



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 47

TITULO

ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
DISPLASIA CERVICAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No.1, S.L.P. DURANTE EL PERIODO ENERO –
DICIEMBRE DEL 2007.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ADRIANA ISABEL GUZMAN ORTIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
DISPLASIA CERVICAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No.1, S.L.P. DURANTE EL PERIODO ENERO –
DICIEMBRE DEL 2007.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ADRIANA ISABEL GUZMAN ORTIZ

AUTORIZACIONES

DR RAMI RAUL KARAME HAMAMDT
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES (SEDE UMF 47)

DR HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRÍGUEZ
ASESOR METODOLOGICO
M.C. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DRA GABRIELA V ESCUDERO LOURDES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
M.C. INVESTIGACIÓN CLÍNICA
MÉDICO PEDIATRA
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN (FORMACION)

DR CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PÉREZ
MÉDICO FAMILIAR

DRA. MARTHA ELENA VIDALES RANGEL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALÚD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 47

ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
DISPLASIA CERVICAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No.1, S.L.P. DURANTE EL PERIODO ENERO –
DICIEMBRE DEL 2007.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ADRIANA ISABEL GUZMAN ORTIZ

AUTORIZACIONES

DR MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

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

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TITULO

ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
DISPLASIA CERVICAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, I.M.S.S. SAN LUIS POTOSI DURANTE EL
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2007.

INDICE

	PAGINA
1. ANTECEDENTES	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
3. JUSTIFICACIÓN.	16
4. OBJETIVOS.	18
GENERAL.	18
ESPECIFICOS.	18
5. METODOLOGIA	13
TIPO DE ESTUDIO.	19
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.	19
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA.	19
CRITÉRIOS DE SELECCIÓN.	20
VARIABLES A RECOLECTAR.	21
METODO O PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN.	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS.	25
6.RESULTADOS .	26
7.DISCUSIÓN.	29
8.CONCLUSIONES.	31
9.BIBLIOGRAFIA.	33
10. ANEXOS.	
I.-CLASIFICACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	37
II.-FACES II.	38
III.- CUESTIONARIO MODIFICADO FACES II.	40
IV.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.	41
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	42

ANTECEDENTES

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que la relación entre sus integrantes es de capital importancia. De la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros. Las características psicológicas de la familia son más que la suma de las personalidades individuales (1).

Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural (2).

La estructura familiar sufrió grandes variaciones a lo largo de la historia de la humanidad. Estos cambios se acentuaron en particular en el siglo XX en el que la variación de las formas de producción, la incorporación de técnicas de control de la fertilidad y el aumento de la expectativa de vida son aspectos que implicaron modificaciones en la dinámica familiar contemporánea(3).

Antes de la era industrial, el hogar y la familia tenían un papel protagónico como unidad productiva, que funcionaba en el mismo espacio físico. La separación de la casa y el trabajo (que antes se realizaba en el hogar) provocó que se diferenciaron dos esferas, una de ellas vinculada a la producción y el trabajo y, por otro lado, otra relacionada con el hogar y la familia. La era industrial produjo esta separación, lo que implicó que los miembros de una familia en el presente concurren a establecimientos donde desarrollan su tarea productiva, varíen el tipo de actividades compartidas, así como la frecuencia y los grados de autonomía personal en las tareas de automantenimiento. Asimismo, con la incorporación de la mujer en el sistema de producción extradoméstico se replantearon tareas que en términos tradicionales estaban a cargo de ellas; esto reformuló los contratos intrafamiliares y modificó la estructura patriarcal de la familia. Este tipo de organización patriarcal, en que las partes se encontraban supeditadas al control y a la decisión del jefe de la familia, se modificó cada vez más en los últimos tres siglos, sobre todo por los procesos de individualización de los sujetos (jóvenes y mujeres) (3).

En la actualidad se dispone de dos clasificaciones diagnósticas que permiten especificar los problemas que experimenta la familia en las relaciones interpersonales. Una de ellas es la Clasificación triaxial de la familia (4), publicada en 1979, y la otra es la Escala de Evaluación de la actividad relacional (EEGAR), aparecida en el DSM-IV en 1994 (5). Ambas clasificaciones son útiles y representan avances importantes en el intento de simplificar la comprensión de un fenómeno tan complejo y difícil de esquematizar como el funcionamiento familiar. Para la formulación diagnóstica de funcionalidad familiar se debe contar con información obtenida para integrar una visión del origen de las dificultades del paciente, los factores que pudieron haberlo predispuesto a desarrollarlas, los elementos concomitantes, las consecuencias del problema, los factores que tienden a mantenerlo y los que podrían atenuarlo (6).

Hoy en día uno de los factores desencadenantes de disfunción familiar es cuando el médico diagnostica en uno de los cónyuges una enfermedad crónica en donde el funcionamiento y dinámica de la pareja inevitablemente cambian. En algunos casos la crisis resuelve problemas previos y en otros se agravan. Lazarus define que lo importante no es el estrés que origina la presencia de la enfermedad, sino la manera en que los individuos lo perciben. Perder la salud implica a veces perder también el trabajo, el atractivo físico, la capacidad para divertirse y disfrutar de las relaciones sexuales, la sensación de integridad corporal y la esperanza de un buen futuro (7).

Actualmente una de las enfermedades que representan un problema de salud pública y de gran trascendencia es el CaCu (Carcinoma cérvico uterino), cuya primera manifestación citológica es la presencia de displasia. La Displasia cervical significa crecimiento y desarrollo desorganizado del revestimiento epitelial del cuello uterino y se considera una lesión pre maligna cuya evolución natural es hacia desarrollo de CaCu. El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de más de 25 a 64 años de edad. Es la segunda neoplasia maligna más frecuente en el mundo. Los países industrializados tienen una incidencia de 10/100 000 en tanto los que están en

vías de desarrollo llega a ser de 40/100 000. En el mundo se presentan anualmente 470 000 nuevos casos (8).

La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV y cervicografía. También podría estar afectada por un aumento en la frecuencia de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos. La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico (9).

En Chile se estima una incidencia de 30 por 100,000 mujeres, anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000 (10).

La incidencia y mortalidad del CaCu en México es (al rededor de 15,500 casos nuevos y 4500 muertos por año). En 1997 la tasa de incidencia en nuestro país fue de 45 y 20.1 de mortalidad por 100,000 mujeres. Se presenta en mujeres jóvenes en plena actividad económica, muchas de ellas sostén único de sus casas, quienes tienen todavía la responsabilidad de la educación y el cuidado de sus hijos, niños o adolescentes, a los que tienen que abandonar para asistir a largos tratamientos, a repetidos períodos de internamiento hospitalario para recuperarse de la morbilidad inevitable de los agentes curativos o paliativos ó, definitivamente, por el esperado, pero lento desenlace fatal de los casos avanzados (11).

Los diversos grados de displasia representan una secuencia ininterrumpida del proceso neoplásico. A la displasia cervical también se le denomina Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). El estándar de oro para su diagnóstico es la colposcopia (12). La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o carcinoma in situ –CIS-, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. (13,14).

La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE-I, 30 a 34 años para NIE-II, y 35 a 49 para NIE-III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%.(15,16,17)

Según distintos estudios, la NIE I regresa en cerca del 70% de los casos (16,17,18), mostrando en cambio la NIE III una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70% y una tasa de regresión del 32% (17). La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5 (19). Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos, se considera al NIE I como de bajo grado y a las NIE II y III como de alto grado.(19)

La etiopatogenia de esta enfermedad ha podido ser investigada en forma detallada gracias a avances en biología celular, molecular e inmunológica. Estos avances han permitido conocer el rol del virus papiloma humano en el desarrollo de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino y han tenido importantes implicancias en la metodología de screening, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (20).

Los virus papiloma son un género de virus agrupados juntos por su tumorigenicidad y homogeneidad de DNA, que afecta a vertebrados. Actualmente se conocen más de 70 tipos de virus papiloma humanos (HPV), mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y ano genital (21). La Internacional Agency for Research on cancer (IARC) de la OMS los clasifica como “carcinogénicos” (tipos 16 y 18) “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33) y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11) (22).

Se han encontrado una fuerte asociación entre infección ano genital por HPV y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cervicouterino invasor. En 2.600 frotis cervicales se encontró DNA del tipo virus altamente oncogénico I6 en el 47% de los cánceres cervicouterinos invasores (23). En un estudio prospectivo en más de 18.000 mujeres se encontró, mediante tácticas de

inmunológica molecular, que la presencia de anticuerpos contra HPV16 confiere un riesgo 12 veces mayor que el resto de población de desarrollar cáncer cervicouterino o carcinoma in situ, encontrándose además que el riesgo es más alto para las neoplasias desarrolladas 5 años o más después de la toma de muestra sanguínea para el estudio de anticuerpos, lo que apoya fuertemente al concepto de que la infección persistente por HPV16 (y probablemente por cualquier HPV oncogénico) está implicada casualmente en la etiología del cáncer cervicouterino (24).

La infección por HPV clínica y subclínica es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común actualmente. La infección asintomático del cuello uterino por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva (25). La infección por HPV es un fenómeno transitorio o intermitente, sólo a una pequeña proporción de mujeres positivas para un determinado tipo de HPV se le encuentra el mismo en especímenes posteriores (26,27). El riesgo de NIE subsiguiente es proporcional al número de especímenes positivos para HPV (28), lo que sugiere que el desarrollo carcinogénico resulta de infecciones persistentes. Actualmente está bien establecido que el principal factor causa de cáncer cervicouterino es la infección por HPV (29,30).

Screening citológico

Pese a su éxito, la citología tiene limitaciones importantes, siendo los falsos negativos la principal (cerca de la mitad de los frotis son falsos negativos); cerca de un tercio de ellos atribuibles a errores en su interpretación y dos tercios a la toma de muestra y preparación de la placa (31).

La terminología recomendada actualmente para reportar los resultados de la citología cervical- el sistema de Bethesda- considera la información referente a VPV como parte de los criterios citológicos para definir los grados de lesión además, se han creado una nueva categoría de lesiones borderline: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Estos cambios han resultado en un aumento proporcional de lesiones de bajo grado (LSIL), las que, combinadas con ASCUS dan cuenta de hasta el 30% de los frotis (32).

Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición del test de HPV a la citología cervical en el screening aumenta la sensibilidad en la detección de NIE de alto grado y cáncer cervicouterino (33).

La clasificación de la displasia es como se menciona en el siguiente cuadro

Clasificaciones de displasia cervical

OMS	Richard	Bethesda
Displasia leve	NIC I	Lesiones intraepiteliales de bajo grado
Displasia mediana	NIC II	
Displasia severa	NICIII	Lesiones intraepiteliales de alto grado
Carcinoma in situ	-----	-----

Dado que la displasia es una lesión premaligna las acciones de salud se encaminaron a la prevención de CaCu creando en 1998 a través de la Secretaría de Salud una publicación en la Norma Oficial Mexicana (NOM), para la prevención, detección, diagnóstico control y vigilancia epidemiológica, que apareció en el Diario Oficial el 6 de Marzo del mismo año (34). Por lo anterior se han detectado mayor número de pacientes con displasia cervical. A nivel nacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han realizado de 20,000 detecciones por año en 1968 hasta casi 2 millones en 1999, con un porcentaje de muestras sospechosas de 0.4 a 2.0%. En San Luís Potosí la tasa de morbilidad por CaCu se incrementó en 1976 de un 5.9 a 12.1 en 1998. La mortalidad de un 8.4 a 12.0 por 100,000 mujeres derechohabientes en 1998 (34).

La disfunción familiar originada por la presencia de enfermedades incidentes como la aparición de displasia cervical puede evaluarse mediante diferentes escalas siendo la más sensible la escala denominada FACES II (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale). Este instrumento de medición integra 2 dimensiones del sistema familiar: cohesión, y adaptabilidad. Es factible su aplicación, cuenta con una escala de 5 opciones tipo Likert con valores del 1 al 5. Puede ser contestado por mayores de 12 años y permite

clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones en las dimensiones antes mencionadas.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias despegadas (cohesión baja). La adaptabilidad por su parte constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta) (35).

Una vez construido el modelo los autores desarrollaron el FACES, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento fungiría en 1980 (Bell, 1980, Portner, v 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, FACES III, EN 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente.

Por lo tanto, a lo largo e todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. En este sentido, el FACES II es un buen instrumento. No obstante, operacionaliza de forma lineal el modelo por lo que es aplicable a población clínica.

Debido a ello, en los últimos años los autores han tratado de desarrollar una cuarta versión FACES IV, cuyo objetivo es ser aplicable a población clínica, en la cual los niveles extremos de las dos dimensiones serían disfuncionales. Sería por lo tanto un instrumento que reflejaría el funcionamiento curvilíneo de ambas dimensiones (Olson, Tiesel, Gorall y Fitterer, 1996).

Este instrumento ha demostrado tener buenas cualidades psicométricas, al haber obtenido unos índices de fiabilidad más altos que otras escalas (alfa de Cronbach de 0.89 y 0.87 respectivamente para cohesión y adaptabilidad), así como alta validez de constructo por análisis factorial (GFI = 0.92, NFI = 0.89)(35).

En el anexo 1 se ejemplifica las 16 combinaciones de tipos de familia por su adaptabilidad, que se refiere en el instrumento faces II, en relación al modelo circunflejo Olson 1989.

Como se puede observar, hoy en día, la displasia cervical es un padecimiento que afecta a un mayor número de mujeres en el mundo. Esta tendencia se ve reflejada en países como el nuestro y en nuestra ciudad se puede observar que en un periodo de 12 años la morbilidad por este padecimiento se ha incrementado en más del 6%. Hasta ahora se tienen datos referentes a la enfermedad pero estos datos solo dan cuenta del aspecto estadístico de la misma sin tomar en cuenta otro aspecto importante como lo es la familia. Por ello, una de las preguntas que pretendo entender con este trabajo es: ¿Cuál es el impacto que ésta tiene en las familias derechohabientes del Seguro Social en este municipio?

Creo que existe una relación entre la displasia cervical y la funcionalidad familiar, y uno de los motivos que mayormente me impulsa a buscar esta relación es el hecho de que en el centro laboral en que me desarrollo se atiende a una considerable cantidad de mujeres con este padecimiento y por ende cada una de ellas representa una familia. Como medico familiar considero que si bien debo de atender la salud de mis pacientes mis funciones también deben de encaminarse hacia el aspecto familiar para con ello poder brindar una atención más integral. Así mismo, pienso que si se logra manifestar una relación entre la displasia cervical y la funcionalidad familiar podemos aportar con mayores elementos que redunden en el beneficio de las pacientes atendidas en el hospital y con ello ayudar a las cifras estadísticas del IMSS para futuros estudios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En países de América Latina se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia en todo el orbe. Se estima que en esta región, una de cada 1000 mujeres de 35 a 55 años padece cáncer del cuello uterino, enfermedad que es precedida durante meses o años de una lesión premaligna in situ.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social 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. Si se toma como referencia a las mujeres menores de 40 años y se compara con cada uno de los grupos etéreos, el riesgo de fallecer por esta neoplasia es cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 (IC 95% 4.2-6.4) y se eleva hasta 10 veces en las mujeres mayores de 80 años (IC 95% 7.3-12.6).

La incidencia de cáncer cervicouterino fue de 9.7 casos por 100 000 años persona de observación en 1989. Tanto la mortalidad como la morbilidad se distribuyen en forma desigual a nivel nacional. La incidencia y mortalidad del CaCu en México es (al rededor de 15,500 casos nuevos y 4500 muertos por año).

Es necesario impulsar la realización de estudios que permitan conocer mejor la ocurrencia de este padecimiento y la participación de los diferentes factores de riesgo conocidos en su presentación.

Con base a lo anterior descrito, surge la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de displasia cervical atendidas en el Hospital General de Zona Con Medicina Familiar 1, en el I.M.S.S. En la ciudad de San Luís Potosí?

JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública que presenta una incidencia elevada en nuestro país y estado sobrepasando en más de 2 millones de detecciones al año. La presencia de cambios celulares previos al desarrollo de cáncer tales como displasia permite realizar medidas de salud preventivas. Si bien es cierto que la detección por medio de estudios ha prevenido en mucho este mal también es cierto que estas detecciones han colaborado para obtener datos sobre la presencia del mismo (34).

Como reflejo de lo anterior y de las estadísticas nacionales e internacionales y gracias a los millones de análisis realizados al año en el país se puede observar que en nuestro estado, en el lapso comprendido entre 1976 a 1998, este padecimiento tuvo un incremento del 6.2% lo cual es considerable si se toma como referencia el total de la población atendida en clínicas y hospitales de la entidad. (34).

Como medico familiar yo soy la encargada de administrar estos estudios y a su vez una de mis funciones es informar sobre la presencia del este padecimiento a las pacientes y algunas veces a sus familias. Y si tomo en cuenta que la familia como núcleo fundamental de toda sociedad debe mantener una funcionalidad adecuada y que ésta funcionalidad puede verse afectada por múltiples factores, entre ellos la presencia de una enfermedad. Entonces como profesionista de la salud no puedo abstraerme de la búsqueda del bienestar familiar en los derechohabientes que atiendo.

Creo que en mis funciones de medico familiar debo de estar conciente de que este padecimiento, cuya mortalidad en hasta hace menos de 10 años era del 12 casos por cada 100000 derechohabientes del IMSS, afecta a las familias y esta afectación puede conllevar o desencadenar otros tipos de problemas sociales que puedan repercutir más allá del núcleo familiar. (34)

Y es mediante la realización de este tipo de estudios en donde gracias a que contamos con instrumentos de medición más precisos para evaluar la

funcionalidad familiar, podemos tener datos cada vez más fidedignos y con ello poder brindar una mejor atención.

Creo que si se logran establecer vínculos entre la presencia de displasia el funcionamiento familiar los médicos familiares contaremos con mayores elementos y con ello se puedan encauzar medidas institucionales que coadyuven en el beneficio de las pacientes diagnosticadas con este mal y en un mayor bienestar en sus familias.

Por otra parte tomando en cuenta que dentro del hospital en que laboro se cuenta con una población ya diagnosticada con displasia cervical y que parte de ese universo son pacientes mías. Y que otra parte de esa población acude reularmente a recibir atención al hospital es posible llevar a cabo el presente trabajo ya que se cuenta con los recursos y medios necesarios para los mismos aparte de la población cautiva mencionada con anterioridad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la adaptabilidad familiar en pacientes con displasia cervical atendidas en el Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luís Potosí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia en grupos edad de pacientes con displasia cervical.
- Determinar la frecuencia y el tipo de displasia cervical presente en las pacientes.
- Determinar los tipos de familia más frecuentes y sus frecuencias de las pacientes con displasia cervical.
- Determinar la frecuencia de pacientes con diagnostico de displasia cervical.

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional: estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

DISEÑO:

Transversal: estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

POBLACION: Pacientes femeninas que acudan a clínica de displasias con diagnostico de Displasia cervical de cualquier grado.

LUGAR DEL ESTUDIO:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 de la ciudad de San Luís Potosí, SLP (clínica de displasia)

UNIVERSO DE ESTUDIO.

Pacientes femeninas usuarias de clínica de displasia

LIMITE DE TIEMPO. Enero 2007 - Diciembre del 2007

TECNICA DE MUESTREO.

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizaron un total de 150 entrevistas a la población natural de acudió a la consulta de Clínica de displasia en el H.G.Z No.1 con Medicina Familiar, de enero a diciembre del 2007 realizándose por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Pacientes de 24 – 64 años con diagnostico de displasia cervical
- Pacientes con diagnostico en el último año
- Adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 (clínica de displasia)
- Con vigencia de derechos
- Pacientes que acepten participar

Criterios de No inclusión.

- Pacientes que cuenten con su alta médica de clínica de displasia
- Pacientes con diagnóstico citológico de displasia sin confirmar por colposcopia
- Pacientes embarazadas
- Fichas de identificación incompletas

Criterios de Eliminación

- Cuestionarios incompletos
- Pacientes con patología psiquiátrica de fondo
- Pacientes que migraron o cambiaron de unidad de atención médica
- Pacientes que no desean participar

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Dependiente: Adaptabilidad familiar

Escala de medición ordinal, medida en grados de disfunción:

- la más funcional
- las de mediana funcionalidad y
- las menos funcionales

Mediante escala FACES II, (Family Adaptability and Cohesión Evaluación Scale) (anexo 1).

Independiente: Presencia de displasia cervical

Nombre: Adaptabilidad

Definición conceptual: El patrón de descubrimiento seguido de invención, seguida de otro descubrimiento, es característico de la capacidad de invención de la especie humana.

La capacidad de invención, restringida al *Homo sapiens* y tal vez a unos pocos animales, implica también una capacidad continuada para adaptar los descubrimientos a la vida cotidiana.

Definición operacional: A través del instrumento.

Categorización:

- 1.-Rígida
- 2.-Flexible
- 3.- Estructurada
- 4.- Caótica

Nombre: Rígido

Definición conceptual: Que no se puede doblar. Riguroso, severo.

Definición operacional: A través del instrumento.

Categorización:

- 1.-Rígidamente desapegado
- 2.-Rígidamente separado
- 3.-Rígidamente conectado
- 4.-Rígidamente apegado.

Nombre: Caos

Definición conceptual: Estado amorfo e indefinido que se supone anterior a la ordenación del cosmos. Confusión, desorden.

Definición operacional: A través del instrumento

Categorización:

- 1.-Caóticamente desapegado.
- 2.-Caóticamente separado.
- 3.-Caóticamente conectado.
- 4.-Caóticamente apegado.

Nombre: Desapego.

Definición conceptual: Falta de afición o interés, alejamiento, desvío.

Definición operacional: A través del instrumento

Categorización.

- 1.-Rígidamente desapegado.
- 2.-Flexiblemente desapegado.
- 3.-Estructuralmente desapegado.
- 4.-Caóticamente desapegado.

Nombre: Familia.

Definición conceptual: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Definición operacional: A través del instrumento.

Categorización:

- 1.-Nuclear
- 2.-Extensa
- 3.-Compuesta.

PROCEDIMIENTOS

1. Elaboración, evaluación y autorización del protocolo de investigación, por el comité local de investigación de la Residencia en Medicina Familiar.
2. Se informará y explicará a cada una de las pacientes el motivo del presente estudio de manera personal, en su domicilio ó en la fecha que acuda a su cita.
3. A las pacientes que acepten ingresar al presente estudio se les dará a firmar hoja de consentimiento informado.
4. Una vez firmada carta de consentimiento informado se realizará encuesta individual mediante la escala FACES II, la cual se realizará por la investigadora personalmente para asegurar el correcto llenado de la misma.
5. Los datos obtenidos al final del reclutamiento de todas las pacientes detectadas, se analizarán y se reportarán.
6. El cuestionario se aplicara en turno matutino, en la sala de espera del Hospital general de Zona con M.F. No. 1 a las pacientes que acudan a clínica de displasias.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará estadística descriptiva con medidas de frecuencia y porcentajes.

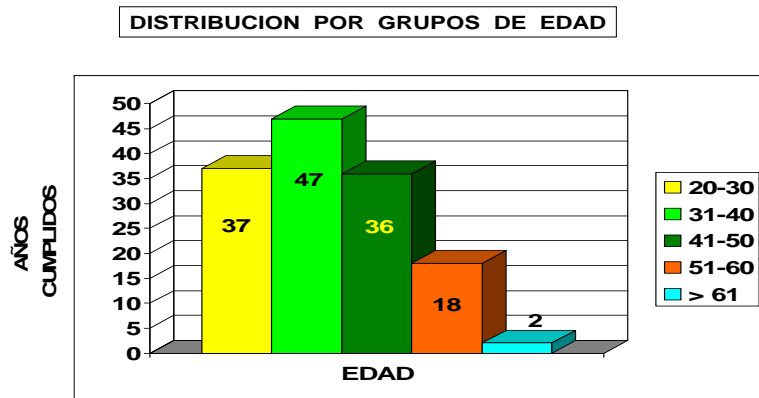
CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con el reglamento general de salud en materia de investigación, a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia, Junio de 1964) y enmendada por la 29ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio, Japón, Octubre de 1975), la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia, Italia, Octubre de 1983) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, Septiembre de 1989), y en el capítulo de Bioética en la Investigación en Salud, de la Secretaría de Salud, sin dañar la integridad física, mental ni moral de las personas participantes. Se otorgará el consentimiento informado por escrito a cada una de las pacientes que participan; y se garantizará la confidencialidad de la información (ver anexo 4).

RESULTADOS

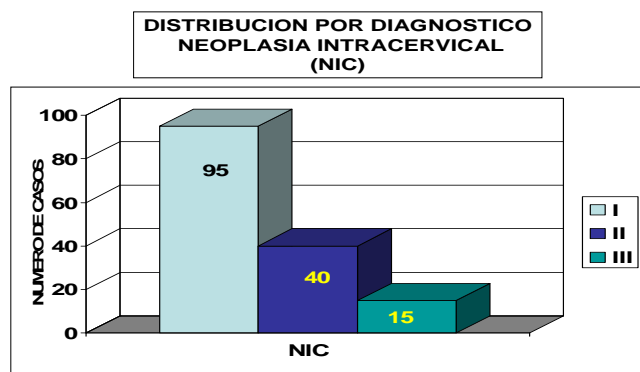
Una vez llevada a cabo la aplicación de los cuestionarios y las entrevistas siguiendo los lineamientos de inclusión y exclusión marcados con anterioridad se obtuvieron los siguientes resultados.

Se validó 140 de los 150 cuestionarios, quedando fuera 10 de los mismos por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. De estas pacientes se observa que el 33.5% del total de la población se encuentra en el rango de edad de 31 a 40 años. Le siguen de cerca en forma muy similar el rango de 20 a 30 años y de 41 a 50 años con un 26.42% y un 25.7% respectivamente. El rango de edad de 51 a 60 años representa el 12.8% y los mayores de 61 años solo son el 1.42% del total de la muestra. Estos datos se pueden observar en la siguiente gráfica



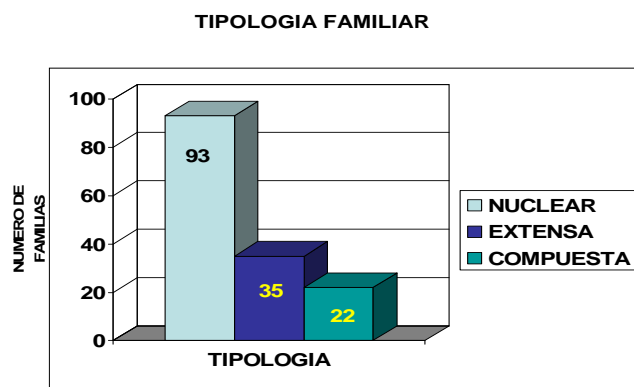
FUENTE: ENCUESTAS

Referente al tipo de neoplasia cervical tratada en las pacientes se observan los siguientes resultados. El tipo 1 de este padecimiento se encuentra presente en el 67.8% del total de la muestra. El tipo 2 se encuentra en casi la mitad del anterior con un 28.5%. Mientras que el tipo 3 se ubica en el 10.8 restante del total de muestra. Lo anterior se puede ver en el gráfico siguiente.



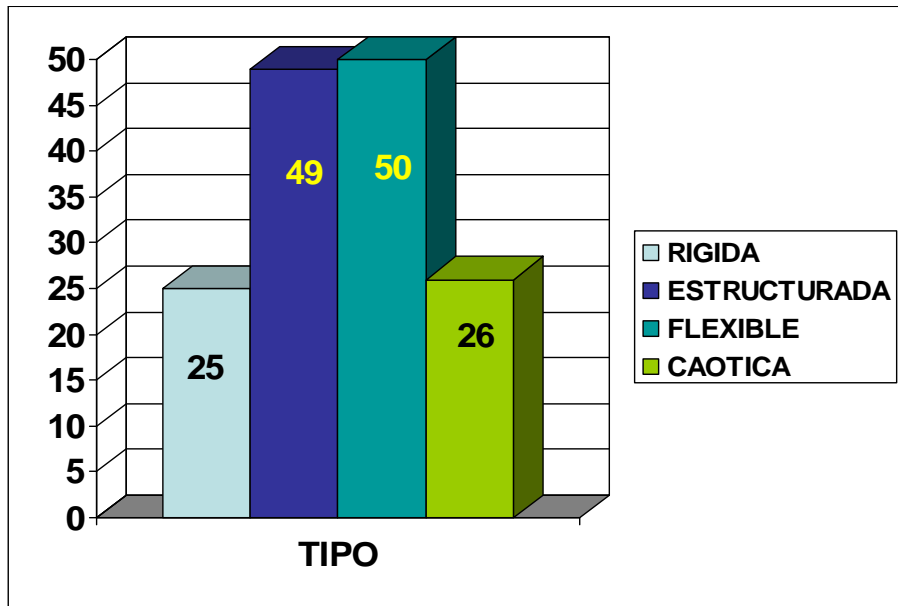
FUENTE: ENCUESTAS

Las familias representadas por las mujeres encuestadas se encuentran clasificadas en tres tipos: familia nuclear, familia extensa y familia compuesta. La primera comprende el 59.2% de la muestra, el 25% lo comprende la familia extensa y la familia compuesta esta representada por el 15.8% de la muestra como se puede ver a continuación.

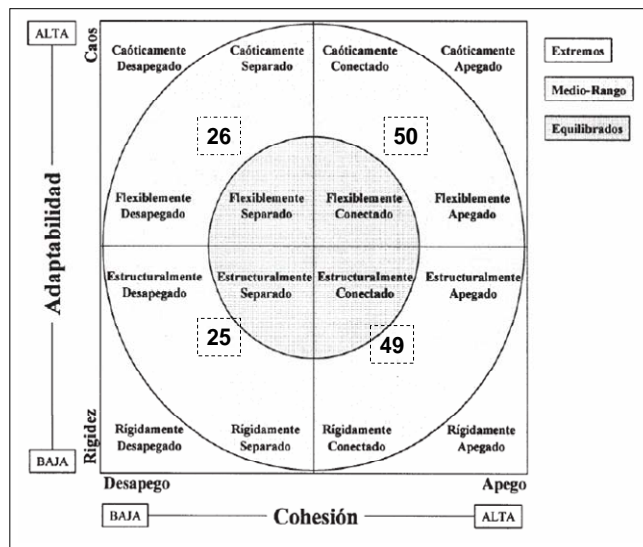


FUENTE: ENCUESTAS

La adaptabilidad familiar de las derechohabientes encuestadas se distribuye de la siguiente forma: la lista la encabezan la adaptabilidad flexible y estructurada con un 35.7% y un 35% respectivamente. La diferencia entre ambos es casi nula, casi al igual que la marcada entre la adaptabilidad caótica y rígida 18.5% y un 17.8% respectivamente como se observa en las siguientes graficas.



COMBINACIONES EN FACES III Y RESULTADOS DE ENCUESTA(NÚMERO DE FAMILIAS)



FUENTE: ENCUESTAS

Una vez capturados los resultados de estos estudios se procede a analizarlos y discutirlos a continuación.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo es determinar la adaptabilidad familiar en pacientes con displasia cervical atendidas en el Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luís Potosí. Como se puede observar en los resultados se detecta que la adaptabilidad tanto flexible como estructurada predominan en los resultados; también se puede puntualizar que no existe una diferencia marcada entre la adaptabilidad flexible y la estructurada. Similar ocurre entre la adaptabilidad caótica y rígida. Ello puede ser un indicador de que la mayoría (70% entre flexible y estructurada) de las familias donde se presenta este padecimiento su adaptabilidad tiende a factores positivos (35).

Lo anterior nos hace inferir que en su mayoría las familias hacen frente a esta enfermedad y se adaptan bien a las vicisitudes que se presentan. También nos puede indicar que en su mayoría éstas demuestran una unión familiar tradicional palpable a pesar de los cambios en la sociedad de hoy en día. Es probable que esta buena adaptación sea por la unión tradicional o como indica Lazarus de que al manifestarse una enfermedad la unión familiar tiende a fortalecerse (7).

Tomando en cuenta que esta enfermedad es la tercera causa de muerte en las mujeres de 30 – 40 años y esta dentro de las 10 primeras en mujeres hasta los 64 años (11), el indagar los rangos edad de las pacientes con este mal es indispensable y por ello es uno de los objetivos específicos del mismo.

De acuerdo con los resultados emanados se puede observar que al igual que las estadísticas nacionales es en el rango edad 31 – 40 años donde se presenta con mayor frecuencia este padecimiento, superando notoriamente los dos rangos que le siguen; de 20-30 y de 41 -50 en más de 8%. Este dato confirma el porqué el mayor índice de mortandad se encuentra en este grupo edad (34, 35).

Al comienzo de este trabajo se infiere que es la displasia cervical tipo I la más común en las pacientes porque así lo es a nivel nacional y se ve reflejado en el incremento ocurrido en San Luis Potosí; ello representa otro de los objetivos de este trabajo. Los datos anteriores se ven reflejados una vez analizando los datos pues el 60.7% de la población encuestada presenta este tipo de displasia en el hospital (1, 11, 35).

Con el presente trabajo también se puede observar que a pesar de los cambios de hoy en día respecto a la forma de la familia, aun estamos bajo un tipo nuclear principalmente. Por ello uno de los puntos a dilucidar con este trabajo es determinar el tipo de familia más común en las pacientes ya que según la información recabada en nuestro país aun prevalece un modelo tradicional nuclear. Al respecto se puede ver que más del 50% tiene una familia nuclear lo cual confirma la tendencia nacional marcada entre otros por Pampliega y Rubinstein (3, 35).

CONCLUSIONES

Después de analizar resultados se concluye que la Adaptabilidad familiar estructurada y flexible se presenta en la mayoría de los casos de las encuestas realizadas.

Los objetivos generales como específicos de esta investigación se cumplieron y fueron satisfactorios. Pero de los mismos se observa que por las cantidades registradas puede haber una relación entre el tipo de displasia cervical y la adaptabilidad familiar, así como, el tipo de familia. Queda para posteriores estudios determinar si en verdad existe o no una relación entre estos factores y en que forma puede estar dicha relación.

Se confirma también el rango edad de 31 a 40 años como el más recurrente en la presencia de este padecimiento en relación a los índices nacionales. Por lo cual debemos de prestar especial atención a nuestras pacientes con esta edad. Una de las acciones que podemos tomar como médicos familiares al ubicar a pacientes de esta edad es motivarlas a que se realicen los estudios pertinentes cuando asistan a nuestro consultorio pues de acuerdo a lo revisado la frecuencia de este mal alcanza a 4 de cada 10 mujeres con esta edad.

Por otra parte se determina que el tipo I de displasia cervical es el más recurrente en la población, sin embargo, es de tomar en cuenta que el tipo II presenta un alto índice en la población. Al respecto como médicos familiares debemos de tomar en cuenta este dato pues existe ya un riesgo de vida en el tipo II si no se detecta a tiempo. Y es aquí donde nuestro actuar puede ser determinante.

Respecto a la familia se puede aun palpar que la mayoría de las pacientes tienen una familia nuclear, lo cuál según estadísticas nacionales concuerda las mismas. Por ello creemos que este hecho puede tener una incidencia de peso en el tipo de adaptabilidad familiar detectada en las pacientes con displasia

cervical. Queda para futuras investigaciones el discernir si el tipo de familia nuclear es preponderante en la presencia de la adaptabilidad familiar estructurada y flexible encontradas en las pacientes con este padecimiento.

Creo que con los resultados obtenidos en el presente trabajo se puede coadyuvar en la búsqueda de una mejor atención, partiendo de una mayor comprensión en el ámbito familiar y su adaptabilidad, a las pacientes con displasia cervical atendidas en el hospital donde presto mis servicios. Así mismo, se le hará llegar los resultados obtenidos de la presente a las autoridades del hospital para que puedan ser tomadas en cuenta durante la elaboración de planes y talleres acerca de este padecimiento que lamentablemente aqueja día a día a un mayor número de mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Sauceda GJM, Foncerrada MM. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. *Rev. Med IMMSS* 1985; 23: 159-166.
- 2.-Jackson DD. The study of the family. *Fam Process* 1965; 4:1-9
- 3.- Adolfo Rubinstein. *Medicina Familiar Y Práctica Ambulatoria*. 2003, Pág.23—24.
- 4.-Tseng WS, McDermott JF. Triaxial Family Classification. A proposal. *J. Child Psychiatry* 1979; 18:22-53.
- 5.-American Psychiatric Association. *Diagnostic and Satatistical Manual of Mental Disorders*. 4a. ed. (DSM-IV).Waschington, DC: American Psychiatric Assocaition; 1994.
- 6.-Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the psyuchiatric assessment of children and adolenscents. *J AmAcad Child Adolescent Psychiatry* 1995;34:1386-1402.
- 7.-Lazarus RS. Psychologicla stress and coping in adaptation and illness. *Int J Psychiatry Med* 1976;5:321-333.
- 8.- Schiffman MH, Brinton LA: The epidemiology of cervical carcinogenesis. *American Cancer Society National Conference on Gynecologic Cancers*. Wash ington, D.C. *Cancer* 1995; 76(10): 1888-1902
- 9.- Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G y cols: An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario and Detroit, Michigan, metropolitan areas. *Am J Public Health* 1997; 87: 1156-63.
- 10.- Suárez E, Prieto M, Rojas I y cols: Programa nacional de cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; 66(6): 480-91.
- 11.- Alonso P. Lazcano E. Hernandez A. *Cancer cervicouterino. Diagnóstico, Prevención y Control*. Ed Panamericana. 2000.

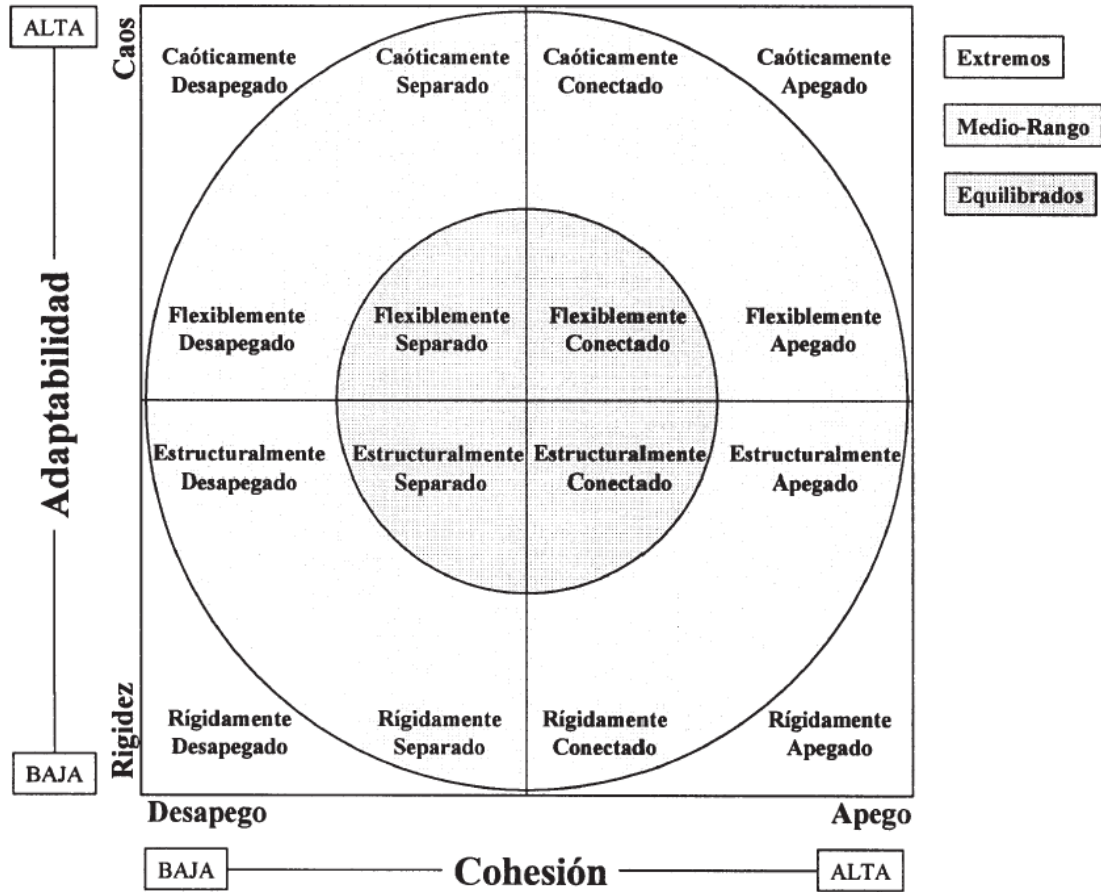
- 12.- Wetrich DW. An analysis of the factors involved in the colposcopic evaluation of 2194 patients with abnormal Papanicolaou smears. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:1339-1345.
- 13.- Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 1967; 10: 748-84.
- 14.- Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 131-3ç
- 15.- Hellberg D y cols: Positive cervical smear with subsequent normal colposcopy and histology. Frequency of CIN in a long-term follow-up. *Gynecol Oncol* 1994; 53: 148-51.
- 16.- Nasiell K y cols: Behavior of mild cervical displasia during long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 665-9.
- 17.- Ostör AG: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12: 186-92.
- 18.- Baldauf JJ y cols: Comparison of the risk of cytologic surveillance of women with atypical cells of low-grade abnormalities on cervical smear: review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 76: 193-9.
- 19.- Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T: Natural History of Displasia of the Uterine Cervix. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91(3): 252-8.
- 20.- Hines JF, Ghim SJ, Bennet Jenson A: Human Papillomavirus infection. *BMJ* 1996; 312: 522-23.
- 21.- Jensen AB, Lancaster WD: Papillomavirus and human cancer. Boca Raton: CRC Press, 1990.
- 22.- IARC Working Group on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Human Papillomavirus. Vol 64 of IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to humans. Lyon: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, 1995.
- 23.- Lorincz AT, Reid R, Jenson AB y cols: Human Papillomavirus Infection of the cervix: relative risks association of 15 common anogenital types. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 328-37.

- 24.- Lethinen M, Dillner J, Kmekt P y cols: Serologically diagnosed infection with human papillomavirus type 16 and risk for subsequent development of cervical carcinoma: a nested case-control study. *BMJ* 1996; 312: 537-9.
- 25.- Franco EL, Villa LL, Richardson H y cols: Epidemiology of cervical human papillomavirus infection. En: Franco EL, Monsonégo J (eds). *New Developments in Cervical Cancer Screening Prevention*. Oxford, UK: Blackwell Science 1997; 14-22.
- 26.- Hildesheim A, Schiffman MH, Gravitt PE y cols: Persistence of type specific human papillomavirus infection among cytologically normal women. *J Infect Dis* 1994; 169: 235-40.
- 27.-Franco EL, Villa LL, Sobrinho JP y cols: Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect Dis* 1999; 180: 1415-23.
- 28.- Ho GYF, Burk RD, Klein S y cols: Persistent genital human papillomavirus infections as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 1365-71.
- 29.- Muñoz N, Bosch FX, Desanjose S y cols: The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case-control study in Colombia and Spain. *Int J Cancer* 1992; 52: 743-9.
- 30.- Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN y cols: Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 958-64.
- 31.- McCrory DC, Matchar DB, Bastian L y cols: Evaluation of cervical cytology. Evidence report-technology assesment no 5; AHCPR publ n99-E010. Rockville, MD: Agency For Health Care Policy Res 1999.
- 32.-. Results of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *MMWR* 1994; 43: 530-4.
- 33.-. Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A y cols: HPV DNA testing in Cervical Cancer Screening. *JAMA* 2000; 283: 87-93.
- 34.- MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

35.- Martínez Pampliega Ana/Iraurgi Loseba/family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES). 2006 vol.6 no.2, pp.317,319,320.

ANEXO 1

Clasificación de Funcionalidad Familiar



ESCALA PARA EVALUAR ADAPTABILIDAD FAMILIAR

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE	RESULTADO
Rígida	10-19	Extrema
Estructurada	20-24	Mejor
Flexible	25-28	Mejor
caótica	29-50	Extrema

ANEXO 2

CUESTIONARIO

FACES II

**1.-Nunca o casi nunca 2.-Pocas veces 3.-A veces 4.-Con frecuencia
5.-Casi siempre**

- 1.-Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. (C) 1 2 3 4 5
- 2.-Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos. (A) 1 2 3 4 5
- 3.-En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa. (A) 1 2 3 4 5
- 4.-Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia. (C) 1 2 3 4 5
- 5.-Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.(C) 1 2 3 4 5
- 6.-En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones) (A) 1 2 3 4 5
- 7.-Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución. (A) 1 2 3 4 5
- 8.-En nuestra familia hacemos cosas juntos. (C) 1 2 3 4 5
- 9.-Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente. (A) 1 2 3 4 5
- 10.-En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina). (C) 1 2 3 4 5
- 11.-A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos. (C) 1 2 3 4 5
- 12.-En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión. (A) 1 2 3 4 5
- 13.-Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles. (C) 1 2 3 4 5
- 14.-En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas. (A) 1 2 3 4 5
- 15.-Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies. (C) 1 2 3 4 5
- 16.-Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes. (A) 1 2 3 4 5

- 17.-Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus deci- 1 2 3 4 5
Siones. (C)
- 18.-Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo. (A) 1 2 3 4 5
- 19.-La unidad familiar es una preocupación principal. (C) 1 2 3 4 5
- 20.-Los miembros de la familia comentamos problemas nos sen- 1 2 3 4 5
Timos muy bien con las soluciones encontradas. (C)

ANEXO 3

CUESTIONARIO MODIFICADO FACES II PARA ADAPTABILIDAD FAMILIAR

El cuestionario que se aplicará es el siguiente:

RESPUESTAS: 1/NUNCA 2/CASI NUNCA 3/ALGUNAS VECES
 4/CASI SIEMPRE 5/SIEMPRE

DESCRIBA SU FAMILIA

- 1.-EN NUESTRA FAMILIA, SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS PARA RESOLVER PROBLEMAS.
- 2.-LOS HIJOS PUEDEN OPINAR EN CUANTO A DISCIPLINA.
- 3.-CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIDAD.
- 4.-NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER SUS COSAS.
- 5.-PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS CASTIGOS.
- 6.-EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DECISIONES.
- 7.-EN NUESTRA FAMILIA LAS REGLAS CAMBIAN.
- 8.-INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE NOSOSTROS.
- 9.-EN NUESTRA FAMILIA ES DIFÍCIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA AUTORIDAD.
- 10.-ES DIFÍCIL DICIR QUIEN HACE LAS LABORES DEL HOGAR.

TIPO DE FAMILIA

- 1.-NUCLEAR 2.-EXTENSA 3.-COMPUESTA

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA CERVICAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 1, SAN LUIS POTOSI

Se me ha explicado que mi participación consiste en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, riesgos e inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación, que son los siguientes _____

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que estoy recibiendo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, matricula y firma del Investigador principal.

Testigo

Testigo

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACCIONES	Jul-DIC 2006	Ene- jul 2007	Jul-Dic. 2007	Abr. 2008
REDACCION Y AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO	XX			
Obtención de carta de aceptación por Parte del IMSS para realización de proyecto		XX		
Reclutamiento de pacientes			XX	
Análisis y presentación de resultados				XX

