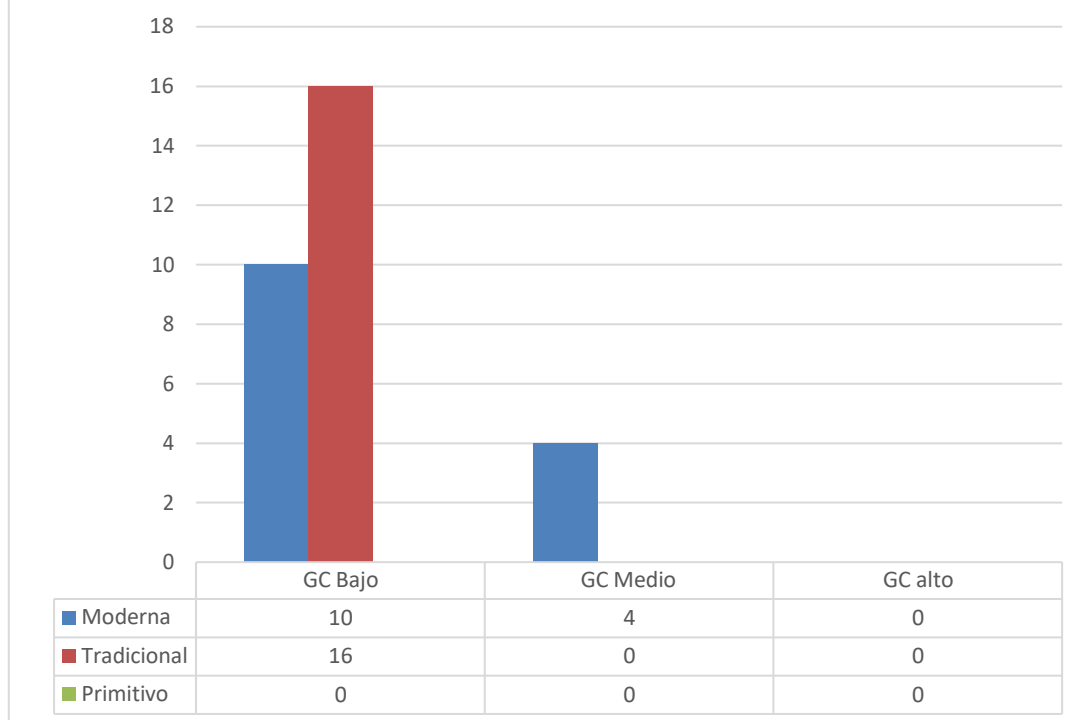
Gráfico 12: Frecuencia por tipología familiar según su desarrollo
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: 53% de los adolescentes tiene familia tradicional y el 47% provienen de familia moderna.

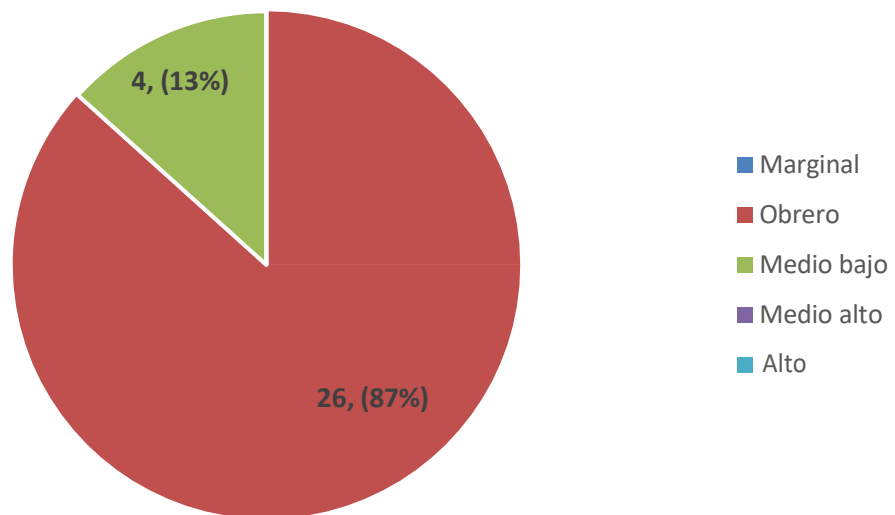
Gráfico 13: Frecuencia del grado de conocimiento según su tipología familiar en desarrollo
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: 16 adolescentes con familia tradicional obtuvieron un conocimiento bajo, en cuanto a familias modernas 10 adolescentes obtuvieron conocimiento bajo y 4 un nivel de conocimiento medio acerca del VPH.

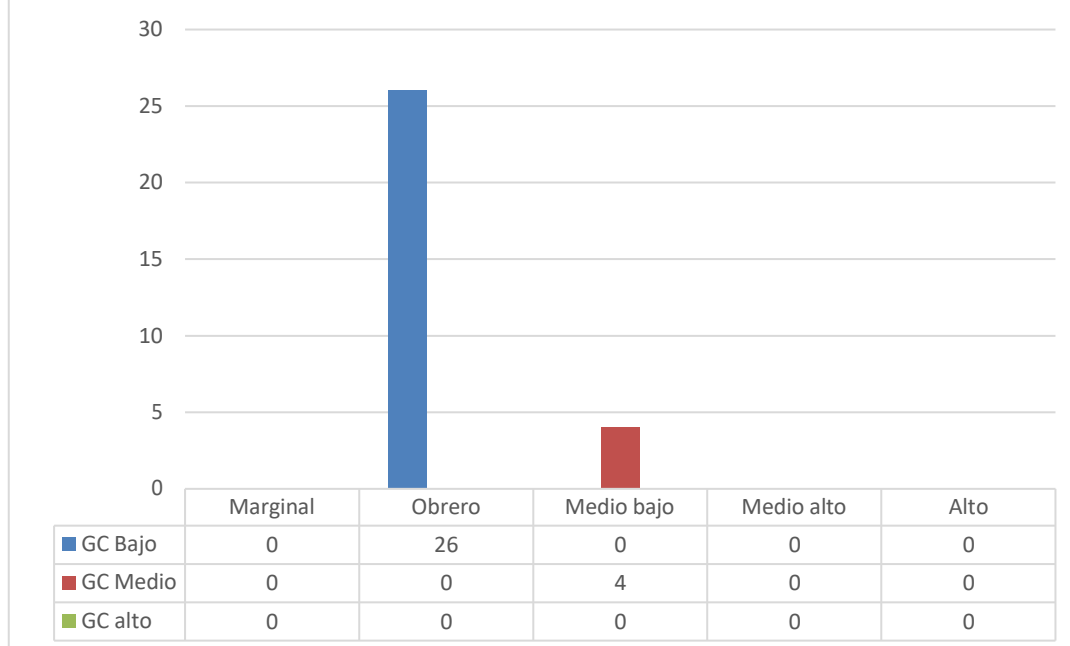
Gráfico 14: Frecuencia del nivel socioeconómico según su tipología familiar
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: El 87% de los adolescentes provienen de una familia con nivel socioeconómico obrero y un 13% de un nivel socioeconómico medio bajo.

Gráfico 15: Frecuencia del grado de conocimiento según su tipología familiar y el nivel socioeconómico
N=30



Fuente: Megastat/Programa Microsoft Office Excel 2016

Análisis causal: 26 adolescentes de familia con nivel socioeconómico obrero obtuvieron un conocimiento bajo y 4 con estrato medio bajo obtuvieron un nivel de conocimiento medio a cerca del VPH.

11.- Análisis estadístico

11.1 Tablas

Tabla. Análisis inferencial de correlación de nivel de conocimiento con tipología familiar en base a su composición familiar.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO VPH					
	BAJO		MEDIO		TOTAL	
Comp. Famil.	N°	% B	N°	% M	N°	%
Nuclear	1	100.0	0	0.0	1	3.33
Extensa	16	94.1	1	5.9	17	56.67
Compuesta	0	0.0	1	100.0	1	3.33
SemiExtensa	2	66.7	1	33.3	3	10.00
Reconstruida	7	87.5	1	12.5	8	26.67
Total	26	86.7	4	13.3	30	100.00

P = 0.01

Análisis estadístico tomado del programa MegaStat

Tabla. Análisis inferencial de correlación de nivel de conocimiento con tipología familiar en base a su ocupación.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO VPH					
	BAJO		MEDIO		TOTAL	
Ocupación	N°	% B	N°	% M	N°	%
Empleado	3	75.0	1	25.0	4	13.33
Obrero	22	100.0	0	0.0	22	73.33
Comerciante	1	25.0	3	75.0	4	13.33
Total	26	86.7	4	13.3	30	100.00

P = 0.001

Análisis estadístico tomado del programa MegaStat

Tabla. Análisis inferencial de correlación de nivel de conocimiento con tipología familiar en base a su desarrollo.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO VPH					
	BAJO		MEDIO		TOTAL	
Desarrollo	N°	% B	N°	% M	N°	%
Moderna	10	71.4	4	28.6	14	46.67
Tradicional	16	100.0	0	0.0	16	53.33
Total	26	86.7	4	13.3	30	100.00

P = 0.04

Análisis estadístico tomado del programa MegaStat

Tabla. Análisis inferencial de correlación de nivel de conocimiento con tipología familiar en base a su nivel socioeconómico.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO VPH					
	BAJO		MEDIO		TOTAL	
Niv. Socioeconómico	N°	% B	N°	% M	N°	%
Obrero	26	100.0	0	0.0	26	86.67
Medio Bajo	0	0.0	4	100.0	4	13.33
Total	26	86.7	4	13.3	30	100.00

P = 0.00004

Análisis estadístico tomado del programa MegaStat

12.- Discusión

Dentro de los resultados del presente estudio, en el cual la muestra fue de 30 adolescentes del programa JUVENIMSS, se encontró que el 87% tenían un nivel de conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano, coincidiendo con el estudio realizado por Zenedy Murillo, Yuli Suárez y colaboradores; Colombia 2010 donde el 70% de los estudiantes tuvieron conocimiento bajo sobre el VPH, 46% conocían las formas de transmisión y 9% conocían los factores de riesgo y en cuanto a los docentes 34.3% obtuvieron conocimiento bajo; encontrando que hay desconocimiento global tanto en estudiantes como en profesores sobre el VPH. (3)

Al igual que el estudio realizado por Carstens Carolina, Salamanca, España 2012 donde concluye que hay un nivel de conocimiento bajo sobre el VPH en mujeres chilenas y españolas, en nuestro estudio coincidimos que el mayor desconocimiento de esta infección de transmisión sexual es por parte del sexo femenino, ya que todas las mujeres encuestadas en este estudio obtuvieron un nivel de conocimiento bajo acerca del VPH.

No podemos comparar nuestro estudio en cuanto si existe relación entre el nivel de conocimiento del virus del papiloma humano con la tipología familiar, ya que no existe un estudio similar al realizado. Los resultados obtenidos del mismo nos muestran que existe una relación del nivel de conocimiento bajo acerca del VPH, con familias extensas, de ocupación obrera, tradicionales y con un nivel socioeconómico obrero.

13.- Conclusiones

Con el siguiente estudio se puede concluir que:

El nivel de conocimiento acerca del virus del papiloma humano se relaciona con la tipología familiar.

El 87% de los adolescentes encuestados obtuvieron un conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

Las familias extensas de acuerdo a su composición familiar se relacionan con un nivel de conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

Las familias obreras según su ocupación se relaciona con un nivel de conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

Las familias que con base a su desarrollo son tradicionales se relacionan con un nivel de conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

Las familias con un nivel socioeconómico obrero se relacionan con un nivel de conocimiento bajo acerca del virus del papiloma humano.

14.- Sugerencias

En base a los resultados del estudio se sugiere:

Realizar una réplica de este estudio en otras unidades de medicina familiar donde se lleve a cabo el programa JUVENIMSS, o extenderlo a una población mayor con el fin de encontrar más tipos de familia y ampliar el panorama diagnóstico del nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre el VPH.

Continuar Capacitando al personal encargado del programa JUVENIMSS sobre los temas relacionados a enfermedades de transmisión sexual, para generar mayor impacto y entendimiento por parte de los adolescentes

Crear nuevas estrategias para difundir la prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial del virus del papiloma humano.

15.- Bibliografía:

1. Prevalence and Determinants of HPV infection among colombian women with normal cytology. Molano M, Posso H, Weider P, Von der Brule A, J Ronderos M, Francesch. 2, 2002, Br J Cancer, Vol. 87.
2. Classification of papillomaviruses. De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard Hu, Zur Hausen. 2004, Virology.
3. Conocimiento de los estudiantes y docentes de la escuela de microbiología de la universidad de Antioquia sobre la infección por VPH. Murillo Z, Suarez Y, Hinestroza L y colaboradores. 28, 2010, Fac Nac Salud Pública , Vol. 2.
4. Ricardo, Álvarez. Evaluación del conocimiento acerca de la infección del virus del papiloma humano, cáncer cervicouterino y colposcopia en mujeres que acuden al hospital materno infantil del ISSEMYM en el periodo comprendido del 1 noviembre del 2013-31 diciembre 2013. 2014.
5. Carolina, Carstens. Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España. 2012.
6. Ortunio Magaly, Guevara Harold. Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería. 2009.
7. Español, Proyecto Filosofía en. Proyecto Filosofía en Español. [En línea] 2001. [Citado el: 12 de 09 de 2015.] <http://www.filosofia.org/enc/ro/conoc.htm>.
8. Orange. Rincon del Vago. [En línea] 1998. [Citado el: 2015 de 09 de 10.] <http://rincondelvago.com/e-conocimiento-1.html>.
9. Valencia, universidad de. <http://www.uv.es/friasnav/>. [En línea] [Citado el: 20 de 09 de 2015.] <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>.
10. Alfaro Castro Alejandro, Fournier Pérez Michelle. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. [En línea] 2013. [Citado el: 20 de 10 de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>.
11. al, Lizano et. Revista INCAN. [En línea] 2009. [Citado el: 05 de 10 de 2015.] <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf>.

12. Knowledge of PAP screeneng human papillomavirus among women attending clinics in Medellin. Hanish R, Gustat J,Hagensee M E, Baena A, Salazar Je,Castro M. 2008, INT J GYNECOL CONCR, Vol. 18.
13. Pat P, Servín E. Nivel de conocimiento sobre VPH en población masculina de la ciudad de Querétaro, Qro. [tesis]: México:Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería.2011.
14. García-Rosique R, Torres-Triana A, Rendón-Quintero M. Cono-cimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en losadolescentes. Rev Méd Electrón. 2011;33:182---8.
15. Castro-Reyes E, Miranda-Machado P, Borre-Arrieta O. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Virus del PapilomaHumano en Adolescentes Escolarizados. Rev Cienc Bioméd.2012;3:275---81.
16. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME,et al. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. RCSP.2013;39:161---74.
17. Campero-Cuenca L, Etienzo EE, Suárez-López L, et al. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidenciasy propuestas. Gac Méd Mex. 2013;149:299---307
18. Huerta González JL. Medicina Familiar, La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad. 1ra. Edición. SLP. Editorial Alfil: 2005.
19. La familia: Concepto, Tipos y Evolución. Enciclopedia Británica en Español. 2009.
20. Archivo Marx-Engels de la Sección en Español del Marxists Internet Archive. (www.marxists.org), 2000- 2012.
21. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7 Supl. 1. 2005. pp 15-19.
22. Estrada Arango P, Torres de Galvis Y, Posada Correa FA, Agudelo Bedoya ME, Montoya Vélez LP, Álvarez Solís MV. Salud mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar. Primera edición. Medellín Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana. 2008.

23. Aldaco, K., y De la cruz, K. Conocimiento acerca del virus del papiloma humano en mujeres de una zona rural. Universidad Veracruzana. México. (2013)
24. Tavera Rivera A. Estudio Piloto del Nivel de Conocimiento en una comunidad estudiantil de la Facultad de Odontología (UNAM), acerca de los factores de riesgo del VPH. Universidad Autónoma de México. México. (2012)
25. Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Publica Mex 2010;52:207-212.
26. Castro I. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Haban Cienc Méd 2010;9(5):705-16
27. Hernández, C., Salinas, A., Cruz, A., y Hernández, C. (2014). Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. Rev. Salud Pública. 2014; 16(5), 697–708.
28. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adolescentes/guiaadolesc_promocionsalud.pdf
29. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. Del Título Segundo, Capítulo I Artículo 13, 14 (fracciones I, II, IV, V, VI, VII,) Artículo 15, 16, 17 (Fracción II), Artículo 20, 21, correspondiente a disposiciones comunes a las bases para la investigación en seres humanos. Disponible en: http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3797_21-05-2014.pdf
30. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas; 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

31. L. Campero Cuenca, et al.: Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013;149: 299-307

32. Vargas Navarro, P, Parra Vera, MD, Arévalo Zamora, C, Cifuentes Gaitán, LK, Valero Carvajal, J, Sierra de Jaramillo, M, Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía, Cundinamarca. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2015; 44(3): 166-176

33. <http://www.aulafacil.com/cursos/l11244/ciencia/estadisticas/estadisticas/distribuciones-discretas-multihipergeometrica>

16.-Anexos

16.1 Cronograma

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Planteamiento del problema	X					
Búsqueda de bibliografía	X					
Elaboración y revisión del protocolo		X	X			
Entrega del protocolo al comité y revisiones			X	X		
Autorización y registro del protocolo					X	
Recolección de información y captura de datos					X	
Análisis de datos e interpretación de resultados					X	
Elaboración de tesis						X

16.2 Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ.
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 47, San Luis Potosí, San Luis Potosí.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La intención de este estudio es medir el nivel de conocimiento del virus de papiloma humano y su relación con el tipo de familia en adolescentes del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N°47, S.L.P
Procedimientos:	Se aplicara un instrumento a los adolescentes del programa JUVENIMSS sobre el conocimiento del Virus del Papiloma Humano, así como un cuestionario para saber la Tipología Familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo mediante entrevista
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir información más clara y amplia sobre la infección del virus de papiloma humano.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados se notificaran al adolescente y se realizarán las estrategias educativas sobre el virus del papiloma humano sus consecuencias, el cómo prevenirlo de acuerdo al nivel de conocimiento de los alumnos.

Participación o retiro:

Puede retirarse del estudio en el momento que desee, no están obligados a participar.

Privacidad y confidencialidad:

La información proporcionada se manejará en forma confidencial y únicamente se darán a conocer los resultados al adolescente y a sus padres en forma personalizada si así lo solicitara el adolescente. Los resultados en forma grupal se darán a conocer sin mencionar nombres o número de afiliación. Manteniéndose en forma anónima y confidencial.

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):

Beneficios al término del estudio:

Crear estrategias para mejorar la información sobre el virus del papiloma humano

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

Investigador Responsable:

Dra. Dora María Becerra López

Colaboradores:

Dr. Juan Manuel Castillo Rodríguez

Nombre y firma del padre o tutor
o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

16.3 Instrumentos de recolección

Nombre: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Sexo (F) (M). Grado escolar _____ Grupo _____ Teléfono _____

Tiene algún servicio médico (SI) (NO). IMSS ___ ISSSTE ___ SEGURO POPULAR ___ Otros _____

Domicilio: calle _____ Num. _____ Colonia _____

1. Su vivienda cuenta con agua _____ Luz _____ Drenaje _____ Pavimento _____

2. Número de personas que viven en el domicilio _____

3. Señale quienes viven en el domicilio:

No.	Nombre	Parentesco con el estudiante	Edad

4. Características de los padres:

PADRE: vive (SI) (NO) Vive en la misma casa (SI) (No)

Nombre _____ Edad _____

Estado civil: a) Casado ___ b) Soltero ___ c) Unión libre ___ d) Viudo ___ e) divorciado ___ f) Otro _____

Educación a) analfabeta ___ b) Sin educación ___ c) Primaria Incompleta ___ d) Primaria completa ___

e) Secundaria Incompleta ___ f) Secundaria completa ___ g) bachillerato Incompleto ___ h) Bachillerato completo ___ i) Licenciatura ___ j) Postgrado ___

Ocupación: a) Obrero especializado (taxistas, chofer de camiones, etc.) b) Obrero no especializado (fábricas, servicio doméstico, etc.) ___ c) Empleado ___ d) Técnico ___ e) Profesionalista ___ f) Desempleado ___ g) Gran comerciante ___ h) mediano comerciante o de la pequeña industria ___ i) Gerente o ejecutivo de grandes empresas ___ j) otro: _____

MADRE: vive (SI) (NO) Vive en la misma casa (SI) (No)

Nombre _____ Edad _____

Estado civil: a) Casado ___ b) Soltero ___ c) Unión libre ___ d) Viudo ___ e) divorciado ___ f) Otro _____

Educación a) analfabeta ___ b) Sin educación ___ c) Primaria Incompleta ___ d) Primaria completa ___

e) Secundaria Incompleta ___ f) Secundaria completa ___ g) bachillerato Incompleto ___ h) Bachillerato completo ___ i) Licenciatura ___ j) Postgrado ___

Ocupación: a) Ama de casa ___ b) Obrera especializado (taxistas, chofer de camiones, etc.) c) Obrera no especializada (fábricas, servicio doméstico, etc.) ___ d) Empleada ___ e) Técnica ___ f) Profesionalista ___ g) Desempleada ___ h) Gran comerciante ___ i) Mediano comerciante o de la pequeña industria ___ j) Gerente o ejecutivo de grandes empresas ___ k) otro: _____

5. Casa en donde habitan es:

a) Propia ___ b) Rentada ___ c) Prestada ___ d) Vive con familiares ___ e) Otra especifique _____

6. Ingreso económico familiar diario:

a) menos de \$ 62.00 ___ b) de \$62 a \$124.00 ___ c) \$125 a \$248.00 ___ d) más de \$249.00 ___

7. Principal fuente de Ingresos:

- a) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (Grandes negocios, juegos de azar, etc.)
- b) Ingresos provenientes de empresa privada, honorarios profesionales (médicos, abogados, deportistas, etc.)
- c) Sueldo quincenal o mensual.
- d) Salario diario o semanal.
- e) Ingresos de origen público o privado (subsídios).

8. Cuantos hijos dependen económicamente de los padres:

a) Ninguno ___ b) 1 ___ c) 2 ___ d) 3 o mas _____

9. Condiciones de la vivienda:

- a) Amplia, lujosa, y con óptimas condiciones sanitarias.
- b) Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- c) Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
- d) Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.
- e) Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

10. Cuantas habitaciones tiene su casa, sin contar sala, comedor, cocina ni baños y cuantas personas duermen en cada recámara

Habitación No.	Quién duerme en esta habitación
1	
2	
3	
4	
5	
6	

11. El alumno ¿está enfermo o padece de alguna enfermedad psiquiátrica? Si su respuesta fue un "sí" favor de especificar cuál es el nombre de la enfermedad.

12. El alumno ¿se encuentra con algún tratamiento antidepresivo? Si su respuesta fue un "sí" favor de escribir el nombre del medicamento.

MÉTODO DE GRAFFAR

PUNTAJE	A) PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA
1				
2				
3				
4				
5				

A) Profesión del jefe de familia

1. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado, tractorista, taxista, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico etc.

B) Nivel de instrucción de la madre

1. Universitario o equivalente
2. Enseñanza técnica o superior y o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior.
4. Educación primaria completa.
5. Educación primaria incompleta o analfabeta.

C) Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo mensual o quincenal
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D) Condiciones de la vivienda

1. Vivienda amplia, lujosa con óptimas condiciones sanitarias
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. Viviendas con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.

Los enunciados anteriores están incluidos en la hoja de recolección. Según el número de enunciado que se elija de respuesta será el puntaje de cada dimensión (profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, condiciones de vivienda).

Y se califica según la suma del puntaje en:

04-06 puntos= Estrato alto

07-09 puntos= Estrato medio alto

10-12 puntos= Estrato medio bajo

13-16 puntos= Obrero

17-20 puntos= Marginal



"2017, Año del Centenario de la ~~Constitución~~
~~Constitución Política~~ de los Estados Unidos Mexicanos"

REF: 250121 252110/CCEIS/ 087/2017

San Luis Potosí S.L.P a 19 de Diciembre de 2017

AL: DR. FRANCISCO JAVIER VENEGA S LEDE SMA
DIRECTOR U.M.F. No. 47

PRESENTE

Por medio de la presente solicito su autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación con el título de: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSI**

El cual realizará la Residente de 3er. Año de Medicina Familiar **JUAN MANUEL CASTILLO RODRIGUEZ** con matrícula **98253492**, quien estará asesorado por el Dra. Dora María Becerra López. Por lo anterior agradecería las facilidades para llevar a cabo la realización de dicho protocolo en la Unidad de Medicina Familiar No. 47

Sin otro particular por el momento, quedo de usted.

Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
U.M.F. No. 47

CVRP/006.

Unidad de Medicina Familiar 47, López Betsanz, esq. Valerín Amador, Col. Ferrocarrilero, 78310 San Luis Potosí S.L.P. Teléfono
Dirección: 8221094

