



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

**“IDENTIFICACION DE LAS REDES DE APOYO EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO
EN UN HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA DEL IMSS”**

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DRA. DORIS CLAUDIA JIMENEZ QUINTANA

ASESOR:

**DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

COASESOR:

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR
DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”. IMSS.**

MÉXICO D.F. NOVIEMBRE 2006

No. de Registro:2005-3607-0055



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“IDENTIFICACION DE LAS REDES DE APOYO EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO
EN UN HOSPITAL DE GINEOBSTETRICIA DEL IMSS”**



**AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. JAVIER VILLALBA MENDOZA

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”.

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL
MANCERA”.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 28 “GABRIEL MANCERA”.

**“IDENTIFICACION DE LAS REDES DE APOYO EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO
EN UN HOSPITAL DE GINEOBSTETRICIA DEL IMSS”**



ASESORES DE TESIS

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
PROFESOR ASOCIADO “C”, T.C. DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR. FACULTAD DE
MEDICINA U.N.A.M.

DR. MIGUEL ANGEL DE LA ROSA RIOS
MÉDICO GINECOOBSTETRA ADSCRITO AL HOSPITAL DE GINECOPEDIATRIA
NO.1 A. IMSS

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL
MANCERA”. IMSS.

“Cacciarli i ciel per non esser men belli, Né lo profundo Inferno li riceve”

Gracias a DIOS por haberme dado la oportunidad vivir, por guiar mis pasos en este mundo y por regalarme la felicidad que siente mi alma.

Gracias a mi PADRE ya que con su esfuerzo y paciencia logro formar una hermosa familia a la que orgullosamente pertenezco, con valores, trabajo y disciplina.

Gracias a mi MADRE, que con su infinito amor y cariño, así como dedicación y trabajo logro formarnos como hombres y mujeres de bien.

Gracias infinitas a mis queridos y adorados HERMANOS, ya que sin su apoyo me hubiera resultado muy escabroso este camino de mi vida, cada uno de ellos en algún momento apporto y sigue aportando algo importante a mi existencia.

Gracias a esos cinco pequeños que han alegrado mi vida con sus risas, con sus ganas de vivir, con su amor, con sus inquietudes y su distinta forma de ser, gracias mis pequeños adolescentes ANGELO, DIEGO, RICARDO, GUSTAVO Y LUIS ANGEL.

Gracias a ti....mi amado EDGAR, a ti que desde el momento que te conocí me hiciste una mejor persona, gracias a tu paciencia y dedicación, por cada uno de los días vividos, por compartir tu vida junto a la mía, gracias por este maravilloso amor. Gracias.

Doris Claudia.

INDICE

RESUMEN.....	6
MARCO TEORICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
JUSTIFICACIÓN.....	18
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO.....	19
HIPÓTESIS.....	20
MATERIAL Y METODOS.....	20
TIPO DE ESTUDIO.....	20
DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO.....	21
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE INCLUSION.....	23
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	23
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	23
DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	24
DISEÑO ESTADISTICO.....	26
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.....	27
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	29
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.....	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS.....	53

“IDENTIFICACION DE LAS REDES DE APOYO Y ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN UN HOSPITAL DE GINEOBSTETRICIA DEL IMSS”

Jiménez Quintana Doris Claudia, Landgrave Ibañez Silvia, De la Rosa Rios Miguel Angel, Torres Salazar A. Bernardo UMF No. 28. IMSS. México D.F.

OBJETIVO: Identificar los tipos de redes de apoyo social.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio Transversal, no comparativo-descriptivo y observacional. Periodo de Enero a Septiembre 2006.

RESULTADOS:

De acuerdo al instrumento aplicado MOS, el cual evalúa el apoyo emocional, social, afectivo y redes de servicios de salud, se encontró una red social suficiente seguida muy de cerca de una red social nula, en las áreas de apoyo emocional, servicios de salud, interacción social positiva y apoyo afectivo se encontró predominio de resultados buenos, como se comenta en las referencias entre menos años más apego al tratamiento y mas redes de apoyo existentes.

Se obtuvo el índice global con un 84% de las pacientes presentan redes de apoyo social buenas, el 15% con escaso apoyo social y el 1% con redes sociales suficientes.

CONCLUSIONES: Las redes con las que cuentan las pacientes portadoras de cáncer cérvico uterino es predominante el apoyo emocional, seguido del apoyo afectivo.

En el índice global es bueno sin ser suficiente, por lo que nos damos cuenta que el apoyo emocional y el afectivo influyen en gran medida para que las pacientes no se sientan desvalidas en su padecimiento.

Por lo que concluimos que este tipo de estudios son fundamentales, no solo para pacientes con enfermedades como el cáncer cérvico uterino, sino también en otras patologías crónicas, ya que nos ayuda a entender su entorno social de los pacientes y de esta forma logramos unir esfuerzos para beneficio de los derechohabientes y de sus familiares, considerados estos esfuerzos dentro de las actividades que puede realizar el Médico especialista en Medicina Familiar, empezando desde la prevención, tratamiento oportuno y en un momento determinado dando seguimiento a la evolución de la enfermedad hasta la conclusión de la misma, preparando a los familiares para el desenlace y en ocasiones al mismo paciente para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Cáncer cérvico uterino, redes de apoyo social.

1. MARCO TEORICO.

El impacto del Cáncer cérvico uterino (CaCu) en el mundo es devastador. En los últimos 10 años el Cáncer cérvico uterino se ha mantenido como la segunda neoplasia en orden de frecuencia; sin embargo, para la población femenina se ha ubicado en el primer lugar. En el grupo de 30 a 44 años es la tercera causa de muerte y una de las primeras 10 en todos los grupos de edad hasta los 64. En los últimos tres lustros la tendencia de la mortalidad por esta causa se ha mantenido estable, con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100 mil derechohabientes usuarios. Las tasas específicas de mortalidad se incrementan a medida que aumenta la edad.

En nuestro país, el Cáncer cérvico uterino continúa siendo un problema de Salud Pública, el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, a pesar de que se trata de una enfermedad vulnerable a través de la Detección Temprana y de Tratamiento Oportuno de sus lesiones precursoras. En la actualidad se considera que el Cáncer cérvico uterino es una de las neoplasias potencialmente curables. ^{1,4}

Por lo que es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia. ^{1,2}

Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logrará mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma ^{3,4}

En los países en que se tienen campañas de detección adecuados con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por Cáncer Cérvico-uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud. ³

El Cáncer cérvico uterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una Infección Viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa preinvasora. Este proceso es asintomático y de evolución muy lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. ^{12,13}

La detección del carcinoma *in situ*, el cual se considera una etapa temprana del carcinoma cervical, ha aumentado en forma importante; este aumento tal vez sea el resultado de la mayor frecuencia con que se realizan estudios citológicos. ⁸

En un estudio de prevalencia del VPH en cáncer del cuello uterino coordinado por la Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (AIIC) se reportó la presencia de ADN del VPH en más del 93% de los tumores a través de pruebas de PCR (reacción en cadena de la polimerasa), capaces de identificar más de 25 tipos de VPH, sugiriendo que menos de 5% de los cánceres del cuello uterino probablemente son verdaderos tumores VPH negativos.³ Por lo que se considera a la infección por este virus como el factor de riesgo más importante. Los tipos de VPH más comúnmente detectados fueron: el 16 (50%), el 18 (12%), el 45 (8%), y el 31 (5%).

Esta enfermedad tiene una historia natural de larga evolución que inicia con los cambios en el epitelio cervical (displasias), las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas, según la gravedad de las alteraciones, que gradualmente van acentuándose hasta que en un término de 15 a 20 años se transforman en carcinoma invasor. ²

Los estudios internacionales han demostrado que la displasia leve puede evolucionar al carcinoma *in situ* en 5 a 7 años, que se requieren de 10 a 13 años para su progresión a cáncer micro invasor y de éste a invasor dos años más. Sin embargo, en el 10% de las pacientes las lesiones pueden progresar de *in situ* a invasor en períodos menores de un año.

El factor de riesgo más común del Cáncer cérvico uterino es la exposición a ciertas variedades del *Papillomavirus Humano* (HPV) (3). El HPV es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomática. Dada esta característica del HPV, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.^{8,9, 14}

Otros factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino son:

- No hacerse la prueba de detección de cáncer cérvico-uterino periódicamente.
- Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana.
- Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.
- Tener una historia familiar de cáncer cérvico uterino.
- Grupo de edad (las mujeres de 30-60 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad.
- Fumar.
- Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).

Los procesos inflamatorios del cérvix juegan un papel importante sobre todo con relación con su etiología que puede ser de origen bacteriano, micótico, parasitario o viral. Entre las bacterias, el estreptococo, el estafilococo y el gonococo son los agentes causales más comunes, de los hongos, la *Cándida albicans* es la causa más común de cervicitis debida particularmente al uso amplio de antibióticos que alteran la flora bacteriana local; la *Tricomonas* es el parásito de mayor prevalencia, de los virus, el herpes simple es el más frecuente.^{3, 7, 8, 9.}

Uno de los mecanismos que explica la patogénesis del Cáncer se relaciona con la integración de los genes E6 y E7 del virus del papiloma al genoma del huésped, y así las proteínas transformadoras modificadas por estos genes se vuelven cancerígenos.

La predisposición genética, el estado inmune, la presencia de enfermedades subyacentes y otros numerosos factores juegan un papel importante en la expresión final de la enfermedad, por lo que se considera que la lesión precursora y el Cáncer Invasor tienen una etiología multifactorial.⁹

Se reconocen dos tipos histológicos: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y el adenocarcinoma. El primero se origina en el epitelio plano estratificado que recubre el ectocérvix y el segundo en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical. Un tercer tipo se origina en la mucosa endometrial y constituye el adenocarcinoma del endometrio. El origen histológico del cáncer cérvico uterino es de tipo epidermoide en el 85 a 90 por ciento de los casos y usualmente aparece en la unión del canal cervical y el ectocérvix. En esta área el epitelio columnar es reemplazado por el epitelio escamoso. La aparición de procesos neoplásicos localizados en el cérvix uterino presenta una evolución de displasia a cáncer in situ.^{17,18}

ESTADIOS O ETÁPAS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cérvico uterino:

Estadio 0 o carcinoma in situ. El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Estadio I. El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

I-a: una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

I-b: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

Estadio II. El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

II-a: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II-b: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Estadio III. El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

Estadio IV. El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IV-a: Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

IV-b: Diseminación a órganos dístales como los pulmones.

Recurrente. Enfermedad recurrente (recidiva) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización. ¹⁸

TABLA. Nomenclatura en citología cervical.

Sistema PAP		Richart	Bethesda
Clase I	Normal		
Clase II	Normal		
	Displasia leve	NIC I	HPV
Clase III	Displasia moderada	NIC II	Bajo grado
	Displasia severa	NIC III	Alto
		y/o	grado
Clase IV	Cáncer <i>in situ</i>	Ca <i>in situ</i>	
Clase V	Cáncer invasor		

Sistema Bethesda

Bajo grado HPV, NIC I + HPV, NIC I sin HPV, Alto grado NIC II, NIC III, Ca in Situ

Tanto las displasias como los cambios epiteliales por VPH pueden ser identificados por medio de la citología cervical y por el método establecido para la detección vírica sistemática es la hibridación de ácidos nucleicos: ensayo de captura de híbridos en microplaca (HC II), reacción en cadena de la polimerasa = PCR, deben ser confirmadas mediante colposcopia y toma de biopsia.

Ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer cérvico uterino, suelen ser necesarias una serie de pruebas para diagnosticarlo:

- Citología con tinción de Papanicolaou: Se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, que se acompañará en algunos casos de dolor.
- Biopsia. Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en la consulta del médico. A veces se necesita extraer una muestra de biopsia en forma de cono, más grande (conización), para lo cual quizás sea necesario ir al hospital.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cérvico uterino. Se emplean tres clases de tratamiento:

- **Cirugía** (extracción del cáncer en una operación)
- **Radioterapia** (radiaciones de alta energía para eliminar las células cancerosas).
- **Quimioterapia** (medicamentos o "venenos" para eliminar las células cancerosas).

El cáncer se puede extraer empleando alguna de las siguientes operaciones:

- La **criocirugía** consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- La **cirugía con rayo láser** consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.
- La **conización** consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.
- La **escisión electroquirúrgica** (LEEP, siglas en inglés) usa una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla.
- Una **histerectomía** es una operación en la cual se extraen todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer.
- **Exenteración** Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos,

puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. La paciente puede necesitar cirugía plástica para formar una vagina artificial (*vaginoplastia*) después de esta operación.^{5,6,7,}

Los tratamientos para cáncer cérvico uterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y selección de tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si está sólo en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general.^{16, 17,18}

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolaou, garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas, constituirá el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.^{15,16}

Existe evidencia convincente que los programas de tamizaje por medio de la citología cervical es una medida efectiva en la reducción de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino. El grado de disminución alcanzado en la mortalidad esta directamente relacionado con la proporción de la población que se somete a tamizaje. De hecho todos los estudios realizados a este respecto en el mundo, muestra que la detección oportuna del Cáncer, no solo disminuye la mortalidad sino que también reduce la incidencia.^{10,}

REDES SOCIALES

Las Redes Sociales en la Atención Médica Familiar propicia el desarrollo de estrategias para obtener beneficios tanto para los usuarios como para los prestadores de los servicio de salud.

Puede considerarse a la red social como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano.

El conocimiento sobre los procesos en red no es nuevo, su análisis teórico es relativamente reciente y ha permitido percibir a la red social como el conjunto de contactos formales e informales a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben ayuda, servicio e información estando en disposición de desarrollar nuevos contactos.

Los procesos en red pueden ser vistos en grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas, que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o una familia.

En el caso de pacientes con neoplasias, se ha observado que la red social se constituye en fuente de recursos o factor mediador contribuyendo al éxito terapéutico.

El soporte social se asocia de manera inversa a la magnitud del riesgo. Así, a mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar el incremento de las consultas oportunas.

El estudio de las redes sociales en el campo de la salud se ha orientado al conocimiento de su influencia o efecto en la atención y uso de los servicios, posibilitando la detección de los mecanismos que las componen, el grado de soporte o apoyo que constituyen y la estabilidad que proporcionan para la disminución de riesgo o el curso de la enfermedad.

Con base en su organización las redes sociales pueden ser *informales* o *formales*.

Redes sociales informales.

Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad, siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y de vecinos.

Aun cuando no se regulan por normas rígidas e inflexibles, es evidente que se fundamentan en el desarrollo de una serie de valores implícitos. Se caracterizan por formas de ayuda o de apoyo, presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas, constituyendo parte de su cultura y valores reproducibles.

Redes sociales formales

Se establecen con base en normas, roles o funciones delimitadas, con un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares.

Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.

Existen varias clasificaciones que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos: redes familiares, redes extrafamiliares, que corresponden al ámbito informal, las redes institucionales que corresponden al ámbito formal y las redes o cadenas socio epidemiológicas que son una red mixta.

Redes familiares

La visión de la familia desde una perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad que sin perder sus

características propias optimizan sus recursos. Estudios recientes evidencian que el primer grupo de apoyo es la familia.

Las redes familiares de acuerdo en el ámbito en que se desarrollan pueden ser intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares.

Las intrafamiliares se caracterizan por división de las tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas.

Las redes interfamiliares surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.

Las redes extrafamiliares surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en el aspecto de lealtad y solidaridad; como es el caso de las amistades, vecinos compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda.

La participación de las redes sociales en el cuidado, directo o indirecto; apoyos de compañía e incluso materiales, obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una mejor atención en la salud.

REDES INSTITUCIONALES

Comprenden un alto grado de formalización e influencia en la calidad de vida, ya que requieren intercambio y comunicación mediando rangos de autoridad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las redes de apoyo con las que cuentan las pacientes que se encuentran en tratamiento del cáncer cérvico uterino?

1.2 JUSTIFICACION

Cada año se registran aproximadamente 400 muertes por CACU en la Ciudad de México. Tiene altos costos económicos y sociales ya que se presenta en etapa productiva de la vida de la mujer, afectando en su desempeño y productividad laboral y familiar, dejando en muchos de los casos aún hijos escolares o adolescentes que aún necesitan de su guía.

Durante la fase de tratamiento el enfermo, generalmente, ha de realizar cambios importantes en sus actividades y en su vida. Quizás, aunque no necesariamente, se vea obligado a interrumpir su actividad profesional o sus responsabilidades domésticas. Siendo de gran importancia el apoyo de su familia y demás conocidos para el adecuado cumplimiento de su tratamiento y el éxito de este.

En el estudio de las redes familiares se busca la participación no sólo con miembros de la familia, sino de todas aquellas personas que las pacientes en terapia consideran significativos en el proceso de recuperación, por escasa o limitada que esa colaboración pudiera parecer.

1.3 OBJETIVO GENERAL

1. Identificar los tipos de redes de apoyo social con que cuentan las pacientes que presentan cáncer cérvico uterino que acuden a consulta en un Hospital de Ginecoobstetricia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Determinar la existencia de redes de apoyo social en pacientes con cáncer cérvico uterino en tratamiento.
- 1.2 Conocer el grado de apoyo emocional y afectivo en la vida de estas pacientes por parte de sus conocidos y familiares.
- 1.3 Identificar las acciones que realizan los médicos de medicina Familiar en pacientes con cáncer cérvico uterino.

1.4 HIPOTESIS

Los estudios observacionales no contrastan hipótesis, pero esta se realiza como un ejercicio didáctico.

Las redes de apoyo en pacientes con cáncer cérvico uterino se van deteriorando con la cronicidad del padecimiento.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

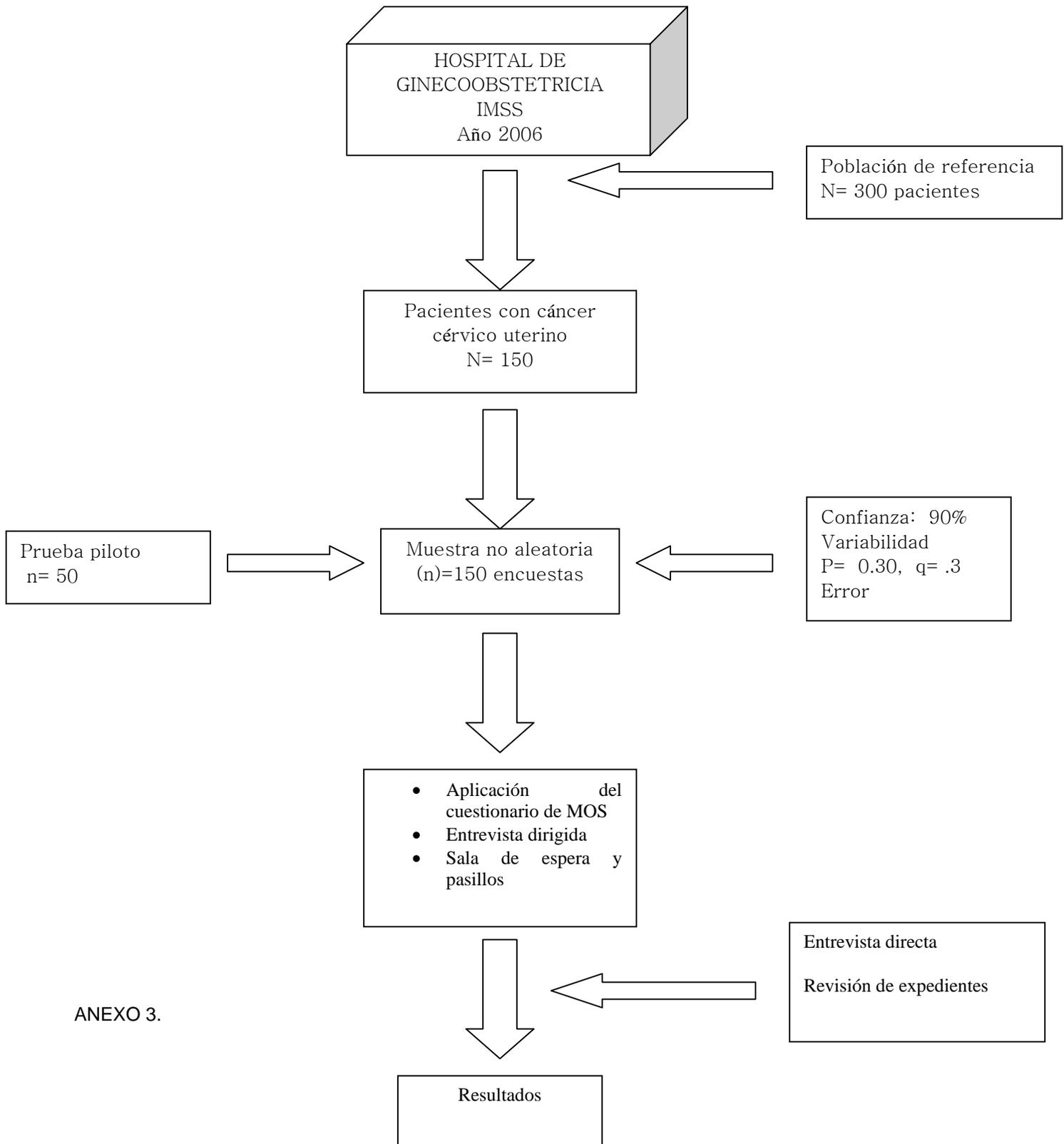
Según el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio se realizará un estudio **transversal**.

Según la intención del contraste estadístico entre las mediciones se realizara un estudio **no comparativo-descriptivo**.

Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados se realizará un estudio **observacional**.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

ESQUEMA METODOLOGICO



ANEXO 3.

2.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Se aplicó un cuestionario avalado que calificó redes de apoyo social, calificó cuatro dimensiones de apoyo: emocional, información, instrumental y afectivo.

En pacientes femeninas derechohabientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino que acuden a la consulta externa de Oncología en un hospital de Ginecología y Obstetricia del IMSS.

El estudio se realizó en el periodo comprendido de Enero-Septiembre del 2006.

2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calcula el tamaño de la muestra en base a una fórmula para un estudio descriptivo con una variable dicotómica.

W = Amplitud total del intervalo de confianza

P = proporción esperada = 0.30

Z_{α} = desviación normal estandarizada para α bilateral

Intervalo de confianza del 90%

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{N = 4Z_{\alpha}^2 P (1-P)}{W^2}$$

$N = 150$ pacientes.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes femeninas de 25 a 60 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino de acuerdo a la clasificación de Bethesda, en cualquier estadio.
- Pacientes que acepten formar parte del estudio y que firmen la carta de consentimiento informado.
- Pacientes que acudan a un Hospital de Ginecoobstetricia del IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no cumplan con el rango de edad.
- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Pacientes con cérvico-vaginitis crónicas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que en el momento del estudio fallezcan.
- Pacientes cambien de Hospital de Ginecoobstetricia que les corresponda.

2.6 VARIABLES

Variable Independiente: Cáncer cérvico uterino.

Variable dependiente: Redes de apoyo social.

2.7. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos	Definición de las variables	Tratamiento estadístico
Número de folio	cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n	Número cardinal consecutivo	*****
Edad	cuantitativa	Continua	Números enteros y fracciones de año	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida , duración de una cosa material	Descriptivo
Escolaridad	cualitativa	Continua	Número total de años de estudio a partir de la primaria	Conjunto de cursos que sigue un estudiante en un establecimiento docente. Tiempo que duran esos cursos.	Descriptivo
Ocupación	cualitativa	Nominal	Textual (agrupación por códigos)	Acción y efecto de emplearse. Trabajo, oficio, empleo.	Descriptivo
Religión	cualitativa	Nominal	Textual	Conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad.	Descriptivo

Años de ser portadora de cáncer cérvico uterino	cuantitativa	Continua	Números consecutivos	Tiempo de padecer la enfermedad	Descriptivo
Terapéutica empleada	cualitativa	Nominal	Textual	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad	Descriptivo
Número de integrantes en la familia	cuantitativa	Discontinua	Valor del número de integrantes	Número ordinal	Descriptivo
Estadio de cáncer cérvico uterino	cualitativa	Nominal	Clase I= Normal Clase II= Normal Clase III= Displasia leve, Displasia moderada, Displasia severa Clase IV= Cáncer <i>in situ</i> Clase V= Cáncer invasor	Tumor maligno en el Cérvix uterino, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte	Descriptivo
Redes de apoyo social	cualitativa	Nominal	1= Con apoyo social 2= Sin apoyo social	Proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano.	Descriptivo Analítico

Anexo 4.

2.8 DISEÑO ESTADISTICO

Se empleará estadística descriptiva, utilizando el programa SPSS versión 12.0 para los análisis de regresión lineal, en caso de distribución no paramétrica se empleará prueba de chi- cuadrada.

2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se diseño una ficha de identificación con los siguientes datos: edad del paciente, escolaridad, ocupación, religión, años de ser portadora de cáncer cérvico uterino, terapéutica empleada, integrantes de la familia y antecedentes ginecoobstetricos.

Se utilizará el cuestionario MOS de calidad de vida. El cual se encuentra en el ANEXO no. 2

2.10 METODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Con objeto de conseguir un elevado porcentaje de participación entre las pacientes, se les dará información sobre el cuestionario a realizarse y los objetivos de la investigación, se pretende recoger información sobre cuáles son sus sentimientos con respecto a su enfermedad y el medio que les rodea.

El cuestionario será auto administrado, de forma anónima, aislado. El aplicador será el responsable.

Los cuestionarios serán aplicados y recogidos el mismo día

Tras la realización del cuestionario auto administrado, separar el material obtenido de redes de apoyo.

Verificación de la buena elaboración de los cuestionarios obtenidos.

Calificación de toda la muestra según los estándares establecidos.

Captura de datos en medios informáticos: ocupando el programa estadístico SPSS para la formación de base de datos.

Análisis de datos obtenidos, obteniendo así resultados a los objetivos planteados

Graficación de los resultados.

Presentación de resultados al comité de investigación.

Se les informará una vez realizado el cuestionario que si así lo desea la paciente puede solicitar sus resultados, los cuales serán de manera personal.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS

Se consideran las siguientes medidas para disminuir la posibilidad de sesgos:

1. Se realiza un cálculo del tamaño de muestra mediante la formula $n=4z\alpha P(1-P)/w^2$ para que el número de pacientes incluidos en el estudio garantice una muestra representativa adecuada de la población a investigar, no aleatoria.

2. Se aplicará un instrumento de evaluación previamente diseñado y validado que cuenta con una escala de medición establecida para evitar que el criterio personal sea influenciado por la subjetividad del investigador, esto se realizara en la consulta de un Hospital de Ginecoobstetricia, de forma personal, con auto aplicación, para evitar que se pongan nerviosos y las respuestas sean alteradas.
3. Se han elaborado criterios de inclusión que delimitan adecuadamente las características de los pacientes requeridos para la presente investigación.
4. Se han descrito criterios de exclusión que permiten descartar los pacientes que presentan características que pueden viciar o falsear la información obtenida o que proporcionen datos no considerados dentro de la presente investigación.
5. Se han realizado criterios de eliminación que permiten predecir los cambios dentro de la población así como realizar los cambios pertinentes en la recolección y análisis de los resultados.
6. El estudio cuenta con la participación voluntaria mediante consentimiento informado para eliminar la coacción tanto interna como externa que provoque falseamientos de la información.
7. No se manejará retribución económica ni de otro tipo ya que esto puede provocar falseamiento de la información recibida
8. Los registros originales se realizarán en papel impreso para evitar modificación o pérdida de la información.
9. El análisis de la información será elaborado mediante programas computarizados previamente diseñados para disminuir al máximo el error humano.

Estas medidas cuentan con la ejecución y asesoría de personal calificado para su correcto manejo, análisis e interpretación.

2.14

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes											
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Etapa de planeación del proyecto	X											
Marco teórico	X	X	X	X								
Material y métodos			X	X	X							
Instrumento de medición.						X	X					
Correcciones finales.						X	X	X	X			
Registro y autorización del proyecto									X			
Prueba Piloto									X			
Etapa de ejecución del proyecto										X		
Recolección de datos										X	X	X

Anexo 5.

2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Los recursos necesarios para la realización de este protocolo de investigación son dentro de los recursos humanos los encuestadores, los encargados de la programación y captura de datos, recursos materiales una computadora, una impresora, 1 millar de hojas, horas de Internet, fotocopias 500 hojas, 100 lápices, 30 bolígrafos, 1 paquete de artículos varios de oficina, impresión y empastado 10 piezas.

PRESUPUESTO DEL PROTOCOLO.

A continuación se enlistan los recursos necesarios para la realización de este protocolo de investigación.

CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	UNIDAD	SUBTOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Encuestadores		1 persona	
Programación y captura		1 persona	
RECURSOS MATERIALES			
Computadora		1 pieza	
Impresora		1 pieza	
Hojas		1 millar de hojas	
Internet		50 horas	
Lápiz		100 piezas	
Bolígrafos		30 piezas	
Artículos varios de oficina		1 paquete	
Fotocopias		200 copias	
Transporte			
Impresión y empastado		10 piezas	

2.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

I. PRINCIPIOS BASICOS

El presente estudio se apega a los artículos en materia de investigación de la Ley General de Salud y Estatutos del Instituto Mexicano del Seguro Social así como de la declaración de Helsinsky en los apartados 2, 3, 6, 8, 10 y 12 que mencionan:

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.

3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.

6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa

relación oficial.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

Teniendo en consideración los principios citados la presente investigación se ajusta a las consideraciones establecidas por el Comité de Ética del IMSS así como de la ley vigente proporcionando información veraz de los resultados obtenidos sin lesionar la integridad de los participantes y obteniendo previamente y por escrito el consentimiento informado individual.

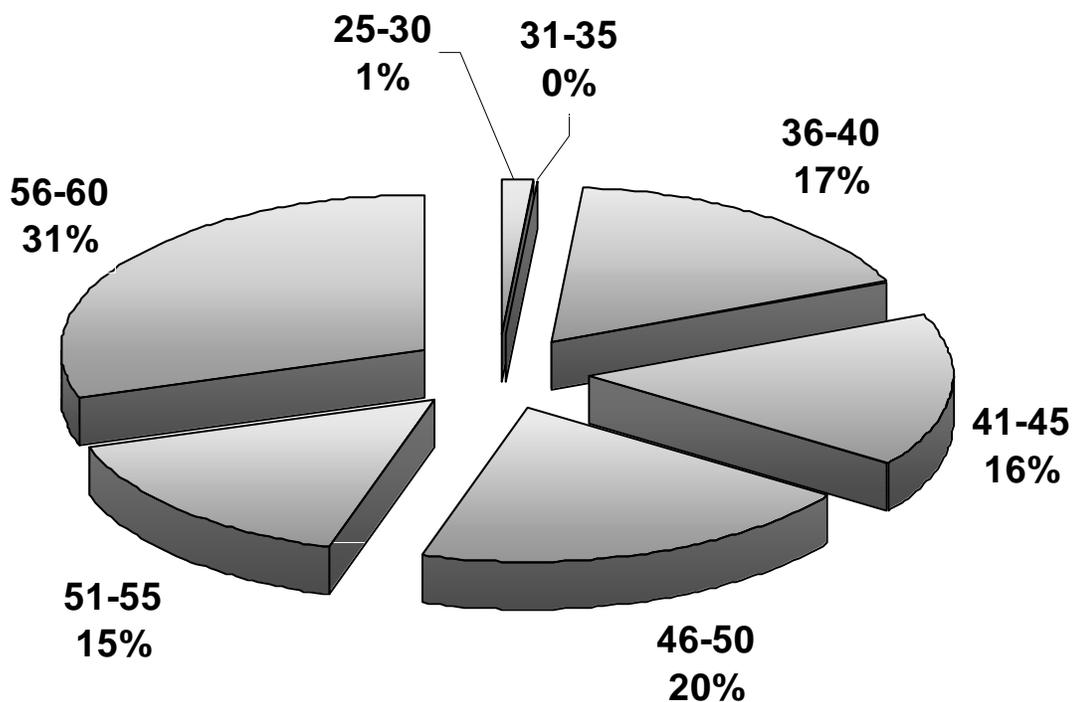
3. RESULTADOS

Se aplico a 150 pacientes femeninas portadoras de Cáncer cérvico uterino el cuestionario MOS, para evaluar las redes de apoyo con que contaban. Para el análisis de los resultados se sumaron los ítemes del cuestionario por separado para evaluar las cuatro esferas de la red social de apoyo con la que cuentan, así como una correlación de los factores de riesgo.

Obteniéndose como resultados un 31% en pacientes con un rango de edad de 56 a 60 años, seguida del 20% en edades de 46 a 50 años, siendo el mas bajo porcentaje del 0% en edades de 25 a 30 años con solo un 2 de frecuencia, ver el gráfico 1.

Grafico 1

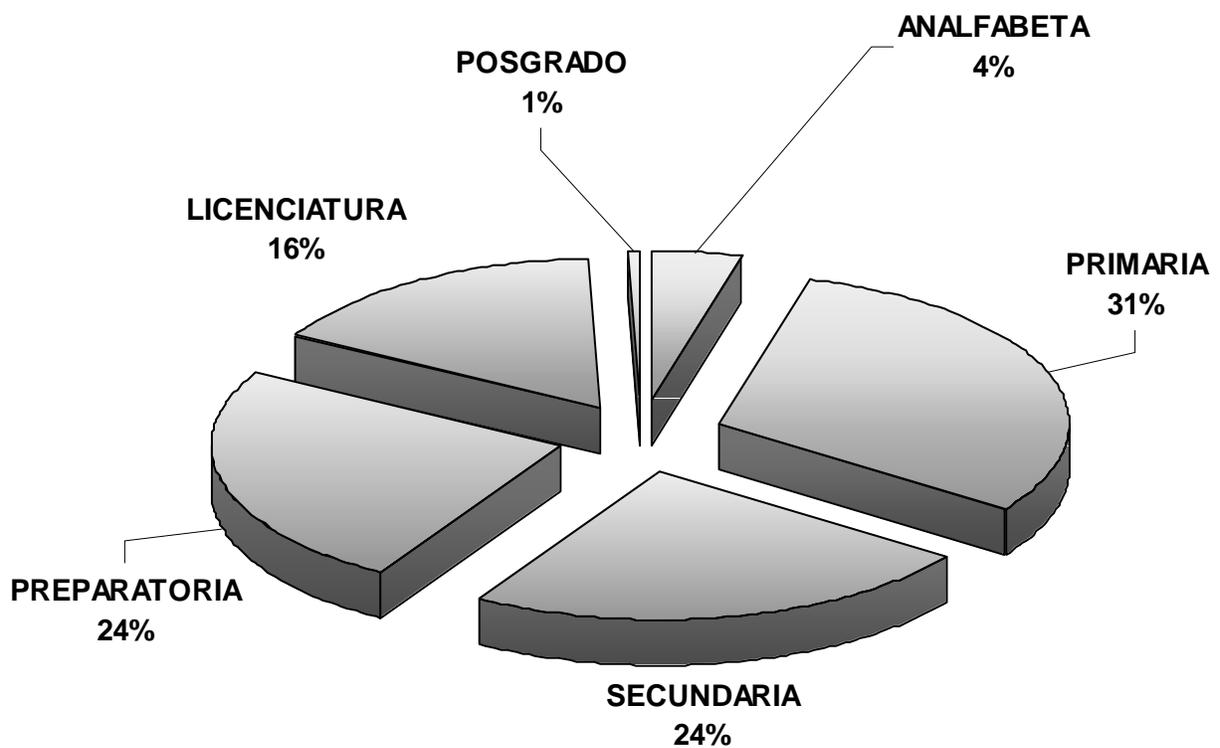
EDAD DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS



FUENTE: CEDULA DE INFORMACION BASICA 2006
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1A

Con una escolaridad a nivel primaria del 31%, seguido por un 24% en niveles de secundaria y preparatoria, un 16% en licenciatura, el 4% analfabetas y solo un 1% con escolaridad de posgrado. Resultados en el grafico 2.

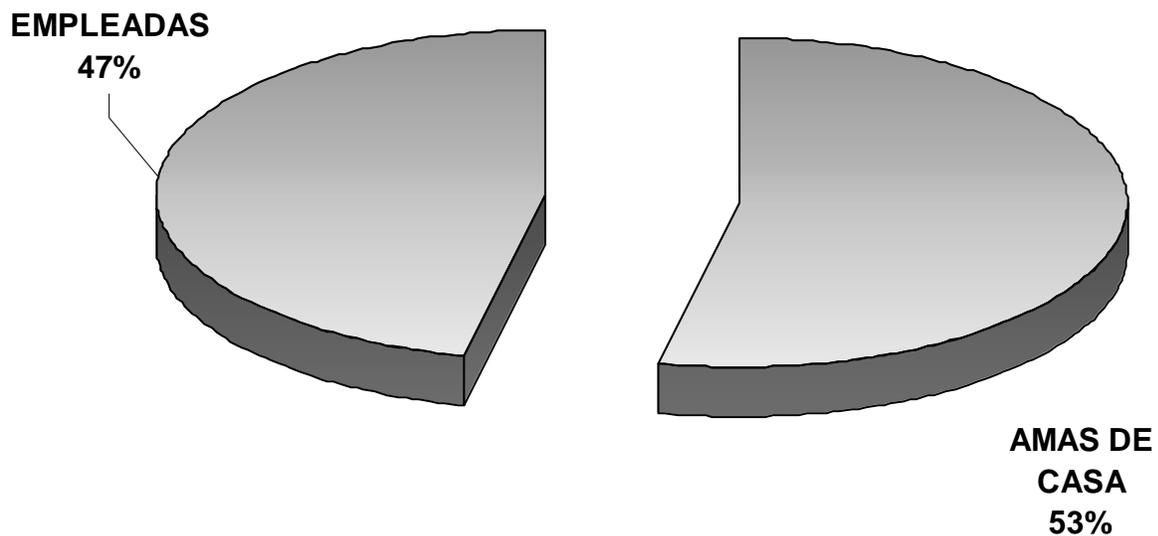
Grafico 2
ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES



FUENTE: CEDULA DE INFORMACION BASICA 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1ª

La ocupación de las pacientes se valoro en dos rubros, si trabajaban o eran amas de casa, dando por resultado que el 54% de las pacientes eran amas de casa y el 46% de las pacientes eran empleadas de diferentes ramas laborales. Resultados en el grafico 3

Grafico 3
OCUPACION DE LAS PACIENTES

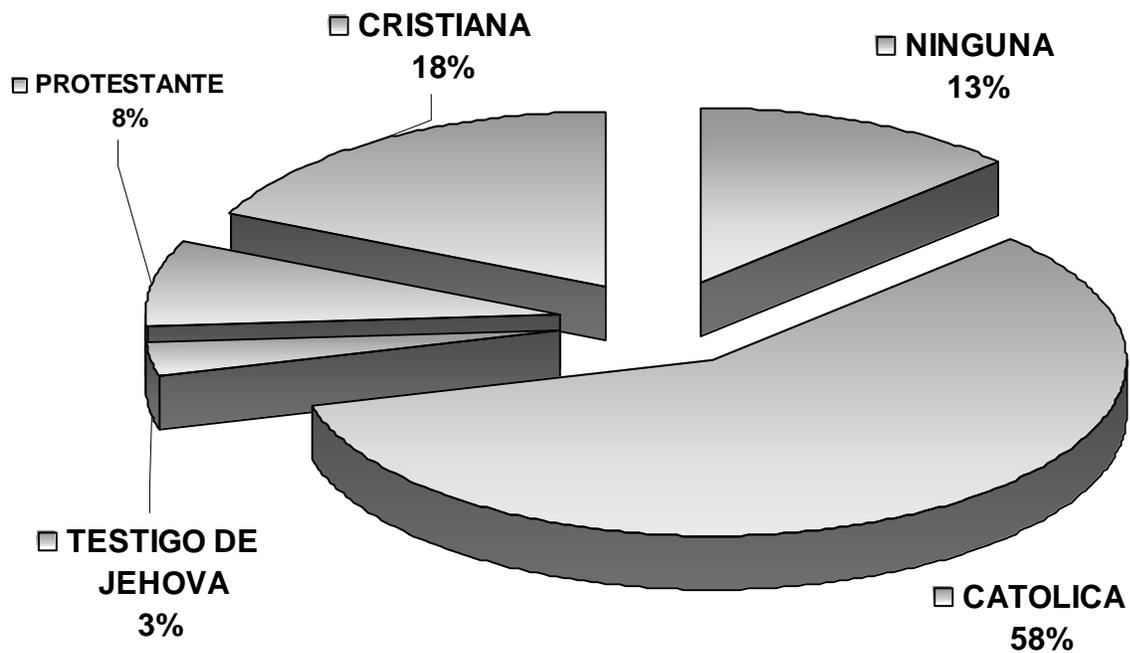


FUENTE: CEDULA DE INFORMACION BASICA 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1ª

La religión predominante resulto ser la católica con un 58%, seguida de la cristiana en un 18%, encontrando además que había pacientes que no eran adeptas a ninguna creencia religiosa en un importante 13%. Resultados en el grafico 4.

Grafico 4

RELIGION DE LAS PACIENTES



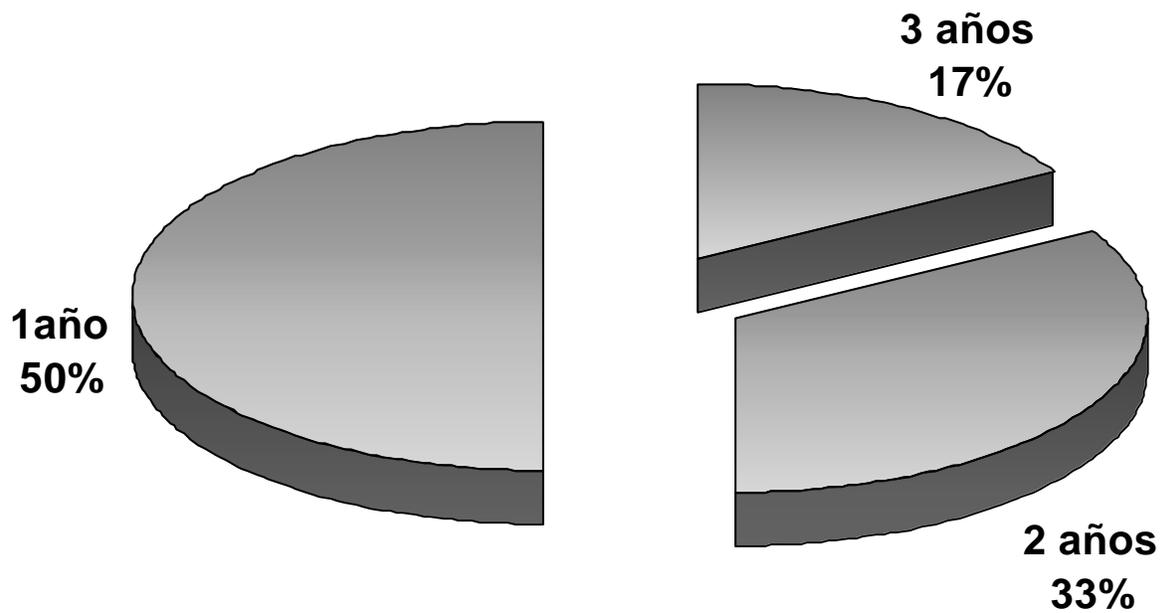
FUENTE: CEDULA DE INFORMACION BASICA 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1ª

El tiempo de haberse diagnosticado la patología se registro con un 50% con un periodo de evolución de 1 año, un 33% en pacientes con 2 años de diagnostico y con un 17% a los 3 años.

Resultados en el grafico 5.

Grafico 5

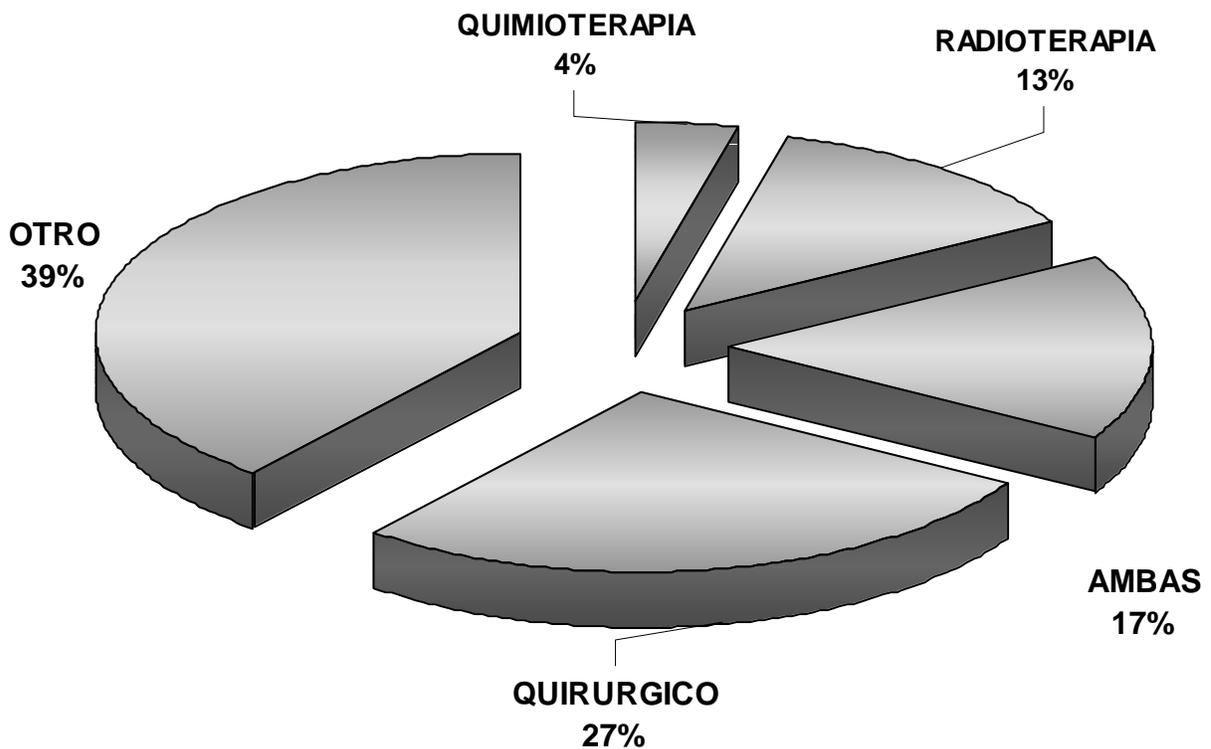
AÑOS DE PORTAR CANCER CERVICOUTERINO



FUENTE: CEDULA DE INFORMACION BASICA 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1ª

La terapéutica reportada fue del 33% con utilización de diversos métodos terapéuticos, del 27% procedimiento quirúrgico, un 17% con radio y quimioterapia, radioterapia del 13% y quimioterapia del 4%. Resultados en el grafico 6.

Grafico 6
TERAPEUTICA EMPLEADA



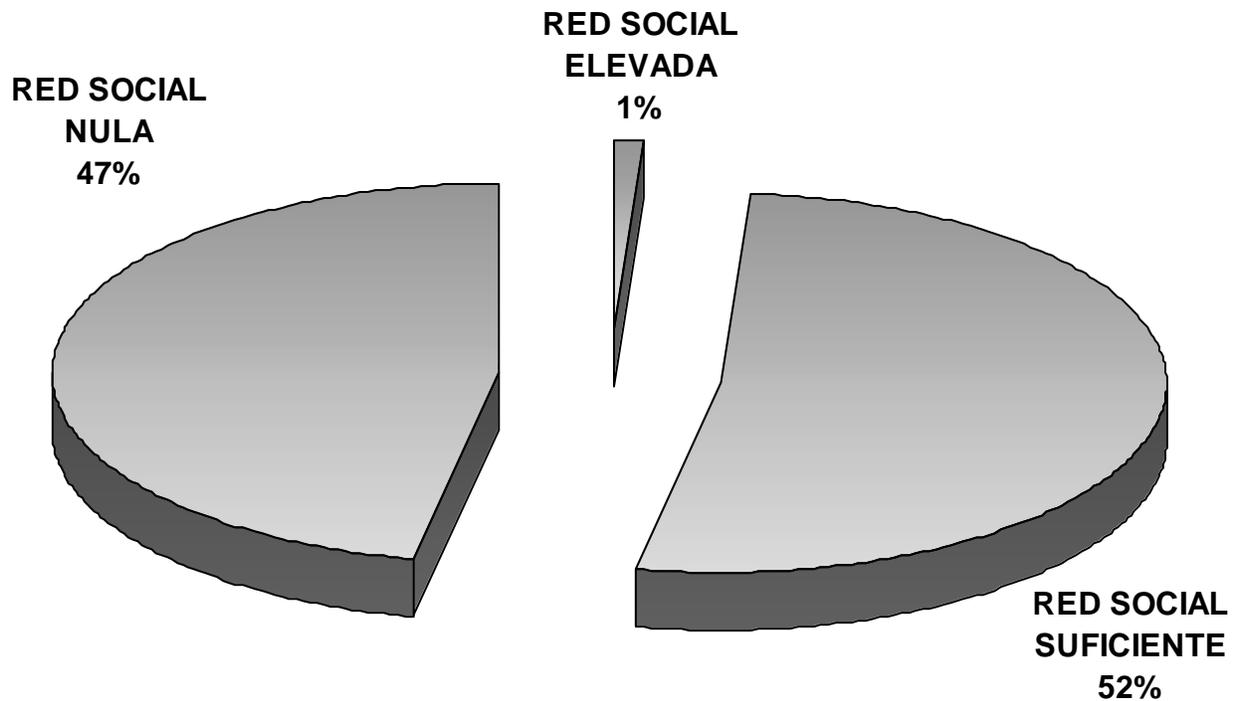
FUENTE: CEDULA DE INFORMACION BASICA 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1A

Ya en la aplicación de los ítems del cuestionario MOS en la primera pregunta de tamaño de la red social se encontraron las pacientes con el predominio de una red social suficiente en un 52%, con una red social nula en 47%, y una red social elevada en tan solo el 1% de los resultados.

Resultados en el grafico 7.

Grafico 7

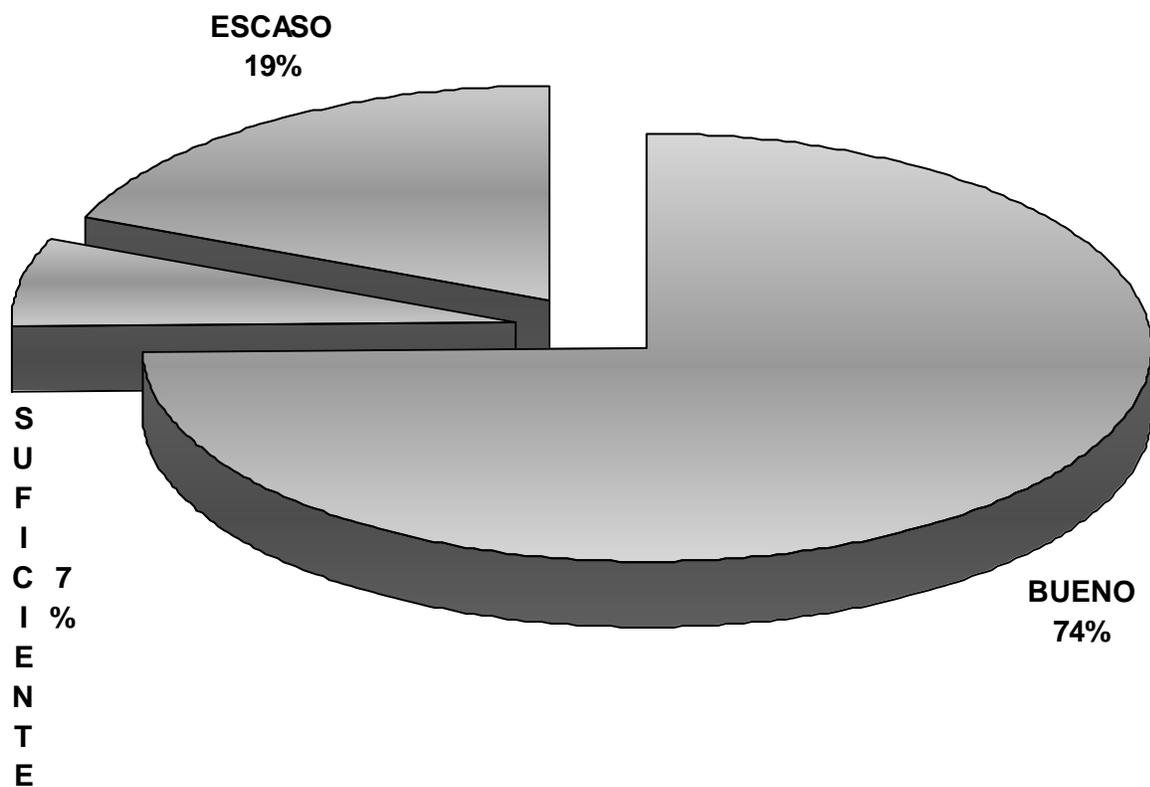
TAMAÑO DE LA RED SOCIAL



FUENTE: CUESTIONARIO MOS. REDES DE APOYO 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 1A

El resto del cuestionario dividido en varias esferas de apoyo dio como resultado en la subdivisión de apoyo emocional que en el 74% era bueno este apoyo, el 19% presentaron un apoyo emocional escaso y solo el 7% un apoyo suficiente. Resultados ver grafico 8.

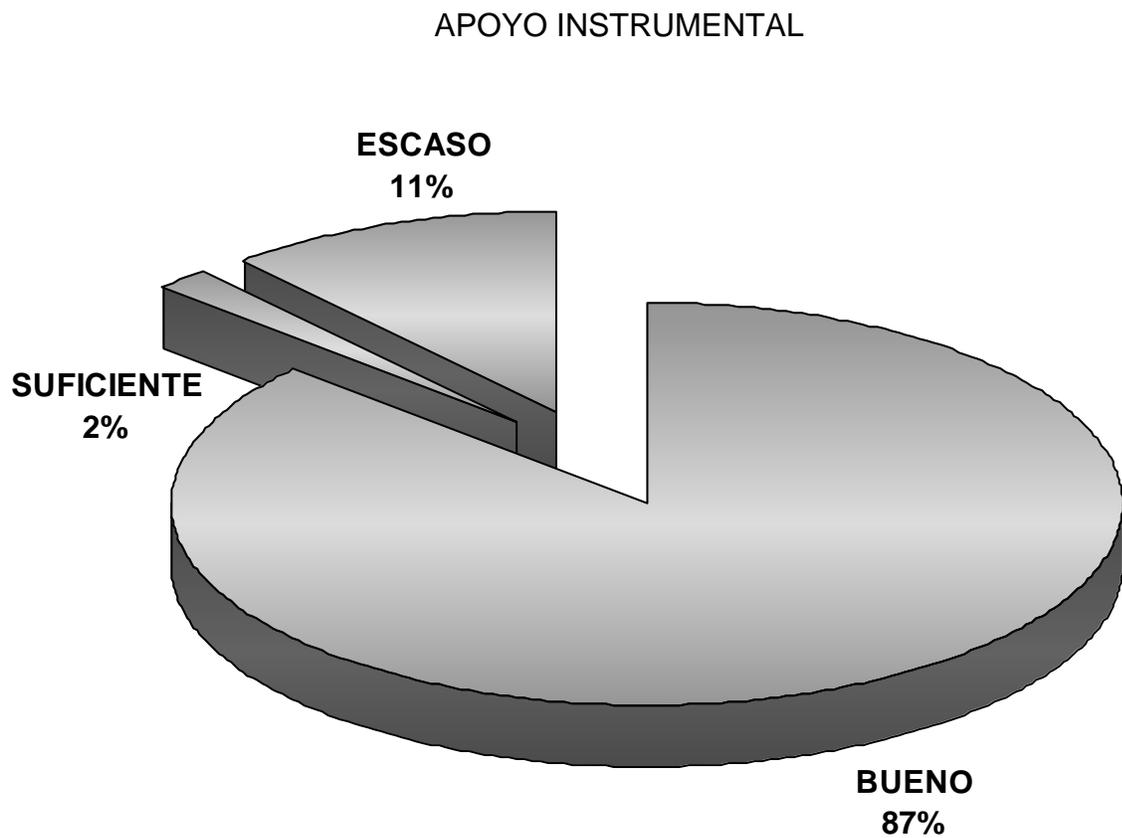
Grafico 8
APOYO EMOCIONAL



FUENTE: CUESTIONARIO MOS. REDES DE APOYO 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 4

En la esfera de apoyo instrumental (servicios de salud) reporto que el 87% de las pacientes tenía un buen apoyo, el 11% era escaso y solo el 2% era suficiente. Resultados en el grafico 9.

Grafico 9

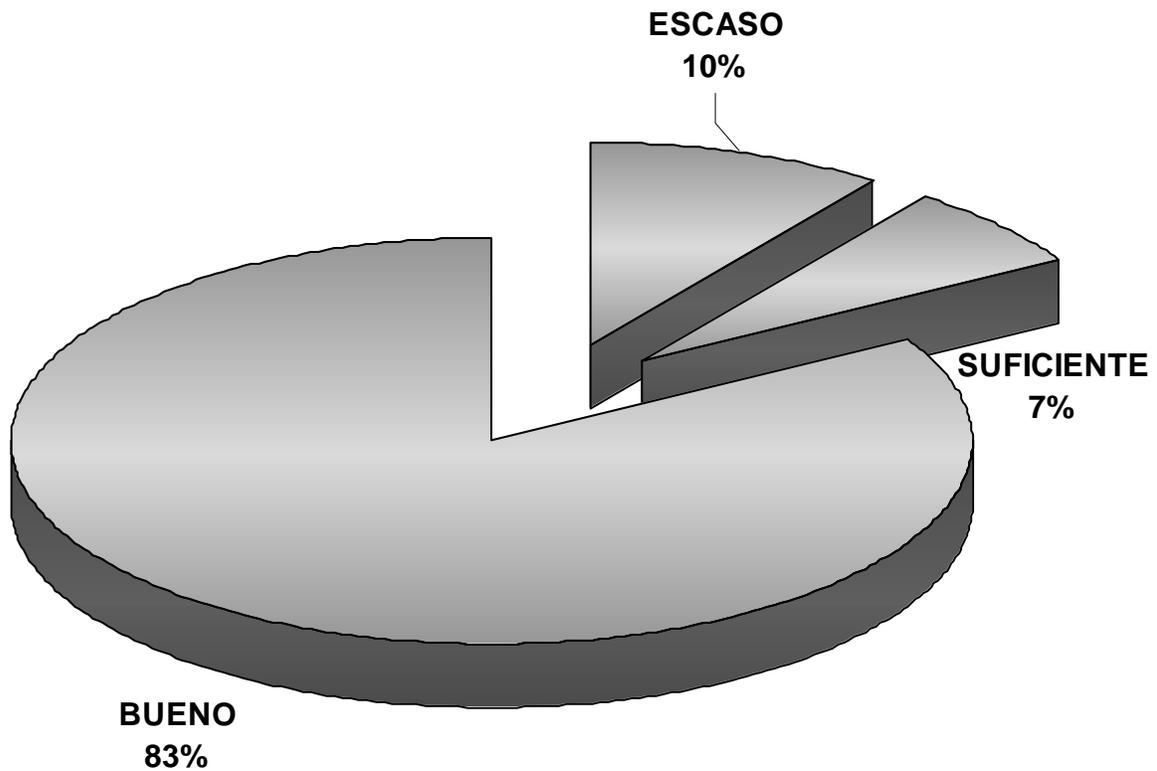


FUENTE: CUESTIONARIO MOS. REDES DE APOYO 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 4

En la esfera de interacción social positiva el resultado obtenido fue del 83% de las pacientes tenía un buen apoyo, el 10% escaso y el 7% era suficiente. Resultados en el grafico 10.

Grafico 10

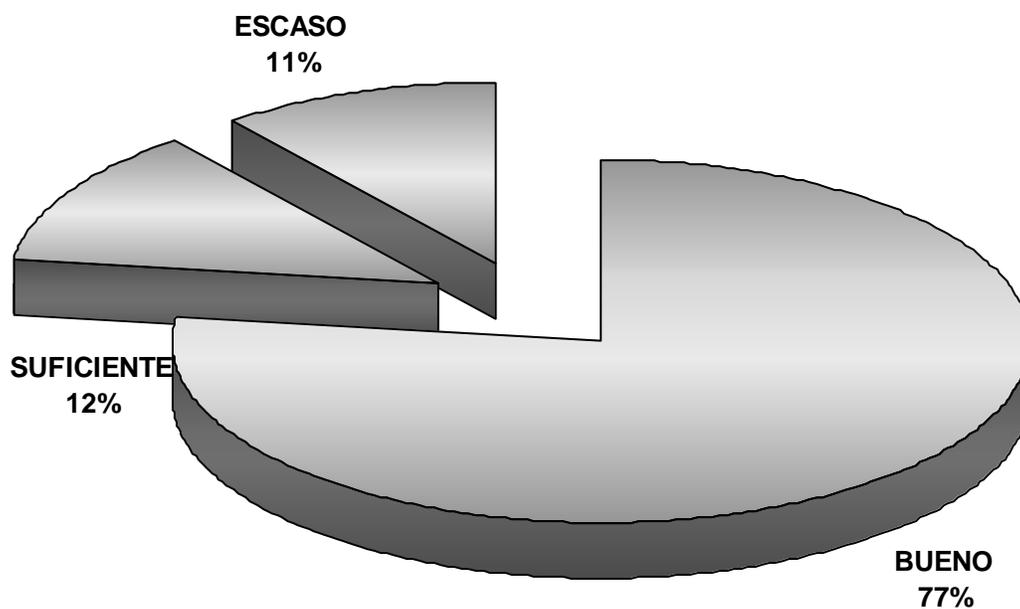
INTERACCION SOCIAL POSITIVA



FUENTE: CUESTIONARIO MOS. REDES DE APOYO 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 4

En la última esfera que es la de apoyo afectivo se obtuvo un 77% de apoyo bueno, 12% suficiente y 11% con reporte de escaso. Resultados en el grafico 11.

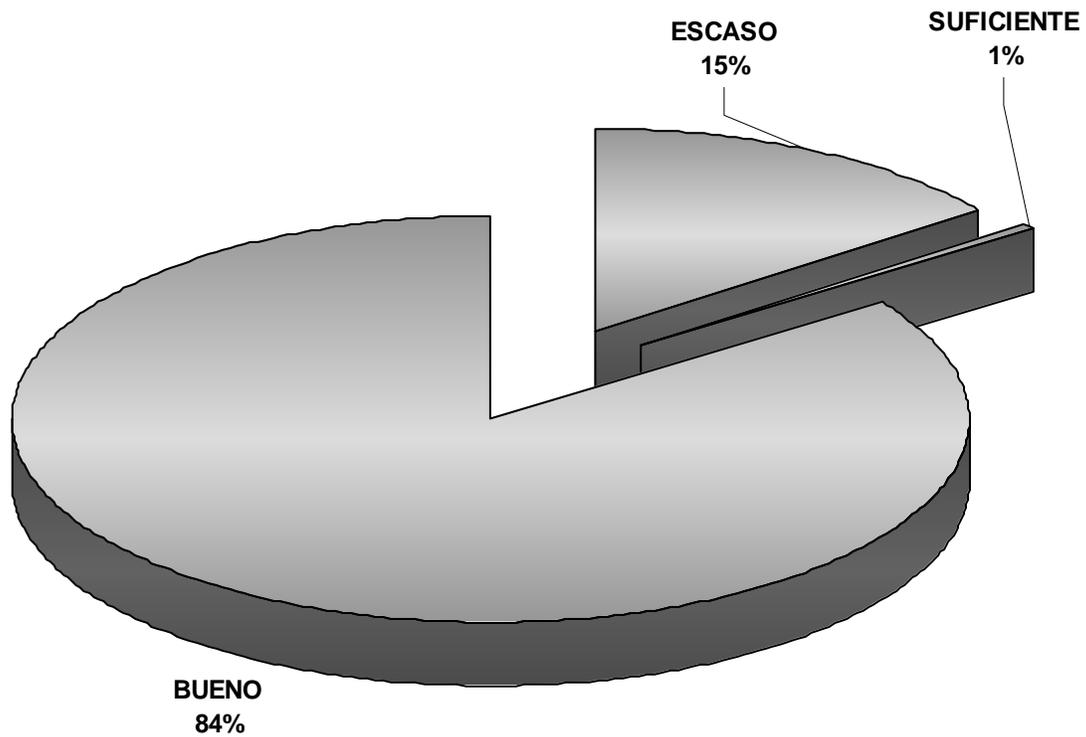
Grafico 11
APOYO AFECTIVO



FUENTE: CUESTIONARIO MOS. REDES DE APOYO 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 4

Por último se sumaron todos los ítems y se obtuvo el índice global en donde se encontró con un 84% de las paciente presentan redes de apoyo social buenas, el 15% de las paciente con escaso apoyo social y solo el 1% de las pacientes con redes sociales suficientes. Resultados en el grafico 12.

Grafico 12
INDICE GLOBAL



FUENTE: CUESTIONARIO MOS. REDES DE APOYO 2006.
APLICADO EN LA C. EXT. DEL HGO NO. 4

4. DISCUSION

Se observa en los resultados que la frecuencia de los factores de riesgo como la edad, la escolaridad, la ocupación es similar a los reportados en otros estudios sobre cáncer cérvico uterino⁸

En los datos aportados sobre la religión son los esperados de acuerdo a la literatura, además es interesante ver que va en aumento el número de personas las cuales no son participes de una religión¹³

Los años de portar la patología se ven reflejados en su apego al tratamiento, entre menos tiempo mejor respuesta tanto a la terapéutica como al interés sobre la participación en este estudio. Encontrándose pacientes con pocos años de estar en control, y estar recibiendo tratamiento preferentemente conservador y otras terapéuticas que no fueran quimioterapia y radio terapia llevando un buen control y seguimiento, además de responder adecuadamente a estas técnicas^{6,7,18}

Al evaluar la red social se encontró con un valor suficiente, siendo esta de importancia, ya que valoramos tanto redes formales como informales, dando como resultado que cuando falla una de estas redes la puede compensar con otra^{4,19,21}

De acuerdo al instrumento aplicado MOS, el cual evalúa el apoyo emocional, social, afectivo y redes de servicios de salud, se encontró una red social suficiente seguida muy de cerca de una red social nula, en las áreas de apoyo emocional, servicios de salud, interacción social positiva y apoyo afectivo se encontró predominio de resultados buenos, como se comenta en las referencias entre menos años más apego al tratamiento y mas redes de apoyo existentes. Como se menciona en la bibliografía durante la fase de tratamiento el enfermo, generalmente, ha de realizar cambios importantes en sus actividades y en su vida. Quizás, aunque no necesariamente, se vea obligado a interrumpir su actividad profesional o sus responsabilidades domésticas^{2, 4, 19,20, 21}

La participación de las redes sociales en el cuidado, directo o indirecto; apoyos de compañía e incluso materiales, obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una mejor atención en la salud.

El soporte social se asocia de manera inversa a la magnitud del riesgo. Así, a mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar el incremento de las consultas oportunas.

En el caso de pacientes con neoplasias, se ha observado que la red social se constituye en fuente de recursos o factor mediador contribuyendo al éxito terapéutico²²

Las Redes Sociales en la Atención Médica Familiar propicia el desarrollo de estrategias para obtener beneficios tanto para los usuarios como para los prestadores de los servicio de salud.

Concretamente, en el ámbito sanitario es de vital importancia que el proceso comunicativo entre el usuario y el profesional, el cómo dar las malas noticias o la explicación del manejo terapéutico, puesto que la manera en que se dé dicha información va a facilitar u obstaculizar la adaptación del paciente a su nueva situación. Así, es necesario profundizar en la comunicación de malas noticias sobre aspectos como quien, a quién, qué, cómo y cuando dar esa información, efectos psicológicos, elementos que intervienen, estrategias, habilidades, etc. Por parte de los médicos que están valorando a la paciente, para que esta a su vez tenga la confianza o sienta que va tener una adecuada atención durante su tratamiento¹⁸

No hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar la ausencia de redes sociales ya que comprende una amplia variedad de estas, pero en lo que respecta al apoyo institucional se deberían implantar estrategias y programas, haciendo la atención más personalizada para estas pacientes y para el resto de los derechohabientes.

Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales de la salud que empiezan la carrera y sobre todo a los médicos de primer contacto o médicos familiares, para hacer la relación médico-paciente más estrecha y sin obstáculos o límites en la comunicación para lograr una ampliación de las redes de apoyo.

Sería interesante para estos profesionales contar con programas de entrenamiento sobre como dar las malas noticias y como ayudar a pacientes con enfermedades crónicas desde los estudios de pregrado.

En todos los casos es fundamental cursos de formación continuada, mejora de recursos instrumentales y aumentar la competencia psicosocial del profesional.

5. CONCLUSIONES

Del cuestionamiento inicial podemos concluir que las redes con las que cuentan las pacientes de este estudio portadoras de cáncer cérvico uterino es predominante el apoyo emocional, seguido del apoyo afectivo, los apoyos de servicios de salud y de interacción se ven limitados por la subjetividad con la que ve la paciente estas redes y en determinado momento de la confianza que pueda tener hacia estas dos esferas, ya que dentro del apoyo emocional y afectivo se encuentran sus familiares y personas cercanas a estas pacientes, que si bien ya observamos sus redes para desenvolverse dentro de sus actividades cotidianas o durante sus tratamientos es escaso.

En general encontramos que es bueno sin llegar a ser suficiente el apoyo emocional y el afectivo, por lo que nos damos cuenta que influyen en gran medida para que las pacientes no se sientan tan desvalidas en su padecimiento. Sobre todo las pacientes que tienen más tiempo en tratamiento, se vio que presentan un índice global bajo en comparación con las demás pacientes.

Al aplicar la prueba no paramétrica de chi-cuadrada a las variables de años de portar el cáncer cérvico uterino y calificación final del MOS, se obtiene el valor de $p=0.000$ lo que nos indica que es un valor significativo. La terapéutica empleada y la calificación final del MOS también tienen un valor de $p=0.000$, confirmando la hipótesis, que las redes de apoyo en pacientes con cáncer cérvico uterino se van deteriorando con la cronicidad del padecimiento.

A mayor red social, el paciente mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar el incremento de las consultas oportunas.

El estudio de las redes sociales en el campo de la salud se ha orientado al conocimiento de su influencia o efecto en la atención y uso de los servicios, posibilitando la detección de los mecanismos que las componen, el grado de soporte o apoyo que constituyen y la estabilidad que proporcionan para la

disminución de riesgo o el curso de la enfermedad.

Por lo que concluimos que este tipo de estudios son fundamentales, no solo para pacientes con enfermedades como el cáncer cérvico uterino, sino también en otras patologías crónicas, ya que nos ayuda a entender su entorno social de los pacientes y de esta forma logramos unir esfuerzos para beneficio de los derechohabientes y de sus familiares, considerados estos esfuerzos dentro de las actividades que puede realizar el Médico especialista en Medicina Familiar, empezando desde la prevención, tratamiento oportuno y en un momento determinado dando seguimiento a la evolución de la enfermedad hasta la conclusión de la misma, preparando a los familiares para el desenlace y en ocasiones al mismo paciente para mejorar su calidad de vida.

6. REFERENCIAS

1. Gómez-Jauregui A. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cérvico uterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Pub Méx* 2001; 43(4): 279-288.
2. Valdespino Gómez V., Valdespino Castillo E. Perspectivas actuales en el estudio y en la atención de las pacientes con cáncer cérvico uterino. *Ginecol Obstetr Méx* 2004; 72(1): 29-38.
3. Dzul-Rosado K, Puerto-Solis M, González-Losa M. Cáncer cérvico uterino: métodos actuales para su detección. *Rev. Biomed* 2004; 15:233-241.
4. Allende-Pérez S., Flores-Chávez P., Castañeda de la Lanza C. Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cérvico uterino en etapas avanzadas. *Rev. Instit. Nal. Cancerol* 2000; 46(1):10-16.
5. Rosabal-Infante F., Morales-González R., Rosabal -Olivé F. Operación de Wertheim-Meigs en el tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadio I. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2004; 30(2):1-5.
6. Torriente-Hernández B., Valdés O., Lugo-Sánchez A., González-González M. Valor de la electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma en situ de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002; 28(2):1-5.
7. Valestena Sanchez J, Suárez Blanco C, Piloto Morsion M. Batista Carvajal R. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico citológico por cotización. *Rev. Cubana Obstet-Ginecol* 2000; 1(29):1-7.

8. Cáncer del cuello uterino: Panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo. Ginecol-Obstet Mex 2004; (72): 466-74.
9. Instituto Nacional de Oncología y Radio biología. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(3): 1-6
10. Herrera-Santí P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med gen Integr 1997; 13(6): 591-5
11. Mc Meekin S, Vasilev S, Mc Gonigle K. Cervical Cancer Prevention: Toward cost-effective screening. Medscape General Medicine 1999; 1(2): 1-13.
12. Martínez F. Epidemiología del cáncer del cuello uterino. Medicina Universitaria 2004; 6(22): 39-46.
13. Kaufman RH, Adam E, Vonka V. Human papillomavirus infection and cervical carcinoma. Clin Obstet Gynecol 2000; 43:363-378.
14. Falcón-Hernández E, Vargas-Fagardo E, Barroso-Creag La familia y la enfermedad en fase Terminal. . Rev. Cubana Med Fam 1999. 15(3): 201-6.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
16. Solomon D.: 1988. The 1988 Bethesda System for reporting Cervical/vaginal cytologic diagnoses. J Clin Cytol Cytopath 33: 5: 567-571.
17. Malle D, Pateinakis PA, Kapraki A, Destouni Ch, Kyziridou A, Kaplanis K. Cytologic diagnosis of

an ovarian adenocarcinoma metastatic to the cervix in cervicovaginal smears. *Acta Cytol.* 2001; 45: 490-492.

18. Carrasco Bertrand, E., "*Los contextos de una enfermedad: Terapia sistémica de los problemas psicosomáticos*", *Rev Sistem Fam*, Año 6, N° 2, Buenos Aires, agosto 1990.
19. Reyes-Frausto S, Bobadilla-Fernández J, Karshmer-Krivitzky S, Martínez-Gonzalez L. Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. *Ginecol Obst Mex* 1998; 66(11): 428-434.
20. Carling-Salgado A, Jaime-Pérez E, Montejo-Rosas G. Evaluación del dolor ven paciente oncológicos que acuden a los servicios de urgencias. *Rev. Med IMSS* 1998; 36(4): 311-317.
21. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. *Monografía de Calidad de Vida. evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, 2001, 210-230.*

7. ANEXOS

ANEXO 1.

Carta de consentimiento

Lugar y Fecha (1)-----

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

IDENTIFICACION DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER CERVICO UTERINO EN UN HOSPITAL DE GINEOBSTETRICIA DEL IMSS.

Registrado ante el comité local de investigación con el numero (3)-----

el objetivo de este estudio es: Identificar si existe deterioro en la calidad de vida en las pacientes que presentan cáncer cérvico uterino en estadio III que acuden a consulta en un Hospital de Ginecoobstetricia

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar un Cuestionario de calidad de vida.

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

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

(8)-----

PACIENTE
Nombre y Firma

(9)-----

TESTIGO
Nombre y Firma

ANEXO 2.

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Se trata de un cuestionario breve, multidimensional, auto administrado, que fue desarrollado por el MOS (grupo de estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria en los EE.UU.) para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades.

Este instrumento permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional, informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo, además de ofrecer un índice global de apoyo social.

Consta de 20 ítems,; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando 1 a 5. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el no. De amigos íntimos y familiares cercanos.

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer las cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir	1	2	3	4	5

sus temores y problemas más íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

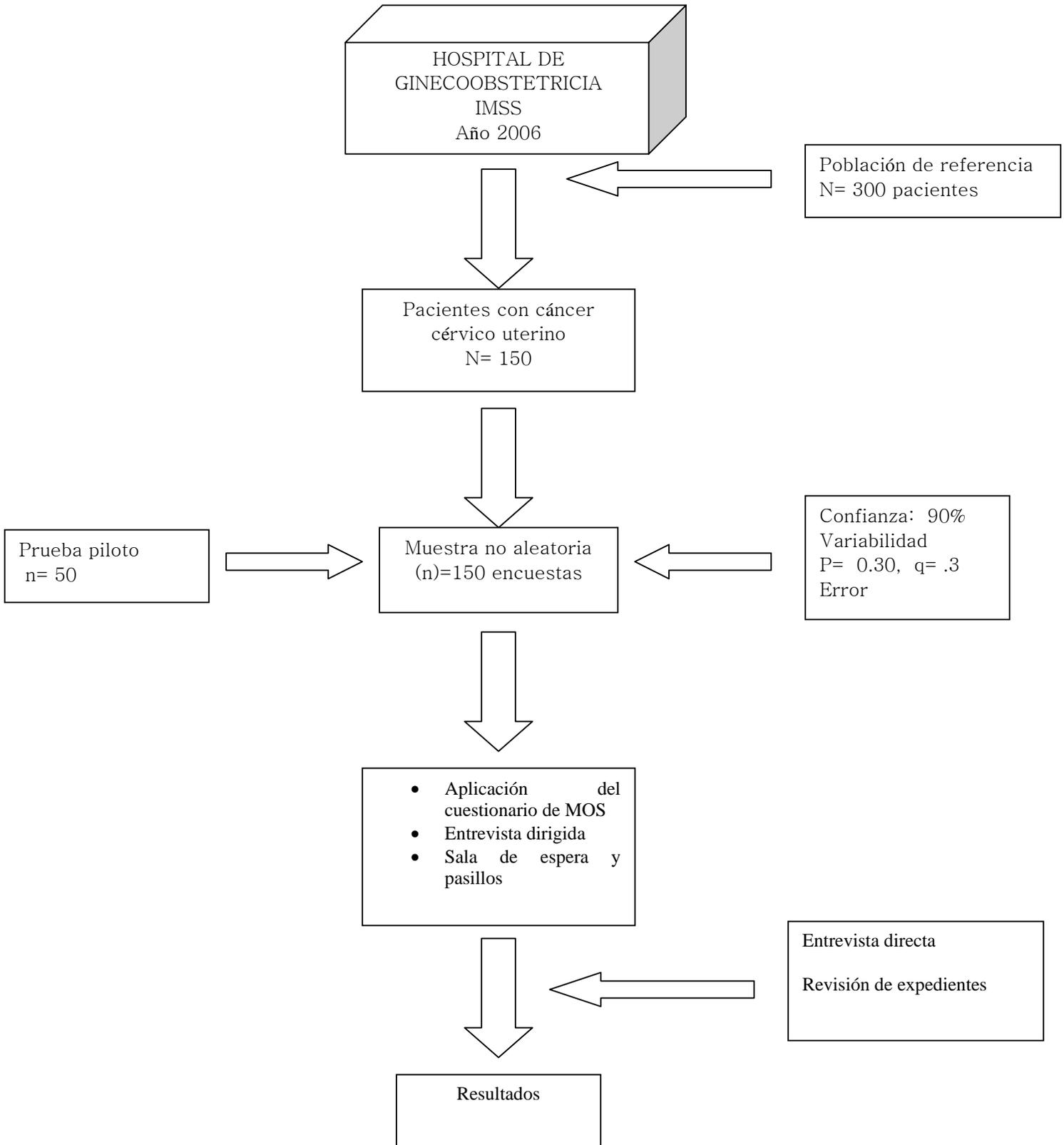
- La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los valores entre 0 y 1 se consideran indicadores de baja asistencia (red social nula o escasa); de 2 a 5 como de buen nivel de asistencia (red social suficiente), y de 6 a más de 10 como de alto nivel de asistencia (red social elevada).
- El apoyo emocional, entendido como expresión de afecto y comprensión empática, y el informacional, referido a guía, oferta de consejo e información, lo miden los 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
- El apoyo instrumental, esto es, la provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado, la valoran los ítems 2, 5, 12 y 15.
- La interacción social positiva, que indica la disponibilidad de personas con las que salir, divertirse o distraerse, la miden los ítems 7, 11, 14 y 18.
- El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6, 10 y 20
- Por último, el índice global de apoyo social se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario.

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positiva	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	94	19	57

Consideramos que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional/informacional, estructural, de interacción social y afectivo cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 8 respectivamente.

ANEXO 3.

ESQUEMA METODOLOGICO



ANEXO 4.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos	Definición de las variables	Tratamiento estadístico
Número de folio	cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n	Número cardinal consecutivo	*****
Edad	cuantitativa	Continua	Números enteros y fracciones de año	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida , duración de una cosa material	Descriptivo
Escolaridad	cualitativa	Continua	Número total de años de estudio a partir de la primaria	Conjunto de cursos que sigue un estudiante en un establecimiento docente. Tiempo que duran esos cursos.	Descriptivo
Ocupación	cualitativa	Nominal	Textual (agrupación por códigos)	Acción y efecto de emplearse. Trabajo, oficio, empleo.	Descriptivo
Religión	cualitativa	Nominal	Textual	Conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad.	Descriptivo
Años de ser portadora de cáncer cérvico uterino	cuantitativa	Continua	Números consecutivos	Tiempo de padecer la enfermedad	Descriptivo
Terapéutica empleada	cualitativa	Nominal	Textual	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad	Descriptivo
Número de integrantes en la familia	cuantitativa	Discontinua	Valor del número de integrantes	Número ordinal	Descriptivo
Estadio de cáncer cérvico uterino	cualitativa	Nominal	Clase I= Normal Clase II= Normal Clase III= Displasia	Tumor maligno en el Cérvix uterino, es la pérdida de control del crecimiento y	Descriptivo

			leve, Displasia moderada, Displasia severa Clase IV= Cáncer <i>in situ</i> Clase V= Cáncer invasor	división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte	
Redes de apoyo social	cualitativa	Nominal	1= Con apoyo social 2= Sin apoyo social	Proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano.	Descriptivo Analítico

ANEXO 5.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes											
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Etapas de planeación del proyecto	X											
Marco teórico	X	X	X	X								
Material y métodos			X	X	X							
Instrumento de medición.						X	X					
Correcciones finales.						X	X	X	X			
Registro y autorización del proyecto									X			
Prueba Piloto									X			
Etapas de ejecución del proyecto										X		
Recolección de datos										X	X	X