

11228
2ej
328



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

"DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO"



TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :
MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. Marino Filadelfo Kochitama Juárez

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.

Puebla, Pue.

TESIS CON FALLA DE COPIA

1983 - 85



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	5
ANTECEDENTES	7
MATERIAL O METODO	9
RESULTADO	12
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	33

I N T R O D U C C I O N

El desarrollo que la ciencia médica ha tenido en los últimos años ha sido vertiginoso, de tal manera que la tecnología aplicada al campo de la medicina ha dado como resultado -- que el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades sea -- más precoz y oportuno .

Durante nuestra rotación como residentes de medicina familiar por los diferentes hospitales de segundo y tercer nivel y la estancia por los variados servicios que éstos comprenden, tuvimos la oportunidad de constatar los enormes avances -- en cuanto a lo sofisticado de la tecnología y su aplicación en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades que hace algunos años presentaban serias dificultades para su resolución, así -- como el personal altamente calificado que contribuye a la mejor atención de los pacientes que acuden a éstos hospitales.

Lo mencionado anteriormente resulta alagador y causa de satisfacción, sin embargo cabe mencionar, que mientras las -- ciencias avanzan y la tecnología es más sofisticada para beneficio de la humanidad, se ha descuidado el aspecto en la relación médico-paciente y en lo referente a comprensión y afecto para -- los enfermos y sus familiares, ya que una vez establecido el -- diagnóstico y tratamiento para la enfermedad que motivó la consulta o internamiento del paciente, el médico se olvida por completo de las alteraciones y repercusiones de tipo psicológico y afectivo que los pacientes con enfermedades sobre todo crónicas, manifiestan en torno suyo y de su núcleo familiar.

Es aquí donde el médico familiar tiene el deber, además de colaborar en el control de las enfermedades orgánicas, introducirse en el núcleo familiar y tratar de orientar y encausar la buena marcha de las relaciones interfamiliares, para que de esta manera las enfermedades crónicas (Ej. al cáncer -- cervicouterino) de las cuales una de los miembros de la familia sea portadora, se entienda y comprenda mejor y que de esta forma todos y cada uno de los miembros del núcleo familiar participen en el manejo y conservación de la salud del familiar afectado y eviten la disfunción e inclusive la desintegración familiar. (26)

En un país como México en donde el casamiento temprano, la multiparidad, la ignorancia, la deficiencia marcada en los hábitos higiénicos, el falso pudor, los prejuicios y la dependencia física y psicológica de la mujer hacia el esposo, -- han llevado de la mano, a pesar de las medidas de detección oportuna, la persistencia del cáncer cervicouterino como la primera patología neoplásica en la mujer. (18)

La responsabilidad que la sociedad ha delegado en la mujer, en la promoción del crecimiento y desarrollo de los hijos y la integración con su pareja conyugal y que hacen que la familia sea funcional, puede verse afectada por las alteraciones físicas, psicológicas y afectivas que lleva implícitas una enfermedad como el cáncer cervicouterino. (23-24)

Por lo tanto la paciente portadora de cáncer cervicouterino al verse sometida al stress tanto físico como emocional

que conlleva su diagnóstico como su tratamiento, puede hacerla reaccionar en forma negativa, alterando su mundo psico-afectivo y ser causa de disfunción en su núcleo familiar. (3-16).

Durante muchos años la mujer ha dependido de la dualidad en su función sexual, una como objeto de placer y otra por su capacidad para reproducirse y si ésto se ve truncado por un padecimiento como el cáncer cervicouterino, surgen como consecuencia trastornos psicosociales que afectan en grado diverso a su núcleo familiar. (21)

Los aspectos médicos, quirúrgicos y radioterapéuticos, pueden conducir a la paciente a sentirse mutilada y al mismo tiempo dar por resultado el descuido de las necesidades afectivas de la paciente y su familia, conduciendo a sentimientos de soledad y aislamiento por parte de la paciente y a sentimientos de rechazo o sobreprotección por parte de los familiares. (5-12 16)

Se ha observado, que la mayoría de las pacientes con cáncer cervicouterino presentan además de la sintomatología somática y orgánica propia de su padecimiento, alteraciones de tipo psicológico y afectivo que pueden dar como consecuencia disfunción en su núcleo familiar y que incluso pueden llegar a la desintegración de la familia, por lo que el médico debe comprender mejor los sentimientos asociados a esta enfermedad para satisfacer mejor las necesidades de la paciente y su familia. (27)

Este tipo de alteraciones que se generan en la dinámica familiar de las pacientes con cáncer cervicouterino y que tu

vimos la oportunidad de observar directamente en el servicio - de radioterapia es lo que nos ha motivado para la realización de éste trabajo, el cual no pretende estudiar al cáncer cervicouterino con respecto de su clasificación, diagnóstico y tratamiento (ya bien estudiados y establecidos), sino demostrar que por lo anteriormente expuesto, las pacientes con éste tipo de neoplasias pueden ser causa de disfunción familiar.

GENERALIDADES

La frecuencia del cáncer cervicouterino, es uno de los más comunes entre el sexo femenino, parece variar con factores socio-culturales, ya que es más frecuente entre mujeres que inician relaciones sexuales a más temprana edad, con compañeros múltiples y con fertilidad alta. Por otra parte es raro encontrarlo en mujeres vírgenes y su incidencia es baja en mujeres con infertilidad. (18)

El carcinoma del útero comprende casi el 80 % de las neoplasias malignas del aparato genital femenino. El cérvix es la parte preferida en el 50 % de los casos.

Su frecuencia y pronóstico es menos sombrío cuando es diagnosticado a tiempo. El cáncer cervicouterino es un padecimiento que puede provenirse, ya que se cuenta con un método de detección oportuna como es la citología exfoliativa (PAPANICOLAOU). (3 - 4)

Se trata de un cáncer en la mujer con vida sexual activa, incluso en la mujer joven. La mayoría de los casos se sitúan entre los 40 y 50 años de edad, pero hay cáncer del cérvix después de la menopausia y aunque raramente se puede encontrar en la niña.

La interacción familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas en las que la patología es claramente física como por ejemplo el cáncer cervicouterino, que es una enfermedad que influye en forma importante en la homeostásis de la familia. Es un hecho de observación

común que todos los problemas físicos y sociales tienen un impacto psicológico en cada uno de los miembros de la familia y no se puede negar que, en muchos padecimientos llamados psicósomáticos o psicofisiológicos hay factores emocionales ligados a la interacción familiar, ya que ellos frecuentemente precipitan el síntoma. (13 - 15).

Cuando las personas que forman una familia no logran tener un ajuste en sus relaciones interpersonales, debido en muchas ocasiones a que no pueden superar situaciones que les están impidiendo la satisfacción de sus necesidades básicas (cuidado, afecto y reproducción), se originan conflictos que van a dañar muy sensiblemente a los padres y a los hijos y que pueden llevar a la separación o al divorcio. (23)

Cuando aparece un estado de tensión obviamente está impidiendo que los miembros de una familia sean felices. (22)

Si en la atmósfera familiar se presentan cambios y desvíos bruscos por la enfermedad de un miembro, pueden surgir sentimientos de frustración acompañados de resentimiento y hostilidad. (22).

La familia tendrá alteraciones en su dinámica y tomará una actitud determinada cuando exista la presencia de un miembro enfermo, tomando en cuenta su nivel socio-económico y cultural, así como la integración familiar que exista. (11)

A N T E C E D E N T E S

Desde que CULLEN en 1900 describió e ilustró por primera vez, lo que llamó " la capa de epitelio superficial carcinoma^{to}sos", el cáncer cervicouterino ha sido una de las neoplasias más y mejor estudiadas. Así RUBIN en 1910 comunicó dos casos de "carcinoma incipiente" del cuello uterino. Fue a partir de 1927 cuando HINSELMANN desarrolló su técnica de COLPOSCOPIA, que permitió la demostración de zonas de epitelio atípico en el cervix uterino de algunas pacientes. Un año después, en 1928 PANICOLAU publicó su comunicación preliminar sobre el diagnóstico citológico del cáncer, la cual habría de refrendar en 1943 con amplia experiencia en sus métodos de tinción, de suma importancia en la actualidad para el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino. (4)

En este grupo de pioneros debe considerarse a SCHILLE, que describió su técnica de impregnación del epitelio cervical con solución yodada a fin de descubrir lesiones a veces anaplasias, así como a MEYER, patólogo alemán cuyos trabajos sobre carcinoma temprano del cervix a partir de 1910, fueron motivos de varias comunicaciones que vinieron a conocerse con más amplitud cuando las publicó en 1941 en los Estados Unidos. (4)

El congreso internacional de Ginecología y Obstetricia celebrado en la ciudad de Nueva York en 1950, consideró al carcinoma in situ como una etapa inicial del cáncer del cervix, que fue desde entonces clasificado como estadio 0. (4)

Muchos trabajos realizados en aquellos años, formula-

ron nuevos conceptos que culminaron en 1952 en que el carcinoma in situ tomó finalmente carta de naturalización desde el punto de vista biológico y clínico como precursor del carcinoma invasor del cuello uterino.

El progreso de las tres últimas décadas, tanto en conocimientos como en técnicas y metodología, permiten suponer teóricamente que el cáncer del cérvix uterino puede prevenirse, ya que esta patología puede detectarse y curarse en las fases pre-clínica y pre-invasora.

Sin embargo a pesar de los importantes progresos en el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino, fue hasta la década de los 50s., cuando algunos autores describieron en pacientes con esta neoplasia, alteraciones psicosomáticas y afectivas producidas por el diagnóstico o tratamientos a que eran sometidas. (2)

HOLLAND en 1973 estudia los aspectos psicológicos de la paciente con cáncer. Desde entonces diversos autores y sociedades médicas, a través de conferencias y seminarios han realizado la importancia de las necesidades sociales, económicas y psicológicas, además de las alteraciones afectivas consiguientes al tratamiento (RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA Y QUIRURGICO) en las pacientes con cáncer cervicouterino. (13)

Más recientemente en 1982, bajo los auspicios del Instituto Nacional Del Cáncer de los Angeles California en Estados Unidos, se evalúan los problemas psicosociales en el hogar de las pacientes con cáncer cervicouterino. (24)

MATERIAL Y METODO.

Para el presente trabajo, se tomaron 50 pacientes - del sexo femenino, con diagnóstico ya establecido de CANCER - CERVICOUTERINO, para estudiar y demostrar la DISFUNCION FAMILIAR existente a causa de éste tipo de neoplásia.

Las pacientes fueron tomadas al azar, del servicio de Radioterapia del H.R.E. del I.M.S.S. en Puebla, Pue. y cuyas edades fluctuaron entre la 2a. y 6a. década de la vida.

La recolección de datos se hizo por medio de un -- cuestionario previamente elaborado, que incluyó ficha de identidad, grado de escolaridad, medio socioeconómico y aspectos de la dinámica familiar e interacción social.

El cuestionario fue aplicado en el servicio de Radioterapia en forma directa, se le explicó a la paciente el motivo del mismo y se utilizó el lenguaje apropiado.

Este estudio se realizó en un lapso de tiempo de 6 meses .

A continuación se adjunta el cuestionario que se utilizó para investigar la disfunción familiar en pacientes con cáncer cervicouterino.

CUESTIONARIO PARA INVESTIGAR DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA.CU.

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

Ocupacion: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA PAC: _____

TIEMPO DE MATRIMONIO: _____ No. DE HIJOS _____

TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECE: _____

ROL DE LA PACIENTE DENTRO DE SU FAMILIA: _____

INGRESO PER-CAPITA DE LA FAMILIA: _____

CONDICION SOCIAL O STATUS FAMILIAR: _____

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL ESPOSO: _____

TIEMPO DE DIVORCIO: _____ MOTIVO DEL DIVORCIO: _____

RECIBIO EDUCACION SEXUAL: SI: _____ NO: _____

EN LA FAMILIA: _____ EN LA ESC: _____ OTROS: _____

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (EDAD). _____

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES: No. DE VECES X SEM. _____

SON SATISFACTORIAS SUS RELACIONES SEX.: SI _____ NO. _____

PORQUE?: _____

HA VARIADO LA FRECUENCIA DE SUS RELACIONES SEXUALES POR SU

ENFERMEDAD: SI: _____ NO: _____

HAN AUMENTADO: _____ HAN DISMINUIDO: _____

TIEMPO DE EVOLUCION DE SU PADECIMIENTO. (CA.CU. _____

QUE ACTITUD TOMO EN EL MOMENTO EN QUE LE COMUNICARON SU EN-

FERMEDAD: _____

A QUE ATRIBUYE SU ENFERMEDAD. (CA.CU.: _____

QUE ACTITUD HA TOMADO ACTUALMENTE ANTE SU ENFERMEDAD: _____

HA NOTADO CAMBIOS EN SU CARACTER: SI: _____ NO: _____

CUALES SON?: _____

HA AFECTADO LA ENFERMEDAD SUS INGRESOS ECONOMICOS: SI _____

NO: _____ PORQUE?: _____

FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE LOS ENOJOS O DISCUSIONES FAMILIAR-

RES : _____

PRESENCIA O AUSENCIA DE TENSION FRANCA EN LAS RELACIONES

CON SU FAMILIA: _____

QUIEN LA ACOMPAÑA CON MAS FRECUENCIA A LA CONSULTA: _____

ACUDE SOLA: _____ PORQUE?: _____

SU ESPOSO HA CAMBIADO SU ACTITUD HACIA UD. DESDE QUE LA SA-
ENFERMA: SI: _____ NO: _____

CUALES SON LOS CAMBIOS: _____

HAN CAMBIADO SU ACTITUD SUS HIJOS O FAMILIARES CERCANOS HA-
CIA UD. DESDE QUE LA SABEN ENFERMA: SI: _____ NO: _____

CUALES SON LOS CAMBIOS: _____

LA SOBREPROTEGEN?: _____

LA RECHAZAN O LA ABANDONAN?: _____

SE MUESTRAN INDIFERENTES?: _____

HA ABANDONADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES: SI: _____ NO: _____

PORQUE?: _____

HA ABANDONADO SUS ACTIVIDADES EN EL HOGAR: SI: _____ NO: _____

PORQUE?: _____

SE SIENTE RECHAZADA O COMPADECIDA POR SUS AMISTADES: SI: _____

NO: _____ PORQUE LO SIENTE O LO PIENSA ASI?: _____

ASISTE CON REGULARIDAD ALGUN TEMPLO RELIGIOSO: SI: _____ NO: _____

ES MENOS FRECUENTE SU ASISTENCIA: SI _____ NO: _____

ES MAS FRECUENTE SU ASISTENCIA: SI: _____ NO: _____

PORQUE?: _____

COMENTARIOS

R E S U L T A D O S .

A continuación se mencionan los resultados obtenidos de la encuesta practicada en forma personal y a través del cuestionario para llegar a las conclusiones de éste trabajo.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

GRUPOS DE EDAD.

TABLA No. 1

AÑOS	No. DE PTES.	%
20 - 30	4	8
31 - 40	11	22
41 - 50	19	38
51 - 60	16	32
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

En la tabla anterior se hace notorio que el mayor porcentaje de pacientes se presentó entre la 4a. y 6a. década de la vida, sin embargo se nota una incidencia importante, tomando en cuenta que nuestra muestra es de 50 pacientes, encontrar un 8% de pacientes entre la 2a. y 3a. década de la vida.

SEXO:

Nuestra muestra consta de 50 pacientes del SEXO FEMENINO.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

ESTADO CIVIL.

TABLA No. II

EDO. CIVIL	No. DE PTES.	%
CASADA	35	70
UNION LIBRE	6	12
DIVORCIADA (+)	2	4
VIUDA	7	14
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

La tabla anterior demuestra que el mayor porcentaje de nuestras pacientes son casadas.

(+) De las dos pacientes divorciadas, una se encontraba divorciada antes de ser diagnosticado su padecimiento - y en la otra, el padecimiento fue la causa de su divorcio.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

Ocupacion .

TABLA No. III

Ocupacion	No. DE PTES.	%
LABORES DEL HOGAR	36	72
OBreras	9	18
COMERCIANTES	3	6
TECNICA.	1	2
PROFESIONISTA	1	2
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

GRADO DE ESCOLARIDAD.

TABLA No. IV

GRADO DE ESCOLARIDAD	No. DE PTES.	%
ANALFABETA	9	18
PRIMARIA INCOMPLETA	20	40
PRIMARIA COMPLETA	12	24
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	4
SECUNDARIA COMPLETA	3	6
TECNICA	2	4
PROFESIONAL	2	4
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

CONDICIONES SOCIAL O STATUS FAMILIAR DE DONDE PRO

VIENEN LAS PACIENTES.

TABLA No. V

STATUS FAMILIAR	No. DE PTES.	%
BAJO	24	48
MEDIO BAJO	22	44
MEDIO ALTO	4	8
ALTO	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.
TIPOS DE FAMILIA A LA QUE PERTENECEN LAS PACIENTES .

TABLA No. VI

TIPO DE FAMILIA	No. DE PTES.	%
NUCLEAR	38	76
EXTENSA	12	24
EXTENSA COMPUESTA	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.
FASE EN QUE SE ENCUENTRA LA FAMILIA DE LAS PACIENTES DE NUESTRA MUESTRA.

TABLA No. VII

FASE DE LA FAMILIA	No. DE PTES.	%
MATRIMONIO	0	0
EXPANSION	8	16
DISPERSION	19	38
INDEPENDENCIA	23	46
RETIRO O MUERTE	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.
NUMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES DE NUESTRA MUESTRA .

TABLA No. VIII

No. DE HIJOS . (+)	No. DE PTES.	%
0 _ 3	9	18
4 - 6	13	26
7 y +	28	56
Total	50	100

FUENTE : Encuesta especifica.

En la tabla anterior, observamos que la multiparidad es una de las caracterfsticas de las pacientes incluidas en esta muestra, si tomamos en cuenta que no incluimos a los ABORTOS.

(+) . _ Menor No. de hijos - 2
Mayor no. de hijos - 18

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.
ROL QUE LA PACIENTE DESEMPEÑA EN SU FAMILIA.

TABLA NO. IX.

ROL	No. DE PTES.	%
ESPOSA MADRE	36	72
ESPOSA COMPAÑERA	0	0
ESPOSA COLABORADORA	14	28
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

EDUCACION SEXUAL EN LAS PACIENTES DE NUESTRA MUESTRA.

TABLA. No. X

RECIBIERON EDUCACION SEXUAL	No. DE PTES..	%
SI	3	6
NO	47	94
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica

En la tabla anterior encontramos significativo el porcentaje elevado de pacientes que no han recibido y nisi que ra tienen idea con respecto a la educación sexual. Del porcen taje tan pequeño de pacientes que si recibieron educación sexual, la refieren muy escasa.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA DE NUESTRAS PACIENTES.

TABLA No. XI.

AÑOS DE EDAD	No. DE PTES.	%
- de 15	4	8
15 a 20	35	70
+ de 20	11	22
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

La tabla anterior es demostrativa con respecto a la precocidad en el inicio de la vida sexual activa de nuestras pacientes.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO (CA. CU.) POSTERIOR AL DIAGNOSTICO.

TABLA No. XII

MESES	No. DE PTES.	%
0 - 12	28	56
13- 24	12	24
25- 36	6	12
37 y +	4	8
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

CAUSA A LAS QUE LA PACIENTE CON CA. CU. ATRIBUYE -
SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XIII

CAUSA	No. DE PTES.	%
MULTIPARIDAD	15	30
CONTAGIO SEXUAL	11	22
ESFUERZO FISICO INTENSO Y PROLONGADO...	8	16
ABORTOS PROVOCADOS	4	8
HERENCIA	3	6
D. I. U.	2	4
SENILIDAD	2	4
POST - SALPINGOCLASIA	2	4
POST - TRAUMATISMO DIRECTO EN GENITALES EXTERNOS ...	2	4
HORMONALES INYECTABLES PARA EL CONTROL DE LA MENOPAUSA...	1	2
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

Las causas anotadas en la tabla anterior para el -
cáncer cervicouterino no pretenden ser verdaderas, es más al-
gunas nisiquiera pueden considerarse factores predisponentes,
pero las mencionamos porque debido a su bajo nivel cultural -
y al desconocimiento total sobre su padecimiento, las pacien-
tes las refieren.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.
PRESENCIA O NO DE RELACIONES SEXUALES EN LA PACIENTE
CON CA.CU. POSTERIOR AL DIAGNOSTICO DE SU PADECIMIEN
TO.

TABLA No. XIV.

RELACIONES SEXUALES.	No. DE PTES.	%
SI	32	64
NO.	18	36
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.
SATISFACCION O NO EN LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS PA-
CIENTES QUE LAS PRESENTAN POSTERIOR AL DIAGNOSTICO DE -
CA. CU.

TABLA No. XV

SATISFACCION EN LAS RELACIONES SEXUALES	No. DE PTES.	%
SI	10	20
NO	22	44
Total	32	64

FUENTE: Encuesta específica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE INSATISFACCION EN LA RELACIONES SECUALES EN LAS PACIENTES QUE LAS PRESENTAN, POSTERIOR AL DIAGNOSTICO DE CA. CU.

TABLA No. XVI

CAUSAS	No. DE PTES.	8
DISPAREUNA	1	2
SANGRADO POST-COITO	3	6
DISPAREUNIA Y SANGRADO POST-COITO	15	30
MIEDO DE AGRAVAR EL PADECI--MIENTO .	1	2
MIEDO DE CONTAGIO AL ESPOSO	2	4
Total	22	44

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

CAUSAS POR LAS CUALES LAS PACIENTES CON CA.CU. YA NO PRESENTAN RELACIONES SEXUALES.

TABLA No. XVII

CAUSAS	No. DE PTES.	8
VIUDEZ	8	16
DIVORCIO	1	2
CA. CU.	9	18
Total	18	36

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

ASPECTOS EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LAS PACIENTES -
CON CA. CU. POSTERIOR A SU DIAGNOSTICO.

CAMBIOS DE CARACTER O NO DE LAS PACIENTES CON CA.CU.
POSTERIOR A CONOCER SU DIAGNOSTICO.

TABLA No. XVIII

CAMBIOS DE CARACTER	No. DE PTES.	%
PRESENCIA	50	100
AUSENCIA	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

En la tabla anterior, es importante hacer notar que el 100% de las pacientes de nuestra muestra, presentaron cambios en su carácter motivados por su padecimiento.

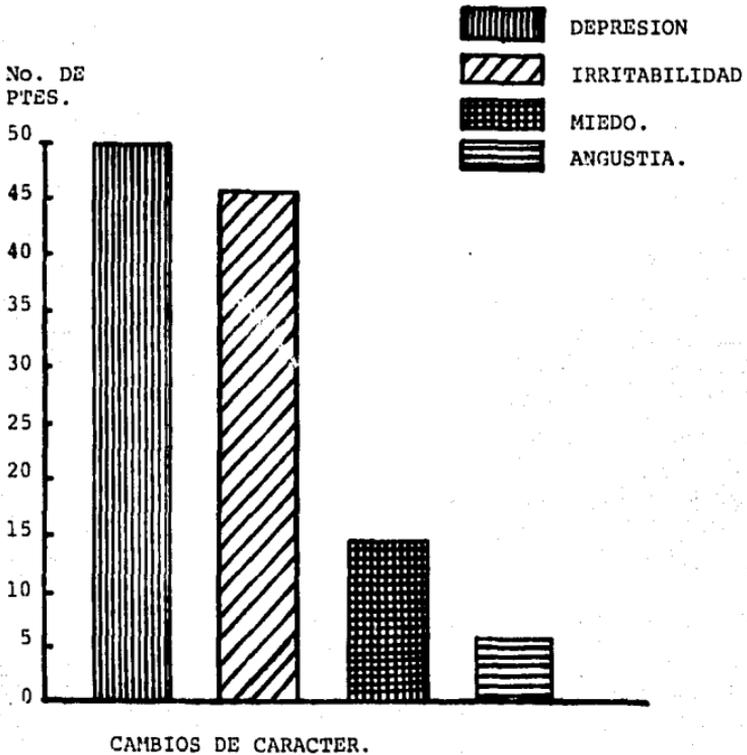
CAMBIOS DE CARACTER MAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN LAS PACIENTES CON CA. CU., MOTIVADOS POR SU PADECIMIENTO.

- DEPRESION.
- IRRITABILIDAD.
- MIEDO .
- ANGUSTIA.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS CAMBIOS EN EL CARACTER, ENCONTRADOS EN LAS PACIENTES CON CA. CU.

GRAFICA No. I



FUENTE: Encuesta específica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

AFECTACION O NO DE LA ECONOMIA FAMILIAR DE LAS PACIENTES CON CA. CU., COMO CONSECUENCIA DEL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO DE SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XIX

ECONOMIA FAMILIAR	No. DE PTES	%
AFECTADA	24	48
NO AFECTADA	26	52
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

CAUSAS PRINCIPALES POR LAS CUALES LAS PACIENTES HAN VISTO AFECTADA SU ECONOMIA.

- Porque son mujeres trabajadoras, las cuales por su padecimiento o por el tratamiento del mismo, han dejado de laborar .
- Porque gastaron mucho dinero para llegar al diagnóstico de su padecimiento. (Honorarios de médicos particulares, estudios de laboratorios y gabinete y recetas de medicamentos caros).
- Porque ya realizado el diagnóstico de su padecimiento algunos pacientes foráneos tienen que venir a radicar a Puebla para su tratamiento.

DÍSPUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

CAUSAS PRINCIPALES POR LAS CUALES LA ECONOMIA FAMILIAR NO SE VIO AFECTADA EN ALGUNAS PACIENTES CON CA. CU.

- Porque al estar aseguradas o ser beneficiarias , el I.M.S.S. les proporciona toda la atención médica y gastos en relación a su padecimiento y tratamiento del mismo, además les proporciona ayuda para viaticos y gastos de pasaje.

- Porque algunas pacientes que son trabajadoras se encuentran incapacitadas y reciben salarios completos.

- Porque algunas pacientes nunca contribuyeron al gasto familiar y si toda la familia (esposo e hijos), contribuyeron y contribuyen economicamente para el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento y éstos gastos se diluyen sin afectar a la economía familiar.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

PRESENCIA O AUSENCIA DE TENSION FRANCA EN LAS RELACIONES AFECTIVAS ENTRE LA PACIENTE CON CA. CU. Y LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA, CAUSADA COMO CONSECUENCIA DE SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XX

TENSION FRANCA (+)	No. DE PTES.	%
AUSENCIA	38	76
PRESENCIA	12	24
Total	50	100

FUENTE: Encuesta específica.

(+) - En todas las pacientes se encontró un incremento en los enojos y discusiones familiares, los cuales fueron generalmente insignificantes, con los hijos o con los nietos, por causas poro importantes y como consecuencia de la irritabilidad de la paciente. Pero solo al 24% de las pacientes llegaron a presentar tensión franca con algún miembro de su familia.

DISFUNCION FAMILIAR EN LAS PACIENTES CON CA.CU.

MIEMBRO DE LA FAMILIA CON QUIEN LA PACIENTE ESTA EN TENSION FRANCA.

TABLA No. XXII

MIEMBRO DE LA FAMILIA	No. DE PTES.	%
ESPOSO	9	18
HIJA POLITICA	2	4
PERSONA CON QUIEN CONVIVE EN UNION LIBRE.	1	2
Total	12	24

FUENTE: Encuesta específica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

ACTITUD DE LOS HIJOS O FAMILIARES CERCANOS HACIA LA PACIENTE CON CA. CU., COMO CONSECUENCIA DE SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XXII

ACTITUD	No. DE PTES.	%
MODIFICADA	42	84
NO MODIFICADA	8	16
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

PRINCIPALES MODIFICACIONES O CAMBIOS DE ACTITUD EN CONTRADOS DE LOS HIJOS O FAMILIARES CERCANOS HACIA LA PACIENTE COMO CONSECUENCIA DE SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XXIII

ACTITUD	No. DE PTES.	%
SOBREPROTECCIÓN	34	68
RECHAZO O ABANDONO	2	4
INDIFERENCIA	6	12
Total	42	100

FUENTE : Encuesta especifica.

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

MODIFICACION O NO DE LAS ACTIVIDADES QUE LA PA---
CIENTE CON CA. CU. DESARROLLA EN SU HOGAR, COMO CONSECUENCIA
DE SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XXIV

MODIFICACION DE LAS ACTI- CIDADES EN EL HOGAR.	No. DE PTES.	%
DISMINUCION	24	48
ABANDONO	14	28
NO ABANDONO	12	24
Total	50	100

FUENTE : Encuesta especifica.

CAUSAS PRINCIPALES.

DE DISMINUCION:

- Anotamiento ffsico.
- Tiene quien le ayude. (sus hijos le ayudan un poco más).

DE ABANDONO:

- Agotamiento ffsico importante.
- Sobreprotección. (sus familiares no le permiten hacer nada).

DE NO ABANDONO.

- Necesidad. (aunque su estado general está muy afectado, estas pacientes no tienen quien les ayude).
- Su enfermedad no ha afectado su estado general .

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

MODIFICACION DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES DE LAS
PACIENTES CON CA. CU. A CAUSA DE SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XXV

MODIFICACION DE LAS ACTI- VIDADES SOCIALES.	No. DE PTES.	%
ABANDONO	26	52
NO ABANDONO	24	48
Total	50	100

FUENTE: Encuesta especifica

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CA. CU.

CAUSAS PRINCIPALES POR LAS CUALES LAS PACIENTES CON
CA. CU. HAN ABANDONADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES A CAUSA DE -
SU PADECIMIENTO.

TABLA No. XXVI

CAUSA	No. DE PTES.	%
AGOTAMIENTO FISICO	4	8
DEPRESION	15	30
DEPRESION Y AGOTAMIENTO FISICO ...	7	14
Total	26	52

FUENTE: Encuesta especifica.

C O N C L U S I O N E S

Nuestro trabajo tuvo por objeto, evaluar la disfunción o alteración en la dinámica de la familia, de las pacientes con cáncer cervicouterino, como consecuencia de su padecimiento.

De los resultados obtenidos y analizados de 50 pacientes con CA. CU., encuestados en el servicio de Radioterapia del H.R.E. de Puebla, concluimos lo siguiente:

Se reafirma lo ya establecido por diversos autores en la literatura revisada, que el CA. CU. afecta principalmente a las mujeres que se encuentran entre la 3a. y 6a. década de la vida, con una incidencia mayor en la 4a. década. No por eso dejaremos de darle importancia al 8% encontrado en ésta - muestra, en relación a mujeres menores de 30 años.

Hubo predominio de mujeres casadas, que se dedican a las labores del hogar, que cursaron en forma incompleta la primaria y que provienen de familiares de condición socio-económica baja.

La mayoría de las pacientes pertenece a familias nucleares, en fase de independencia y que desempeñan el rol de esposa-madre.

Es importante subrayar, que la precocidad en las relaciones sexuales por el casamiento temprano de la paciente y la multiparidad como consecuencia, fueron características encontradas en un alto porcentaje de nuestras pacientes.

Como causas más importantes a las que la paciente atribuye su padecimiento, encontramos a la multiparidad, al contagio sexual y al esfuerzo físico intenso y prolongado.

Estas dos últimas causas, reflejan la ignorancia y la falta de información con respecto al cáncer cervicouterino y que en algunos casos fueron causa de tensión franca en las relaciones tanto afectivas como sexuales con el esposo o persona con la que conviven.

Encontramos que un alto porcentaje de las pacientes, continuaron con sus relaciones sexuales posterior a su diagnóstico, sin embargo la mayoría de estas pacientes mencionaron insatisfacción en las mismas, indicando como causas principales a la dispareunia, al sangrado post-coito y en algunos casos a la tensión franca existente con su pareja conyugal.

Se observó que un porcentaje importante de las pacientes, mostraron cambios en su carácter motivados por su padecimiento, siendo los más frecuentemente encontrados, a la depresión, la irritabilidad, el miedo y la ansiedad, y que como consecuencia provocaron un incremento de los enojos y discusiones familiares, llegando incluso en algunos casos a la tensión franca con algún miembro de su familia.

Por lo que respecta a las actitudes de los hijos y familiares, éstas se modificaron en un alto porcentaje, encontrando principalmente una actitud de sobreprotección a la

paciente .

Encontramos también que la mayoría de las pacientes, disminuyó e incluso abandonó sus actividades sociales - y en el hogar, como consecuencia de la depresión y la afectación en su estado general, provocados por su padecimiento.

Todo lo anteriormente mencionado y encontrado en las pacientes de nuestra muestra, permiten afirmar que las - pacientes portadoras de **CANCER CERVICOUTERINO** son causa de - **DISFUNCION O ALTERACION EN LA DINAMICA FAMILIAR.**

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Arthur, A., Serpick, M.: Cáncer in the Aged. Am. Fam. Physician. 26:113, 1984.
- 2.- Blumberg, E.M., West, A.M., Ellis, F.W.: A possible relationship between psychological factors and human cancer. Psychosom. Med. 27:71, 1954.
- 3.- Calderón, J.: Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, Rev. Fac. Med. 27: 36-53, 1974.
- 4.- Castelazo, L.: Valoración de los métodos de diagnóstico de las displasias y el carcinoma in situ del cuello uterino. Anales de Med. Méx. 59-68, 1979.
- 5.- Charry, D.: The borderline personality. Am. Fam. Physician. 27:195, 1983.
- 6.- Davis, D., James, L., Chapel, M.: Depresión. Am. Fam. -- Physician. 26:134. 1982.
- 7.- Elizabeth, C. Small, D.: Counseling patient and spouse, pre and posthysterectomy. Am. Fam. Physician. 16:40, 1984.
- 8.- Ferling, M., Godman, A., Kennedy, B.: Group counseling - in patients with advanced cancer. Am. Cancer Soc. 43:760-66, 1979.
- 9.- Graig, T., Abeloff, J.: Psychiatric symptomatology among hospitalized patients. Am. J. Psychiatry. 131:1323-27, -- 1974.
- 10.- Greene, W.A.: Psychological factors and reticuloendothelial disease. Psychosom. Med. 16:220-30, 1954.
- 11.- Freenleigh, A.: Report on the social, economic, and psychological needs of cancer patients in California. Am. Cancer Soc. 1979.
- 12.- Hartman, N.: Ego psychology and the problem of adaptation. International Universities Press. 1958.
- 13.- Holland, J.: Psychologic aspects of cancer, in cancer - medicine. (edited by J. Holland and E. Frie) 1973.

- 14.- Notman, M.T., Nodelson, C., Bennet, M.B.: Achievement-conflict in Women. *Psychoter. Psychosom.* 29:203-13, --- 1978.
- 15.- Plumb, M., Holland, J.: Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. - *Psychosom. Med.* 43:243-53, 1981.
- 16.- Richard, B., Shekelle, W., Raynor, A.: Psychological -- depression and 17 year risk of death from cancer. *Psychosom. Med.* 43:117-25, 1981.
- 17.- Richard, M., Berlin, M.D., Stevens, F., Bierman, M.: -- Medical and Psychological aspects in cancer. *Human Sexuality.* 16:50, 1982.
- 18.- Robert, E., Scully, D.: Definition of precursors in gynecologic cancer. *Am. Cancer Soc.* 48:531-37. 1981.
- 19.- Roger, P., Greenberg, J., Patrick, D.: The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosom. Med.* 43:35-43, 1981.
- 20.- Rosell, N.: Treatment of cancer pain. *Psychosom. Med.* - 43:57-67, 1981.
- 21.- Stanley, C.H.: Sexual function after severe illness. *Human Sexuality.* 16:72, 1983.
- 22.- Silberfarb, P., Philibert, D., Levine, P.M.: Psychosocial aspects of neoplastic disease. *Am. J. Psychiatry.* 137:597-601, 1978.
- 23.- Sanchez Azcona, J.: La familia. En: *Familia y sociedad.* Libros de Joaquín Mortiz. 2a. edición, 1976.
- 24.- Wellisch, D., Landsverk, J., Guidera, K., Pasvav, R., - Fawzy, M.: Evaluation de Psychosocial problems of the - homebound cancer patient: I. Methodology and problem -- frecuencies. *Psychosom. Med.* 45:11-21, 1983.
- 25.- Worden, W., Sobel, H.: Ego strength and psychosocial -- adaptation to cancer. *Psychosom. Med.* 4:585-91. 1978.

- 26.- Williams, P.: The responsibility of the family physician in the detection of gynecologic cancer. Am. Cáncer - Soc. 48:527-30, 1981.
- 27.- Yankelevich, G.: Papel del sexo femenino en la organiza ción familiar. Gaceta med. de Mex. 114: 163-68, 1978.