



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1
ORIZABA, VERACRUZ**

**“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS PACIENTES
CON CÁNCER CERVICOUTERINO Y FACTORES
ASOCIADOS ”**

TESIS

**PARA OBTENER EL POSGRADO DE:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ELISA GARCÍA LEETCH**

**ASESOR:
M.C. DRA. SANTA LETICIA HERNÁNDEZ CRUZ**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Delegación Regional Veracruz Sur
Jefatura Delegacional De Prestaciones Medicas
Coordinación Delegacional De Educacion En Salud

**Autorización Para El Informe Final Del Trabajo De Tesis Recepcional
Titulado:**

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS PACIENTES CON CANCER
CERVICOUTERINO Y FACTORES ASOCIADOS"**

A U T O R :

García Leetch Elisa

NUMERO DE REGISTRO CLIS:

R-2007-3101-3

ESPECIALIDAD QUE ACREDITA:

MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD SEDE:

Unidad De Medicina Familiar No. 1 De Orizaba, Ver.



INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL AVAL UNIVERSITARIO:

Universidad Veracruzana

IMSS

COORD. CLIN. EDUC. E INV. MEDICA
HOSP. GRAL REGIONAL -1
DELEG REGIONAL VERACRUZ SUR
ORIZABA. VER.



DRA. MARIA GUADALUPE GONZÁLEZ
GUERRERO.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGRO



DR. ANGEL RAMON LOAIZA
ACEVEDO
PROFESOR TITULAR DE LA
RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR.



DRA. SANTA LETICIA HERNANDEZ CRUZ
ASESOR CLÍNICO DE TESIS



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme todo lo que soy y lo que tengo

A mi madre por ser siempre mi ejemplo, mi guía, por el apoyo incondicional y por creer siempre en mí.

A mi padre que desde donde esté ilumina mi vida

A mi hermano por ser mi compañero y confidente

A mis tíos, por ser los motivadores para que decidiera conocer las satisfacciones que brinda esta carrera.

A mis amigos por estar siempre a mi lado

A la Dra. Leticia Hernández un agradecimiento especial por su paciencia y dedicación



ÍNDICE



RESUMEN ESTRUCTURADO	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	7
OBJETIVO	8
HIPOTESIS	9
MATERIAL Y METODOS	10
OPERACIONALIZACION VARIABLES	14
RECURSOS	20
CONSIDERACIONES ETICAS	21
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	40
ESTRATEGIA DE SOLUCION	42
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	43

RESUMEN ESTRUCTURADO

Funcionalidad familiar en las pacientes con Cáncer cervicouterino.

¹García- Leetch Elisa. ²Hernández-Cruz Santa Leticia

Residente III Medicina Familiar¹, Coordinador Delegacional de Investigación en Salud²
Hospital General Regional de Orizaba, Delegación Veracruz Sur IMSS.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con Cáncer cervicouterino y los Factores asociados.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, Prolectivo, transversal, comparativo. Muestra por conveniencia, no aleatoria, todas las pacientes con diagnóstico de Cáncer cervicouterino in situ o invasor atendidas en Clínica de Displasias y Oncología Quirúrgica del Hospital General Regional de Orizaba, Ver., de noviembre del 2006 a diciembre 2008. Se aplicaron 6 cuestionarios, previo consentimiento informado: Datos generales, Apgar Familiar: que evalúa funcionalidad familiar de acuerdo participación, crecimiento, afecto y resolución, Faces III: la tipología familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad, Test de Holmes, crisis familiares, Evaluación del Subsistema conyugal: funcionalidad de la pareja y Graffar: determina nivel socioeconómico.

ANALISIS ESTADISTICO: Frecuencias simples y relativas. Las diferencias se estimaron a través de χ^2 y valor de $P < 0.05$ para significancia estadística.

RESULTADOS: 92.2% pertenecían a una familia funcional de acuerdo al Apgar, en base al FACES III, la tipología familiar más frecuente fue la familia extrema (58.8%). El 74.4% de las pacientes no presentaban crisis, de acuerdo al Holmes y el subsistema conyugal reveló que 42.2% son funcionales ($P < 0.05$). 87.5% de las < de 30 años fueron moderadamente balanceadas. Mujeres mayores de 30 años, con 1 y más de 3 gestas presentaban familias extremas (55.8 y 54.5 %) ($P < 0.05$). 63.6% de las familias extremas presentaban Crisis grave ($P < 0.05$)

CONCLUSIONES: Las familias de las pacientes son en su mayoría de tipo extremo, a pesar de ello presentan adecuada funcionalidad familiar.

PALABRAS CLAVE: Funcionalidad familiar. Cáncer cervicouterino.

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino (CACU) es aún un problema importante de Salud Pública en México. se han desarrollado diferentes programas para disminuir la mortalidad por este padecimiento. Este es el cáncer más frecuente en la población femenina, asimismo es la principal causa de muerte por tumores malignos en la mujer. Las causas de esta enfermedad han sido estudiadas de múltiples formas a través del tiempo, logrando descubrir la importante participación en la patogenia del Virus del papiloma Humano (VPH). La forma de transmisión de virus es únicamente por vía sexual, lo cual nos habla de la conducta sexual del portador; aun así, existen pacientes las cuales han tenido una sola pareja sexual pero han adquirido el virus y posteriormente el desarrollo de cáncer cervicouterino.

La paciente, al estar enterada del diagnóstico, presenta una serie de problemas en su relación de pareja, que influyen de forma importante en su estabilidad y funcionalidad familiar. La misma terapéutica proporcionada a estas mujeres ocasiona a veces un distanciamiento de la pareja, pues los efectos secundarios son bastante severos. La funcionalidad familiar de la paciente influye de gran manera en su estado de ánimo y la aceptación de la enfermedad, pero sobre todo en el interés para seguir el tratamiento.

El diagnóstico de Cáncer Cervicouterino repercute no solo emocionalmente en las pacientes si no en el resto de la familia, originando la presencia de crisis familiares.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer cervicouterino es de las neoplasias malignas la más común por topografía en mujeres en México. La neoplasia Intraepitelial cervical y carcinoma in situ, éstas están incrementando recientemente en nuestro medio en pacientes de 20 a 60 años de edad. Los factores de riesgo son: la edad temprana al primer coito, parejas sexuales numerosas, una pareja masculina que ha tenido muchas parejas sexuales anteriormente y el virus del papiloma humano (VPH) son importantes en la oncogénesis. (1)

En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo. La prevalencia mundial es de 450 000 casos nuevos cada año y se estima que causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En los Estados Unidos de Norteamérica la incidencia de CaCu por 100,000 mujeres está calculada en 8. Así mismo, durante 1990 el número calculado de nuevos carcinomas cervicouterinos fue de 13,500 casos. La prevalencia en los Estados Unidos en 1998 es de 0.6%. (2-7)

En algunos países de Latinoamérica como Brasil, la incidencia ajustada por edad es del 34 x 100 mil, y en Colombia la prevalencia es del 1 %. La tasa de mortalidad es más alta, 2.8 por 100.000 mujeres en Puerto Rico en 1980. La tasa de incidencia en México en el 2004 fue de 12.5 por cada 100 000 mujeres, y en 1995, la tasa de mortalidad por CaCu se incrementó a 9.6. (8)

En el IMSS en 1989 la incidencia de CaCu fue de 9.7 casos por 100 000 y, la prevalencia de Lesión Intraepitelial de alto grado es de 0.31%. Desde hace 18 años, la mortalidad en el IMSS por CaCu, se ha mantenido estable, con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100 000 derechohabientes usuarias. Estudios previos han evaluado los factores de riesgo pueden ayudar a predecir el riesgo de presentar NIC 2-3 en mujeres con anomalías de bajo grado (9-12)

La categoría de células glandulares atípicas se divide en no especificadas y células neoplásicas o adenocarcinoma insitu. Cuando ocurre la invasión, las células neoplásicas

penetran la membrana basal e invaden el estroma con el potencial de amplia diseminación. Se sugiere que el tamizaje de detección de CaCu puede omitirse en mujeres con histerectomía por razones benignas y en mayores de 70 años de edad saludables. Así mismo, se recomienda iniciar la detección después de haber iniciado la vida sexual. (13-19)

La quimioterapia y radioterapia son formas terapéuticas, que ocasionan cambios en la percepción de la imagen del cuerpo, la sexualidad, y la fecundidad los cuales pueden ser menos obvios en pacientes tratadas para otro cáncer. Variables tales como la edad a la que se hace el diagnóstico, el tipo y la duración de la terapia influyen en la calidad de vida. Las mujeres tienen que adaptarse a los cambios físicos después del tratamiento, incluyendo pérdida de la función ovárica, bochornos, resequedad vaginal y cambios de la piel y humor. El funcionamiento sexual se ve deteriorado y aspectos como el deseo y la respuesta sexual se ven comúnmente afectados. (20-23)

La cirugía, la pérdida de un órgano, y la creación de la cicatriz tienen un impacto negativo en la ansiedad como la causa de la identidad psicosocial de interrupción de la imagen del cuerpo y de la función sexual. La histerectomía ha ocasionado menor disfunción sexual que en aquellas pacientes tratadas con radioterapia. El entorno de las pacientes con este tipo de enfermedad también se ve afectado, por lo que en ocasiones no es fácil lograr el soporte a través de la familia. Existe un período de reajuste a la nueva situación que requiere de apoyo profesional para afrontar y adaptarse exitosamente. La atención de los factores psicosociales incluyen el manejo de la familia y los aspectos relativos al equipo médico, además de los factores Psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del tumor y su progresión. Esto representa una labor interdisciplinaria. (24-30)

Se ha demostrado que la alteración en la función sexual alrededor de las pacientes con cáncer ginecológico, afecta tanto a las mujeres y sus parejas. Varias mujeres son abandonadas por sus maridos a causa de la enfermedad. En la actualidad se cuenta con instrumentos para determinar la funcionalidad familiar y la relación de pareja, a través de cuestionarios como el FACES III y la evaluación del sistema conyugal, los cuales han sido mejorados a través de la historia. Se puede determinar el tipo de familia a la cual

pertenecen los pacientes y el tipo de disfunción que se presenta con la pareja respectivamente. El apgar familiar es un test rápido y sencillo con el cual se puede determinar según la percepción del paciente la funcionalidad familiar. Thomas Holmes presentó un test en donde daba un valor a determinados eventos de la vida del hombre que son causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado. El puntaje determina los tipos de crisis familiar. (31-35)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las pacientes con cáncer cervicouterino presentan una serie de repercusiones físicas y emocionales posterior al diagnóstico. El solo hecho de conocer que padecen la enfermedad causa depresión, por la localización de la patología, el conocimiento del tipo de tratamiento y agresividad del mismo, así como el pronóstico reservado. Todo esto afecta no solo a la paciente, sino al núcleo familiar: desde la perspectiva de la situación de pareja que vive, hasta el rol que cumple como madre o como parte de la sociedad. Es importante tomar en cuenta que también la situación familiar es de vital importancia para poder apoyar a la paciente durante el transcurso de la enfermedad, para poder aceptar su padecimiento y afrontar los efectos secundarios del tratamiento y el restablecimiento de las actividades normales de la paciente. Es por eso que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de disfunción familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino y que factores se encuentran asociados?

JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro país. Con la mayor libertad sexual que se presenta hoy en día, las mujeres inician de forma temprana sus contactos sexuales, lo cual se ve reflejado en la presencia de esta enfermedad en pacientes cada vez más jóvenes. Sin embargo, no solamente llegan a presentar repercusiones de tipo físico, sino también a nivel psicológico, principalmente en la relación de pareja y después con el resto de la familia. Esto es una de las principales causas de alteración en la dinámica familiar. Además, la relación armónica entre los integrantes de la familia y, principalmente el apoyo por parte de las parejas de estas pacientes va a ser de vital importancia para su motivación para aceptar la enfermedad, su tratamiento y las repercusiones que este trae, tanto de manera física como psicológica. Este estudio trata de determinar ese impacto para poder establecer que este tipo de diagnósticos deben ser manejados de manera multidisciplinaria y con la sensibilidad necesaria para poder brindar a la paciente la confianza de que podrá enfrentar su enfermedad y tener el apoyo de su familia.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con Cáncer cervicouterino y los Factores asociados.

ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la percepción del funcionamiento familiar mediante el apgar familiar.
- 2.- Determinar la cohesión y adaptabilidad familiar mediante el cuestionario FACES III.
- 3.- Determinar el stress producido por los cambios de vida mediante el test de Holmes.
- 4.- Determinar la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, mediante la evaluación del subsistema conyugal.
- 5.- Determinar la asociación entre Nivel Socioeconómico y el grado de disfunción familiar
6. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos y ginecológicos que se asocien con Disfunción Familiar.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

La Disfunción familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino es alta.

HIPOTESIS NULA

La Disfunción Familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino es baja.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional, Prolectivo, transversal, analítico

TIEMPO Y LUGAR:

LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO:

Hospital General Regional de Orizaba

PERIODO DE ESTUDIO:

Del 1° de noviembre del 2006 al 30 de diciembre del 2008.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Todas las pacientes con diagnóstico de Cáncer cervicouterino in situ o invasor que llevan control en el HGRO en el período mencionado, en los consultorios de Clínica de Displasias y Oncología Quirúrgica.

ANALISIS ESTADISTICO

Se estimaron frecuencias simples y relativas para las variables numéricas.

Las diferencias se evaluaron a través de X^2 . con $P < 0.05$ para significancia estadística.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino e invasor

En control en el HGRO

Que aceptaron participar en el estudio

en condiciones físicas de poder ofrecer información.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Que no aceptaron participar en el estudio.

Que presentaron discapacidad física para ofrecer información.

VARIABLES

Dependiente: Funcionalidad Familiar:

FASCES III:

Apgar familiar:

Independientes:

Edad	Estado civil
Escolaridad	Ocupación
Nivel Socioeconómico	IVSA
Parejas Sexuales	Tabaquismo
Tiempo de Diagnóstico	Desarrollo
Tipología	Demografía
Etapas del ciclo vital de la familia	Test de Holmes
Subsistema conyugal:	Graffar:

PROCEDIMIENTO:

Del 1° de abril al 30 de Noviembre del 2007 se aplicaron cuestionarios a pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino in situ o invasor en control en el HGRO, previo consentimiento informado. Se aplicaron los cuestionarios Test de Holmes, FACES III, apgar familiar, la evaluación del subsistema conyugal y el método de Graffar.

El apgar familiar consta de 5 preguntas, tiene 5 componentes que son adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Se abordaron cada uno de estos aspectos mediante preguntas. Como opciones de respuesta a cada una de las preguntas se encuentran: casi nunca (0 puntos), algunas veces (1 punto), casi siempre (2 puntos). Con la suma de la puntuación obtenida se hicieron las siguientes inferencias: disfunción grave, disfunción moderada, familia funcional. Se aplicó este cuestionario a la paciente, ya que la respuesta de un solo miembro de la familia es de valor.

Para contestar el FACES III, la paciente fue cuestionada a leer las aseveraciones y a decidir para cada una la frecuencia, en una escala con rango del 1 (casi nunca) al 5 (casi siempre), para describir la conducta que ocurre en su familia. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, y la de adaptabilidad de la suma de los pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se buscaron las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación para utilizarse en el análisis de datos. Para obtener la puntuación para el tipo de familia se sumó el puntaje de cohesión y adaptabilidad y se divide entre 2. La dimensión Adaptabilidad es la habilidad que posee el sistema conyugal o familiar para cambiar sus relaciones en respuesta a su relación estresante; los tipos de Adaptabilidad son: caótica, rígida, estructurada, flexible. La dimensión Cohesión se refiere a las relaciones emocionales que cada miembro de familia guarda con respecto al otro; se consideran los tipos: dispersa, aglutinada, conectada, separada. Combinando estos dos grupos se obtuvieron los siguientes 16 ítems: caótica dispersa, caótica aglutinada, caótica conectada, caótica separada. Rígida dispersa, rígida

aglutinada, rígida conectada, rígida separada. Estructurada dispersa, estructurada aglutinada, estructurada conectada, estructurada separada. Flexible dispersa, flexible aglutinada, flexible conectada, flexible separada.

El test de Holmes da un determinado valor a eventos de la vida del hombre que son causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, fue inversamente proporcional al valor dado. Esta escala de eventos críticos se realizó en función de lo ocurrido seis a ocho meses antes. Esta escala arrojó los siguientes tipos de crisis familiar: No existen problemas importantes, crisis leve, crisis moderada y crisis grave.

La evaluación del subsistema conyugal mide las principales funciones del mismo, que son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. A cada función se agregó un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Se sumó el puntaje total, las disfunciones se calificaron de la siguiente forma: 40 pareja gravemente disfuncional, 41 pareja moderadamente disfuncional, 71 a 100 pareja funcional.

El Método de Graffar es un cuestionario que incluye 4 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, condiciones de la vivienda; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socioeconómico, se sumaron las cantidades señaladas en cada variable obteniéndose 5 estratos: estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal. La información obtenida se capturó en la base de datos EPI 6.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible	Cualitativa	Nominal Categorica	Según el Apgar Familiar Funcional Moderadamente Funcional Severamente Disfuncional Según el FASCES III caótica dispersa caótica aglutinada caótica conectada caótica separada rígida dispersa rígida aglutinada rígida conectada rígida separada estructurada dispersa estructurada aglutinada estructurada conectada estructurada separada flexible dispersa flexible aglutinada flexible conectada flexible separada

EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento actual	Años cumplidos desde el momento del nacimiento hasta el día de aplicación del cuestionario	Cuantitativa	Numérica continua	<p>< de 30 años</p> <p>31 a 40 años</p> <p>41 a 50 años</p> <p>51 a 60 años</p> <p>61 a 70 años</p> <p>71 años y más</p> <p>71 y más</p>
ESCOLARIDAD	Grado de estudios cursado por una persona	Grado de estudios cursado por la paciente hasta el momento de aplicación de la encuesta	Cualitativa	Nominal categórica	<p>Analfabeta</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Bachillerato</p> <p>Universidad</p>
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Nominal	<p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Divorciada</p> <p>Union libre</p> <p>Viuda</p>

ESCOLARIDAD	Grado de estudios	Grado de estudios	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Bachillerato Profesionista
OCUPACION	Tarea o función que desempeña y que puede estar relacionada o no con su profesión	Tarea o función que desempeña y que puede estar relacionada o no con su profesión	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Obrera Empleada Profesionista
NIVEL SOCIOECONOMICO	Distribución de la población por su rango de ingreso, grado de posesión de bienes y estilo de vida	Distribución de las pacientes por su rango de ingreso, grado de estudios, posesión de bienes y estilo de vida	Cualitativa	Nominal	Alto Medio alto Medio Bajo Obrero Marginal
IVSA	Inicio de las relaciones sexuales	Inicio de las relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal	Antes de los 18 años Después de los 18 años
GESTAS	Número de embarazos	Número de embarazos	Cuantitativa	Númerica	1 2 3 Más de 3
PAREJAS	Número de personas	Número de personas	Cuantitativa	Intervalo	1

SEXUALES	con las cuales ha sostenido relaciones sexuales durante toda su vida	con las cuales ha sostenido relaciones sexuales durante toda su vida			2 a 3 Más de 3
TABAQUISMO	Consumo de tabaco	Consumo de tabaco	Cualitativa	Nominal	Si No
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	Número de años o meses transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad	Número de años o meses transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa	Intervalo	1 2 a 5 6 o más
FAMILIA	Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad	Grupo de personas que viven con la paciente relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad	Cualitativa	Nominal	En base a su estructura Nuclear Extensa Extensa compuesta En base a su desarrollo Tradicionalista Moderna En base a su tipología Profesionista Campesina En base a su demografía Rural Urbana

<p>CICLO DE VIDA FAMILIAR</p>	<p>Etapas correspondientes a la Historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución</p>	<p>Fases de las etapas del ciclo vital familiar que se obtenga al momento de la encuesta</p>	<p>Cualitativa</p>
-----------------------------------	---	--	--------------------

Nominal categorica	Etapa constitutiva Preliminar Recién casados Procreativa Expansión Consolidación Etapa de Dispersión Dependimiento Etapa final Independencia Disolución
-----------------------	---

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

1 Investigador:

Dra Elisa García Leetch.

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

1 Asesor:

Dra Santa Leticia Hernández Cruz

ASESOR INVESTIGACIÓN

RECURSOS MATERIALES

Se empleara computadora para la transcripción del trabajo así como los accesorios secundarios: impresora, tinta, etc. Dentro del material de escritorio figuran hojas de papel tamaño carta, lapiceros, lápiz, borrador, corrector.

RECURSOS FINANCIEROS

El proyecto será financiado con recursos propios del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la ley general de salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia. Con modificaciones en el congreso de Tokio, Japón de 1983.

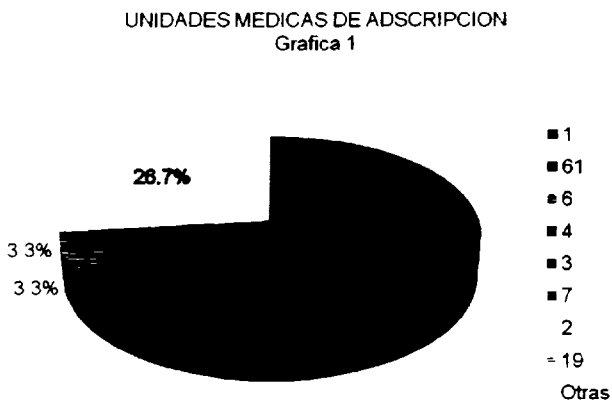
CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES.

El presente proyecto de investigación se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizara hasta que haya sido aprobado por el comité local de investigación.

RESULTADOS

Se estudiaron 90 pacientes portadores de Cáncer cervicouterino en control en el consultorio de Clínica de Displasias y Oncología Quirúrgica, las cuales respondieron de manera correcta y completa los 6 cuestionarios.

De las unidades de medicina familiar de las cuales procedían las pacientes, el 15.5% pertenecían a la Unidad de Medicina Familia número (UMF) 1, 13.3% a la UMF 61, 12.21% a la UMF 6, con un 10% a la 4, y en menor porcentaje a las UMF 3, 7, 2 y 19. (Gráfica 1)



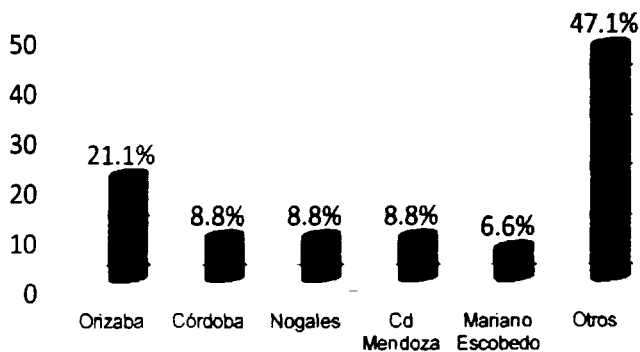
Fuente: Cuestionario aplicado

N=90

Respecto al lugar de residencia la mayoría vive en Orizaba, constituyendo un 19.1%. Posteriormente en orden de frecuencia está la ciudad de Córdoba, con 10.1%, Nogales 7.9%, Ciudad Mendoza 6.7%, Mariano Escobedo 6.6% y otros lugares aledaños con 47.1%. (Gráfica 2)

LUGAR DE RESIDENCIA

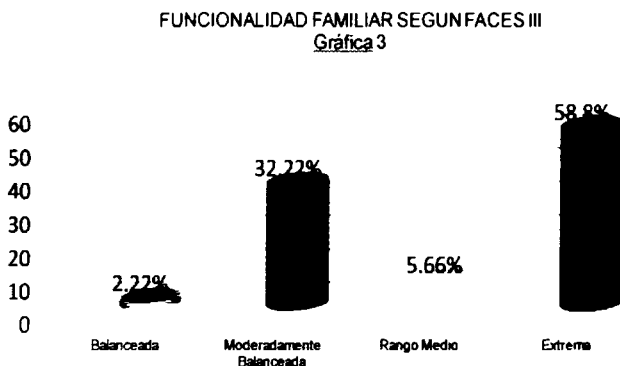
Gráfica 2



Fuente. Cuestionario aplicado

N= 90

La tipología familiar más frecuentemente encontrada, de acuerdo a los resultados del cuestionario FACES III, fue: familia extrema 58.8%, el 32.22% pertenecían a las moderadamente balanceadas, 5.66% a rango medio y 2.22% a balanceadas. (Gráfica 3)



Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Dentro del análisis de la familia de acuerdo al FACES, también se evalúa desde el punto de vista de su cohesión y adaptabilidad, lo cual nos permite ver la tipología familiar anteriormente mencionada.

De acuerdo a este modelo circunflejo, la mayor frecuencia (53.33%) de las pacientes presentaban una familia aglutinada-caótica, 1.1% no relacionadas-caóticas, 2.2% a familias aglutinada-rígida y no relacionada-rígida respectivamente, perteneciendo todas ellas a familias extremas, 4.4%, relacionadas-flexibles, 3.33% semirelacionadas-caóticas, 12.22% aglutinadas-flexibles, 2.22% semirelacionadas-flexibles, 5.66% aglutinada-estructurada y 3.33% relacionada-estructurada, todas ellas pertenecían a las familias moderadamente balanceadas. Del rango medio, el 1.1% se encontraba tanto en familias no relacionadas-estructuradas y semirelacionadas-rígidas. Solo el 4.4% pertenecía a las semirelacionadas-

estructuradas. Solo el 2.22% presentaban familias relacionadas-flexibles, perteneciendo a balanceadas. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($P=0.0006$) Tabla I

Tabla I

Tipos de familia según el Modelo Circunflejo (FACES III)

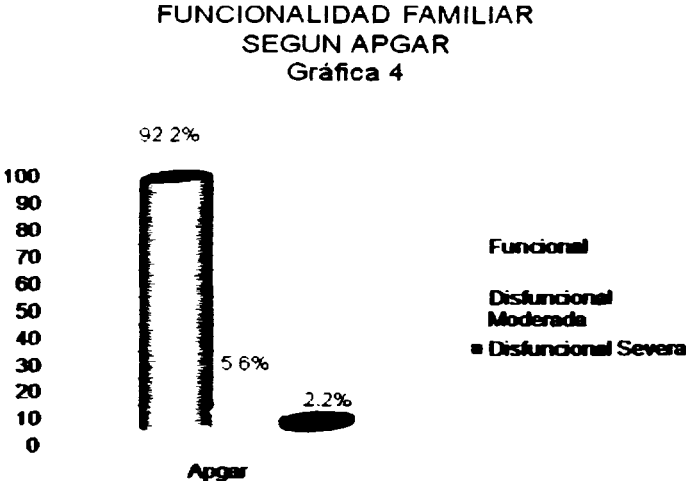
COHESION											
ADAPTABILIDAD	Aglutinada		Relacionada		Semrelacionada		No relacionada		TOTAL		$P \leq 0.05$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Caotica									56	62.22	0.0006
Flexible							1	6.25	16	17.77	
Estructurada					4	30.76	0	0	13	14.44	
Rigida			0	0	1	20			5	5.55	
Total	67	74.44	9	10	10	11.11	4	4.44	90	100	

Balanceada		Rango Medio	
-------------------	--	--------------------	--

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

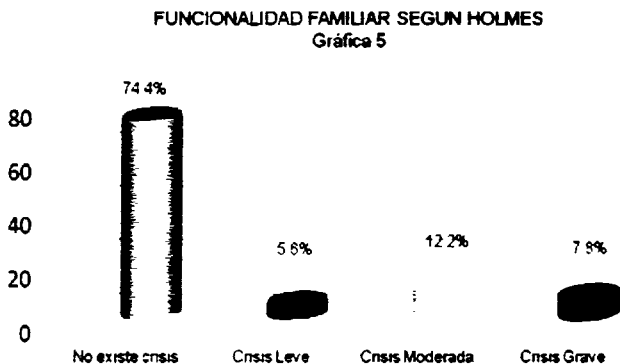
En relación al Apgar Familiar, que evalúa indirectamente la funcionalidad familiar a través del apoyo que se percibe por parte de los integrantes de la familia, 92.2% pertenecían a una familia funcional, 5.6% a familia disfuncional moderada y 2.2% presentaban disfunción severa. (Gráfica 4)



Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Al evaluar las posibilidades de Crisis Familiar a través del test de Holmes, el 74.4% de las pacientes no presentaban crisis familiares en el momento de ser encuestados, 5.6% presentaban crisis leve, 12% crisis moderada y 7.8% Crisis grave. (Gráfica 5)

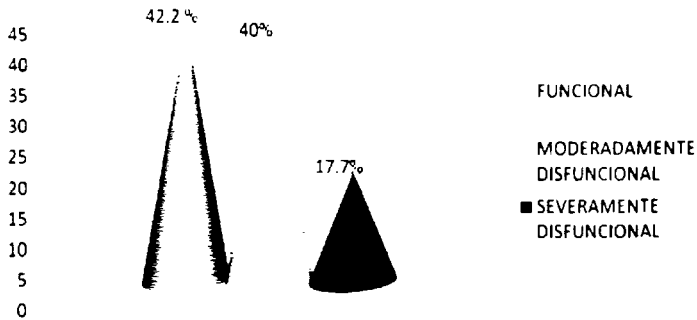


Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Evalutando la funcionalidad familiar de acuerdo a la relación con la pareja, a través del subsistema conyugal, se observó que 42.2% de las familias eran funcionales, 40% presentaban disfunción moderada y 17.7% eran severamente disfuncionales. (Gráfica 6)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGUN
SUSBSISTEMA CONYUGAL
Grafica 6



Fuente: Cuestionario aplicado
N= 90

Un factor importante, que se menciona frecuentemente en relación a la Funcionalidad familiar es el aspecto económico, éste factor se evaluó indirectamente a través del nivel socioeconómico de acuerdo al cuestionario propuesto por Graffar, encontrando lo siguiente:

Solo se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico y la funcionalidad familiar desde el punto de vista del subsistema conyugal, 42.10% de las pacientes con familias funcionales se ubicaban dentro de las de medio bajo. La mayor frecuencia de las moderadamente disfuncionales (52.775) en el grupo obrero y 50% de las pacientes con familias disfuncionales correspondía a obreras y con medio socioeconómico bajo respectivamente. (Tabla II)

Tabla II

Relación del Nivel socio económico y Funcionalidad familiar de acuerdo al Apgar,
Fases III, Holmes y Subsistema Conyugal.

NIVEL SOCIOECONOMICO													
APGAR	Marginal		Obrero		Medio Bajo		Medio Alto		Alto		Total		P<0 005
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Funcional	9	10.6	38	45.78	30	36.14	5	5.02	1	1.20	83	82.22	0.977
Disfuncional Moderada	0	0	2	4.0	3	6.0	0	0	0	0	5	5.55	
Disfuncional Grave	0	0	1	5.0	1	5.0	0	0	0	0	2	2.2	
FACES III													
Balanceada	5	8.62	25	43.10	24	41.37	3	5.17	1	1.72	58	64.44	0.233
Moderadamente balanceada	4	17.39	9	39.13	9	39.13	1	4.34	0	0	23	25.55	
Rango Medio	0	0	6	85.71	1	14.28	0	0	0	0	7	7.77	
Extrema	0	0	1	5.0	0	0	1	5.0	0	0	2	2.22	
HOLMES													
No existe crisis	6	8.95	33	49.25	25	37.31	3	4.47	0	0	67	74.44	0.105
Crisis Leve	0	0	3	6.0	2	4.0	0	0	0	0	5	5.55	
Crisis Moderada	2	18.18	3	27.27	5	45.45	0	0	1	9.09	11	12.22	
Crisis Grave	1	14.28	2	28.57	2	28.57	2	28.57	0	0	7	7.77	
CONYUGAL													
Funcional	6	15.78	15	39.47	16	42.10	0	0	1	2.63	38	42.22	0.0039
Moderadamente Disfuncional	3	8.33	19	52.77	10	27.77	4	11.11	0	0	36	40	
Severamente disfuncional	0	0	8	5.0	8	5.0	0	0	0	0	16	17.77	
Total	9	10	41	45.55	34	37.77	5	5.55	1	1.11	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Otras de las características evaluadas en el presente estudio contrastándola con la Funcionalidad de acuerdo al Faces III fueron:

Edad: de acuerdo al grupo etáreo, los mayores de 30 años, a excepción del grupo entre 51 y 60 años, se ubicaron en familias extremas (31-40 = 52.38%, 41-50= 54.54%, 61-70= 43.75% y mayores de 70= 100%). Los menores de 30 años se ubicaron con mayor frecuencia en familias moderadamente balanceadas (87.5%) sólo dos familias entre 41 y 50 años se ubicaron en familias balanceadas (9.09%). El resto se distribuye entre las otras categorías, es importante mencionar que las diferencias fueron estadísticamente significativas ($P < 0.05$)

En relación al estado civil, escolaridad y ocupación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero cabe mencionar que el 54.44% eran casadas, de las cuales 55.10% pertenecían a familias extremas, al igual que el grupo de pacientes solteras, en unión libre y viudas, (50, 42.10 y 72.42% respectivamente). De acuerdo a la escolaridad, se encontró mayor frecuencia de familias extremas presentandose de la siguiente manera: 55.81% primaria, 48.14% secundaria, 87.5% universidad, a excepción de las pacientes con bachillerato que su mayoría fueron familias moderadamente balanceadas (58.33%). Analizando la ocupación, se observó que las amas de casa, obreras y profesionistas se ubicaron dentro de las familias extremas (54.54%, 44.44% y 100% respectivamente), excepto las empleadas, que presentaron mayor frecuencia (60%) como moderadamente balanceadas. (Tabla III)

Tabla III

Características sociodemográficas en las pacientes con Cáncer Cervicouterino

TIPOLOGIA FAMILIAR (FACES III)											
Edad	Balanceada		Moderadamente Balanceada		Rango Medio		Extremas		TOTAL		P < 0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 30	0	0	7	87.5	0	0	1	12.5	8	88.8	0.000
31-40	0	0	8	38.09	2	9.52	11	52.38	21	23.33	
41-50	2	9.09	6	27.27	2	9.09	12	54.54	22	24.44	
51-60	0	0	4	23.52	2	11.76	2	11.76	17	18.88	
61-70	0	0	8	50	1	6.25	7	43.75	16	17.77	
71 y mas	0	0	0	0	0	0	6	100	6	6.66	
Civil											
Soltera	0	0	3	50	0	0	3	50	6	6.66	0.396
Casada	0	0	16	32.65	6	12.24	27	55.10	49	54.44	
Divorciada	1	11.11	2	22.22	1	11.11	5	55.55	9	10	
Union Libre	1	5.26	10	52.63	0	0	8	42.10	19	21.11	
Viuda	0	0	2	28.57	0	0	5	71.42	7	7.77	
Escolaridad											
Primaria	0	0	14	32.55	5	11.62	24	55.81	43	47.77	0.178
Secundaria	2	7.40	11	40.74	1	3.70	13	48.14	27	30	
Bachillerato	0	0	7	58.33	1	8.33	4	33.33	12	13.33	
Universidad	0	0	1	12.5	0	0	7	87.5	8	8.88	
Ocupación											
Arna de casa	1	1.51	24	36.36	5	7.57	36	54.54	66	73.33	0.287
Obrera	1	11.11	3	33.33	1	11.11	4	44.44	9	10	
Empleada	0	0	6	60	1	10	3	30	10	11.11	
Profesionista	0	0	0	0	0	0	5	100	5	5.55	
Total	22.22	5.41	36.66	40.73	7	7.77	48	53.33	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos al relacionarlos con la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III, es importante comentar que el 55.55% iniciaron su vida sexual después de los 18 años y tanto las mayores como las menores de 18 años tuvieron mayor frecuencia de familias extremas (54 y 52.5% respectivamente). En cuanto al número

de gestas, la mayoría se ubicaron dentro de las familias extremas (54.54% un hijo, 50% dos hijos y 55.81% más de tres hijos). Solo en esta característica se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Respecto al número de parejas sexuales, tanto las mujeres que han tenido una o más parejas presentan mayor frecuencia de familias extremas (53.65, 52.1, 60 y 66% respectivamente). (Tabla IV)

Tabla IV

Antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes con Cáncer Cervicouterino

TIPOLOGIA FAMILIAR (FACES III)											
IVSA	Balanceada		Moderadamente Balanceada		Rango Medio		Extremas		TOTAL		P ≤0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Antes de los 18 años	1	2.5	16	40	2	5	21	52.5	40	44.44	0.994
Después de los 18 años	1	2	18	36	5	10	27	54	50	55.55	
GESTAS											
1	0	0	5	45.45	0	0	6	54.54	11	12.22	0.0154
2	1	2.77	17	47.22	0	0	18	50	36	40	
Más de 3	1	2.35	11	25.58	7	16.27	24	55.81	43	47.77	
PAREJAS											
1	1	2.43	15	36.58	3	7.31	22	53.65	41	45.55	0.998
2	1	2.43	15	36.58	4	9.75	21	51.21	41	45.55	
3	0	0	2	4.0	0	0	3	6.0	5	5.55	
Más de 3	0	0	1	3.33	0	0	2	6.66	3	3.33	
Total	2	2.22	33	36.66	7	7.77	48	53.33	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Respecto a los antecedentes personales patológicos y la tipología familiar de acuerdo al FACES III, se observó que tanto las paciente fumadoras (48.27%) como no fumadoras (55.73%) se ubicaron dentro de las familias extremas. De igual forma, en cuanto al tiempo de diagnóstico (50% un año, 57.14% de dos a cinco años y 60% más de 6

años). Ninguna de estas variables presentó diferencias estadísticamente significativas. (Tabla V)

Tabla V
Antecedentes Personales Patológicos de las pacientes con Cáncer Cervicouterino

TIPOLOGIA FAMILIAR (FACES III)											
	Balanceada		Moderadamente Balanceada		Rango Medio		Extremas		TOTAL		P ≤0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
TABACO											
Fuma	1	3.44	12	41.37	2	6.89	14	48.27	29	32.22	0.850
No fuma	1	1.63	21	34.42	5	8.19	34	55.73	61	67.77	
TIEMPO DE DIAGNOSTICO (AÑOS)											
1	2	4	20	40	3	6	25	50	50	55.55	0.954
2-5	0	0	12	34.28	3	8.57	20	57.14	35	38.88	
Más de 6	0	0	1	20	1	20	3	60	5	5.55	
Total	2	2.22	33	36.66	7	7.77	48	53.33	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

De acuerdo a los tipos de familia en relación a la funcionalidad familiar según el FACES III, por su estructura, en todos los tipos predominaron las familias extremas (52.85% nuclear, 50% extensa y 100% extensa compuesta). Por su desarrollo el 56.60% de las tradicionalistas y el 48.64% de las modernas se ubican dentro de las familias extremas. También dentro de este tipo familia, se ubican las profesionistas (59.09%) y las campesinas (47.82%). En relación al ciclo, las etapas de expansión, dispersión e independencia (48.14, 51.51 y 90% respectivamente) presentan mayor frecuencia de familias extremas, mientras que la etapa preliminar (55.55%) se ubica en las moderadamente balanceadas. La etapa de retiro presenta 45.5% de familias moderadamente balanceadas y extremas. (Tabla VI)

Tabla VI

Tipo de familia a la que pertenecen las pacientes con Cáncer Cervicouterino

TIPOLOGIA FAMILIAR (FACES III)											
ESTRUCTURA	Balanceada		Moderadamente Balanceada		Rango Medio		Extremas		TOTAL		P ≤0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nuclear	1	1.42	26	37.14	6	8.57	37	52.85	70	77.77	0.797
Extensa	1	5.55	7	38.88	1	5.55	9	50	18	20	
Extensa Compuesta	0	0	0	0	0	0	2	100	2	2.22	
DESARROLLO											
Tradicionalista	0	0	19	35.84	4	7.54	30	56.60	53	58.88	0.368
Moderna	2	5.40	14	37.83	3	8.10	18	48.64	37	41.11	
TIPO											
Profesionista	1	2.27	15	34.09	2	4.54	26	59.09	44	48.88	0.604
Campesina	1	2.17	18	39.13	5	10.86	22	47.82	46	51.11	
CICLO											
Preliminar	0	0	5	55.55	0	0	4	44.44	9	10	0.400
Expansion	0	0	12	44.44	2	7.40	13	48.14	27	30	
Dispersión	2	6.06	11	33.33	3	3.33	17	51.51	33	36.66	
Independencia	0	0	0	0	1	10	9	90	10	11.11	
Retiro	0	0	5	45.45	1	9.09	5	45.45	11	12.22	
Total	2	2.22	33	36.66	7	7.77	48	53.33	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Debido a que el objetivo de el estudio fue evaluar la funcionalidad familiar, se consideró conveniente analizar como se relacionaban los diferentes planteamientos de

funcionalidad de acuerdo al Apgar Familiar, Holmes y subsistema conyugal con el faces III, encontrando que la mayoría se ubicó en Familias extremas (familias funcionales 55.42%, disfuncionales graves 50% , con crisis moderada 63.63 y con crisis grave 57.14). De igual forma al analizar el subistema conyugal, las severamente disfuncionales (56.26%) se ubicaron en las familias extremas. Sólo en la evaluación de las crisis y la funcionalidad familiar se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla VII)

Tabla VII

Funcionalidad familiar de acuerdo a test Apgar, Holmes y subsistema conyugal contrastando con Faces III

TIPOLOGIA FAMILIAR (FACES III)											
APGAR	Balanceada		Moderadamente Balanceada		Rango Medio		Extremas		TOTAL		P ≤ 0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Funcional	2	2.40	29	34.93	6	7.22	46	55.42	83	92.22	0.765
Disfuncional Moderada	0	0	3	60	1	20	1	20	5	5.55	
Disfuncional Grave	0	0	1	50	0	0	1	50	2	2.22	
HOLMES											
No existe crisis	0	0	28	41.79	6	8.95	33	49.25	67	74.44	0.0009
Crisis Leve	0	0	1	20	0	0	4	80	5	5.55	
Crisis Moderada	0	0	3	2.72	1	9.09	7	63.63	11	12.22	
Crisis Grave	2	28.57	1	14.28	0	0	4	57.14	7	7.77	
SUBSISTEMA CONYUGAL											
Funcional	1	2.63	14	36.84	1	2.63	22	57.89	38	42.22	0.689
Moderadamente disfuncional	0	0	15	41.66	4	11.11	17	47.22	36	40	
Severamente disfuncional	1	6.25	4	25	2	12.5	9	56.25	16	17.77	
Total	2	2.22	33	36.66	7	7.77	48	53.33	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Un hallazgo importante fueron las diferencias encontradas al evaluar la funcionalidad familiar de acuerdo al Apgar y el ciclo vital en que se encuentran las familias de las pacientes estudiadas, así, 36.66% corresponde a familias en etapa de dispersión. Siguiendo en orden de frecuencia con un 30%, la etapa en expansión, 12.22% en etapa de retiro y, con un 10% la familia en etapa preliminar e independencia. Todas estas etapas presentaron en su mayoría, familias funcionales (93.93, 92.59, 100 y 66.66% respectivamente). Por su cohesión en relación con el grado de funcionalidad familiar de acuerdo al Apgar, las familias con disfunción severa solo presentan el tipo semirrelacionado (10%) y no relacionado (25%). Relacionando crisis familiares con la funcionalidad familiar según el Apgar, las que presentan disfunción severa tienen crisis grave (14.28%) y crisis moderada. En todas estas variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas (9.09%). (Tabla VIII)

Tabla VIII

Relación del ciclo familiar con grados de disfunción familiar según Apgar

APGAR									
CICLO	Funcional		Disfuncional Moderada		Disfuncional Severa		TOTAL		P<0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Preliminar	6	66.66	3	33.33	0	0	9	10	0.041
Expansión	25	92.59	1	3.70	1	3.70	27	30	
Dispersión	31	93.93	1	3.03	1	3.03	33	36.66	
Independencia	10	100	0	0	0	0	10	10	
Retno	11	100	0	0	0	0	11	12.22	
COHESION									
Aglutinada	64	95.52	3	4.47	0	0	67	74.44	0.003
Relacionada	9	100	0	0	0	0	9	10	
Semirrelacionada	7	70	2	20	1	10	10	11.11	
No relacionada	3	75	0	0	1	25	4	4.44	
HOLMES									
No existe crisis	64	95.52	3	4.47	0	0	67	74.44	0.041
Crisis Leve	5	100	0	0	0	0	5	5.55	
Crisis Moderada	8	72.72	2	18.18	1	9.09	11	12.22	
Crisis Grave	6	85.71	0	0	1	14.28	7	7.77	
Total	83	92.22	5	5.55	2	2.22	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

Como se menciono anteriormente, el Cuestionario de Holmes evalua funcionalidad Familiar desde el punto de vista de la presencia de crisis familiares. De acuerdo a la edad y la presencia de crisis familiar, las crisis graves se presentaron en el grupo de 41 a 50 años (27.27%) y en el de 31 a 40 (4.76%). En relación a la escolaridad, como hallazgo se puede mencionar que las crisis graves se observaron en las pacientes con universidad 25%, secundaria 14.81% y primaria 2.32%. Con respecto a al número de parejas, las mujeres con uno, dos y tres parejas se ubicaron dentro de las que no presentan crisis (70.73, 85.36, 60% respectivamente), mientras que las que tienen más de tres hijos (66.66%) en familias con crisis moderada. De acuerdo al desarrollo familiar y la presencia de crisis, únicamente presentaron crisis graves las familias modernas (18.9%). Al comparar cohesión familiar y presencia de crisis se encontró que la mayor frecuencia es para las que no presentan crisis, en todos los tipos familiares (79.10% aglutinada, 77.77% relacionada, 50% respectivamente para las semirelacionadas y no relacionadas). Estas características presentaron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla IX)

Tabla IX
Antecedentes Demográficos y la presencia de crisis familiar

HOLMES											
EDAD	No existe crisis		Crisis Leve		Crisis Moderada		Crisis Grave		TOTAL		P<0.05
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 30	7	87.5	0	0	1	12.5	0	0	8	8.8	0.032
31-40	15	71.4	0	0	5	23.8	1	4.7	21	23.3	
41-50	13	59	2	9	1	4.5	6	27.7	22	24.4	
51-60	14	82.3	0	0	3	17.6	0	0	17	18.8	
61-70	13	81.2	2	12.5	1	6.25	0	0	16	17.7	
71 y más	5	83.3	1	16.6	0	0	0	0	6	6.6	
ESCOLARIDAD											
Primaria	32	74.4	4	9.3	6	13.9	1	2.3	43	47.7	0.026
Secundaria	21	77.7	0	0	2	7.4	4	14.8	27	30	
Bachillerato	11	91.6	1	8.3	0	0	0	0	12	13.3	
Universidad	3	37.5	0	0	3	37.5	2	25	8	8.8	
PAREJAS											
1	29	70.7	3	7.3	7	17	2	4.8	41	45.5	0.014
2	35	85.3	1	2.4	2	4.8	3	7.31	41	45.5	
3	3	60	1	20	0	0	1	20	5	5.5	
Más de 3	0	0	0	0	2	66.6	1	33.3	3	3.3	
DESARROLLO											
Tradicionalista	47	88.6	2	3.7	4	7.5	0	0	53	58.8	0.0008
Moderna	20	54.0	3	8.1	7	18.9	7	18.9	37	41.1	
COHESION											
Aglutinada	53	79.1	4	5.9	8	11.9	2	2.9	67	74.4	0.0165
Relacionada	7	77.7	0	0	0	0	2	22.2	9	10	
Semirelacionada	5	50	1	10	3	30	1	10	10	11.1	
a											
No relacionada	2	50	0	0	0	0	2	50	4	4.4	
Total	67	74.4	5	5.5	11	12.2	7	7.77	90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado

N= 90

CONCLUSIONES

Se evaluaron 90 pacientes portadoras de Cáncer Cervicouterino y como perciben el funcionamiento de su familia.

Se encontró que la mayoría presenta adecuada funcionalidad familiar de acuerdo al Apgar Familiar, sin embargo, este test solo nos da información relacionada a como percibe la persona encuestada el apoyo que recibe de su familia en cuanto a ciertas situaciones diarias. Por lo tanto, por sí solo no es un buen parámetro para evaluar funcionalidad, debido a lo anterior se aplicó también el FACES III, observando que un gran porcentaje presentan familias extremas, ubicándose la mayoría de acuerdo al modelo circunflejo en Caóticas aglutinadas, caóticas no relacionadas, rígidas aglutinadas y rígidas no relacionadas. Lo cual manifiesta que no existe una buena cohesión ni adaptabilidad al interior de la familia.

En relación al test de Holmes, con el cual evaluamos la presencia de crisis familiares al momento de realizar el estudio, no se encontraron crisis en la mayoría de las pacientes. Esto revela que a pesar de ser familias extremas, logran superar las crisis familiares.

Al evaluar el subsistema conyugal, se pudo observar que la gran mayoría de las mujeres manifestaron una buena funcionalidad familiar.

Contrastando la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III con los datos sociodemográficos, se encontró que la mayor proporción de pacientes con disfunción familiar eran las de medio socioeconómico bajo. Solo las menores de 30 años presentaban familias funcionales (moderadamente balanceadas). Las mujeres con bachillerato y las empleadas se encontraron dentro de las moderadamente balanceadas, lo cual puede reflejar que se logra mejor funcionalidad familiar en aquellas con un nivel de educación medio y con un trabajo que no requiera un grado alto de responsabilidad. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, las que tienen más de tres gestas tienen mayor frecuencia de familias extremas. Las no fumadoras y aquellas con más de 6 años de diagnóstico son

las que presentaban tendencia a las familias extremas. Las familias en etapa preliminar presentaron mejor funcionalidad familiar que el resto. Solo cuatro de las familias extremas de acuerdo al test de Holmes presentaban crisis grave y nueve disfunción severa de acuerdo al subsistema conyugal. De acuerdo al Apgar, únicamente las pacientes en etapas de expansión y dispersión manifestaron familias disfuncionales. Lo anterior puede explicarse pues son etapas críticas en donde la intervención de la mujer es de gran importancia, pues los hijos dependen de ella en gran medida durante la expansión y en la dispersión, empiezan a abandonar el hogar y las pacientes pueden llegar a presentar un sentimiento de abandono. Las semirrelacionadas y no relacionadas son las únicas que presentaron disfunción severa y, las pacientes con crisis moderadas y severas manifestaron disfunción familiar severa. Con respecto al test de Holmes, se observa que las mujeres entre 31 y 50 años expresaron crisis familiares graves. En aquellas con universidad, mayor porcentaje de crisis graves. Las que tiene más de tres hijos mostraron mayor tendencia a presentar crisis moderadas y graves, lo cual también ocurrió con las familias modernas. En cuanto a la cohesión familiar, las crisis graves se encontraron más frecuentes con las familias no relacionadas. Esto confirma lo manifestado en la literatura por Luz María Montes de la Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, demostrando que el Cáncer Cervicouterino sí afecta la relación entre los integrantes de las familias de estas pacientes. Sin embargo, también hay que tomar en cuenta que entre mayor tiempo de conocer el diagnóstico tienen las pacientes, mayor es la tendencia a presentar familias extremas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

1.- Aplicar inicialmente el cuestionario para valorar la funcionalidad familiar de estas pacientes al darse el diagnóstico, así como de forma periódica para evaluar los cambios en la dinámica familiar.

2.- Otorgar la atención necesaria en cuanto a apoyo psicológico tanto para las pacientes como para su familia para mejorar y prevenir alteraciones en su funcionalidad familiar.

3.- Integración de los familiares en el conocimiento, seguimiento y tratamiento de las pacientes para que pueden comprender las repercusiones a nivel psicológico, familiar, social y físico de estas mujeres.

4.- Creación de grupos de autoayuda de mujeres con Cáncer Cervicouterino para expresar sus experiencias, problemas familiares y alternativas de solución que pueden ser útiles para todo el grupo.

5.- Sensibilización del personal médico, de enfermería y administrativo para comprender y brindar mejor atención a este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Parraguirre- Martínez S., De Larios N.M., Martínez -Madrigal J.J. Correlación citológica e histológica de la neoplasia intraepitelial cervical temprana. Tres años de revisión en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González 2001;4 (1-2):39-45.
- 2) Aguilar-Pérez J.A., Leyva-López A.G., Agulo-Nájera D., Salinas A., Lazcano-Ponce E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev Saúde Pública 2003;37(1):100-6.
- 3) Gaitán-Duarte H., Rubio -Romero J.A. , Eslava-Schmalbach J. Asociación de la Citología Cervicovaginal Inflamatoria con la Lesión Intraepitelial Cervical en Pacientes de una Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá, Colombia 1999- 2003. Rev. Salud pública 2004. 6 (3):253-69.
- 4) Serman F. Cáncer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus de pailoma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Rev chil obstet ginecol 2002; 67 (4): 318-23.
- 5) Aroch-Calderón A, Díaz-Sánchez JG, Zertuche-Oani JG, Ohara GB. Nueva técnica colposcópica para la prevención del cáncer cervicouterino. Rev Fac Med UNAM 2005; 48 (2): 47-51.
- 6) Shagufta Y, Patric SR, Mary P, Susan RJ, Allan H, Dorothy SL . Et. Al. Incidence of Cervical Cytological Abnormalities With Aging in the Women's Health Initiative A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol 2006;108:410–9.
- 7) Novoa-Vargas A.. Echegollen-Guzmán A. Epidemiología del cáncer de cérvix en Latinoamérica. Ginecol Obstret Mex 2001; 69(6):243-246.
- 8) González-Rubio Y, Castaño-Pinto MS. Cribado del cáncer de cérvix: ¿la misma frecuencia para las mujeres inmigrantes latinoamericanas?. MEDIFAM 2001; 11 (9): 546-52.

- 9) Gómez-Jauregui J. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Publica Mex* 2001; 43 (4): 379-88.
- 10) Pérez-Cruz E, Winkler JL, Velasco-Mondragón E, Salmerón-Castro J, García F, Davis-Tsu V. Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México. *Salud Publica Mex* 2005;47:39-48.
- 11) Rodríguez-Reyes E., Cerda-Flores R., Quiñónez-Pérez J., Cortés-Gutierrez E.A. Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (doc) en durango, México. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70(1):3-6.
- 12) Judith CS, Terry D, Tim B, Anna EB, John MD. Prediction of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 2–3 Using Risk Assessment and Human Papillomavirus Testing in Women With Atypia on Papanicolaou Smears. *Obstet Gynecol* 2000; 96:410–16.
- 13) Cristopher DS, Misty ED, Molly T, Charles SD, Mary LE, Susan CM. Rate of Pathology From Atypical Glandular Cell Pap Tests Classified by the Bethesda 2001 Nomenclature. *Obstet Gynecol* 2006;107:1285–91.
- 14) Barbara S. A, Gregory B. Management of cervical cytologic abnormalities. *Am Fam Physician* 2004;70:1905-16.
- 15) Kathleen I, Daniel M, Danuta K, Linda C, Crystal F, Rheta B y cols. Cervical Cancer Screening, Abnormal Cytology Management, and Counseling Practices in the United States. *Obstet Gynecol* 2006;108:397–409.
- 16) Canavan T, Doshi NR. Cervical Cancer. *Am Fam Physician* 2000;61:1369-76.
- 17) Noller K, Bettes B, Zinberg S, Schulkin J. Cervical Cytology Screening Practices Among . Obstetrician–Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003;102:259–65.

- 18) Chan P, Sung HY, Sawaya GF. Changes in Cervical Cancer Incidence After Three Decades of Screening US Women Less Than 30 Years Old . *Obstet Gynecol* 2003;102:765-73.
- 19) Cuitiño L, Tirapegui F, Torres L, Klaassen R, Naveas R, Martínez J. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, en la unidad de patología cervical del Hospital Naval de Talcahuano. *Rev chil obstet ginecol* 2005; 70(3): 152-5.
- 20) Hinojosa-García LM, Dueñas-González A. Papel de la quimioterapia en el tratamiento del carcinoma cervicouterino. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 2000; 46 (1): 47-57.
- 21) Bhosle SM, Huilgol NG, Mishra KP. Programmed cell death as a prognostic indicator for radiation therapy in cervical carcinoma patients: A pilot study. *JCRT* 2005; 1(1): 41-45.
- 22) Kirby B. Quality-of-Life Management for Cancer Patients. *CA Cancer J Clin* 1997; 47 : 194-7.
- 23) Timothy P. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 33-39.
- 24) Martín-Llull D, Zanier J, García F. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF* 2003; 8 (2): 175-82.
- 25) Marcos F, Charlotte CS, Leslie LS, Mark FM, Anuja J, Taylor W. et.al. Quality of Life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. *J Clin Oncol* 2005; 23:7428-36.
- 26) Craig DZ, Kalyana CN, Ashok A, Rupesh R. Female sexual dysfunction after pelvic surgery: the impact of surgical modifications. *BJU International* 2005; 96: 959-63.
- 27) Fernández S de S ME, Ospina de González B, Múnera-G AM. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. *FECOLSOG* 2002; 8-14.

- 28) Almanza-Muñoz JJ. Psico-oncología: el abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de Neurocirugía y Psiquiatría* 2001; 1 : 35-43.
- 29) Montes-L LM, Mullins-P J, Urrutia-S MT. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev chil obstet ginecol* 2006; 71(2): 129-34.
- 30) Georgina LJ, William L, Tessa JB, Stephen R, Nancy P, Stephen HK. The impact of treatment for gynecological cancer on health-related quality of life (HRQoL): A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 194. 26–42.
- 31) JM Groot , K. Mah , A. Fyles. The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15 : 918–25.
- 32) Mary Ann M, Rupali T, Maria C. Mario P. Psychosocial issues faced by women with incurable cervical cancer in India - how can we help?. *IJPC* 2005; 11 (2): 94-6.
- 33) Allende-Pérez S, Flores-Chávez P, Catañeda de la Lanza C. Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Rev Inst Nal Cancerol* 2000; 46 (1). 10-6.
- 34) Mendoza-Solís LA. Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 2006. 8 (1) : 27-32.
- 35) Arias CL, Herrera JA. El apgar familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia médica* 1994; 25: 26-8.

ANEXO 1

APGAR FAMILIAR

Marque con una X la elección de su preferencia.

	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			

CALIFICACION FINAL DEL APGAR FAMILIAR

00-03	Disfunción grave
04-06	Disfunción moderada
07-10	Familia funcional

FACES III

Describe su familia:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

- _____ 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- _____ 2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- _____ 6.- Cualquier miembro de la familiar puede tomar la autoridad
- _____ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos.
- _____ 11.- Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12.- En nuestra familia, los hijos toman las decisiones.
- _____ 13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- _____ 14.- En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.
-

- _____ 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____ 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- _____ 19.- La unión familiar es muy importante.
- _____ 20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

FACES III PUNTAJE LINEAL E INTERPRETACION.

Cohesión		Adaptabilidad			Tipo de familia		
8	50 48	Aglutinados	8	50 41	Caótica	8	Balanceada
7	45 43		7	40 30		7	
6	42 41	Relacionados	6	28 27	Flexible	6	Moderadamente Balanceada
5	42 41		5	26 25		5	
4	40 38	Semirelacionados	4	24 23	Estructurada	4	Rango-medio
3	37 35		3	22 20		3	
2	34 25		No relacionados	2		19 15	
1	24 10	1		14 10	1		

TEST DE HOLMES

EVENTO	VALOR
1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas penales	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdida del empleo	47
9. Reconciliación matrimonial	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste de los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambio a una línea diferente de trabajo	36
19. Cambio del número de discusiones con la pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. La esposa comienza a dejar de trabajar	26
27. Inicia o termina el ciclo escolar	26
28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambio en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11

PUNTAJE DE LA ESCALA DE HOLMES

0-149	No existen problemas importantes
150-199	Crisis leve
200-299	Crisis moderada
> 300	Crisis grave

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARAMETROS		
	NUNCA	OCASIONALMENTE	SIEMPRE
1.- COMUNICACIÓN			
Clara	0	5	10
Directa	0	5	10
Congruente	0	5	10
2.- ADJUDICACION Y ASUNCION DE PAPELES			
Congruencia	0	2.5	5
Satisfacción	0	2.5	5
Flexibilidad	0	2.5	5
3.- SATISFACCION SEXUAL			
Frecuencia	0	5	10
Satisfacción	0	5	10
4.- AFECTO			
Manifestación física	0	2.5	5
Calidad de convivencia	0	2.5	5
Interés por el desarrollo	0	2.5	5
Reciprocidad	0	2.5	5
5.- TOMA DE DECISIONES			
Conjunta	0	7.5	15
TOTAL			100

CALIFICACION FINAL DE LAS DISFUNCIONES DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

%	CALIFICACION FUNCIONAL DE LA PAREJA
0-40	Severamente disfuncional
41-70	Moderadamente disfuncional
71-100	Funcional

METODO DE GRAFFAR

NOMBRE:

EDAD:

JEFE DE FAMILIA:

INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

DOMICILIO:

VALORACION	PUNTUACION
PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	
A) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas etc	1
B) Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc	2
C) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa	3
D) Obrero especializado tractoristas, taxistas, etc.	4
E) Obrero no especializado, servicio domestico, etc	5
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	
A) Universitaria o su equivalente	1
B) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa	2
C) Secundaria incompleta o tecnico inferior cursos cortos	3
D) Educación primaria completa.	4
E) Primaria incompleta analfabeta.	5
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	
A) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios juegos al azar)	1
B) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios honorarios profesionales (médicos, abogados, etc) deportistas profesionales	2
C) Sueldo quincenal o mensual	3
D) Salario diario o semanal.	4
E) Ingresos de origen público o privado (subsidios)	5
CONDICIONES DE LA VIVIENDA	
A) Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias	1
B) Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias	2
C) Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias	3
D) Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.	4
E) Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias	5

ESTRATO SOCIOECONOMICO SEGUN EL METODO GRAFFAR

04-06	Estrato alto
07-09	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	Marginal

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Evaluación de la disfunción familiar en pacientes con Cáncer Cervicouterino, registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número _____. El objetivo de este estudio es determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con Cáncer cervicouterino y los Factores asociados. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar 6 cuestionarios. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación de mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

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

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del
investigador principal

Testigo

Testigo

