



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.**

**“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON
ATIPIAS CELULARES EN CITOLOGÍAS CERVICALES DE LA UMF 21.”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DR. OCTAVIO ALEJANDRO CORONADO MUÑOZ.
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES:

**DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA
MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON.
MÉDICA CIRUJANA CON MAESTRÍA EN CIENCIAS,
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

MÉXICO, D.F, 2015.



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.

ÍNDICE

1	Índice.....	2
2	Autorización de tesis.....	3
3	Agradecimientos.....	4
4	Resumen.....	5
5	Marco Teórico.....	7
6	Justificación.....	17
7	Planteamiento del problema.....	18
8	Pregunta de investigación	18
9	Objetivos.....	18
10	Hipótesis de trabajo	18
11	Material y métodos.....	19
12	Variables.....	22
13	Metodología.....	25
14	Aspectos éticos.....	27
15	Recursos, financiamiento y factibilidad.....	27
16	Aspectos de bioseguridad.....	27
17	Resultados.....	28
18	Discusión.....	42
19	Conclusiones.....	44
20	Sugerencias.....	45
21	Anexos.....	46
22	Referencias bibliográficas.....	52

“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON ATIPIAS CELULARES EN CITOLOGÍAS CERVICALES DE LA UMF 21.”

AUTORIZACIONES.

DRA. MARIBEL MUÑOZ GONZALEZ.
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.21 IMSS

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON.
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.21 IMSS

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.21 IMSS

ASESORES.

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.21 IMSS

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON.
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.21 IMSS

3. AGRADECIMIENTOS.

A mi familia Beatriz Muñoz Espinosa, Rosendo Octavio Coronado Miramontes, Beatriz Amparo Coronado Muñoz y Nayely Vianey Salazar Trujillo, por siempre estar a mi lado y brindarme ese apoyo y soporte necesarios para no rendirme a lo largo de este camino, gracias por su cariño, paciencia, consejos y sobre todo por ese amor que siempre me han hecho sentir.

A mis compañeros Amigos y también hermanos Rubí Mejía Valdepeña, Dalia Samira Calvo Álvarez, Laura Penélope Méndez Laguna y Mario Alberto Campuzano Martínez por haber hecho de mi residencia una experiencia memorable.

A todos los que forman la UMF 21 que me cobijo a lo largo de estos 3 años de intenso aprendizaje en todos los ámbitos.

Al departamento de enseñanza por su trabajo, esfuerzo y dedicación puestos en este proyecto de especialidad médica en Medicina Familiar, en especial a mi coordinador Juan Figueroa García que ha sido pieza clave para el desarrollo de este trabajo.

4. RESUMEN.

“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON ATIPIAS CELULARES EN CITOLOGÍAS CERVICALES DE LA UMF 21.”

Dr. Juan Figueroa García*, Dra. Leonor Campo Aragon**, Dr. Coronado Muñoz Octavio Alejandro. ***

El Cáncer Cervicouterino actualmente es la segunda causa de muerte de origen neoplásico en mujeres¹⁹, esta neoplasia está precedida por cambios epiteliales a nivel cervical altamente relacionados con infecciones de tipo viral como lo es el VPH⁴, los principales factores de riesgo son las prácticas de alto riesgo⁶, las cuales se ven influenciadas por la funcionalidad familiar⁷.

Objetivo General: Determinar el grado de asociación entre percepción de funcionalidad familiar y atipias cervicales.

Hipótesis: Más del 50% de las pacientes con atipias celulares cervicales tendrán una percepción de funcionalidad familiar moderadamente y altamente disfuncional.

Material y Métodos: Estudio transversal, bivariado analítico en un grupo de pacientes con atipias celulares detectadas en las citologías cervicales practicadas a mujeres de la UMF 21, con una temporalidad de Enero 2014 - Octubre 2014 obteniendo la percepción de la funcionalidad familiar aplicando el cuestionario APGAR a pacientes que resulten con atipias celulares en comparación con pacientes sin atipias cervicales.

Resultado: La percepción de la funcionalidad familiar disfuncional es factor de riesgo para presentar atipias cervicales (OR=13).

Palabras clave: Percepción de Funcionalidad familiar, atipias celulares detectadas en citologías cervicales.

•Dr., Juan Figueroa García, Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor titular en curso de especialización en Medicina Familiar UMF 21, Correo Electrónico: figueroajg@hotmail.com

**Dra. Leonor Campos Aragón, Médico Cirujano, Maestra en Ciencias, Maestra en Salud Pública., Coordinadora de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No.21 Francisco del Paso y Troncoso, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, Teléfono: 55 52 56 43, Conmutador 57 68 66 00 Extensión: 112, Correo Electrónico: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

***Dr. Coronado Muñoz Octavio Alejandro, Médico Cirujano y Partero., Residente de Segundo Año de Medicina Familiar en UMF No.21 “Francisco del Paso y Troncoso”, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, Teléfono: 55 52 56 43, Conmutador 57 68 66 00 Extensión: 112, Correo Electrónico: octalcomu@hotmail.com

“ASSOCIATION BETWEEN PERCEPTION OF FAMILY FUNCTION IN WOMEN WITH CELL ATYPIA AT CERVICAL CYTOLOGY OF UMF 21.”

Dr. Juan Figueroa García*, Dra. Leonor Campo Aragón**, Dr. Coronado Muñoz Octavio Alejandro. ***

Background: Cervical Cancer is currently the second leading cause of death of neoplastic origin in women¹⁹, this neoplasia is preceded by epithelial changes to cervical highly associated with viral-type infections such as the VPH⁴, the main risk factors are the practices of high risk behaviors⁶, which are influenced by the familiar functionality⁷.

General Objective: Determine association between perception of family functionality and cervical atypia.

Hypothesis: Over 50% of patients with cervical cellular atypia have a perception of family functionality moderately and highly dysfunctional.

Material and Methods: Cross-sectional study, bivariate analytic in a group of patients with cellular atypia detected in cervical cytology results performed on women of UMF 21, from January 2014 to October 2014 obtaining the perception of family functioning using the APGAR questionnaire in patients with cellular atypia compared with patients without cervical atypia.

Result: The perception of dysfunctional family is a risk factor for cervical atypia (OR = 13).

Keywords: Perception of Family Functioning, cellular atypia detected in cervical cytology.

• Dr., Juan Figueroa García, Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor titular en curso de especialización en Medicina Familiar UMF 21, Correo Electrónico: figueroajg@hotmail.com

**Dra. Leonor Campos Aragón, Médico Cirujano, Maestra en Ciencias, Maestra en Salud Pública., Coordinadora de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No.21 Francisco del Paso y Troncoso, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, Teléfono: 55 52 56 43, Conmutador 57 68 66 00 Extensión: 112, Correo Electrónico: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

***Dr. Coronado Muñoz Octavio Alejandro, Médico Cirujano y Partero., Residente de Segundo Año de Medicina Familiar en UMF No.21 “Francisco del Paso y Troncoso”, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, Teléfono: 55 52 56 43, Conmutador 57 68 66 00 Extensión: 112, Correo Electrónico: octalcomu@hotmail.com

5. MARCO TEÓRICO.

“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON ATIPIAS CELULARES EN CITOLOGÍAS CERVICALES DE LA UMF 21.”

Dr. Juan Figueroa García*, Dra. Leonor Campo Aragón**, Dr. Coronado Muñoz Octavio Alejandro. ***

Funcionalidad Familiar.

Como lo menciona el Dr. Huerta “El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros”.¹

La funcionalidad familiar está determinada por el cumplimiento de las funciones básicas de la familia:

- **Socialización:** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad.
- **Cuidado:** “Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia”², esto implica proporcionar casa, alimento y vestido es decir necesidades materiales, a través del cumplimiento del cuidado los individuos pueden o no presentar cierto tipo de accidentes o enfermedades, indudablemente el cuidado está sujeto a determinantes económicas, sociales y culturales en las que se desarrolla la familia.
- **Afecto:** Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
Está en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia lo que incluye el proporcionar amor, cariño, ternura, preocupación.
- **Reproducción:** Suministrar nuevos miembros a la sociedad, visto desde una perspectiva reduccionista consiste tan solo en brindar nuevos individuos a la sociedad, pero en la actualidad el desarrollo social nos obliga a referirnos a esta función como la expresión de la sexualidad y control de la fertilidad¹, por lo tanto consiste en crear las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural, y

familiar y además poder generar condiciones que le permitan a sus integrantes poder regular la fecundidad según sus intereses.

- Otorgamiento de Estatus y Nivel Socioeconómico: Nivel social mediante el cual se transmiten aspiraciones, anhelos, tradiciones y herencia sociocultural.

Mediante el cumplimiento de todas y cada una de las funciones antes mencionadas se determina el grado de funcionalidad familiar, desde luego el evaluarlo es un proceso complejo.

APGAR.

El cuestionario de APGAR Familiar, fue diseñado en 1978 Smilkstein para explorar la percepción y satisfacción de la funcionalidad familiar.

Sirva para valorar una posible disfunción familiar y establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, por lo cual se tomaron en cuenta los siguientes componentes básicos de la función familiar.

- **A**daptabilidad (Adaptation) o apoyo y solidaridad: Capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones que afectan el equilibrio familiar.
- **P**articipación (Partnership) o compañerismo: Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- **G** Crecimiento (Growth): Capacidad de cursar las etapas del ciclo evolutivo familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- **A**fecto: (Affection): Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia, y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- **R**esolución (Resolve): Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea al paciente así como la capacidad para hacer frente a las situaciones de crisis, es así que se mide la percepción del funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del paciente con su vida familiar y la percepción que tiene del propio funcionamiento familiar.

Puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos del ciclo vital familiar, y cada uno de los integrantes de la familia, el único requisito es que sean mayores de 15 años y sepan leer y escribir, existen otros 2 APGAR que se pueden aplicar en situaciones especiales como a niños y amigos pero no es objeto de dicho trabajo abordarlos. (Ver anexo 2).

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición de la percepción del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, es importante remarcar que no es una medida objetiva de la función familiar pero sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.¹

Dinámica Familiar como factor de riesgo en Enfermedades de Transmisión sexual.

Como se mencionó anteriormente las atipias cervicales están fuertemente relacionadas con las Enfermedades de transmisión sexual (ETS) específicamente las infecciones de tipo viral por VPH, una infección de transmisión sexual se puede definir como: *“Entidad patológica que es producida por los más de 25 microorganismos infecciosos que se transmiten por medio de la actividad sexual, junto con la docena de síndromes clínicos que ocasionan,”*³

Los comportamientos de alto riesgo catalizan la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual, una de las 5 funciones básicas de la familia consiste en la reproducción, que como se mencionó anteriormente no se limita al hecho de brindar nuevos individuos a la sociedad sino también de la expresión de la sexualidad y el control de la fertilidad a conveniencia, esto se verá reflejado en un ejercicio de la sexualidad de manera responsable dándole la importancia necesaria al uso de condón así como el conocimiento de la sintomatología que amerite atención médica por enfermedad de transmisión sexual y así evitar el contagio a otros en caso de contraer (ETS), el número de parejas sexuales y la edad de inicio de vida sexual activa tienen un papel fundamental en las conductas de alto riesgo, y no solo por el número de parejas sexuales si no la calidad de compañeros sexuales que el individuo tiene tomando como parámetro de calidad de compañero sexual al número de factores de riesgo que éste tiene para contraer ETS.⁴

En un estudio transversal observacional en población latinoamericana de título “Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes” se encontró que la disfunción familiar se asocia a una mayor frecuencia de conductas de riesgo como lo son violencia, inicio de vida sexual activa sin protección, trastornos alimentarios.⁵

Es necesario privilegiar la función de la comunicación familiar, ya que es por medio de ésta que se logra aceptación y conocimiento acerca de las Infecciones de transmisión sexual y sobre todo la prevención de las mismas, definitivamente una familia con alteraciones en la funcionalidad familiar tendrá dificultades para establecer un canal claro y efectivo de comunicación.⁶

Antecedentes en atipias cervicales.

Las verrugas genitales se conocen desde hace siglos, es decir esta infección viral ha acompañado a la humanidad por siglos, los primeros registros que se tienen de dicha entidad datan del año 25 A.C de los escritos del enciclopedista y médico romano Aulo Cornelio Celso, quien hacía referencia a que materiales inespecíficos como la tierra y las secreciones genitales eran la causa de las verrugas genitales. Ya para el año de 1949 se habían detectado las partículas virales en el tejido verrugoso y la transmisión sexual de las verrugas genitales se confirmó en 1954 según el reporte "Natural history of genital warts" que data del año de 1971, si bien es cierto que aunque ya se tenían dichas evidencias la etiología viral común de verrugas genitales y cutáneas ensombrecía el entendimiento de las verrugas genitales como enfermedad de transmisión sexual y no es hasta 20 años después en 1974 que el Dr. Alemán Zur Hausen con su trabajo "Attempts to detect virus-specific DNA tumours", llegó a esclarecer el panorama al demostrar que existen muchos tipos de VPH y que pueden asignárseles tipos mediante el análisis de DNA recombinante, esto llevo a la comprobación de que ciertos tipos de DNA de VPH tienen tropismo por diferentes tipos anatómicos.⁷

Bajo ésta primicia ahora se tiene que por la variabilidad genética de los diferentes tipos de VPH que le confieren tropismos tisulares particulares lo hace funcionar como cocarcinógeno para muchos carcinomas escamosos del aparato reproductor, incluso los cánceres pre invasivos y los invasivos, dando origen no solo a los condilomas acuminados genitales, sino también a infecciones subclínicas por el virus del papiloma humano y la neoplasia intraepitelial e invasiva de la vulva, vagina, cérvix y ano; también dado a las diferentes prácticas sexuales debe incluirse a la papilomatosis respiratoria recurrente.

Virología.

Para hablar del Virus del Papiloma Humano es necesario establecer que éste pertenece a la familia de papovavirus, hablando estrictamente la categoría de los papovavirus hace referencia a los virus del papiloma y polioma habiendo ciertas características que lo diferencian uno del otro⁸, éstos se caracterizan por ser pequeños virus que contienen una doble cadena de DNA de forma circular y cerrada que contiene cerca de 8000 pares de bases, y están rodeados de una capa proteica icosaédrica, esta capa proteica denominada cápside está constituida por un par de proteínas L1 (también denominada proteína mayor) y L2 (también denominada proteína menor) dentro de la cual estará contenida la doble cadena de DNA antes mencionada, resulta bastante interesante el explicar cómo es que este virus se replica e invade el epitelio en el que se encuentra; la explicación del porque son altamente oncogénicas algunas cepas es sencilla, el DNA viral se integra en el DNA celular de la célula huésped y se apropia de todos los organelos celulares para poder replicar el material genético viral, lo que contribuye a la

ruptura del delicado equilibrio de crecimiento celular, existen en su estructura de doble cadena la información necesaria para codificar las proteínas virales, este DNA en doble cadena del VPH se integra al DNA celular y es ahí en donde actúan dos proteínas importantísimas la E1 y la E2 que sirven ambas para localizar las plantillas moleculares virales previamente insertadas en el DNA celular y favorecen la generación de RNA mensajeros de estas plantillas moleculares mediante factores intrínsecos celulares esenciales para la replicación del mismo como lo son la proteína A de replicación "RPA" y la alfa primasa "pol-prim" para después ser sintetizadas en los propios organelos de la célula Huésped y así generar nuevos virus dispuestos a infectar nuevas células⁹, de acuerdo a las características genéticas de los VPH se tienen registrados más de 100 tipos diferentes de virus claro está que no todos afectan a la especie humana, por el tropismo anatómico antes mencionado, cada uno tiene diferente actividad biológica en los tejidos, ya sea en relación con neoplasia, efecto sobre la recurrencia de cáncer o frecuencia o recurrencia de condilomas, existen múltiples trabajos explicando los efectos de cada uno de ellos y en conclusión se tiene que los principales virus que afectan a los humanos son el 6,11,16,18,31,33 y 35, de manera sintetizada se ofrecen los efectos de cada uno de los tipos anteriormente mencionados.

Debido al alto número de tipos de VPH es difícil llevar un seguimiento específico de su comportamiento, de tal manera que se tienen agrupados en 4 grandes grupos.

- Benigno: 6 y 11 que están relacionados en su mayoría con condilomas acuminados y papilomatosis laríngea, así como lesiones intraepiteliales de bajo grado.
- Intermedio: 3, 33, 35, se encuentran tan solo en un 10% en neoplasia intraepitelial y 5% en cáncer invasivo.
- Malignos:
 - 16: Produce lesiones escamosas invasivas y neoplasias cervicales intraepiteliales.
 - 18-Evoluciona rápidamente a Cáncer altamente invasivo, tiene mayor agresividad clínica, lamentablemente comúnmente se presenta en mujeres jóvenes.
- Inclasificables:
 - 30, 39, 40, 42-45, 52-56: No hay información suficiente para determinar su comportamiento, ya que no existe relación certera entre los tipos de lesiones que provocan cada uno de estos tipos de virus debido a la incidencia y prevalencia tan baja que tienen respecto a los otros tipos.⁴ (Ver anexo 1)

Patogénesis.

Los virus del papiloma tienen predilección por infectar la unión del epitelio escamoso y cilíndrico (p. ej. El cuello del útero y ano), el VPH infecta la capa basal del epitelio escamoso y el virus se internaliza y desnuda, entregando el DNA al núcleo; la RNA polimerasa del hospedador transcribe los genes tempranos (E), a lo cual le sigue la síntesis de las proteínas tardías, algunos de los genes tempranos E6 y E7 participan en la transformación que causa un aumento en la división celular, E6 se une a la proteína p53 que es el supresor tumoral por excelencia y E7 se une con la proteína p105RB proteína del retinoblastoma anulando así la regulación del ciclo celular, la división de las células transmite el genoma viral (como DNA extra cromosómico) lo cual permite que el genoma del VPH persista en estas células. A medida de que las células infectadas se diferencian hasta etapas terminales se completa la síntesis de las demás proteínas tempranas que participan en la regulación de la transcripción y replicación viral.

La síntesis de DNA viral ocurre a 2 niveles dirigidos por la DNA polimerasa de la célula hospedadora, el primer nivel ocurre en la porción inferior de la epidermis para mantener una multicopia estable del DNA viral para mantener una infección latente, el segundo nivel ocurre ya en las células más diferenciadas donde se lleva a cabo una replicación vegetativa del DNA, ya las células epiteliales en la diferenciación final (queratinocitos) donde ocurre la síntesis de las proteínas tardías es decir las proteínas estructurales de la cápside L1 y L2, en esta etapa se presenta una descarga de DNA viral seguida de ensamblaje del virus en el núcleo y liberación de los mismos mediante lisis celular.⁸

Infección VPH y vacunas profilácticas.

Se conoce que la infección es muy común en el humano, se considera que el riesgo de contraerla es del 75%, si se tiene en cuenta que los datos varían de región a región, la población menor de 30 años tiene una prevalencia tan alta como 58.9%¹⁰, como se mencionó anteriormente la relación entre las lesiones premalignas y malignas con la infección por VPH es bien conocida, casi siempre las infecciones pasan inadvertidas por la paciente y sólo una pequeña porción progresa a una lesión de mayor grado hasta el cáncer invasor. Las mujeres con infección por tiempo prolongado presentan mayor riesgo de evolucionar a una lesión de alto grado o cáncer¹¹.

Al considerar al VPH como factor etiológico del cáncer cervical y a sabiendas de que la mejor manera de controlar a nivel poblacional una infección es la prevención primaria (tanto en nivel de educación y profilaxis) se ha puesto mucho empeño en generar vacunas contra la infección por este virus.

En la actualidad existen dos vacunas con este fin, Gardasil que es tetravalente ya que contiene antígenos contra VPH 16,18,6,11 y protege en contra de condilomas genitales displasia y cáncer cervicales, ésta se aplica con el siguiente esquema 0.5 ml IM a los 0, 2 y 5 meses , la otra vacuna es Cervarix, es una vacuna bivalente, con antígeno contra HPV 16 y 18, pero lleva reacción cruzada contra

HPV 31-45, y ésta solo protege contra displasia y cáncer cervicales, se aplica con el siguiente esquema 0.5 ml IM a los 0, 1 y 6 meses.

Las recomendaciones para el uso de vacunas contra HPV de acuerdo a las siguientes organizaciones.

- Centro de Control de Enfermedades: Vacunación general entre 11 y 12 años, se puede iniciar la vacunación desde los 9 años y hasta los 13 a 26 años.
- Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG): vacunación general a mujeres entre los 9 y 26 años.
- Sociedad Americana del Cáncer: (ACS): Vacunación general a niñas de 11 a 12 años, se pueden vacunar entre los 13 y 18 años, sin información suficiente para vacuna a mujeres entre 19 y 26 años.

Las Mujeres que recibieron la vacuna de VPH, deben continuar su detección de cáncer cervical de la misma forma que las no vacunadas.¹²

Nomenclatura.

Las alteraciones epiteliales cervicales se clasifican de acuerdo con las características citológicas y el grado de maduración celular.

- NIC 1 (Displasia leve): presenta maduración de los dos tercios superiores del epitelio, las células superficiales presentan un grado discreto de atipia citológica que casi siempre corresponde a cambios colicíticos y las mitosis se encuentran confinadas a la capa basal.
- NIC 2 (Displasia Moderada): presenta maduración en el tercio superior y atipias citológicas y mitosis en los dos tercios inferiores del epitelio.
- NIC 3 (Displasia Grave): No muestra maduración, las atipias citológicas y mitosis se observan en todo el espesor del epitelio.

Evolución Natural.

El conocimiento de la evolución natural procede de estudios retrospectivos.¹³

- NIC-1 se informa de tasas de regresión que van del 50 al 75% de los casos, para los NIC, el resto persiste.

- NIC-2 en ausencia de tratamiento 42% se resuelve de manera espontánea, 35% persiste y 22% progresa a carcinoma in situ o invasor.
- NIC-3 solo el 32% se resuelve de manera espontánea, hasta 56% persiste y el 14% progresa.

Una lesión displásica muy leve puede progresar hasta en carcinoma in situ en un tiempo de 85 meses, una displasia de bajo grado en 58 meses y una moderada en 38 meses, la displasia grave progresa en menos de 12 meses.

Clasificación Bethesda.

Como bien se ha planteado en las secciones anteriores del presente trabajo, la mejor manera de realizar una prevención efectiva de CACU que tiene como principal factor etiológico una infección persistente por VPH, es realizar una promoción a la salud dirigida a la población en riesgo, vacunación, y una prevención secundaria realizando una detección oportuna de las pacientes portadoras de infecciones por VPH y cambios en el epitelio cervical precursores de procesos neoplásicos, el comportamiento de las neoplasias cervicales tiene un ciclo gradual, es decir, sus precursores, displasias pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad, La citología cervicovaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos, y la clasificación Bethesda surge como una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología, éste se originó en Bethesda Maryland en el año de 1988, en un seminario taller realizado por el National Cancer Institute de los Estados Unidos, con el fin de comunicar al médico la mayor información posible para ser utilizada en el manejo del paciente, mediante un informe descriptivo en que se incluyan los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico)¹⁴.

Principalmente se reportan los tres siguientes rubros:

1-Valoración de la idoneidad de la muestra:

- Frotis adecuado: para diagnóstico con presencia de células endocervicales conservadas, células de metaplasia escamosa.
- Frotis limitado: Datos incompletos, material celular escaso; fijación deficiente, hemorragia, presencia de exudado inflamatorio, ausencia de células endocervicales.
- Frotis inadecuado: presencia de hemorragia intensa, mala fijación.

2- Infecciones: Su presencia puede sugerirse a partir del examen citológico, flora normal, flora mixta, Gardnerella, Leptotrix, Chlamidia, Tricomonas, Candida, Otros.

3-Anomalías de las células:

- Células del epitelio escamoso sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, con alteraciones por inflamación moderada, con alteraciones por inflamación severa.
- Atipias: Este término se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada, ASCUS (Atipias Epiteliales de significado indeterminado), ASGUS (Atipias glandulares de significado indeterminado), cambios citológicos relacionados con exposición a Radio-quimioterapia.
- Lesiones intraepiteliales escamosas: Dentro de esta categoría se designan dos términos diagnósticos:
 - Lesión intraepitelial de bajo grado: Incluye los casos asociados con infección del virus del papiloma humano y los cambios asociados a displasia leve NIC 1.
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado: Incluye los casos con cambios celulares que sugieran displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ.

4-Evaluación hormonal: Define si el patrón hormonal es o no compatible con la edad e historia del paciente (Células basales/ Intermedias/ Superficiales).

5- Recomendaciones: Repetir examen, Referir a Hospital, Control, colposcopia, biopsia.

Tratamiento:

El personal médico establecerá el tratamiento correspondiente en dado caso de que se reporte algún proceso infeccioso.

Las pacientes a quienes se les realizó citología Cervical y cuyo resultado es Lesión intraepitelial de bajo grado (infección por VPH, Displasia leve o NIC 1,); Lesión intraepitelial de alto grado (Displasia moderada y grave o NIC 2 y 3) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, para realizarse un estudio colposcópico¹⁵.

De acuerdo a la norma Vigente (NOM-014SSA2-1994 con modificación en 2007) se actuará de la siguiente manera¹⁶:

- Si el resultado de citología es Lesión Intraepitelial de bajo grado “LEIBG” (NIC1) y la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de LEIBG se realizará control citológico en 1 año.

- Si el resultado de citología es LEIBG (NIC1) y la colposcopia es satisfactoria y con evidencia de LEIBG se realizará biopsia dirigida, si esta última resulta negativa se realizará nueva colposcopia y si es necesario nueva biopsia, y si confirma la LEIBG se dará tratamiento conservador a base de crioterapia, electrocirugía o laserterapia, se realizará estudio colposcópico cada 6 meses durante 24 meses.¹⁷
- Si la biopsia dirigida da resultado de Lesión Intraepitelial de alto grado LEIBAG se realizará tratamiento conservador, en las mujeres posmenopáusicas dependiendo de las condiciones anatómicas del cérvix se realizará tratamiento conservador en la clínica de colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial) en el servicio que corresponda.
- Si la biopsia reporta cáncer microinvasor o invasor la paciente se transferirá a un servicio o centro oncológico para su tratamiento correspondiente.
- En caso de que la colposcopia sea no satisfactoria y se reporte citología con LEIBG se realizará cepillado endocervical y de acuerdo al resultado a éste se tomará la decisión terapéutica de realizar tratamiento conservador, control o referir a tercer nivel.¹⁸

6. JUSTIFICACIÓN.

La realidad reflejada por el SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud) acerca de la mortalidad de las mujeres mexicanas refleja lo siguiente:

Defunciones Sexo Femenino en 2012		
	Causas Defunciones	Total
1	Diabetes mellitus	43,819
2	Enfermedades isquémicas del corazón	32,767
3	Enfermedad cerebrovascular	16,371
4	Enfermedades hipertensivas	10,742
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10,049
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,642
7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7,269
8	Nefritis y nefrosis	6,654
9	Tumor maligno de la mama	5,613
10	Desnutrición calórico proteica	3,869
11	Tumor maligno del cuello del útero	3,840
12	Asfixia y trauma al nacimiento	3,129
13	Tumor maligno del hígado	2,890
14	Agresiones (homicidios)	2,764
15	Tumor maligno del estómago	2,594
16	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	2,524
17	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2,248
18	Tumor maligno del colon y recto	2,228
19	Tumor maligno del ovario	1,995
20	Tumor maligno del páncreas	1,993

Fuente: Base de Datos SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud) www.sinais.salud.gob.mx

Si bien es cierto que actualmente la difusión de información es más amplia y esto mismo ha permitido el acercamiento de la población a los sistemas de salud y viceversa, es lamentable que aun sigan muriendo mujeres por enfermedades prevenibles en pleno siglo XXI, el famoso siglo de las telecomunicaciones, como vemos dentro de las 20 principales causas de mortalidad existan padecimientos neoplásicos, de éstos el Cáncer de mama ocupa el primer lugar seguido de Cáncer Cervicouterino.

Durante el año 2012 se registraron a nivel nacional un total de 2,094,689 pacientes atendidos por el diagnóstico de CACU, tomando en cuenta que el total de mujeres en el país es de 56,073,064 concluimos que el 3.73% de las mujeres mexicanas ha recibido consultas por CACU, de estas murieron 3,840 que representan el 0.18% de estas el 63 % han sido en mujeres en edad de riesgo (25-64 años según la norma oficial mexicana), ahora redimensionando el problema involucrando solo a las mujeres en edad de riesgo según la norma oficial mexicana 25-64 años de edad tenemos que el número total de mujeres en esta edad es de 35,430,192 se tiene que el 0.01% de las mujeres en edad de riesgo

murió por CACU, y evidentemente es una cifra considerable, por lo cual es viable investigar en el tema, sobre todo porque es totalmente prevenible.¹⁹

7. Planteamiento del problema.

Tomando en cuenta que la etiología principal del CACU es una infección por VPH, se hace indispensable llevar a cabo e indagar sobre la causa de esta condición, el desarrollo de este trabajo se proyectó para ser realizado en una unidad de medicina familiar, en el que se buscó vincular condiciones familiares intrínsecas asociadas a la infección de VPH que sería la condición previa a la aparición de fenómenos neoplásicos que se verán reflejados en atipias celulares a nivel cervical, en este caso la condición familiar que se evaluó fue la percepción de funcionalidad familiar en las mujeres que se realizaron citologías cervicales, tomando en cuenta que la mortalidad de esta patología está impactando directamente a mujeres en edad productiva, jugando la mayoría de ellas de acuerdo a la etapa del ciclo vital de la familia un rol determinante en el equilibrio de la funcionalidad familiar.

8. Pregunta de investigación.

¿Existe algún tipo de asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar y la presencia de atipias cervicales?

9. Objetivos

Objetivos generales.

Determinar el grado de asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar y atipias cervicales.

Objetivos específicos.

- Determinar las variables sociodemográficas con mayor prevalencia y que más se asocian con disfunción familiar.
- Aspecto de la percepción de la funcionalidad familiar más afectado de acuerdo a la valoración APGAR en pacientes con atipias cervicales.

10. Hipótesis de trabajo.

La percepción de disfunción familiar está asociada en 50 % o más con pacientes con atipias cervicales.

11. Material y Métodos.

Tipo y características del estudio.

El tipo de estudio que se planteo es un estudio transversal analítico bivariado retrospectivo.

Definición del universo de trabajo.

- a) **Lugar de estudio:** El estudio será realizado en la Unidad de Medicina Familiar no. 21 IMSS delegación 4 sur del Distrito Federal, ubicada en AV. Francisco del Paso y Troncoso No 281 Col. Jardín Balbuena Delegación Venustiano Carranza.
- b) **Población del estudio:** Mujeres que se hayan detectado con atipia cervicales en el periodo de Enero 2014- Octubre 2014.
- c) **Periodo del estudio:** Marzo 2014- Diciembre 2014.
- d) **Criterios de inclusión:**
 - a. Grupo con atipias cervicales.
 - 1- Que estén inscritos y vigentes en la UMF 21.
 - 2- Pacientes que acepten participar en el estudio.
 - 3- Pacientes con resultado de atipia celular (NIC 1, NIC 2, NIC 3, que hayan acudido al servicio de medicina preventiva de la UMF 21 a realizarse citología cervical y se hayan localizado para aplicar el cuestionario APGAR.
 - b. Grupo sin atipias.
 - 1- Que estén inscritos y vigentes en la UMF 21.
 - 2- Pacientes femeninos de entre 25-64 años.
 - 3- Pacientes que acepten participar en el estudio.
 - 4- Pacientes que se hayan practicado citología cervical en el último año.
- e) **Criterios de Exclusión:**
 - a. Pacientes que tengan alguna limitación: física o intelectual para realizar el cuestionario.
 - b. Frotis obtenido de la muestra inadecuado o limitado.

f) **Criterios de eliminación:**

- a. Pacientes que no llenen o completado adecuadamente el formato del cuestionario.

Estrategia de Muestreo.

1) **Tamaño de la muestra:** 54 pacientes

2) **Tipo de muestreo:** Probabilístico.

3) **Fórmula:**

Para determinar el tamaño de muestra del grupo de estudio se acudió al servicio de Epidemiología para conocer la totalidad de pacientes con atipia celular detectados en citologías cervicales de enero 2014 a octubre 2014, adscritos a la UMF 21, siendo éste de 184 pacientes, la muestra se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

a) Dónde:

- i) $N = 184$ Población de pacientes con atipias de Enero 2014-Octubre 2014
- ii) $Z^2_{\alpha/2} =$ Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.
- iii) $d =$ Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)
- iv) $p = 0.1$ Prevalencia estimada.
- v) $q = 1-0.5 = 0.5$

b) Resolviéndose de la siguiente manera:

$$i) n = \frac{184 (1.96)^2 [(0.1) (1-0.5)]}{(0.05)^2 (184-1) + (1.96)^2 [(0.1) (1-0.5)]}$$

$$\text{ii) } n = \frac{184(3.8416) (0.05)}{(0.0025) 183 + 3.8416 [(0.05)]}$$

$$\text{iii) } n = \frac{706.8544(.05)}{0.4575 + 3.8416 (0.05)}$$

$$\text{iv) } n = \frac{35.34272}{0.4575 + 0.192208} = \frac{35.34272}{0.649708} = 54.3978526 \approx \mathbf{54}$$

Para determinar el tamaño de muestra del grupo sin atipias se acudió al servicio de ARIMAC en donde se solicitó el total de población femenina de entre 25-64 años que es en la que se realiza el tamizaje de atipias celulares cervicales, emitiendo una cifra de 43064 a la que se le aplicó la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

c) Dónde:

i) N = 43064 Pacientes con edad entre 25-64 años de edad.

ii) $Z^2_{\alpha/2}$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

iii) d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

iv) p = 0.1 Prevalencia estimada.

v) q = 1-0.5 = 0.5

d) Resolviéndose de la siguiente manera:

$$\text{i) } n = \frac{43064 (1.96)^2 [(0.1) (1-0.5)]}{(0.05)^2 (43064-1) + (1.96)^2 [(0.1) (1-0.5)]}$$

$$\text{ii) } n = \frac{43064(3.8416) (0.05)}{(0.0025) 43063 + 3.8416 [(0.05)]}$$

$$\text{iii) } n = \frac{165434(.05)}{107.6575+ 3.8416 (0.05)}$$

$$\text{iv) } n = \frac{8271}{107.6575 + 0.192208} = \frac{8271}{107.844708} = 76.6919234 \approx 77$$

12. Variables.

- Variable independiente:
 - Percepción de funcionalidad familiar.
- Variables dependientes:
 - Atipias cervicales.

Variables sociodemográficas:

- Edad.
- Género.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Ocupación.

Definición de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Subtipo variable.	de	Indicador
Género	Concepto social que hace referencia a comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiado para hombres y mujeres.	Sexualidad que refiere la paciente y el anotado en la ficha de registro.	Cualitativa.	Nominal Dicotómica		1-Femenino. 2-Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Años cumplidos que refiere el(a) paciente y el anotado en la ficha de registro.	Cuantitativa.	Discreta		-Años
Escolaridad.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel escolar referido por el paciente y el anotado en la ficha de registro	Cualitativa.	Ordinal		1.-Ninguno. 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria. 5.-Técnico. 6.-Licenciatura 7.-Posgrado
Estado Civil.	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia.	Situación civil que refiere el paciente y el anotado en la ficha de registro.	Cualitativa.	Nominal no dicotómica.		1.-Soltero 2.-Unión libre 3.-Casada 4.-Divorciada 5.-Viuda 6.-Otro
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.	Actividad principal por la que adquiere los recursos para satisfacer necesidades materiales.	Cualitativa	Nominal no dicotómica.		1.-Ama de casa 2.-Obrera. 3.-Campesina. 4.-Empelado. 5.-Comerciante. 6.-Pensionada. 7-Otra.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Subtipo de variable	Indicador
Atipia.	Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteración en la morfología de sus componentes.	Resultado emitido por el citotecnólogo que analiza el frotis obtenido en la citología cervical.	Cualitativa.	Nominal No dicotómica.	1-NIC 1 2-NIC 2 3-NIC 3
Percepción de la funcionalidad familiar.	Grado de cumplimiento de las funciones básicas de la familia (Socialización, Cuidado, Afecto, Reproducción, Estatus) percibido por el encuestado.	Resultado de la aplicación del cuestionario APGAR que evaluará: -Adaptabilidad, Participación, Crecimiento. Afecto, Resolución. Utilizando como respuesta: Casi siempre (2) Algunas veces (1) Nunca(0)	Cualitativa.	Ordinal	1-Sin Disfunción Familiar. 2-Moderadamente disfuncional. 3-Altamente Disfuncional.

13. METODOLOGIA.

Descripción del estudio.

El presente estudio se realizó en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la ciudad de México durante el segundo semestre de 2014. El muestreo que se utilizó fue probabilístico. De acuerdo a los datos detectados en el periodo de enero 2014 a Octubre del 2014 se encontró que hubo 184 detecciones en el año, por lo tanto se pretende aplicar el cuestionario APGAR a 54 de las pacientes detectadas con atipias celulares respetando el cálculo de muestra antes mencionado, para después asociar los resultados con los resultados obtenidos de aplicar el mismo cuestionario APGAR a 77 pacientes en las que los resultados de citología cervical son negativos.

De acuerdo a la información bibliográfica disponible sobre las atipias cervicales se observa una asociación positiva entre diversos factores principalmente con infecciones de transmisión sexual como lo es inicio de vida sexual activa a temprana edad, número de parejas sexuales, se trata de identificar la asociación entre estos factores y la percepción de la funcionalidad familiar ya que se ven influenciados directamente e indirectamente por ésta.

Tomando en cuenta la epidemiología marcada en la justificación del trabajo, CACU es la segunda causa de muerte oncológica en las mujeres mexicanas, las atipias son la antesala de las neoplasias.

Método.

El presente estudio se realizó en la UMF No.21 del IMSS Ubicada en Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Col. Jardín Balbuena, C.P 15900, Delegación Venustiano Carranza, durante el segundo semestre de 2014.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre VPH, Atipias cervicales, Cáncer Cervicouterino y la funcionalidad familiar para realizar un mejor abordaje de la presente investigación.

Se tuvo acercamiento con los servicios de medicina preventiva y epidemiología para tener acceso a la base de datos de la unidad sobre Cáncer Cervicouterino en donde están registradas las pacientes detectadas con atipias celulares, de esta manera se obtuvo información acerca de las pacientes detectadas

De acuerdo a la información obtenida de prevalencia de atipias celulares en la unidad y calculando la muestra se realizó la encuesta APGAR a 54 pacientes de éstos.

Se realizó un consentimiento informado que va dirigido al consejo de ética de la UMF 21, solicitando el permiso para la aplicación del cuestionario APGAR a los pacientes con el perfil adecuado para participar en el estudio.

Así mismo se realizó el mismo cuestionario a 77 pacientes en las que los resultados de citologías cervicales sean negativos con edad entre 25-64 años de edad para después realizar una asociación.

Recolección de información.

Una vez obtenido el permiso de las autoridades de la unidad se inició la identificación de pacientes candidatos localizados en la base de datos de epidemiología, se dio una breve explicación del objetivo de la investigación y las indicaciones pertinentes para llenar el formato APGAR si es que aceptan participar en el estudio.

El cuestionario APGAR se brindó a las pacientes con atipias cervicales ubicadas en la base de datos epidemiología ya que las citologías cervicales con dichos resultados llegan a dicho servicio para ser ingresadas al Censo de Cáncer Cervicouterino.

La aplicación de dicho instrumento se inició a partir del mes de julio del 2014 hasta completar la muestra fijada en los apartados anteriores.

Siempre respetando los lineamientos éticos que rigen a la unidad.

Procesamiento y presentación de la información.

Una vez recolectada dicha información se generó una base de datos en el sistema SPSS, se realizó un análisis estadístico para después emitir los resultados y conclusiones pertinentes.

La unidad de análisis estadístico que se usó fue Odds Ratio (OR) que es una medida de asociación de los estudios transversales.

Pacientes	Con Atipias	Sin Atipias
Con Disfunción	A	B
Sin Disfunción	C	D

En donde:

$$OR = \frac{A \times D}{B \times C}$$

Los cuáles son presentados en gráficos y tablas en el apartado de resultados.

14. ASPECTOS ÉTICOS

Se dio prioridad a mantener la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio. Al no representar una intervención física directa en los pacientes ni tener validez en trámites laborales, la investigación representó un riesgo mínimo. Durante las fases del estudio se respetó la confidencialidad y anonimato de los pacientes, se leyó a todos aquellos susceptibles de ser estudiados un formulario de consentimiento informado el cual buscó el acuerdo de los individuos con base en la explicación de la naturaleza del estudio.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki; las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica en su apartado referente a la investigación en humanos; lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud en materia de investigación en el reglamento de la ley general de salud en su título segundo capítulo primero que expresa:

15. Recursos, financiamiento y factibilidad.

Recursos humanos.

- 1-Pacientes que acepten participar en el estudio.
- 2-El propio Investigador.
- 3-Asesor Metodológico.

Recursos materiales.

- 1-Computadora.
- 2-Papelería de oficina.
- 3-Software Windows Vista, Paquete estadístico SPSS17.
- 4-Cuestionario APGAR.
- 5-Base de datos Excel.

Recursos Financieros.

Financiado por el investigador.

16. Aspectos de Bioseguridad.

No se requiere ya que es un estudio transversal y analítico y de acuerdo al artículo 100 fracción III de la general de salud vigente, este protocolo se considera sin riesgo para el paciente.

17. Resultados.

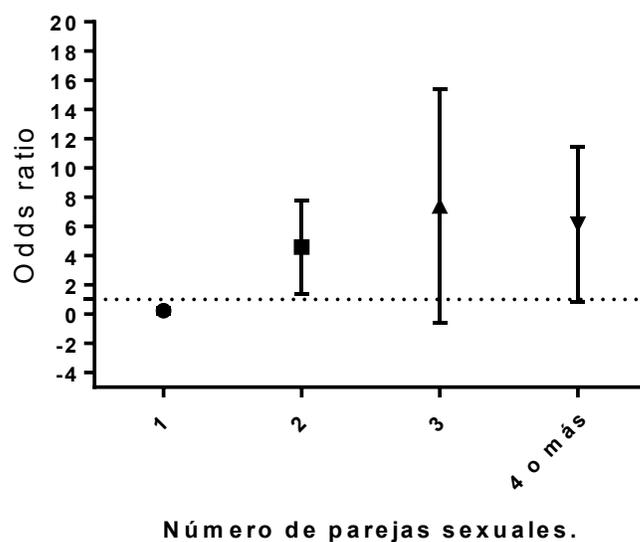
Tabla 1. Asociación de número de parejas sexuales y atipias cervicales.

Número de parejas sexuales.	OR	Intervalo de confianza 95%
1	0.17	(95% IC 0.0 - 9.22)
2	3.86	(95% IC 1.83-8.07)
3	4.53	(95% IC 1.25-16.44)
4 o más.	9.22	(95% IC 0.0 - 9.22)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 1.

Asociación de número de parejas sexuales y atipias cervicales



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

El número de parejas sexuales como factor de riesgo más importante para presentar atipias cervicales es tener 4 o más parejas sexuales (OR= 9.22 IC 95% 0.0-9.22).

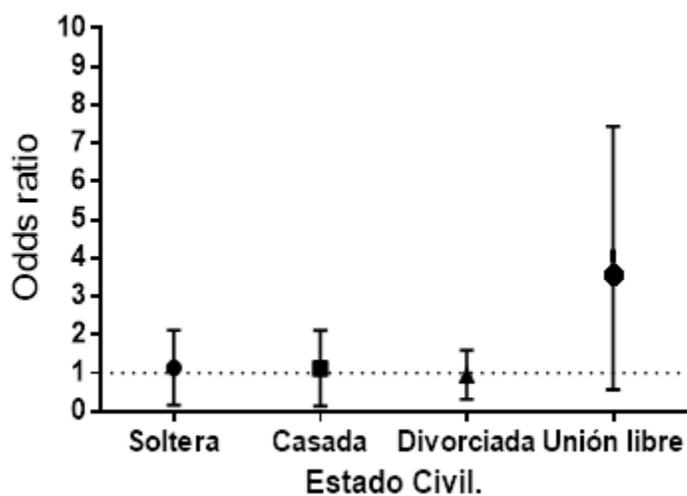
Tabla 2. Asociación de estado civil y atipias cervicales.

Estado civil	OR	Intervalo de confianza 95%
Soltera	0.86	(95% IC 0.33 – 2.23)
Casada	0.81	(95% IC 0.33 – 2.23)
Divorciada	0.81	(95% IC 0.4 – 1.66)
Unión libre	3.02	(95% IC 1.17 – 7.82)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 2.

Asociación de estado civil y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

El estado civil más importante como factor de riesgo para presentar atipias cervicales es el de unión libre (OR=3.02 IC 95% 1.17-7.82)

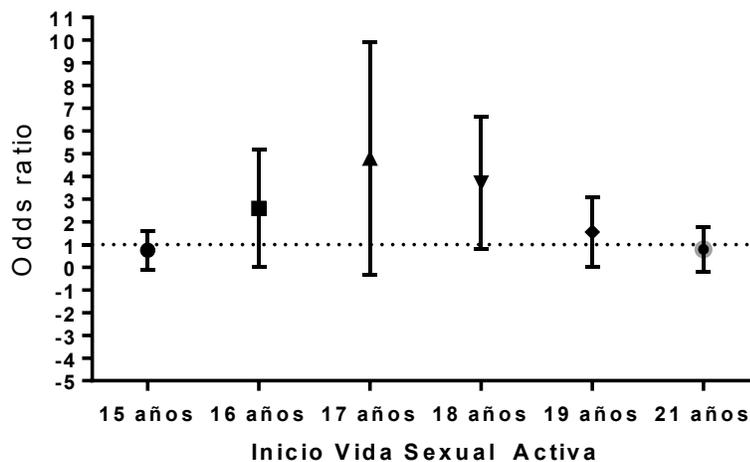
Tabla 3. Asociación de inicio de vida sexual activa y atipias cervicales.

Inicio Vida sexual activa.	OR	Intervalo de confianza 95%
15 años	0.44	(95% IC 0.11 - 1.7)
16 años	1.74	(95% IC 0.55 – 5.5)
17 años	4.25	(95% IC 1.68 – 10.72)
18 años	2.95	(95% IC 1.26-6.94)
19 años	1.06	(95% IC 0.35-3.26)
21 años	0.38	(95% IC 0.08-1.9)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 3.

Asociación de inicio de vida sexual activa y atipias cervicales



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

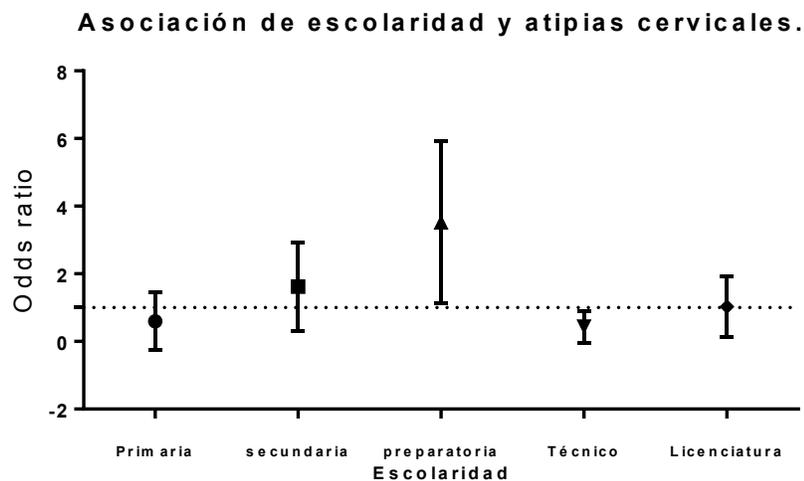
El inicio de vida sexual activa más importante como factor de riesgo para presentar atipias cervicales es el de 17 años (OR 4.25 IC 95% 1.68-10.72)

Tabla 4. Asociación de escolaridad y atipias cervicales.

Escolaridad	OR	Intervalo de confianza 95%
Primaria	0.19	(95% IC 0.02-1.58)
Secundaria	1.26	(95% IC 0.52-3.07)
Preparatoria	2.98	(95% IC 1.44-6.14)
Técnico	0.26	(95% IC 0.07-0.97)
Licenciatura	0.78	(95% IC 0.3-2.02)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 4.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

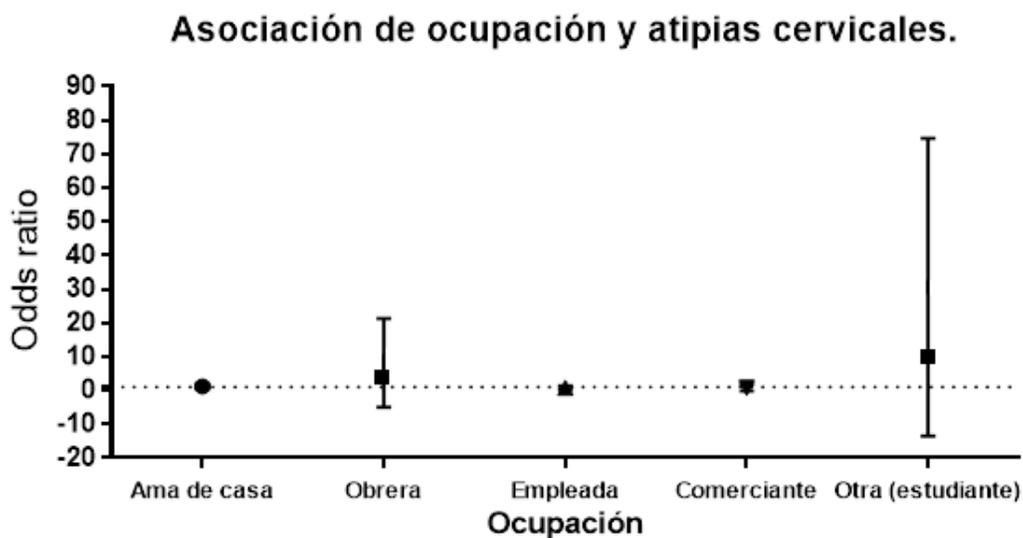
El nivel de escolaridad más importante como factor de riesgo para presentar atipias cervicales es de preparatoria (OR 2.98 IC 95% 1.44-6.14)

Tabla 5. Asociación de ocupación y atipias cervicales.

Ocupación	OR	Intervalo de confianza 95%
Ama de casa	1.07	(95% IC 0.53-2.15)
Obrera	1.07	(95% IC 0.09-23.44)
Empleada	0.71	(95% IC 0.35-1.44)
Comerciante	0.38	(95% IC 0.08-1.93)
Otra (estudiante)	9.5	(95% IC 1.11-81.37)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 5.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

La ocupación más importante como factor de riesgo para presentar atipias cervicales es el de estudiante (OR 9.5 IC 95% 1.11-81.37), seguida por el de ama de casa y obrera (OR 1.07)

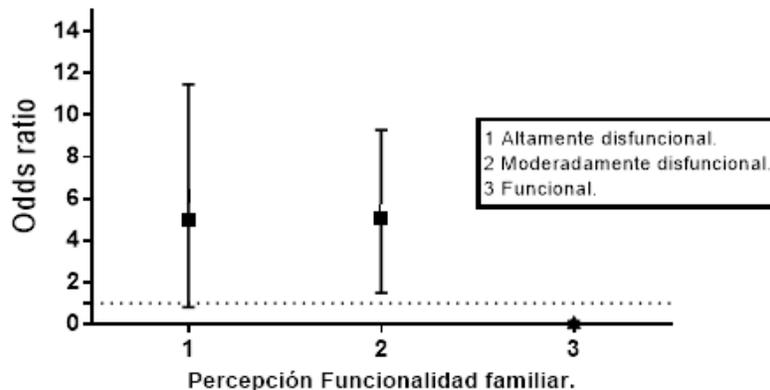
Tabla 6. Asociación de percepción de funcionalidad familiar y atipias cervicales.

Percepción funcionalidad familiar.	OR	Intervalo de confianza 95%
Altamente disfuncional.	4.59	(95% IC 1.75-12.07)
Moderadamente disfuncional.	4.45	(95% IC 2.05-9.68)
Funcional	0.07	(95% IC 0.03-0.17)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 6.

Asociación de percepción de funcionalidad familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

La percepción de funcionalidad familiar más importante como factor de riesgo para presentar atipias cervicales es la de tipo altamente disfuncional (OR 4.59 IC 95% 1.75-12.07).

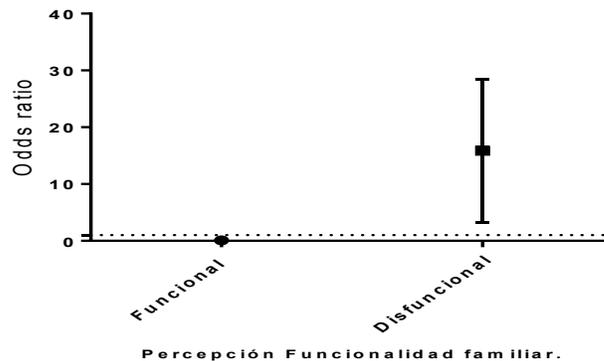
Tabla 7. Asociación de percepción de funcionalidad familiar y atipias cervicales.

Percepción funcionalidad familiar.	OR	Intervalo de confianza 95%
Funcional	0.07	(95% IC 0.03-0.17)
Disfuncional	12.5	(95% IC 5.24-29.83)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 7.

Asociación de Percepción la funcionalidad familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

La percepción de funcionalidad familiar más importante como factor de riesgo para presentar atipias cervicales es la de tipo disfuncional (OR 12.5 IC 95% 5.24-29.83).

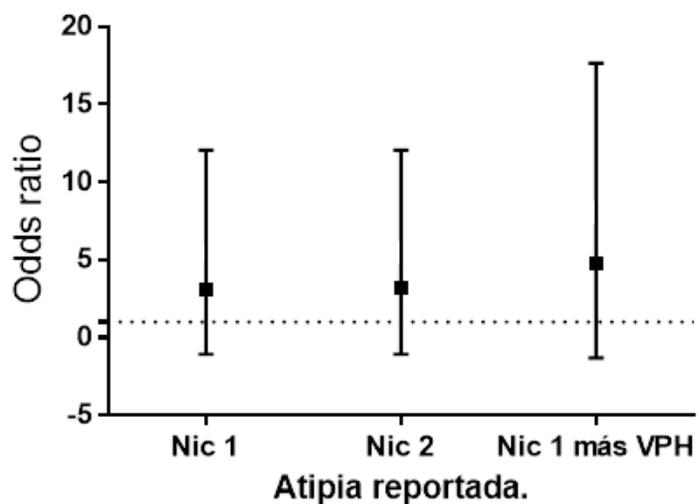
Tabla 8. Asociación de adaptabilidad en el APGAR familiar y atipias cervicales.

Adaptabilidad	OR	Intervalo de confianza 95%
Nic 1	2.87	(95% IC 0.64-12.96)
Nic 2	2.87	(95% IC 0.64-12.96)
Nic 1 más VPH	4.47	(95% IC 1.07-18.65)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 8.

Asociación de adaptabilidad en el APGAR familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Las pacientes que tienen como componente del APGAR familiar menos satisfecho a la adaptabilidad tienen mayor factor de riesgo de presentar NIC 1 más VPH (OR 4.47 IC 95% 1.07-18.65).

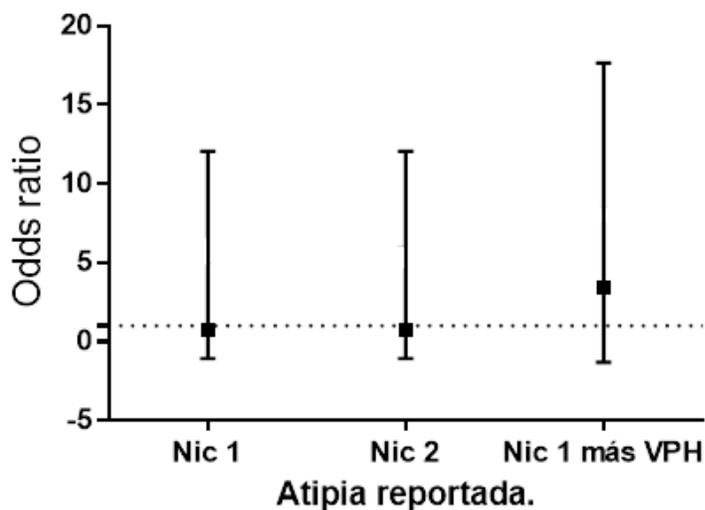
Tabla 9. Asociación de participación en el APGAR familiar y atipias cervicales.

Participación	OR	Intervalo de confianza 95%
Nic 1	3.53	(95% IC 0.65-19.1)
Nic 2	0.71	(95% IC 0.08-6.46)
Nic 1 más VPH	0.71	(95% IC 0.8-6.46)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 9.

Asociación de participación en el APGAR familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Las pacientes que tienen como componente del APGAR familiar menos satisfecho a la participación tienen mayor factor de riesgo de presentar NIC 1 (OR 3.53 IC 95% 0.65-19.1)

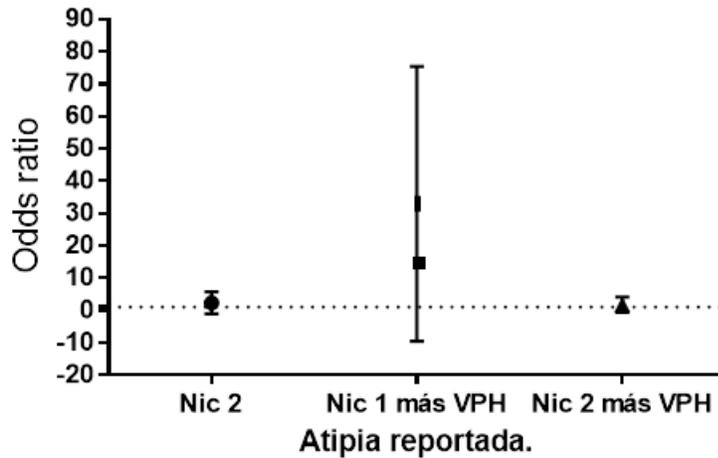
Tabla 10. Asociación de crecimiento en el APGAR familiar y atipias cervicales.

Crecimiento	OR	Intervalo de confianza 95%
Nic 2	0.7	(95% IC 0.08-6.21)
Nic 1 más VPH	14.77	(95% IC 2.68-81.48)
Nic 2 más VPH	0.7	(95% IC 0.06-4.39)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 10.

Asociación de crecimiento en el APGAR familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Las pacientes que tienen como componente del APGAR familiar menos satisfecho al crecimiento tienen mayor factor de riesgo de presentar NIC 1 más VPH (OR 14.77 IC 95% 2.68-81.48).

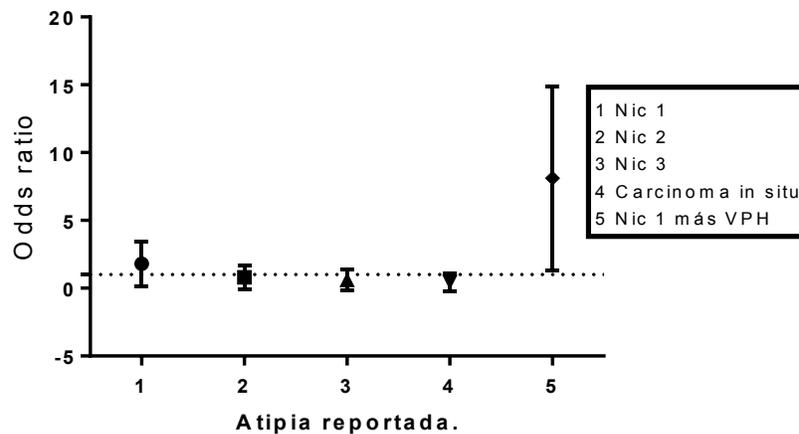
Tabla 11. Asociación de afecto en el APGAR familiar y atipias cervicales.

Afecto	OR	Intervalo de confianza 95%
Nic 1	1.31	(95% IC 0.47-3.65)
Nic 2	0.48	(95% IC 0.13-1.81)
Nic 3	0.31	(95% IC 0.07-1.46)
Carcinoma in situ	0.15	(95% IC 0.02-1.19)
Nic 1 más VPH	6.23	(95% IC 2.49-15.62)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 11.

Asociación de afecto en el APGAR Familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Las pacientes que tienen como componente del APGAR familiar menos satisfecho al afecto tienen mayor factor de riesgo de presentar NIC 1 más VPH (OR 14.77 IC 95% 15.62).

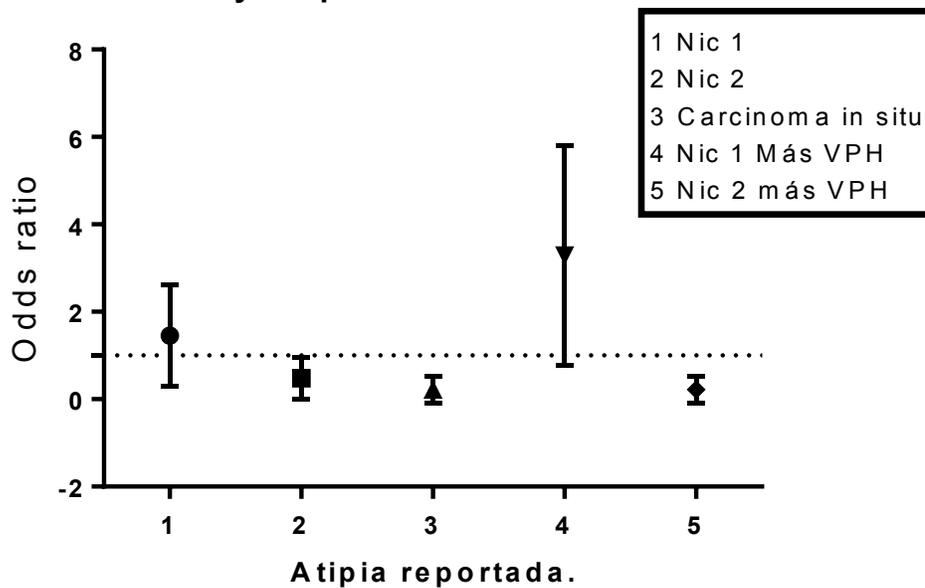
Tabla 12. Asociación de resolución en el APGAR familiar y atipias cervicales.

Resolución	OR	Intervalo de confianza 95%
Nic 1	1.15	(95% IC 0.48-2.73)
Nic 2	0.32	(95% IC 0.1-1.02)
Carcinoma in situ	0.07	(95% IC 0.01-0.57)
Nic 1 más VPH	2.65	(95% IC 1.16-6.05)
Nic 2 más VPH	0.07	(95% IC 0.01-0.57)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Gráfico 12.

Asociación de resolución en el APGAR familiar y atipias cervicales.



Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Las pacientes que tienen como componente del APGAR familiar menos satisfecho a la resolución tienen mayor factor de riesgo de presentar NIC 1 más VPH (OR 14.77 IC 95% 2.68-81.48).

Tabla 13. Asociación de variables sociodemográficas y atipias cervicales.

Variable	OR	Intervalo de confianza 95%
Número de parejas sexuales.		
1	0.17	(95% IC 0.0 - 9.22)
2	3.86	(95% IC 1.83-8.07)
3-4	4.53	(95% IC 1.25-16.44)
Más de 4	9.22	(95% IC 0.0 - 9.22)
Estado civil		
Soltera	0.86	(95% IC 0.33 - 2.23)
Casada	0.81	(95% IC 0.33 - 2.23)
Divorciada	0.81	(95% IC 0.4 - 1.66)
Unión libre	3.02	(95% IC 1.17 - 7.82)
Inicio Vida sexual activa.		
15 años	0.44	(95% IC 0.11 - 1.7)
16 años	1.74	(95% IC 0.55 - 5.5)
17 años	4.25	(95% IC 1.68 - 10.72)
18 años	2.95	(95% IC 1.26-6.94)
19 años	1.06	(95% IC 0.35-3.26)
21 años	0.38	(95% IC 0.08-1.9)
Escolaridad		
Primaria	0.19	(95% IC 0.02-1.58)
Secundaria	1.26	(95% IC 0.52-3.07)
Preparatoria	2.98	(95% IC 1.44-6.14)
Técnico	0.26	(95% IC 0.07-0.97)
Licenciatura	0.78	(95% IC 0.3-2.02)
Ocupación		
Ama de casa	1.07	(95% IC 0.53-2.15)
Obrera	1.07	(95% IC 0.09-23.44)
Empleada	0.71	(95% IC 0.35-1.44)
Comerciante	0.38	(95% IC 0.08-1.93)
Otra (estudiante)	9.5	(95% IC 1.11-81.37)
Percepción funcionalidad familiar.		
Altamente disfuncional.	4.59	(95% IC 1.75-12.07)
Moderadamente disfuncional.	4.45	(95% IC 2.05-9.68)
Funcional	0.07	(95% IC 0.03-0.17)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

Tabla 14. Asociación del Componente del APGAR Familiar menos satisfecho y atipias cervicales.

Variable	OR	Intervalo de Confianza 95%
Adaptabilidad		
Nic 1	2.87	(95% IC 0.64-12.96)
Nic 2	2.87	(95% IC 0.64-12.96)
Nic 1 más VPH	4.47	(95% IC 1.07-18.65)
Participación		
Nic 1	3.53	(95% IC 0.65-19.1)
Nic 2	0.71	(95% IC 0.08-6.46)
Nic 1 más VPH	0.71	(95% IC 0.8-6.46)
Crecimiento		
Nic 2	0.7	(95% IC 0.08-6.21)
Nic 1 más VPH	14.77	(95% IC 2.68-81.48)
Nic 2 más VPH	0.7	(95% IC 0.06-4.39)
Afecto		
Nic 1	1.31	(95% IC 0.47-3.65)
Nic 2	0.48	(95% IC 0.13-1.81)
Nic 3	0.31	(95% IC 0.07-1.46)
Carcinoma in situ	0.15	(95% IC 0.02-1.19)
Nic 1 más VPH	6.23	(95% IC 2.49-15.62)
Resolución		
Nic 1	1.15	(95% IC 0.48-2.73)
Nic 2	0.32	(95% IC 0.1-1.02)
Carcinoma in situ	0.07	(95% IC 0.01-0.57)
Nic 1 más VPH	2.65	(95% IC 1.16-6.05)
Nic 2 más VPH	0.07	(95% IC 0.01-0.57)

Fuente: Encuesta Asociación de la percepción de la dinámica familiar en mujeres con atipias celulares en citologías cervicales de la UMF 21.

18. Discusión.

Se tiene bien demostrado la relación entre las atipias cervicales y el cáncer Cervicouterino como lo muestra Sebastián Faro en su libro de enfermedades infecciosas de la mujer⁴, así como Khan Castle con su trabajo The elevated 10 years risk of cervical precancer and cancer in women with HPV and cervical atypias⁷, por tal motivo es de vital importancia realizar un correcto tamizaje de estas alteraciones cervicales y prevenir de esta el Cáncer Cervicouterino.

Los factores de riesgo están bien demostrados y existen múltiples trabajos hablando de éstos, como lo son inicio temprano de vida sexual activa, número y calidad de parejas sexuales, prácticas sexuales de alto riesgo, etc, ahora bien en donde tienen su origen?, es importante saber porque las mujeres están teniendo este tipo de prácticas en tal intensidad para que el problema haya tenido tal magnitud que actualmente el CACU se encuentra como 2 causa de muerte de origen oncológico solo por debajo del Cáncer de mama, una vez resuelta esta incógnita se puede tratar de resolver el problema desde su origen.

La hipótesis de este trabajo fue la que el origen de este tipo de prácticas y factores de riesgo tiene un origen familiar, específicamente en la dinámica familiar, existen muy pocos trabajos hablando de familia y su relación entre las prácticas de riesgo de sus integrantes, específicamente las prácticas sexuales de alto riesgo, Juan C. González –Quiñones²¹ en su trabajo Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá muestra claramente a la disfunción familiar con una mayor frecuencia en las conductas de riesgo en los adolescentes de bajo estrato económico originada principalmente por la violencia en la familia, es acá en donde surge el interés de los investigadores de dicho trabajo de investigar sobre esta variable en la población de nuestra UMF tomando como una puerta de entrada al problema a la percepción de la funcionalidad familiar para dimensionar el problema.

La funcionalidad familiar es el grado con el que se cumplen las 5 funciones básicas de la familia y como lo dice el Dr. Huerta ¹*“El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros”*, también el Dr. Apolinar Membrillo en su libro de *“Familia, Introducción al estudio de sus elementos”*² marca claramente que una de las funciones generales de la familia será la conservación y transmisión de la cultura, así como la protección de todos y cada uno de sus miembros ante peligros internos y externos; hablando específicamente de las atipias cervicales encontramos una función de la familia directamente relacionada con ésta, la reproducción, que significa suministrar nuevos miembros a la sociedad así mismo la expresión de la sexualidad y control de la natalidad, siendo importante crear en la familia las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural y familiar.

Por tal motivo se decidió investigar sobre la asociación entre la percepción de la función familiar y la prevalencia de atipias cervicales utilizando el cuestionario APGAR, los resultados fueron contundentes ya que la percepción de la funcionalidad familiar con mayor porcentaje en las pacientes con atipias fue de disfunción familiar, las pacientes con atipias cervicales se están percibiendo con

un funcionamiento no adecuado de sus familias, a comparación de las pacientes que no tienen atipias cervicales que la percepción de mayor porcentaje fue de una adecuada funcionalidad familiar, con una OR de 13 lo que significa que la variable investigada que fue la percepción de disfunción familiar si está relacionada con la presencia de atipias cervicales con una probabilidad del 92.59%.

Evidentemente la realidad social de nuestro país es muy compleja, y la era de la tecnología ha venido a cambiar drásticamente la manera en la que se relacionan las personas de una misma sociedad y evidentemente esto también ha cambiado la manera en la que se ejercen las funciones familiares, en los resultados obtenidos muestra que las pacientes con atipias cervicales están reclamando pasar más tiempo como familia.

Los alcances de este trabajo solo están dimensionados para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar de una manera transversal, lo que abre la incógnita a un trabajo más ambicioso sobre este tema que sería un abordaje longitudinal para saber si efectivamente la percepción de disfunción familiar fue antes de la detección de la atipia cervical o después.

19. Conclusiones.

- La percepción de disfunción familiar es un factor de riesgo para presentar atipias cervicales (OR 13), la percepción de la funcionalidad familiar con mayor porcentaje en las pacientes sin atipias fue la de familia funcional con un 71.4% y con atipias cervicales fue la disfunción familiar con un 83.3%
- El tener 4 o más parejas sexuales es un factor de riesgo importante (OR 9.22) para presentar atipias cervicales, El 90% de las pacientes con atipias cervicales ha tenido más de una pareja sexual a diferencia de las que no tienen atipias cervicales que es del 61%.
- El estado civil con mayor factor de riesgo para presentar atipias cervicales es el de unión libre (OR 3.02).
- El nivel de escolaridad que presenta mayor factor de riesgo para presentar atipias cervicales es la preparatoria (OR 2.98), la escolaridad con mayor porcentaje fue mayor en ambos grupos 31.2% y 57.4% pacientes sin atipias y con atipias cervicales respectivamente.
- La ocupación que se presenta como factor de riesgo más importante es la de estudiante (OR 9.5).
- La edad de inicio de vida sexual con mayor factor de riesgo para presentar atipias cervicales es la de 17 años (OR 4.45)La edad de inicio de vida sexual activa con mayor porcentaje en pacientes sin atipias cervicales fue de 18 años con un 14.3% y en pacientes con atipias fue 17 años con un 33.3%.
- El ítem más afectado del cuestionario APGAR en pacientes con atipias cervicales fue el de resolución con un 38.9% y en pacientes sin atipias el 28.3 % se reportó sin ningún ítem afectado.
- El inicio de vida sexual activa en las pacientes con atipias fue antes de los 20 años en más del 90%, siendo la edad más común de inicio de vida sexual activa a los 17 años.

20. SUGERENCIAS.

Una vez demostrada la asociación directa entre la percepción de funcionalidad familiar y la presencia de atipias cervicales, se considera pertinente que en las pacientes que tengan diagnóstico de atipia cervical se indague de manera intencionada sobre la percepción de funcionalidad familiar que tiene de su familia, detectar el rubro más afectado e incidir en él.

Se recomienda llevar un seguimiento estrecho de las pacientes en el consultorio de medicina familiar y llevar su atención a un nivel 2 de intervención en medicina familiar.

Para llevar a cabo el nivel 2 de intervención en medicina familiar es necesario:

- Brindar información continua y consejos médicos, incluyendo todas aquellas situaciones en las que se hace necesario informar a la familia, bien sea en su conjunto o a varios de sus miembros.
- Implicar a los diferentes familiares en el tratamiento dado a un miembro de la familia sería un ejemplo. La información a proporcionar puede incluir hallazgos diagnósticos, opciones terapéuticas o consejos para la familia sobre cómo llevar a cabo las tareas necesarias para el cuidado del paciente.

Realizar un seguimiento y verificar el éxito de las acciones realizadas, en dado caso de que se siga sin una mejoría de la percepción de la funcionalidad familiar, sería necesario llevar la atención médica a un nivel 3 de intervención en medicina familiar, para lo cual se podría hacer uso de los recursos existentes en la UMF y apoyarse en el departamento de enseñanza de la unidad para que mediante el apoyo conjunto de los residentes en Medicina se logre cumplir este nivel 3 de intervención en medicina familiar.

Para realizar un nivel 3 de intervención en medicina familiar es necesario:

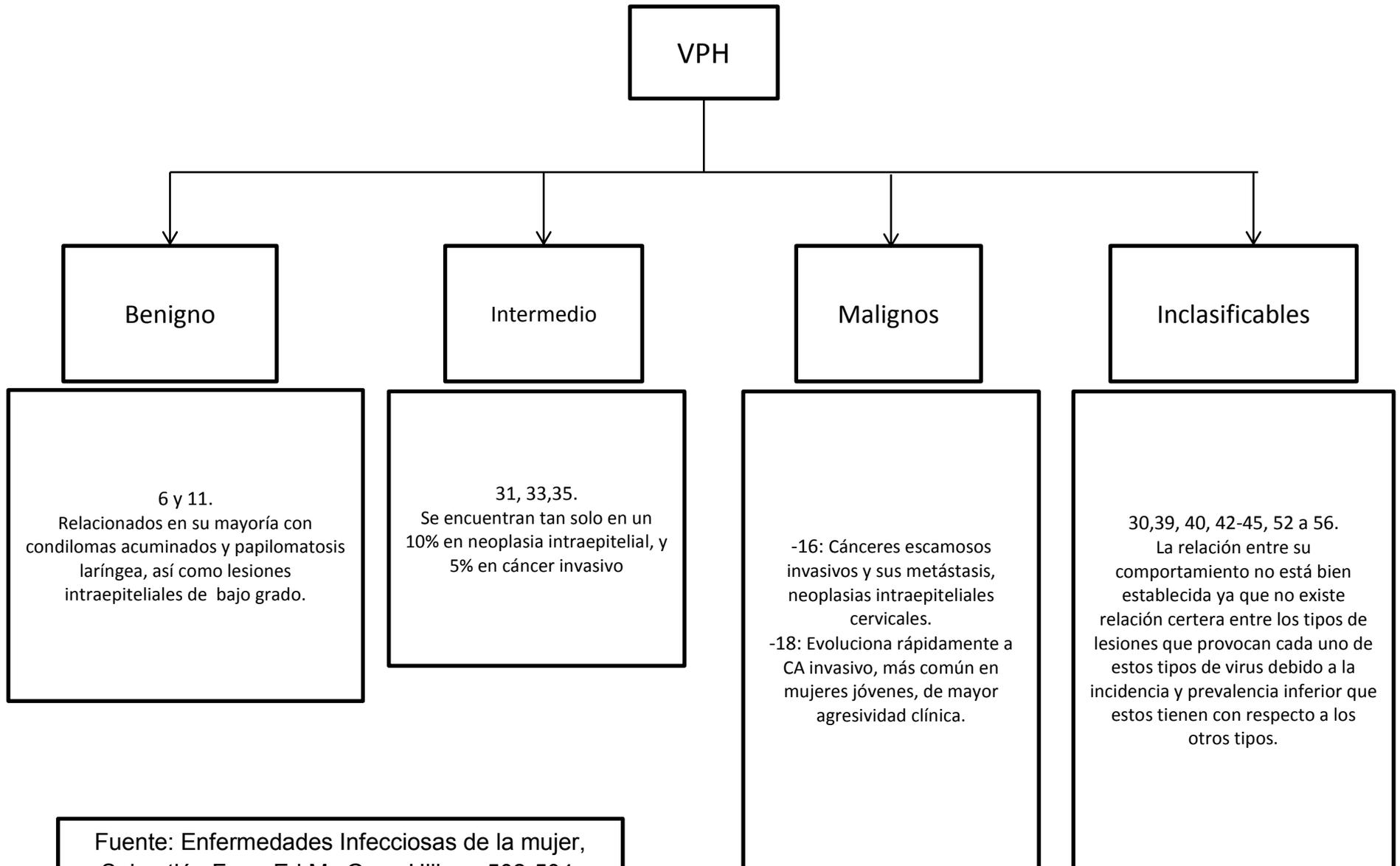
- Interesarse activamente por las preocupaciones y los sentimientos de la familia.
- Proporcionar apoyo emocional si fuera necesario, desde el conocimiento del desarrollo normal del individuo y del funcionamiento de la familia, con el fin de “normalizar” situaciones generadoras de estrés.
- Incluir actividades que tienen como finalidad ayudar al sistema familiar a la expresión y participación conjunta de sus emociones favoreciendo las muestras de apoyo y afecto entre sus miembros.

En dado caso de ser necesario un nivel 4 o 5 de intervención en medicina familiar se recomienda buscar las instancias necesarias para solventar los casos.

De esta manera se estaría favoreciendo una de las funciones principales de la familia que como antes se mencionó es la de proteger de todos y cada uno de sus miembros ante peligros internos y externos, desde luego también se necesita mantener una adecuada cobertura de la vacuna de VPH en la población de la UMF 21 que podría ser motivo de otro trabajo.

ANEXOS.

ANEXO 1



Fuente: Enfermedades Infecciosas de la mujer, Sebastián Faro, Ed Mc Graw Hill, pp 502-504,

ANEXO 2. CUESTIONARIO APGAR.

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca(0)
Adaptabilidad. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema pasa por alguna situación crítica?			
Participación. <i>¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?</i>			
Crecimiento. ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto. ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar?			
Resolución. ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasa juntos?			

Calificación.

Puntos	Evaluación
0 a 3	Familia altamente disfuncional.
4 a 6	Familia moderadamente disfuncional
7 a 10	Familia funcional



“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR EN MUJERES CON ATIPIAS CELULARES EN CITOLOGÍAS CERVICALES DE LA UMF 21.”

1	FOLIO _____		
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____
6	Turno: 1.Matutino 2.Vespertino		(__)
7	Número de Consultorio:		(__)
8	Edad: años cumplidos		(__)
9	ESTADO CIVIL 1.Soltero 2.Casado 3.Divorciado 4.Viuda 5.Unión libre		(__)
10	ESCOLARIDAD 1.-Ninguna 2.-Primaria 3.- Secundaria 4.-Preparatoria 5.-Técnico 6.-Licenciatura 7.-Posgrado		(__)
11	OCUPACIÓN 1.- Ama de casa 2 Obrera 3. Campesina 4.Empleada 5. Comerciante 6.Pensionada 7.-Otra		(__)
12	CALIFICACIÓN APGAR: 1-Familia altamente disfuncional. 2-Moderada Disfunción Familiar. 3-Familia Funcional		(__)
13	Ítem con menor puntuación en Cuestionario APGAR. 1- Ítem 1(Adaptabilidad) 2-Ítem 2 (Participación) 3- Ítem 3 (crecimiento) 4- Ítem 4 (Afecto) 5.Ítem 5 (Resolución)		(__)
14	Atipia Reportada. 1-NIC 1 2-NIC 2 3- NIC 3 4- Carcinoma In situ.		(__)
15	IVSA: Edad de Inicio de Vida Sexual Activa en años		(__)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación de la Percepción de la Dinámica Familiar en Mujeres con Atipias Celulares en Citologías Cervicales de la UMF21"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México D.F. 2014.
Número de registro:	R-2014-3703-5
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El cáncer Cervicouterino ocupa el segundo lugar en mortalidad por neoplasias en la población femenina mexicana. Objetivo: Determinar la relación entre atipias cervicales y asociación de percepción de funcionalidad familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Determinar áreas de oportunidad para mejorar la funcionalidad familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se harán a través del investigador principal directo al paciente
Participación o retiro:	De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Según los lineamientos éticos establecidos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
No autoriza que se tome la muestra.	
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Identificar áreas de oportunidad para mejorar la funcionalidad familiar y de esta manera disminuir la presencia de los comportamientos de alto riesgo para infecciones de transmisión sexual.

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

Investigador Responsable: Dr. Juan Figueroa García Correo electrónico: figueroajg@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Leonor Campos Aragón Correo electrónico: dra.leonor.campos.@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR EN MUJERES CON ATIPIAS CELULARES EN CITOLOGÍAS CERVICALES DE LA UMF 21.”



Dr. Juan Figueroa García*, Dra. Leonor Campo Aragón*, Dr. Coronado Muñoz Octavio **



ACTIVIDADES		Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Agosto 2014	Septiembre 2014	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015
Identificación del problema	P	X										
	R	X										
Elaboración de marco teórico	P	X	X									
	R	X	X									
Elaboración de hipótesis	P	X	X									
	R	X	X									
Elaboración de objetivos	P		X									
	R		X									
Definición de variables	P	X	X									
	R	X	X									
Elección del método de estudio	P			X								
	R			X								
Identificación de la población	P			X								
	R			X								
Solicitud y acceso a base de datos	P				X							
	R				X							
Localización e invitación a los participantes y firma de consentimiento informado	P					X						
	R											
Aplicación del instrumento Apgar							X	X				
Captura de información	P								X	X		
	R											
Análisis de información y resultados	P									X	X	
	R											
Publicación y entrega de trabajo	P											x
	R											

**Dr. Coronado Muñoz Octavio Alejandro, Médico Cirujano y Partero., Residente de Segundo Año de Medicina Familiar en UMF No.21 “Francisco del Paso y Troncoso”, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, Teléfono: 55 52 56 43, Conmutador 57 68 66 00 Extensión: 112, Correo Electrónico: octalcomu@hotmail.com

Bibliografía.

- ¹ Huerta,J. (2005). *La familia en el proceso salud enfermedad*. México DF: Alfil. Pp 34,37,77.
- ² Membrillo,A. (2008). *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. México DF: ETM.pp 78-80.
- ³ Committe on prevention and control of sexually Transmitted Diseases.
- ⁴ Faro,S. (2002). *Enfermedades infecciosas de la mujer*. México DF: Mc Graw Hill, pp502-504
- ⁵ González,J. & De la Hoz,J. (Febrero 2011). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá . Rev. Salud Pública Colombia, 13, 67-68.
- ⁶ HPV and Cervical Cancer Prevention Counseling With Younger Adolescents: Implications for Primary Care, Andrew L Sussman, Annals of Family Medicine Vol.5 No.4 Julio/ Agosto 2007.
- ⁷ Attempts to detect virus-specific DNA sequences in human tumors, Hans Wolf, Harald Zur Hausen, Med. Microbiol.Inmunol. 161,15-21(1975).
- ⁸ Sherris,R. (2011). *Microbiología Médica*. México DF: Mc Graw Hill, pp 250-251.
- ⁹ Recruitment of replication Protein A by the Papillomavirus E₁ Protein and Modulation by single-Stranded DNA, Yueh-Ming Loo, Thomas Melendy, Journal of virology of American Society of Microbiology, pp 1605, Febrero 2014.
- ¹⁰ Chan JK, Berek J, Impact of the human papillomavirus vaccien on cervical cancer; Journal Clinical Oncol 2007; 25: 2975-2982.
- ¹¹ Khan Mj, Castle PE, The elevated 10 years risk of cervical precancer and cáncer in women with human papillomavirus (HOV) type 16 and 18 and the possible utility of type-specific HPV testing clinical practice , Journal National Cancer Institute 2005;97: 1072-1079.
- ¹² NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cervical Cancer screening 2011.
- ¹³ Cox JT, Management of women with Cervical Cáncer Precursor Lesions, Obstetric Gynecology Clinical 2002; 29, 787-816.
- ¹⁴ The Bethesda system for reporting Cervicovaginal Cytologic Diagnoses , Solomon D, The journal of clinical cytology and cytopathology 33, pp 569
- ¹⁵ Guía de Práctica Clínica Prevención y Detección oportuna del Cáncer Cérvicouterino en el primer nivel de atención.
- ¹⁶ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, detección, Diagnóstico, tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. Mayo 2007.
- ¹⁷ SIGN Management of cervical cáncer A National Clinical Guideline 2008.
- ¹⁸ Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus, Agosto 2007
- ¹⁹ Base de Datos SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud) www.sinais.salud.gob.mx