



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 37
LOS MOCHIS AHOME SINALOA MEXICO

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER
CERVICO-UTERINO EN EL HOSPITAL GINECO PEDIATRICO #2 DE LOS
MOCHIS, SINALOA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE OCTUBRE DEL
2008 A OCTUBRE DEL 2009.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA

DR. RICARDO DIMAS DOMÍNGUEZ
SINALOA, MEXICO

2010



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.

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER
CERVICO-UTERINO EN EL HOSPITAL GINOCO PEDIATRICO #2 DE LOS
MOCHIS SINALOA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE OCTUBRE DEL
2008 A OCTUBRE DEL 2009.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. RICARDO DIMAS DOMINGUEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANSISCO JAVIER FLAVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIÂS HERNENDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENETE CON DIAGNOSTICO DE CANCER
CERVICO-UTERINO EN EL HOSPITAL GINECO-PEDIATRICO #2 DE LOS
MOCHIS SINALOA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE OCTUBRE DEL
2008 A OCTUBRE DEL 2009

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. RICARDO DIMAS DOMINGUEZ

AUTORIZACIONES

DIRECTOR DE TESIS

M.C. PAULA FLORES FLORES
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ASESOR:

DR. FEDERICO ARTURO FÉLIX MÉNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD HG#49, LOS
MOCHIS, AHOME, SINALOA.

INDICE

- 1.- TITULO.
- 2.- INDICE GENERAL.
- 3.- MARCO TEORICO O MARCO DE REFERENCIA O ANTECEDENTES.
- 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- 5.- JUSTIFICACION.
- 6.- OBJETIVOS.
 - 6.1.- OBJETIVOS GENERALES.
 - 6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.
- 7.- METODOLOGIA.
 - 7.1.- TIPO DE ESTUDIO
 - 7.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.
 - 7.3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA
 - 7.4.- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.
 - 7.5.- INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.
 - 7.6.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.
 - 7-7.- CONCIDERACIONES ETICAS-
- 8.- RESULTADOS.
 - 8.1.- TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS.
 - 8.2.- DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.
- 9.- DISCUSIÓN (ANALISIS DE RESULTADOS).
- 10.- CONCLUSIONES.
- 11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.
- 12.- ANEXOS.

MARCO TEORICO

El cáncer cervico-uterino es uno de los principales problemas de salud publica, a nivel mundial y de la mujer mexicana por lo tanto que su prevención y atención medica es una prioridad institucional, con casi 500 000 casos diagnosticados cada año. En Latinoamérica mueren 30,000 mujeres al año. la evidencia epidemiológica y las experiencias mundiales han demostrado la afectividad de los programas de detección a la reducción de la morbilidad y mortalidad de este cáncer que es la principal causa de muerte en las mujeres en países en vía de desarrollo y el 2do lugar a nivel mundial en la población femenina. En los años 1987 y 1990 México se ubico en el primer lugar de mortalidad por esto padecimiento en el mundo.

La dirección de prestaciones médicas desarrolló un plan de acción, con la participación de todas sus coordinaciones normativas para la actualización del programa de detección y control del cáncer cervico-uterino y asegurar un manejo integral del problema. Es así como nace un nuevo programa para la vigilancia, prevención, diagnostico y tratamiento y control de cáncer cervico-uterino el cual contempla todas las áreas y niveles que participan en el progreso, conjuntando la prevención secundaria a través de la etiología cervical y el logro de una cobertura y calidad ampliadas y el diagnostico y tratamiento oportuno del las displasia. Un sistema de vigilancia epidemiológica que incluye el registro nominal para el control y seguimiento de los casos y como sostén de lo anterior la educación medica de los equipos de salud y la comunicación educación dirigida a la población.

La educación como elemento principal para formar la salud en cualquiera de sus modalidades se realiza siempre mediante el proceso de comunicación.

A través de la comunicación educativa se puede promover el uso adecuado de los servicios de salud crear una amplia sensibilidad tanto en prestadoras de servicio como en la población en general.

En 1941 George N. Papanicolaou desarrollo la técnica para la toma de muestra, procesamiento y lectura de la citología cervical.

El surgimiento y desarrollo del cáncer son fenómenos complejos explicados de diferentes formas a lo largo de la evolución del conocimiento científico. Varias teorías han surgido al respecto y aspectos epidemiológicos, bioquímicos, genéticos y moleculares se combinan para dar respuesta al problema. En donde el factor de carcinogénesis es un factor de procesos múltiples donde la alteración molecular en especial con su ciclo celular, y donde la edad y el sexo y la raza, la herencia son factores genéticos importantes. Existe una clara relación entre carcinogénesis y mutogenesis inducidos por 3 clases de agentes. Carcinogénesis química causa cambios locales en la secuencia del A.D.N. radiaciones ionizantes, provocan traslocación y ruptura del cromosoma. los virus se introducen su secuencia nucleótidos en el interior de la célula (1)

Desde el punto epidemiológico de la mortalidad en cáncer cervico-uterino en México constituye una de las causas más comunes de mortalidad en la mujer se estima que hay 231 000 muertes, el 80 % en países de vías de desarrollo en México entre 1990 y 2000 se reportan 48 761 mil disfunciones. un estudio realizado en

El año 1980 al 2001 la mortalidad por el INEGI el cálculo se realiza por periodos de 5 años a partir de los 25 años de edad, las tendencias de las tasas ajustadas por edad presenta una tasa de 12.8 de defunciones que aumenta al 15.6 en el año 1988, para disminuir al 2004 con una tasa de 8.8 de muertes por cada 100 000 mil mujeres mayores de 25 años. Las entidades con mayor mortalidad son Colima 21.1%, Tabasco 19.9%, Morelos 18.9%, y Sinaloa 13.0. Los estados con menos mortalidad son Nuevo León 9.0, Distrito Federal 7.9%. El programa nacional de cáncer cervico-uterino. En México se ofrece anualmente a mujeres de 25 a 65 años y forma parte integral de los servicios de salud, pero la infraestructura es insuficiente solamente sirve para el análisis de una mujer cada 5 años (2).

Se realiza un estudio analítico de tipo control de 118 mujeres donde 59 mujeres se negaron a realizar el estudio y 59 estaban dispuestas a realizarse de D.O.C. o Papanicolaou con la finalidad de identificar los factores que condicionan la conducta de negación para este examen se realiza este estudio en la Isla de

Santiago de Cuba en la unidad 20 de noviembre 2002. donde los resultados obtenidos revelaron un promedio de factores predisponentes como temor a la prueba (54.2%) el temor a positividad a cáncer (44.1%) y a la misma realización del examen por considerar locales inadecuados. este estudio se realiza para su validación estadística de los resultados se aplica por el estadígrafo CHI cuadrado da con un 95% de confiabilidad solo el 5% de los encuestados no sabia para que era la prueba y tres de estas desconocían el método de la toma de la muestra. de todo lo anterior expuesto se derivan las siguientes recomendaciones, desarrollar un estudio de intervención tomando en cuenta la particularidad causal como mecanismo eficaz para disminuir, modificar y erradicar las conductas de la negación hacia la misma prueba, en cada área de salud deben buscarse las causas que conducen a estos comportamientos, adecuar y mejorar las condiciones de los locales donde se realizan este examen. (3)

Para medir la calidad de toma de la muestra de D.O.C. cervico-uterino se apega a la N.O.M.014. SSA- 2 de 1994. Se evaluó la calidad de proceso de la toma de muestra para este examen de un total de 100 casos y se pregunta a la paciente si se realizara este estudio. Donde el resultado en cuanto al procedimiento técnico se encontró un 60% de apego a la norma y de un 47% y de afectividad menor 55% y un 11% de los encastados no volverían a efectuarse la prueba, este grupo de pacientes son promotores de negatividad al programa esto se da por la falta de información del personal operativo a la paciente del mismo resultado (4).

Como es conocido los factores asociados para el tamizaje del cáncer cervico-uterino para su incumplimiento derivada por los múltiples factores para un buen funcionamiento de este programa se lleven a cabo. en los países desarrollados han disminuido la mortalidad por esta patología ya que en los países en vías de desarrollo continua siendo la principal causa de mortalidad en la mujeres, lo cual esta dada por la falta de un control detección oportuna del cáncer cervico-uterino, por mas de tres años o la misma ausencia de este, el analfabetismo, el mismo embarazo desconocer la misma enfermedad y falta de control de atención preventiva (5).

Dentro de los factores epidemiológicos que presentan proporciones significativas mayores. En mujeres con antecedentes de abortos provocados, el uso de anticonceptivos, múltiples compañeros sexuales, el hábito de fumar así como enfermedades de transmisión sexual. Especialmente el virus del papiloma humano, se afirma que el cáncer cervico-uterino es mas frecuente 4 veces en las prostitutas la presencia del virus del papiloma humano en mujeres elevan 7 veces las posibilidades de tener una neoplasia intrepetrineal (6).

En todas las instituciones de salud, los tumores malignos están en aumento, como en el I.M.S.S. las estadísticas de estas neoplasias en el periodo de 1990 al 2003, la demanda de los servicios de medicina familiar, especialidades va en aumento para la atención de tumores malignos, esto es debido a como la población envejezca estas neoplasias van en aumento, aunque existan programas bien establecidos para la atención de tumores malignos en la mujer como DOC. Cáncer cervico-uterino, cáncer de mama, se requiere establecer estrategias avocadas y muchas otras que atienden a todos los grupos de edad. en el I.M.S.S. el primer lugar de atención muestra un promedio de 110 000 consultas anuales para medicina familiar y 80 000 a especialidades y son aproximadamente 80 000 egresos hospitalarios para este grupo de patologías (7)

Se conoce en la actualidad más de 80 tipos del V.P.H. clasificados de alto riesgo para desarrollar cáncer cervico-uterino, y que este tipo de virus son los responsables de más del 90% de todos los casos de cáncer cervico-uterino. El diagnostico de este se basa en la triada citología colposcopia biopsia, favorecida por el programa de DOC, Cervico-uterino. La FIGO reporta un 5% de neoplasia genitales femeninas lo cual las ubica en el 4to lugar a nivel mundial, el VPH de alto riesgo es 16-58%(cáncer escamoso) y el VPH 18-12%(adenocarsinoma) y V-P-H- 45-8%, V-P-H- 31-5%. El V.P.H. 6-11 son capaces de producir el condiloma acuminado en mas de 90 % de los canceres detectaos se ha podido detectar a-d-n- del papiloma humano ya que mas de 30 tipos de este virus son capaces de infectar el tracto genital (8).

El cáncer que se asocia al embarazo representa una incidencia del 0.02% al 0.1% de todos los embarazos, se estima que uno por cada 1000 a uno de cada 1500 nacidos se han asociado a una neoplasia. Esta patología diagnosticada durante el embarazo en México el 2.7%, de todos los embarazos esto ocasiona unas series de conflictos a la madre, familia y equipo medico tratante para este tipo de paciente requiere la valoración conjunta de varios especialistas para la misma toma de decisiones y obtener un buen resultado para la madre como al hijo (9).

Se realizaron 914 cuestionarios con 6 preguntas donde 644 eran estudiantes de primer ingresos a un estudio profesional, 177 era personal admón., y 63 docentes donde el resultado para la negativa de no realizarse la detección de cáncer cervico-uterino en la mayoría es por no haber tenido relaciones sexuales aun, ni ETS. Las que tienes relaciones sexuales activas las consideran innecesarias y desconocer las mismas pruebas donde las estudiantes con un 80-85% saben para que sirva el D.O.C. así mismo el nivel de personal admón. y docente de un 94-97.4 %. Otras de las causas es la misma decidía y falta de tiempo, actualmente en la Republica Mexicana la prevalencia en la utilización del Papanicolaou en mujeres de 20 a 50 años de edad es baja. 127 por cada 100 000 solo una vez se ha realizado este estudio y 145 por cada 100 000 nunca se lo ha realizado. la sociedad norteamericana contra el cáncer recomienda la practica de esta prueba cada 3 años en mujeres de 20 a 40 años de edad con resultados negativos y su realización cada año con resultados de alto riesgo de la misma manera en mujeres de 18 años de edad con o sin relaciones sexuales. Es inquietante encontrar que el 20% del personal docente mostró falta de interés para contestar estas preguntas (10)

Se realiza un análisis para verificar el descenso de la mortalidad por el cáncer cervico-uterino en el I.M.S.S. (1991-2005) se observa que en la mayoría de los países desarrollados se ha logrado disminuir la mortalidad por Cáncer cervico-uterino a partir de la 6ta década de la vidas en los países en vías de desarrollo de América latina fueron en aumento. En los Estados Unidos en el año 2002 con una tasa de mortalidad de 2.3 por cada 100 000 mujeres. En Bolivia la mas alta frecuencia de mortalidad con 30.4% por cada 100 000 mujeres, y en

México con un 14.1% por cada 100 000 mujeres. en el I.M.S.S. es valorado en esta fecha que es cuando se tienen datos confiables sobre el total de mujeres con derechohabiente las tasa de mortalidad desciende de un 16.2 a un 8.9 por cada 100 000 mujeres para el 2005 con una disminución del 45.1 %. Las causas por la reducción de la mortalidad por la buena organización del programa de detección de control, disminución de los factores de riesgo como embarazos a temprana edad, disminución del número de embarazos o fecundidad y el aumento de escolaridad. (11)

Para determinar el patrón de expresión global e identificar algunos posibles genes marcadores cáncer cervico-uterino, de cinco líneas celulares derivadas cáncer cervico-uterino tres muestras tumorales conteniendo el virus de papiloma humano V.P.H. /16 y tres muestras normales negativas para la presencia del V.P.H. se identificaron niveles de expresión de genes relacionados con diferentes rutas metabólicas. se identificaron dos genes mediante rt-pr en biopsias tumorales cervicales uno es el gen il6. el de matriz metaloproteasa. La propiedad oncogénica principal de las proteínas virales e6 y e7 es su capacidad de inactivar a las proteínas celulares supresoras del tumor prb y p53 (11,12) reactivamente permitiendo así la transformación e inmortalización de las células infectadas (12)

Dentro de las nuevas técnicas para la detección de Cáncer cervico-uterino por colposcopia se encuentra la espectroscopia de fluorescencia mejora la técnica de citologías exfoliativa así como pruebas de biología molecular la prueba de Papanicolaou, esta es una prueba sencilla la cual tiene como complicación la misma demora la falta de diagnosticar en forma satisfactoria el resultado en un 100%. los ginecólogos recurren a nuevas técnicas como es la colposcopia como es el colposcopio de luz actínica, es un nuevo instrumento el cual es específico en el diagnostico de la neoplasia intraepitelial cervical, se realiza un estudio en 106 mujeres dando un resultado con falso positivo en un 3%, y un falso negativo en un 13% el diagnostico se realiza en el mismo momento de ser efectuada la misma toma. en el futuro se espera que el colposcopio de luz actínica tenga un dispositivo para fototerapia dinámica teniendo así 2

funciones, el de diagnóstico y al mismo tiempo dar tratamiento. en el tiempo de estar efectuando el procedimiento (13).

La histerectomía radical en el cáncer cervico-uterino en estadios la 2 y Ib se realiza un estudio de 85 pacientes con diagnóstico de Cáncer cervico-uterino en estadios la 2 y Ib tratados con histerectomía radical en el servicio de ginecología del instituto nacional de oncológica y radio biología desde 1980 hasta 1985 con un promedio de edad de nuestra serie fue de 41 años el 77.6% de los estudiados correspondió a un estadio Ib no hubo mortalidad posoperatoria la morbilidad médica y quirúrgica fue de 11.17% pacientes donde predominó la sepsis. La enfermedad con recurrencia 9.4 % del total se obtuvo un intervalo libre de enfermedad del 92.1% y con una supervivencia del 93.7%, en resumen la histerectomía radical como tratamiento primario del cáncer cervico-uterino en estadios la 2 y Ib es un procedimiento seguro de baja morbilidad y mortalidad (14)

La quimioterapia Neoadyuvante en pacientes con carcinoma epidermoide de Ib 2 y IIa seguida de la cirugía en estos pacientes, sugiere un beneficio en cuanto a control local y supervivencia en comparación con la radioterapia sola. El método que se utilizó fue con quimioterapia con el siguiente esquema cisplatino 50mg/m² dl, vincristina 1.5mg/m² y biomicina 20mg/m² dl, d2 y d3, (pub) por infusión con ciclos de cada 10 días por 3 veces. Posterior fueron sometidos a histerectomía radical con linfadenopatía pélvica bilateral. este estudio se realizó a 20 enfermas la respuesta global a la quimioterapia fue 90% y 9 de ellos fueron sometidos a cirugía, de los 10 pacientes sometidos a radiaciones que completaron el tratamiento obtuvieron respuesta correcta y con una recaída de una de cada método con recaída y como conclusión produce altos índices de respuesta y parece disminuir las recurrencias. (15)

La cirugía radical como tratamiento en el cáncer cervico-uterino invasor temprano i para el manejo de recurrencias post radiación en los estadios Ib (1) IIa en mujeres jóvenes la histerectomía con linfadenopatía pélvica se indica y no tiene mortalidad con un seguimiento de 24 meses sin recurrencias teniendo

una estabilidad de vida satisfactoria las recurrencias post radiación que se sometieron a la laparotomía de 413 casos con una morbilidad de 44.7% y una mortalidad 8% con una sobre vida de 3 a 10 años sin complicaciones (16)

La psicooncología en México inicio en 1980 por el Dr. Juan Ignacio Romero. Como es conocido el cáncer es un padecimiento crónico degenerativo que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del huésped y requiere tratamiento oncológico violento, como la misma enfermedad la valoración y tratamiento de los aspectos psicológicos, psiquiátricos sociales, culturales, económicas, espirituales y sexuales que se presentan en el paciente con cáncer, por la enfermedad y sus tratamientos oncológicos; la recuperación sobre la familia y el impacto en el equipo terapéutico. Cabe mencionar que el cáncer es una enfermedad que no distingue razas o niveles socioeconómicos, culturas o religiones. el paciente y la familia cruzan por un proceso psicológico de afrontamiento y duda. en un principio el paciente es la persona mas importante en la interrelación medico – paciente – familia, por lo tanto es fundamental preguntarle al enfermo desde el inicio si desea tener, dicha información dado que es a quien se le ofrecerá y brindaran los tratamientos oncológicos. los tratamientos para el cáncer como la cirugía, quimioterapia, radioterapia resulta ser agresivo y en oncología no es posible impedir el daño al paciente, mientras el medico piensa en formas de curación, el paciente piensa en términos de deformación por su enfermedad, por la cirugía se requiere procesos psicoterapéuticos que le permitan asimilar y afrontar las alteraciones producto de la mutilación, miedo a la deformación de su cuerpo, la quimioterapia despierta en los pacientes grandes temores a la reacciones adversas de los agentes quimioterapéuticos. lo cual provoco problemas con su autoestima, así como la radioterapia. por ello se concluye que las reacciones psicológicas ante los tratamientos oncológicos dependen de la información proporcionado por los médicos tratantes a los pacientes y familiares. En la realidad el paciente y la familia experimentan enojo, ira, agresividad o incluso es con mayor posibilidad las demandas ante la duda de que los tratamientos no fueran los adecuados. en la fase terminal tanto el paciente como la familia presentan desesperanza, tristeza duelos anticipados. Se requiere de gran apoyo para la familia debido a la enfermedad y al gran deterioro del enfermo ya

que resulta angustiante, doloroso ver a su ser querido próximo a morir. La psicooncología nace de la unión psicología y la psiquiatría con la oncología, su objetivo es la atención enseñanza e investigación de los aspectos psicológicos – sociales – culturales – espirituales – religiosos para el paciente y su familia (17).

El medico de atención primaria debe poseer un conocimiento del funcionamiento de la familia “normales” así como en presencia de una enfermedad estresante aguda y crónica como es el cáncer, como se afectara entre si los individuos y sus familiares de responder con los papeles que cada persona desempeña dentro de la familia, así como los patrones de comunicación dentro de la familia, las reglas familiares para el manejo de problemas y flexibilidad de esas reglas. El diagnostico de cáncer puede a menudo acrecentar una ansiedad y preocupación familiar sobre cuestiones del ciclo vital normal, el medico y la familia deben negociar los cambios del ciclo vital con el tiempo. como es sabido desde el inicio del diagnostico del cáncer se produce una alteración en la dinámica familiar y bajo estudios ya realizados sobre el cáncer cervico uterino que representa un porcentaje un 4 % pertenece a pacientes menores de 30 años de edad y se encuentran en el ciclo vital de expansión en su matrimonio ya que el padre será el que este en forma directa como responsable del cuidado de ella de los hijos y la misma organización familiar, requerirá del apoyo por parte de ambas familias consanguíneas para afrontar las responsabilidades que esta enfermedad este generando de la misma manera se presenta esta patología en un 20% en pacientes de 30 a 40 años de edad en donde la familia se encuentra en el ciclo vital de expansión y dispersión produciendo un grado de disfunción familiar mas acentuado por la falta de una respuesta adecuada a las necesidades existentes por dicha enfermedad. Los médicos se verán inevitablemente engranados en las interacciones de los miembros de la familia a menudo sin darse cuenta de que este ocurriendo así. Es mas el medico deberá intentar evaluar el sistema familiar actual de una manera no critica, este debe considerar como una enfermedad y su tratamiento puede impactar sobre el sistema familiar, esto puede empezar a trabajar con la familia para el beneficio del paciente.

La idea de que la experiencia del cáncer es compartida por todo el sistema familiar nació a partir del estudio que demostraron un alto grado de congruencia entre pacientes y familiares en cuestión de bienestar psicológico. tras el inicio de diagnostico de primera vez de cáncer en el periodo inicial de choque los miembros de la familia al igual que los propios pacientes pueden experimentar sentimiento de ansiedad, desesperación y de culpa. este estado de estrés esta asociada al diagnostico de cáncer en un miembro de la familia esta documentado en el trabajo de Holmes y Rahe. De la misma manera es en las mujeres cuando se les diagnostica cáncer de mama produce mucha ansiedad en el momento, en este momento la familia debe proporcionar apoyo emocional al paciente. la familia a su vez debe ser capaz de establecer una comunicación con los médicos y el resto del personal del hospital y cuando sea necesario deben de defender que la información sea presentada sin jerga técnica. Dependiendo de la gravedad de la enfermedad del paciente y del estado de la familia en el ciclo vital va a ser preciso asignar a otros los diferentes roles familiares del paciente. la familia tendrá también que atender a los innumerables detalles de la vida diaria de los cuales era responsable el paciente. si dichas estrategias no son capaces de resolver los problemas, la familia deberá buscar nuevas estrategias previamente no probados a afrontar un empeoramiento de la crisis, de este modo el diagnostico de cáncer supone un poderoso reto a la homeostasis familiar.

La familia entra en un segundo estadio de adaptación al cáncer. la familia pueda darse cuenta con mayor intensidad de las desfiguraciones físicas derivadas de la cirugía solo cuando el paciente ha regresado a casa e incluso, este periodo continua provocando ansiedad, ya que muchos miembros de la familia presienten un alto potencial de recaídas.

Durante la etapa crónica de la enfermedad la familia se esfuerza por construir y mantener un sentido de vida familiar normal. es un estudio se encontró que mas de la cuarta parte de los miembros de una familia de pacientes adultos con cáncer presentaban síntomas psicosomáticas, en estos síntomas se pueden incluir como trastornos del sueño, alteración en los hábitos alimenticios, cefalea, nerviosismo, deterioro de la capacidad para trabajar etc. Para adaptarse con éxito a una enfermedad crónica potencialmente recurrente una familia ha de ser capaz de controlar las exigencias físicas y emocionales que

son el resultado directo del diagnóstico y secuelas del cáncer a la vez que hace frente a las necesidades evolutivas de las familias y sus miembros al parecer es más fácil hacer frente a estas tareas para las familias y con miembros adolescentes mayores en un estudio longitudinal de adaptación de rol de 54 pacientes cancerosos y sus familias se vio que las familias con adolescentes mayores estaban más unidas y sorprendentemente sufrían menos conflictos. Cuando esta enfermedad se presenta en la edad de 40 a 50 años que es un 30% o bien de 50 años o más con un porcentaje de 42% de los casos estas familias se encuentran en la etapa de dispersión o de retiro o muerte. el grado de disfunción familiar se da en forma menos agudizada ya que las obligaciones que tenía la paciente son asumidos por la hija mayor así como el cuidado de ella, continuando el papá con los roles propios de él de esta manera menos crisis de disfunción familiar que se produce en las familias con hijos menores. el hallazgo de que el cuidado físico de los pacientes cancerosos en sus domicilios sigue estando delegados en forma abrumadora a los miembros femeninos de la familia, sin embargo la presencia de una comunicación abierta entre los miembros de la familia puede haber cohesividad familiar así como una falta de conflictos. la fase final que muchas familias afrontaron es la adaptación al fallecimiento del paciente en los últimos días de vida pudo ser especialmente estresante para la familia (18).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la alta morbilidad y mortalidad con que se presenta el cáncer cervicouterino, en los países en vías de desarrollo, a pesar de las estrategias realizadas por las diferentes instituciones de salud, para que esta patología sea detectada a tiempo a través de la detección oportuna de cáncer cervicouterino

o Papanicolaou ya que en etapas ó estadios tempranos es una enfermedad curable hasta un 100 %.

Es bien conocido que el cáncer cervico-uterino es la segunda causa de mortalidad de la población a nivel mundial y, en nuestro país de haber sido por un tiempo el 1ero. , en tiempos anteriores, paso a ser el 2do. , lugar de mortalidad femenina, gracias a los programas de tamizaje ó detección oportuna de ca-cu y es uno de los problemas de salud mas grave en el mundo y a nivel nacional.

Cuenta con una tasa de mortalidad a nivel mundial de (9.5/12.8) y 100,000 mujeres en 1988 era de (15.6) por 100,000 mujeres y en el 2004 disminuyo hasta (8.8) por 100,000 mujeres mayores de 25 años y con una tasa de mortalidad a nivel mundial 231 000 muertes por año, de los cuales el 80% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo.

Uno de los principales problemas, por lo que esta estrategia no han tenido un resultado favorable en un 100% esta dado por la falta de información a la población femenil, ya sea por la misma indiferencia de ellas mismas y el nivel de analfabetismo que existe en los países en vías de desarrollo, la falta de instituciones en las áreas marginadas y la falta de accesibilidad. Otro de los principales factores es la negatividad a la realización del mismo examen, el temor a resultado de positividad, y temor a la misma prueba, la realización del examen en locales inadecuados por lo que la pregunta de la investigación es: ¿Qué factores influyen para que la mujer con cáncer cervico uterino no haya acudido a la detención oportuna de cáncer cervico uterino, o Papanicolaou y de que manera influye la presencia de un paciente con cáncer cervico uterino en la dinámica familiar?

JUSTIFICACION

Actualmente como ya es sabido el cáncer cervico uterino continua siendo una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y nacional, continua siendo un problema de salud publica, a pesar de las estrategias y medidas implementadas por el sector salud, con el objetivo de disminuir la incidencia de cáncer cervico uterino,

El propósito de este estudio es identificar las causas y factores por lo cual el programa no llega a tener un buen resultado y determinar el grado de disfunción familiar que causa en un momento determinado el que la familia interactúe con un familiar con cáncer cervico uterino, producido por el mismo temor a esta enfermedad ya que esta considerada como algo maligno ó castigo y significado de muerte. [Nuestra intención es conocer estos cuestionamientos y como en nuestro medio no existe un trabajo de esta naturaleza queremos conocer por medio de este trabajo de investigación las interrogantes anteriores.](#)

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la presencia de disfunción y repercusión en la dinámica familiar de los pacientes en control con cáncer cervico-uterino del H.G.P. #2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar el grado de disfunción familiar en paciente con cáncer cervico-uterino determinar el número de casos en control de cáncer cervico-uterino. En el período octubre del 2008 a octubre del 2009 en el H.G.P. #2.

Enumerar los factores socio demográficos como son edad, escolaridad, ocupación, estado civil número de hijos.

Se determinara la relación entre el inicio de la vida sexual, el tiempo actual del tratamiento, estadio en que se diagnostico la enfermedad.

Se registrara la estructura familiar de las encuestadas y la funcional familiar de las mismas.

METODOLOGIA

Tipo de estudio: encuesta

Retrospectivo

Transversal

Descriptivo

Observacional

MATERIAL Y METODOS

POBLACION DE ESTUDIO

Los Mochis Sinaloa se encuentra localizada al norte del estado de Sinaloa es la principal ciudad del municipio de Ahome su población actual es de 400 000 habitantes. la actividad principal de los habitantes de esta ciudad es la agricultura, pero también se cuenta con una amplia población que se dedica al comercio y a la pesca, así como al ramo industrial, en esta ciudad se encuentra localizado el HGP no. 2 del IMSS, en el se encuentra el modulo de gineco-oncologia donde actualmente se encuentran en control medico 47 pacientes. Con diagnostico de cáncer cervico-uterino siendo esta el universo de nuestra población de estudio. El estudio se realiza en el periodo comprendido de octubre del 2008 a octubre del 2009.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realizaran 142 encuestas

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluirá a pacientes que se encuentre en el rango de edad de 20 a 60 años. y que no se encuentren en un estadio final de su enfermedad, también a los familiares que acudan como acompañantes a las consultas.

y que deseen participar en el estudio pero que además sean derechohabientes del IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán a pacientes menores de 20 años y mayores de 60 años, pacientes no derechohabientes, pacientes que no deseen participar, pacientes en estadio final de su padecimiento y a quienes se encuentren imposibilitados para contestar la encuesta.

CRITERIO DE ELIMINACIÓN

Se eliminan las encuestas que no sean llenadas correctamente o no sean legibles y aquellos pacientes que inician el estudio y que por alguna razón no quieran continuar. Así como también las encuestas entregadas con respuestas incompletas.

MATERIAL Y METODOS

En una hoja de recolección de datos, se obtendrá el sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, numero de hijos, inicio de vida sexual activa, tiempo actual de tratamiento, estadio en que se diagnostico la enfermedad, también se aplicara el instrumento de evaluación para disfunción familiar siendo este el faces III,.....así como el “APGAR” las encuestas y estos instrumento será aplicado a las pacientes y a su familiar. Cuidando que las respuestas sean confidenciales entre ellos para distinguir los diversos enfoques que se den como paciente y como familiar. Las encuestas serán realizadas por el investigador de manera personal.

ANALISIS ESTADISTICO

Para las variables numéricas se obtendrá el promedio, el rango, así como la desviación estándar mientras que para las variables nominales serán la frecuencia y el porcentaje y los resultados obtenidos se plasmaran por medio de cuadros y graficas.

DEFINICION DE VARIABLES

Variables	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
edad	edad cronológica	numero de años	numérica
escolaridad	grado máximo de estudios escolares (técnico)	analfabeto: sabe leer y escribir –primaria completa/incompleta, bachillerato incompleto/completo, licenciatura completa/incompleta	nominal
ocupación	tipo de trabajo que desempeña al momento de su diagnostico	ama de casa obrero campesino técnico profesional	nominal
estado civil	estado legal de relación existente en la pareja	soltero casado viudo divorciado unión libre	nominal
numero de hijos	numero de partos y/o cesáreas	numero de hijos	nominal
inicio de la vida sexual activa	edad que tenia al momento de su primera relación sexual	edad en años	numérica

CANCER CERVICOUTERINO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

Variables	Definición operacional	Indicador	Escala numérica
tiempo actual de tratamiento	tiempo transcurrido en años desde el inicio de su primer tratamiento a la fecha de la entrevista	en números enteros	numérica
estadio en que se diagnostica la enfermedad	al momento de su detección en que estadio se encontraba	descriptiva normal negativo con proceso inflamatorio displasia leve NIC 1 Displasia mod. NIC 2 Displasia sev. NIC 3 carcinoma insitu carcinoma invasor	nominal
estructura familiar	estará dada por la tipología familiar; los conceptos de distribución y	con base al parentesco puede ser nuclear Nuclear simple, nuclear numeroso, reconstruido	nominal

CANCER CERVICOUTERINO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

		(binuclear), monoparental, monoparental extendido, monoparental ext. compuesto, extensa, extensa compuesta, no parental	
grado de disfunción familiar	estará dado por los resultados de FACES III	gravemente disfuncional, moderadamente disfuncional, funcional	nominal

CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitara consentimiento verbal de los participantes para efectuar este estudio y considero que el presente estudio no interfiere con los principios básicos establecido en el código internacional de ética medica, la asociación medica mundial y la declaración de Helsinki por lo que considero puede ser elaborado.

RESULTADOS

De las 71 familias que fueron encuestadas encontramos el siguiente resultado. en relación al rango de edad varia entre los 33 y 83 años de edad con un promedio de 54.92 años y con una desviación estándar de ± 17.21 . (Grafica 1).

En relación a la escolaridad se encontró que el 30.9%, que correspondía a 22 casos y que ocupa el mas alto porcentaje tenían estudios de técnico y/o bachillerato, con 17 casos que corresponden al 19.71%, encontramos que tenían una escolaridad de secundaria, solo 5 de los casos con un nivel de licenciatura que corresponden a un (7.04%), de los casos que tenían una primaria y no tenían escolaridad encontramos 30 casos que corresponden un 42.25 %, es donde se encuentra el mas alto porcentaje de incidencia de cáncer cervico uterino. (Grafica 2).

En relación a la ocupación se encontró que 45 de los casos corresponden al 63.3 % de las encuestas se dedican al hogar ,11 con un (15.4%) tienen una ocupación técnica y que solo 5 con un (7.04%) son profesionistas y el resto de la encuesta tenían una ocupación de obreros y campesinos que corresponde al (12.6 %) de los casos (grafica 3).

En cuanto al estado civil que corresponde a 48 de los casos con un (67.6 %) eran casadas, 15 viudas (21.1 %), 5 divorciadas (7.0 %) y solamente un caso era soltera (1.4 %9). (Grafica 4).

En relación al numero de hijos el rango estuvo entre 0/13 con un promedio de 4.53 hijos. (Grafica 5).

en relación al inicio de vida sexual activa el rango de edad estuvo entre los 14/29 con un promedio de 18.05 de años (grafica 6).

En relación al tiempo que llevaban en tratamiento, en la investigación se encontró que las que menor tiempo tenían con el tratamiento correspondían con (11) meses así como las de mayor tiempo tenían (49) meses con un promedio de (28) meses en tratamiento. (Grafica 7).

En relación al estadio en que se detecto la enfermedad encontramos que 25, de estos con un (35.2), fueron diagnosticados en estadio NIC III, y que 20 de los casos con un (28.16 %) su estadio era un cáncer insitu, y 18 de los casos

con un (25.53 %) en estadio de cáncer invasor así como 8 de los casos con un (11.26 %) en estadio NIC II. (Grafica 8).

Con relación a su estructura familiar encontramos que 29 de los casos con un (41.1 %) pertenecen a una familia nuclear simple, 21 de los casos con un (30.0 %) pertenecían a una familia nuclear numerosa, que 11 de los casos con un (15.0%) pertenecen a una familia monoparental. (Grafica 9).

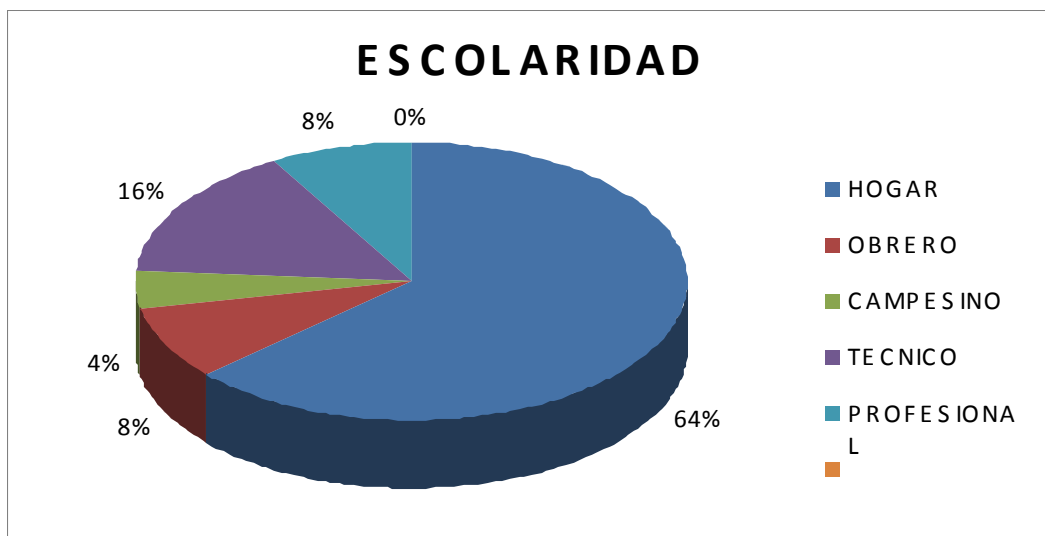
El instrumento que se utilizo para evaluar la percepción personal de la satisfacción familiar fue el “APGAR” encontramos que en 49 familias la cuales corresponden a un (65.0%) de los casos refirieron tener una percepción de familias funcionales y 27 de estas familias con un (35.0%) refirieron una percepción con una disfunción moderada, la encuesta demostró que no hubo ningún encuestado que percibiera su satisfacción de integración en la familia como una disfunción grave, (grafica 10).

FACES III

En relación al FACES III, encontramos como las familias mas frecuentes es la familia estructurada/semirelacionada con 20 casos (28.16%) siendo estas las que menos problemas tienen en la resolución de sus problemas ya que son familias balanceadas y en rango medio en la interpretación del modelo circunflejo. y en segundo lugar las familias caóticas/relacionadas estas se interpretan en el rango medio y extremo y estructuradas/relacionadas con 9 casos (12.67) balanceadas y rango medio y las rígidas no relacionadas se encontraron 5 casos con un (7.0%) esta interpretación es de familias balanceadas. las estructuradas no relacionadas con 3 casos que corresponden a un (4.2%) lo mismo que las rígidas semirrelacionas, las flexibles no relacionas fueron 2 casos con un (2.8%) y la caótica no relacionada y la caótica aglutinada con 1 solo caso que corresponde al (1.4%). En esta clasificación se encuentran las familias mas extremas siendo las de peor pronóstico

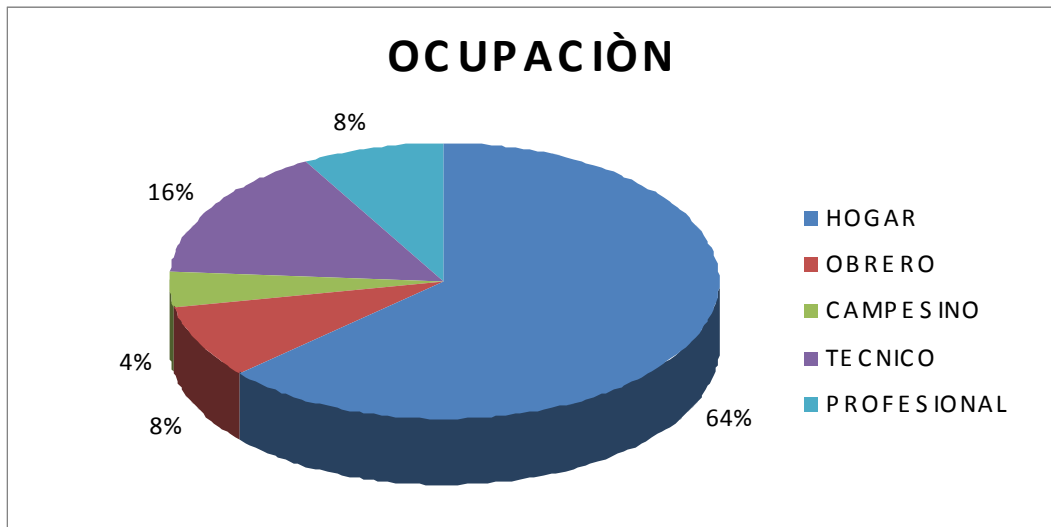
FUENTE DE LA ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA 2



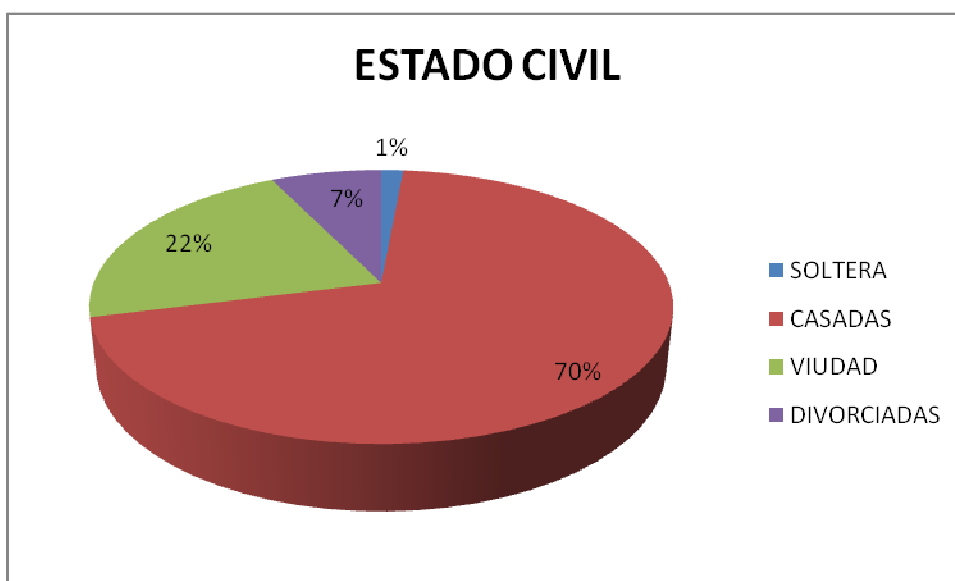
FUENTE LA ENCUESTA

GRAFICA 3



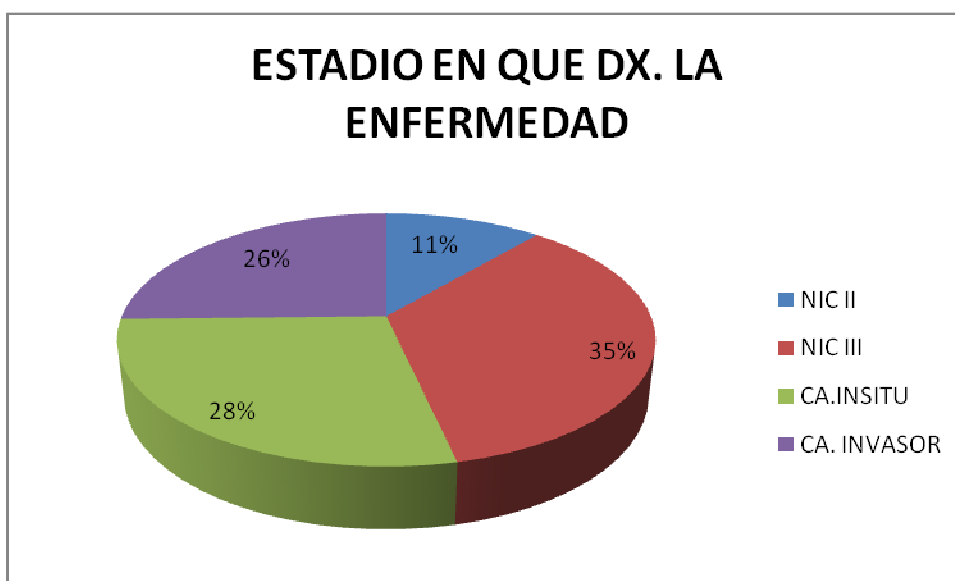
FUENTE LA ENCUESTA

GRAFICA 4.



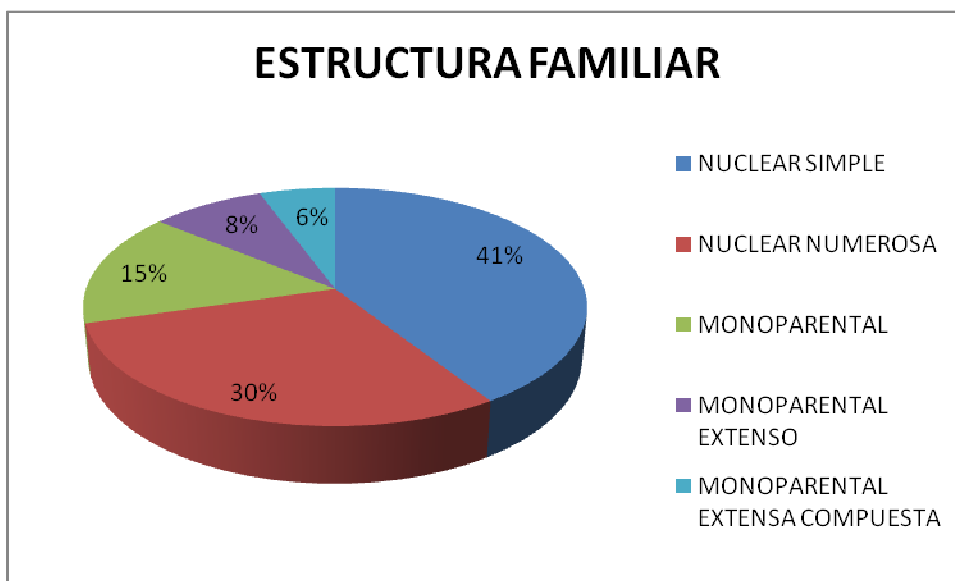
FUENTE LA ENCUESTA

GRAFICA 8.



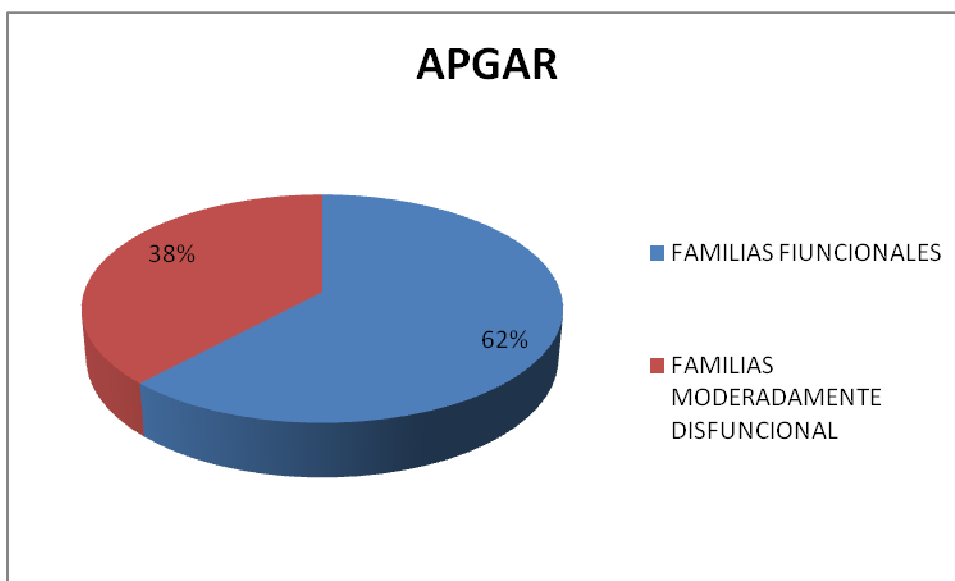
FUENTE LA ENCUESTA

GRAFICA 9



FUENTE LA ENCUESTA

GRAFICA 10



FUENTE LA ENCUESTA

DISCUSIÓN

Esta documentado que una de las causas de reducción de mortalidad de esta patología a sido incidir sobre los factores de riesgo, tratando de reducir la mortalidad entre ellas, tenemos lo referente al inicio de la vida sexual activa, este estudio comparados con otros previos realizados en el instituto mexicano del seguro social (IMSS), encontramos que un alto porcentaje de nuestros pacientes iniciaron su vida sexual activa desde los 14 años de edad y también se encontró que en una alta incidencia en el números de embarazos ,llegando a encontrar pacientes hasta con 13 hijos. en relación con la escolaridad encontramos que el mas alto porcentaje tenían como máximo estudio la primaria , si bien es cierto estos tres factores marcaron la pauta para una disminución para el 2005,la tasa de mortalidad, en nuestro medio sigue persistiendo como uno de los factores de riesgo latente.

Tomando como consideración que el uso de colposcopia de luz actínica es un recurso especifico para el diagnostico de esta neoplasia, se considera que seria muy importante tomarlo en cuenta como una alternativa diagnostica, ya que la mayoría de los diagnósticos que se encontraron en nuestro estudios fueron diagnosticados en estadios NIC III, seguido del cáncer insitu, y posteriormente en estadio invasor.

En relación a la ocupación de las pacientes encuestadas es importante destacar que al igual que en estudios previos ,las amas de casa son las mas afectadas nosotros encontramos que solo un 7 % de ellas tenias estudios profesionales .en relación a la estructura familiar se encontró que el mayor porcentaje eran de una familia nuclear simple ,lo que corresponde con los estudios previos en los que resultan ser mas frecuentes ,pero se podía tener una mayor calidad de vida ya que al ser el padre el responsable en forma directa, en el cuidado de la madre y de los hijos ,en las familias mas pequeñas las atenciones podía ser mayor, en relación a esto nosotros encontramos la percepción de que en la familia en cuanto a su funcionalidad tenían un porcentaje al 70%,para las familias funcionales y ninguno de los casos tubo una percepción y una respuesta a las familias que fueron calificadas con disfunción grave, de acuerdo al instrumento de evaluación "APGAR".

Pero en el FACES III, encontramos como mas alto porcentaje a las familias con estructuras semirrelacionadas, seguida de las familias caótica con, esto podemos deducir que las familias que sufren este tipo de padecimientos aunque tienen una percepción de adaptación para la enfermedad muy optimista. Un estudio más profundo nos indica que una enfermedad crónica potencialmente es capaz de provocar una disfunción en el sistema familiar.

CONCLUSIONES

La percepción que encontramos en el estudio nos reporta que la gran mayoría de los pacientes y los familiares encuestados refirieron que no tenían una apreciación de que la enfermedad afectara gravemente su dinámica familiar un porcentaje bajo refirió que había una percepción moderada de su dinámica pero ninguno de ellos refirió una apreciar una dinámica gravemente anormal en sus respuestas

Nuestro estudio demostró que el promedio de edad de haber iniciado su vida sexual activa en los pacientes encuestados fue en un promedio de 18 años, el grado de escolaridad fue un factor de riesgo muy importante ya que el porcentaje mas alto se encontró en el paciente con un nivel educativo bajo, un gran numero de pacientes se dedicaban al hogar, por lo que se propone fortalecer los programas de disfunción del doc. Detección oportuna de cáncer cervico/uterino (ca.cu.) en este grupo de pacientes nos llamo mucho la atención que la gran mayoría de ellas fueron diagnosticadas en el estadio NIC III, por lo que seria muy importante que en casos sospechosos se tomara como rutina la utilización del método de colposcopia de luz actínica como diagnostico. También encontramos que los pacientes, tienen una percepción, que sus familias son funcionales y en el peor de los casos moderadamente disfuncional, pero al realizar un estudio mas profundo de la funcionalidad familiar, con el faces III, se encontró que las familias eran no relacionadas y caóticas en una gran frecuencia, por lo que es importante de esta patología no solo se enfoque al aspecto biológico de esta enfermedad, sino también al aspecto psicológico y social de una manera integral.

También concluimos que el presente trabajo de investigación puede ser el inicio de un estudio posterior enfocado a la difusión de la enfermedad en los grupos etéreos que se encontraron mas afectados así como incidir en la promoción de la salud ya que los diagnósticos no se hicieron en los estadios tempranos de la enfermedad y consideramos que este será el beneficio, de este trabajo para dar pauta a una respuesta mas precoz a las necesidades de nuestra comunidad en esta patología especifica.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) – Díaz Román Tomas M, Faxas García Maria, y col. “Factores etiopatogenicos y moleculares en la Génesis del cáncer” . . Instituto Nacional de Oncología y Rabdobiología, La Habana Cuba. Rev. Cubana Oncol. Vol. 14. núm. (1): 1998, pág. 42 – 50.
- (2) – Gùzman Víctor José, Ortiz Contreras Fernando, y col. “Panorama epidemiológico de La mortalidad por cáncer cervicouterino en México”. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 51, núm. 2, Marzo- Abril 2003, pag.47-51.
- (3).-- Boletín of sanit panana “Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou”. Boletín, panana, panana, Policlínica docente 30 noviembre. 1996, Vol.; 121, núm. (6): pág. 542-549.
- (4).- Rodríguez Fausto M, Lunar T, Lara Martínez y col. “Calidad, detección oportuna de cáncer “H.G.Z. U.M.F. Núm. 21, IMSS, Rev. Mèx. Patol. Clin. Vol. 53 núm. 4. Octubre-Diciembre 2006, Pág. 229-234.
- (5).- Hernández Hernández Dulce María, Linaldi Yepiz Filiberto, y col. “Factores asociados para el tamizaje del cáncer cervicouterino”. Revista Medica del IMSS .Vol. 45 núm. (4), Marzo, 22 2007. pág. 313-320.
- (6).-Millán Vega Flavia, Fernández Alfonso José y col. “Estudios de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citología anormal” La Habana Cuba., Rev. Cubana Obstet. Ginecol. ; Vol. 25, núm. (3): Septiembre-Diciembre 1999, pág. 181-189.
- (7).- Fernández Cantón Sonia, y col. “Tumores malignos en población derechohabientes del 1990-2003”. Revista medica del IMSS, Vol. 43 núm. 4 Julio-Agosto 2005, pág. 349-356.

(8).-Sánchez Hernández José Antonio, Huerto Pineda Miriam Ivonne, y col "Infección por virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino". Rev. Mèx. de patología clínica. Vol. 52 núm. 4, Octubre-Diciembre 2005, pág. 222-233.

(9).- Terán Percayo Marco A Antonio, Gómez del Castillo Ana Celia. "Cáncer asociado al embarazo". Asociación Mèx.. Cirugía General, Vol. 27 núm. 1, Enero- Marzo 2005, pág.37-40.

(10).- Beltrán Agüero L., García Monrroy Leopoldo, María y col. "Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docente y personal administrativo" Rev. de la Facultad de Medicina . Vol. 49, núm. 1, Enero – Febrero 2006, pág. 8-14.

(11).Gutiérrez Trujillo Gonzalo, Martínez Montaña Olga Georgina y col. " Análisis del descenso de la mortalidad por cáncer cervicouterino en el IMSS 1991-2005". Hospital de Oncología Centro Medico Nacional Siglo, XXI. Rev. Med. Inst. Mex.del Seguro Social, 2006; (Suplet):5, pág. 129; 134

(12).-Vazquez Ortiz Gelagetza,Piña Sanchez Patricia y col. "Análisis de expresión global del cáncer cervicouterino, rutas metabólicas y genes alterados". Unidad de investigación médico en enfermedades Oncológicas, Departamento de Oncología, Hospital de Oncología, Centro Medico Nacional Siglo XXI. Rev. de Investigación clínica, Vol. 55, num.3, Mayo-Junio 2005, pag.434-441.

(13).- Aroch Calderón Arturo, Díaz Sánchez J. Gerardo y col. "Nueva técnica colposcópica para la prevención del cáncer cervicouterino". Laboratorio de parasitología y departamento de microbiología Facultad de Med. UNAM. . Rev. De la Facultad de Medicina, Vol. 48, núm. 2, Marzo-Abril 2005, pag.47-50.

(14).- Bosques Diego Omar de Jesús, Arreola Suarez José A. y Col. "Histerectomía radical en cáncer cervicouterino estadio IA,2-IB." Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología la Habana Cuba. Rev. Cubana Oncol. Vol.15, num.1, Octubre-Noviembre 1999; pag.19, 25.

(15).- Dueñas Alfonso, Mota Aida y col. "Quimioterapia Neoadyuvante en pacientes con carcinoma epidermoide de cérvix, estadio IB,2 y IIA". Departamento de Oncología medica Ginecología y Radioterapia y división de investigación básica del Instituto Nacional de Oncología México. Vol. 46, Núm. 1, Enero- Febrero 2000, pág. 21 – 27.

(16).- Torres Lobaton Alfonso y Col. "Cáncer de Cérvix, algunas consideraciones acerca de la cirugía radical". Departamento de oncología Hospital General de México SSA. Cirugía y Cirujanos. Vol. 70, núm. 3, Mayo-Junio 2002, pag.21-27.

(17).- Oiper pr. Temas psicosociales del paciente con cáncer, en el manual de oncología, procedimientos médicos quirúrgicos. Segunda edición. MC GRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES, 2003, capítulos 16, paginas 148 – 151

(18).- Quinn W.H. Hender A. the, family ecology of cáncer. Jornal of psychosocial oncology. Vol., 4 (1/2), 1986, pág. 45-59,1986.

ANEXOS

MODELA CIRCUNFLEJO. FACES III

16 TIPOS DE FAMILIAS

	NO. RELACIONADA	SEMI_ RELACIONADA	RELACIO NADA	AGLUTINADA	TOTAL	%
CAÓTICA	13	38	50	29	130	48.1
FLEXIBLE	9	20	32	15	76	28.1
ESTRUCTUR ADA	8	17	15	3	43	16
RIGIDA	4	3	10	4	21	7.8
TOTAL	34	78	107	51	270	100
%	12.6	28.9	39.6	18.9	100	

BALANCEADA	RANGO MEDIO	EXTREMA
------------	-------------	---------

CALIFICACION FACES III

TABLA 1	
COHESION	AMPLITUD DE CLASE
NO RELACIONADA	10 - 34
SEMIRELACIONADA	35 -40
RELACIONADA	41-45
AGLUTINADA	46-50

CALIFICACION FACES III

TABLA 2	
ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
RIGIDA	10-19
ESTRUCTURADA	20-24
FLEXIBLE	25-28
CAÓTICA	29-50

CALIFICACION FACES III

- ❖ LA CALIFICACION EN COHESION ES IGUAL A LA SUMA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LOS ITEMS NONES.
- ❖ LA CALIFICACION EN ADAPTABILIDAD ES IGUAL A LA SUMA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LOS ITEMS PARES.

ANEXO APGAR

	casi siempre (2 puntos)	algunas veces (1 punto)	casi nunca (0 puntos)
1.- Adaptabilidad			
2.- Participación			
3.- Crecimiento			
4.- Afecto			
5.- Resolución			

FACES III

OSON DH, PORTNER J, LAVEE Y.

VERSIÓN EN ESPAÑOL: GÓMEZ C IRIGOYEN C.

		NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Los miembros de la familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos					
6	Cualquier miembro de la					

CANCER CERVICOUTERINO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

	familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la					

CANCER CERVICOUTERINO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

	familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para la toma de decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

CANCER CERVICOUTERINO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

[illegible]

CUESTIONARIO

Folio-_____

Edad.: _____

Escolaridad. _____

Ocupación: _____

Estado Civil.: _____

Numero de hijos. _____

Inicio de vida sexual activa. _____

Tiempo actual de tratamiento. _____

Estadios en que se diagnostica la enfermedad. _____

Estructura familiar. _____

Grado de disfunción familiar. _____